



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 - 2021



SEMSA

Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE
MANAUS

Prefeitura de Manaus

Prefeito

Arthur Virgílio do Carmo Ribeiro Neto

Vice-Prefeito

Marcos Sérgio Rotta

Secretaria Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Saúde

Marcelo Magaldi Alves

Subsecretário Municipal de Gestão Administrativa e Planejamento

Jean Marcelo Chaves de Abreu

Subsecretária Municipal de Gestão da Saúde

Lubélia Sá Freire da Silva

Conselho Municipal de Saúde

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

Cecília Leite Motta de Oliveira

Vice-Presidente

Glauciomar de Assis Passos Nogueira

1º Secretário

Alcides Januário de Souza

2º Secretário

Alexandre Magno Cardoso de Oliveira

Coordenação

Departamento de Planejamento

Waldise Fragoso Fernandes – Diretora

Elaboração

Auditoria Municipal do Sistema Único de Saúde – AUDSUS

Departamento de Administração e Infraestrutura – DAI

Departamento de Atenção Primária – DAP

Departamento de Comunicação – DECOM

Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde – DFMS

Departamento de Gestão do Trabalho e Educação – DTRAB

Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação – DICAR

Departamento de Logística – DELOG

Departamento de Planejamento – DPLAN

Departamento de Rede de Urgência e Emergência – DRUE

Departamento de Redes de Atenção – DRA

Departamento de Tecnologia da Informação – DTI

Departamento de Vigilância Ambiental e Epidemiológica – DEVAE

Departamento de Vigilância Sanitária – DVISA

Distrito de Saúde Leste – DISAL

Distrito de Saúde Norte – DISAN

Distrito de Saúde Oeste – DISAO

Distrito de Saúde Rural – DISAR

Distrito de Saúde Sul – DISAS

Maternidade Dr. Moura Tapajóz – MMT

Ouvidoria Municipal do Sistema Único de Saúde – OUVMSUS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIDS/HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida / *Human Immunodeficiency Virus*

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDS – Coleta de Dados Simplificada

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CEREST – Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CO – Centro-Oeste

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

COMUS – Conferência Municipal de Saúde

CPFT – Comissão Permanente de Farmácia Terapêutica

DAB – Departamento de Atenção Básica

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAP – Departamento de Atenção Primária

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DCV – Doenças Cardiovasculares

DELOG – Departamento de Logística

DEVAE – Departamento de Vigilância Ambiental e Epidemiológica

DGASS – Divisão de Gestão da Informação e Análise de Situação de Saúde

DICAR – Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação

DISA – Distrito de Saúde

DM – Diabetes *mellitus*

DORT – Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho

DRA – Departamento de Redes de Atenção

DRC – Doença Renal Crônica

EAB – Equipe de Atenção Básica

EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

e-Gestor AB – Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

ESB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF com SB – Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal

FEM. – Feminino

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FJP – Fundação João Pinheiro

GEADI – Gerência de Apoio Diagnóstico

GEASF – Gerência de Assistência Farmacêutica

GEINF – Gerência de Infraestrutura

GENGS – Gerência de Engenharia Sanitária

GESAU – Gerência de Gestão da Educação na Saúde

GEVAM – Gerência de Vigilância Ambiental

GEVEP – Gerência de Vigilância Epidemiológica

GRPCD – Gerência da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

GT-Obras – Grupo de Trabalho de Obras

GVPRO – Gerência de Vigilância de Produtos

GVSER – Gerência de Vigilância de Serviços

HA – Hipertensão Arterial

HAB. – habitante

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HPV – Vírus Papiloma Humano vem do inglês *Human Papiloma Virus*.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFA – Índice de *Plasmodium falciparum*

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INE – Identificador Nacional de Equipes

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LABVS – Laboratório de Vigilância em Saúde

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

MASC. – Masculino

MIF – Mulheres em Idade Fértil

MMT – Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz

MS – Ministério da Saúde

N – Norte

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NE – Nordeste

NUPROS – Núcleo de Projetos em Saúde

NUTER – Núcleo de Territorialização

NV – Nascidos Vivos

PAIR – Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional

PBF – Programa Bolsa Família

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMEPS – Política Municipal de Educação Permanente em Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PQA-VS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

PSMI – Programa Saúde Manaus Itinerante

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REDESIM – Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RESP – Registro de Eventos em Saúde Pública

RH – Recursos Humanos

RMM – Razão de Mortalidade Materna

S – Sul

SAE – Serviços de Atenção Especializada

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SB – Saúde Bucal

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SE – Sudoeste

SEMAD – Secretaria Municipal de Administração, Planejamento e Gestão

SEMEF – Secretaria Municipal de Finanças, Tecnologia da Informação e Controle Interno

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINANNET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SIS – Síntese de Indicadores Sociais

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

SISFAD – Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue

SisFarma – Sistema de Controle de Farmácia

SISPNCD – Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SIVEP Malária – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Notificação de Casos

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUBGS – Subsecretaria Municipal de Gestão de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVO – Serviço de Verificação de Óbito

TB – Tuberculose

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

TMM – Taxa de Mortalidade Materna

TMP – Taxa de Mortalidade Perinatal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família

UF – Unidade Federativa

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

USA – Unidade de Suporte Avançado

USAF – Unidade de Suporte Avançado Fluvial

USB – Unidade de Suporte Básico

USBF – Unidades de Suporte Básico Fluvial

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

VIGITEL – Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Visa Manaus – Vigilância Sanitária de Manaus

Zika-V – Zika Vírus

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
APRESENTAÇÃO	14
ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	15
1. CARACTERIZAÇÃO DE MANAUS	15
1.1. Localização	15
1.2. Clima	16
1.3. Perfil Demográfico	16
1.3.1. Longevidade e Fecundidade	17
1.3.2. Perfil Demográfico por Distrito de Saúde	19
1.3.2.1. Distrito de Saúde Leste	20
1.3.2.2. Distrito de Saúde Norte	21
1.3.2.3. Distrito de Saúde Oeste	21
1.3.2.4. Distrito de Saúde Sul	22
1.3.2.5. Distrito de Saúde Rural	23
1.4. Aspectos Socioeconômicos	24
1.4.1. Índice de Desenvolvimento Humano	24
1.4.2. Habitação	25
1.4.3. Alfabetização	27
1.4.4. Razão de Renda	27
1.4.5. Taxa de Desemprego	28
1.5. Morbidade e Mortalidade	28
1.5.1. Morbidade	28
1.5.1.1. Cenário das Doenças Transmissíveis	31
1.5.1.2. Cenário das Doenças Imunopreviníveis	35

1.5.1.3. Cenário das Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT	37
1.5.1.4. Cenário das Doenças Transmitidas por Vetores	39
1.5.1.5. Cenário das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT	44
1.5.2. Mortalidade Geral	46
1.5.2.1. Mortalidade Infantil.....	48
1.5.2.2. Mortalidade Materna	49
1.6. Perfil das Internações e Condições Sensíveis à Atenção Básica	50
1.7. Atenção Primária à Saúde.....	52
1.7.1. Prontuário Eletrônico	54
1.8. Atenção Especializada	56
1.8.1. Rede de Atenção Psicossocial	56
1.8.2. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	57
1.8.3. Programa Saúde Manaus Itinerante – PSMI.....	58
1.8.4. Assistência Farmacêutica.....	59
1.8.5. Rede de Apoio Diagnóstico	61
1.8.5.1. Área Laboratorial – Análises Clínicas.....	61
1.8.5.2. Exames de Imagem e Gráficos	63
1.8.5.3. Central de Laudos	64
1.9. Serviço Pré-Hospitalar (SAMU 192 e SOS Vida).....	64
1.9.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.....	64
1.9.2. SOS Vida	66
1.10. Serviço Hospitalar.....	66
1.11. Expansão da Rede de Serviços de Saúde.....	68
1.12. Vigilância em Saúde.....	69
1.12.1. Vigilância Sanitária	71
1.13. Redimensionamento das ações de educação na área da saúde	75

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA SEMSA.....	77
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	78
INDICADORES DE SAÚDE.....	89
1. Pactuação Interfederativa 2017-2021.....	89
2. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.....	89
3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS.....	90
ANEXO I	91
ANEXO II	92
ANEXO III	99
ANEXO IV	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) estabelece as metas para o quadriênio 2018 – 2021, em consonância com o Plano Plurianual (PPA), que define os recursos orçamentários destinados à execução das ações e serviços de saúde, bem como alinhado com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2016 – 2019.

A Secretaria Municipal de Saúde está desenvolvendo o Planejamento Estratégico utilizando o Mapa Estratégico como ferramentas de gestão para nortear as ações que atuam diretamente na redução dos principais problemas de saúde da população de Manaus, destacando-se as informações sobre morbimortalidade materno infantil, por câncer de colo de útero e mama, causas externas, doenças cardiovasculares e diabetes e também por doenças endêmicas.

O PMS 2018 – 2021 apresenta como estratégia prioritária o reordenamento da rede de serviços de saúde, objetivando a ampliação da cobertura da atenção primária e a efetiva implantação da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O Plano apresenta em sua estrutura a Análise da Situação de Saúde; o Mapa Estratégico; as Diretrizes, Objetivos e Metas; e os Indicadores da Pactuação Interfederativa 2017 – 2021, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS.

A construção do PMS resultou da participação das diversas áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo as áreas finalísticas e as atividades meio.

O Plano Municipal de Saúde será implementado, em seu horizonte temporal de 4 (quatro) anos, por meio da Programação Anual de Saúde (PAS). As metas do referido plano serão desdobradas em ações e metas anuais.

Os indicadores pactuados serão monitorados anualmente e os resultados alcançados nortearão as prioridades da PAS.

Marcelo Magaldi Alves
Secretário Municipal de Saúde

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

1. CARACTERIZAÇÃO DE MANAUS

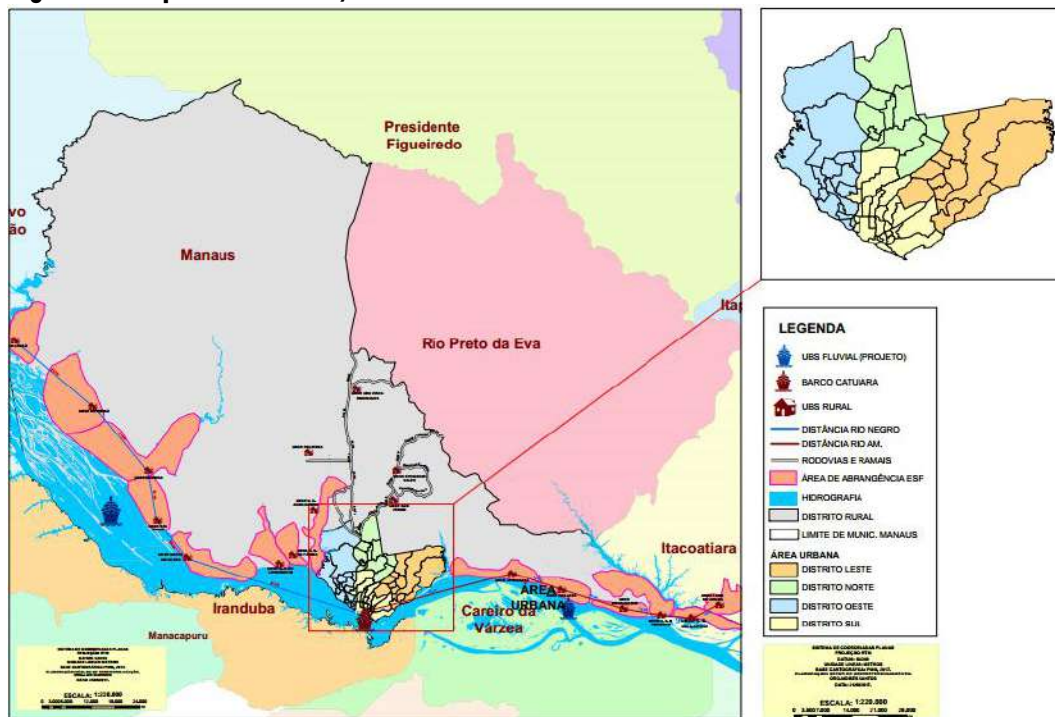
1.1. Localização

Manaus, capital do Estado do Amazonas, está situada na região Norte do Brasil, com uma área de 11.401,092km², equivalendo a 0,7312% do território do estado, com uma população de 2.130.264 habitantes (estimativa IBGE 2017) e densidade populacional de 158,06 habitantes por km², é a sétima capital mais populosa da federação.

A população de Manaus representa atualmente 52,42% da população do Amazonas, 11,88% da Região Norte e 1,03% do Brasil.

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) e cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural).

Figura 1. Mapa de Manaus, área urbana e rural.



Fonte: NUTER/DAP/SUBGS/SEMSA.

1.2. Clima

O clima de Manaus é considerado equatorial úmido com temperatura média anual de 26,7°C e a umidade relativa do ar oscila em torno de 80%.

A precipitação pluviométrica média anual é de 2.286 milímetros (mm), sendo agosto o mês mais seco, quando atinge apenas 47 mm. Em março, o mês mais chuvoso, a média fica em 335 mm.

1.3. Perfil Demográfico

No último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2010, Manaus tinha uma população de 1.802.014 habitantes, dos quais 67,8% declararam-se pardos, 25,6% brancos, 4,2% negros e apenas 0,22% indígenas.

Com base no Censo Demográfico 2010, realizado pelo IBGE, apresenta-se na Tabela 1, abaixo, a estimativa populacional de 2016, estratificada por faixa etária, cor/raça e sexo.

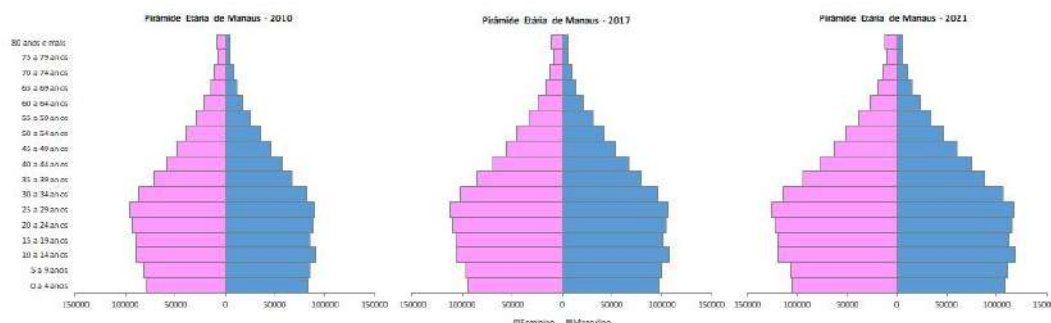
Tabela 1. População estimada de Manaus, por faixa etária, cor/raça e sexo, 2016.

Grupo de idade	Cor ou raça x Sexo - Ano 2016													
	Total		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Sem declaração	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
0 a 4 anos	95.942	92.947	29.837	30.128	2.327	1.901	886	757	62.750	59.988	142	173		
5 a 9 anos	98.352	94.478	25.084	25.929	3.346	2.557	1.003	876	68.718	64.943	201	173		
10 a 14 anos	105.280	104.542	24.504	26.167	4.171	3.438	982	1.141	75.402	73.625	220	171	1	
15 a 19 anos	99.324	104.667	24.286	26.989	4.367	3.547	968	1.506	69.494	72.409	209	216		
20 a 24 anos	102.337	107.662	26.034	28.503	5.035	4.021	1.189	1.661	69.872	73.231	207	246		
25 a 29 anos	104.591	110.614	26.175	29.406	5.524	4.242	1.113	1.606	71.543	75.131	235	229	1	
30 a 34 anos	94.243	100.897	22.909	26.863	5.463	3.799	1.015	1.445	64.647	68.584	209	206		
35 a 39 anos	77.927	83.328	19.281	22.558	4.649	3.086	753	1.087	53.058	56.398	185	199	1	
40 a 44 anos	65.812	67.740	16.432	18.859	4.141	2.593	710	879	44.364	45.251	165	157		1
45 a 49 anos	52.660	55.420	13.384	15.721	3.431	2.146	551	667	35.170	36.770	124	116		
50 a 54 anos	41.610	45.260	10.662	12.632	2.735	1.927	445	568	27.639	29.990	129	143		
55 a 59 anos	29.914	33.227	7.925	9.276	1.896	1.366	357	382	19.662	22.087	74	116		
60 a 64 anos	20.377	23.851	5.547	6.907	1.216	1.079	234	301	13.314	15.481	66	83		
65 a 69 anos	13.347	16.455	3.734	4.863	832	719	172	215	8.582	10.593	27	65		
70 anos ou mais	20.762	30.825	5.954	10.389	1.192	1.310	252	315	13.264	18.702	100	109		
Total	1.022.480	1.071.911	261.748	295.190	50.325	37.731	10.630	13.406	697.479	723.183	2.293	2.402	3	1

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

Considerando o Censo 2010 e a série histórica populacional estimada pelo IBGE para o período de 2011 a 2017, projeta-se para 2021, ao final deste Plano Municipal de Saúde, a população de 2.371.539 habitantes para o município de Manaus, o que representa um crescimento linear de 31,6% em relação a 2010, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1. População estimada de Manaus por faixa etária e sexo, 2010 a 2021.



Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

Observando-se o grupo etário de 60 anos ou mais de idade, segundo estimativa DICAR/SEMSA, verifica-se que haverá um aumento relevante entre 2010 e 2021, passando de 108.081 para 142.261, diferença de 34.180 idosos.

1.3.1. Longevidade e Fecundidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM. Em Manaus, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,9 anos em uma década, passando de 68,6 anos em 2000, para 74,5 anos, em 2010. Em 1991, esse indicador mostrou que a população vivia, em média, 65,9 anos.

No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 75,44 anos, em 2015, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

Nos últimos 40 anos, a população de Manaus com idade acima de 60 anos cresceu mais de dez vezes, passando de 10.584 para 108.902 habitantes. Mesmo com o estresse da vida urbana, a população da capital amazonense está vivendo mais, é o que mostra a série histórica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Segundo o IBGE, a população acima de 60 anos apresentou os seguintes quantitativos e percentuais de crescimento, por ano de ocorrência: 1970 – 10.584 hab. (3,40%); 1980 – 22.220 hab. (3,51%); 1990 – 37.702 hab. (3,73%); 2000 – 65.791 hab. (4,68%) e 2010 – 108.902 hab. (6,04%).

O maior acesso à rede de serviços de saúde, a partir da década de 1980, com as mudanças no sistema público de saúde no Brasil, constituiu um fator importante para aumentar a longevidade da população de Manaus.

A taxa de fecundidade é uma estimativa da quantidade de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva. Geralmente, é expressa como o número de nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil. No Brasil, segundo o IBGE, a idade fértil da mulher está na faixa dos 15 a 49 anos.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais – SIS, divulgada pelo IBGE em 2015, considerando o nível de reposição populacional de 2,10 filhos por mulher, a taxa de fecundidade do estado do Amazonas está entre as três maiores do País, embora as mulheres amazonenses estejam tendo menos filhos. A referida taxa passou de 3,03 nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil, em 2004, para em média, 2,32 em 2014.

Os estados do Acre (2,52), Amapá (2,34), Amazonas (2,32), Roraima (2,27), Maranhão (2,22) e Pará (2,15) superaram a taxa de reposição populacional. A taxa de fecundidade brasileira é de 1,7 nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil. Segundo a pesquisa, as mulheres que respondem pela maior parte da fecundidade estão na faixa etária de 20 a 24 anos. Nesse grupo, a taxa de fecundidade é de 128,8 nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil, representando 27,8% da taxa de fecundidade do País. Na década passada, as mulheres amazonenses em idade fértil representavam uma taxa de 178,7 por mil.

Na faixa etária de 15 a 19, a taxa de fecundidade passou de 125,4 nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil para 96, no período pesquisado pelo IBGE, representando uma queda na taxa de fecundidade. Mesmo assim, a referida taxa representa o percentual de 20,7.

Segundo o IBGE, a queda na taxa da fecundidade representa uma redução da população infantil do Estado do Amazonas, visualizada por meio da proporção de crianças e adolescentes com até 14 anos de idade na população, que passou de 36% em 2004, para 29,9% em 2014.

Outra face da pesquisa também mostra que a população do estado está envelhecendo mais rápido. Entre 2004 e 2014, de acordo com a SIS, a proporção de idosos passou de 5,2% para 7,9%.

As informações reveladas na pesquisa do IBGE, em relação à faixa etária de 15 a 29 anos, apresentaram dados importantes sobre esse segmento da população do estado, indicando que 25,8% dos jovens da faixa etária em análise, referiram dedicação exclusiva aos estudos; 14% relataram que trabalhavam e estudavam, simultaneamente e 37,3% que só trabalhavam. Ainda, de acordo com a SIS, 22,9% dos jovens amazonenses não possuem nenhuma ocupação, sendo classificados com a seguinte denominação: 'Nem estuda e nem trabalha'.

A Síntese de Indicadores Sociais revelou, também, outros dados sobre a Região Norte em relação às crianças e/ou adolescentes, informando ser a única região do País com a presença desse segmento da população em 51,5% dos lares. No Acre, por exemplo, o número atinge 58,6%. Outra revelação da pesquisa menciona que, em 2004, 63,2% dos lares da região em referência tinham crianças e/ou adolescentes.

Conforme a Tabela 2, a taxa de fecundidade de Manaus revelou uma queda entre 1991 e 2010, passando de 3,0 para 2,1 nascimentos por 1.000 mulheres em idade fértil. Considerando o nível de reposição populacional referido na SIS/IBGE em 2015, a capital do estado do Amazonas apresentou um quantitativo equivalente a este nível já em 2010.

OBS: Para que a **reposição populacional** seja assegurada, a taxa de fecundidade não pode ser inferior a 2,1 filhos por mulher, pois as duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva.

Tabela 2. Evolução da Longevidade e Fecundidade, 1991 – 2010.

Indicador	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	65,9	68,6	74,5
Taxa de fecundidade total	3,0	2,6	2,1

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

1.3.2. Perfil Demográfico por Distrito de Saúde

Para efeito de planejamento, desconcentração urbana, agilidade administrativa, e descentralização das ações de saúde, com o objetivo de proporcionar um melhor atendimento às unidades de saúde, bem como à comunidade em geral, o território de Manaus está dividido em cinco Distritos de Saúde – DISAs, sendo: Leste, Norte, Oeste, Sul e Rural. A Tabela 3 demonstra a estimativa populacional de Manaus para 2017, com base no Censo Demográfico 2010, realizado pelo IBGE.

Tabela 3. População estimada de Manaus estratificada por DISA, faixa etária e sexo, 2017.

Grupo de idade	LESTE		NORTE		OESTE		SUL		RURAL		TOTAL MANAUS	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
0 a 4 anos	27.907	26.731	29.664	28.685	19.988	19.339	19.368	19.158	657	627	97.585	94.539
5 a 9 anos	28.306	27.115	30.647	29.302	20.623	19.942	19.608	18.972	852	765	100.037	96.096
10 a 14 anos	30.143	30.002	32.487	31.924	21.948	22.033	21.685	21.623	820	751	107.083	106.333
15 a 19 anos	27.685	28.820	29.477	31.117	21.331	22.937	21.904	23.066	629	520	101.026	106.460
20 a 24 anos	27.198	27.089	28.570	30.263	23.267	25.062	24.335	26.682	720	409	104.090	109.506
25 a 29 anos	26.662	26.835	28.937	30.378	24.235	26.181	25.715	28.608	833	507	106.384	112.509
30 a 34 anos	23.167	23.653	26.504	29.061	22.171	23.809	23.329	25.700	686	401	95.856	102.623
35 a 39 anos	18.633	19.376	22.600	24.114	17.626	19.143	19.878	21.775	524	346	79.261	84.754
40 a 44 anos	15.615	15.569	18.789	19.085	14.731	15.404	17.277	18.569	527	273	66.940	68.900
45 a 49 anos	12.213	12.226	14.457	14.675	11.767	12.832	14.685	16.318	441	317	53.562	56.369
50 a 54 anos	9.210	9.438	10.842	11.207	9.995	11.274	11.874	13.808	403	309	42.324	46.036
55 a 59 anos	6.397	6.618	7.263	7.477	7.409	8.825	8.993	10.684	365	193	30.426	33.797
60 a 64 anos	4.035	4.198	4.308	4.976	5.505	6.456	6.650	8.450	228	180	20.726	24.259
65 a 69 anos	2.661	2.966	2.744	3.259	3.620	4.366	4.365	5.999	187	147	13.576	16.737
70 anos ou mais	4.056	5.021	3.964	5.550	5.427	7.890	7.440	12.731	231	162	21.118	31.353
TOTAL	263.887	265.656	291.253	301.073	229.644	245.492	247.106	272.146	8.104	5.905	1.039.993	1.090.271

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.3.2.1. Distrito de Saúde Leste

O Distrito de Saúde Leste abrange 11 bairros e possui uma população de 529.543 habitantes, conforme Tabela 4, sendo responsável administrativamente por 57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SCNES/MS, dez./17).

Tabela 4. População do DISA Leste por bairro e sexo, 2017.

BAIRROS DO DISTRITO LESTE	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Armando Mendes	16.633	16.808	33.441
Colônia Antônio Aleixo	9.941	9.685	19.626
Coroadó	29.594	31.114	60.709
Distrito Industrial II	2.350	2.259	4.609
Gilberto Mestrinho	32.924	32.505	65.429
Jorge Teixeira	66.950	66.490	133.441
Mauazinho	13.968	13.883	27.852
Puraquequara	3.598	3.324	6.923
São José Operário	38.321	39.901	78.222
Tancredo Neves	28.905	28.823	57.728
Zumbi dos Palmares	20.702	20.862	41.563
TOTAL DISA LESTE	263.887	265.656	529.543

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.3.2.2. Distrito de Saúde Norte

O Distrito de Saúde Norte abrange 10 bairros e possui uma população de 592.326 habitantes, conforme Tabela 5, sendo responsável administrativamente por 61 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SCNES/MS, dez./17).

Tabela 5. População do DISA Norte por bairro e sexo, 2017.

BAIRROS DO DISTRITO NORTE	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Cidade de Deus	41.372	41.547	82.919
Cidade Nova	69.098	74.102	143.201
Colônia Santo Antônio	10.249	10.602	20.851
Colônia Terra Nova	26.630	26.656	53.287
Lago Azul	4.570	4.452	9.022
Monte das Oliveiras	23.722	23.755	47.478
Nova Cidade	34.070	36.358	70.428
Novo Aleixo	56.108	58.102	114.209
Novo Israel	9.847	10.040	19.887
Santa Etelvina	15.586	15.458	31.043
TOTAL DISA NORTE	291.253	301.073	592.326

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.3.2.3. Distrito de Saúde Oeste

O Distrito de Saúde Oeste abrange 17 bairros e possui uma população de 475.135 habitantes, conforme Tabela 6, sendo responsável administrativamente por 57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SCNES/MS, dez./17).

Tabela 6. População do DISA Oeste por bairro e sexo, 2017.

BAIRROS DO DISTRITO OESTE	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Alvorada	36.455	39.937	76.392
Compensa	43.839	45.806	89.645
Da Paz	8.604	9.357	17.961
Dom Pedro I	9.515	10.664	20.179
Glória	5.138	5.479	10.617
Lírio do Vale	12.212	13.245	25.457
Nova Esperança	10.106	10.813	20.919
Planalto	9.009	10.240	19.249
Ponta Negra	2.939	2.980	5.919
Redenção	20.061	21.511	41.572
Santo Agostinho	9.521	10.094	19.616
Santo Antônio	11.169	12.187	23.356
São Jorge	12.194	13.391	25.585
São Raimundo	8.671	9.528	18.199
Tarumã	16.746	16.421	33.168
Tarumã-Açu	7.180	7.068	14.249
Vila da Prata	6.283	6.769	13.052
TOTAL DISA OESTE	229.644	245.492	475.135

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.3.2.4. Distrito de Saúde Sul

O Distrito de Saúde Sul abrange 25 bairros e possui uma população de 519.252 habitantes, conforme Tabela 7, sendo responsável administrativamente por 65 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SCNES/MS, dez./17).

Tabela 7. População do DISA Sul por bairro e sexo, 2017.

BAIRROS DO DISTRITO SUL	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Adrianópolis	4.837	5.621	10.459
Aleixo	11.669	12.748	24.417
Betânia	6.238	6.702	12.940
Cachoeirinha	9.241	10.794	20.035
Centro	18.316	20.911	39.228
Chapada	6.210	7.009	13.219
Colônia Oliveira Machado	4.844	5.211	10.055
Crespo	9.010	9.255	18.266
Distrito Industrial I	1.565	1.636	3.201
Educandos	9.064	9.682	18.745
Flores	27.158	29.702	56.859
Japiim	30.241	32.851	63.092
Morro da Liberdade	6.703	7.375	14.078
Nossa Senhora Aparecida	3.831	4.439	8.270
Nossa Senhora das Graças	8.392	9.477	17.869
Parque 10 de Novembro	22.779	25.992	48.771
Petrópolis	23.446	25.271	48.717
Praça 14 de Janeiro	5.637	6.481	12.117
Presidente Vargas	4.647	4.744	9.391
Raiz	7.837	8.858	16.694
Santa Luzia	3.636	4.051	7.688
São Francisco	9.566	10.323	19.889
São Geraldo	4.255	4.729	8.983
São Lázaro	6.890	7.218	14.108
Vila Buriti	1.095	1.065	2.160
TOTAL DISA SUL	247.106	272.146	519.252

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.3.2.5. Distrito de Saúde Rural

O Distrito de Saúde Rural possui uma população de 14.009 habitantes, como mostra a Tabela 8, e abrange 17 comunidades, sendo três ribeirinhas, dez fluviais e quatro terrestres, ficando assim responsável administrativamente por 19 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SCNES/MS, dez./17).

Tabela 8. População do DISA Rural por sexo, 2017.

DISTRITO RURAL	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
TOTAL DISA RURAL	8.104	5.905	14.009

Fonte: DICAR/SUBGS/SEMSA.

1.4. Aspectos Socioeconômicos

1.4.1. Índice de Desenvolvimento Humano

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, ou seja, 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.

1.4.2. 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, e cerca de 114.772 domicílios com fossas sépticas ou rudimentares.

Tabela 10. 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 11. 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 Demográficos.

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 paratifoide, 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 adequada 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 12. 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 incômodos, 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 13. 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.

1.4.3. 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 à escola, o que pode produzir redução progressiva do analfabetismo nos grupos etários com o decorrer dos anos.

Tabela 14. 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.

1.4.4. 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 reais de agosto de 2010) passou de 5,82% em 1991 para 10,49% em 2000 e para 3,75% em 2010.

Tabela 15. Proporção da Renda, Pobreza e Desigualdade da população, Manaus, 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
Renda <i>per capita</i> (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.

1.4.5. Taxa de Desemprego

A taxa de desemprego em Manaus, no ano de 2015, era de 10,90%. No período de 2015 a 2016 cresceu 5,5%. 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.

Segundo a pesquisa da PNAD, Manaus é um dos municípios com a maior taxa de desocupados (desempregados) do Brasil.

Tabela 16. Taxa de desocupação das pessoas de 14 anos ou mais de idade, na semana de referência, Manaus, 2015 e 2016

Ano	Período Pesquisado	Média anual (%)
2015	Anual	10,9
2016	Anual	16,4

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

1.5. Morbidade e Mortalidade

1.5.1. Morbidade

A Tabela 17 apresenta a frequência anual e o percentual médio de contribuição de todas as doenças/agravos notificados nos diversos sistemas de vigilância epidemiológica sob gestão da SEMSA.

Tabela 17. Doenças/Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis notificados nos sistemas de vigilância epidemiológica do Município de Manaus segundo o grupo, 2012-2016.

Grupo	Agravos Individuais Notificados	2012	2013	2014	2015	2016	Total	Média	% Médio
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA	B09 DOENÇAS EXANTEMATICAS	129	97	89	44	38	397	89	0,2%
	SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE	34	30	68	39	138	309	39	0,1%
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	B24 AIDS/HIV (1)	1.166	1.143	1.751	1.892	2.077	8.029	1.751	3,3%
	B19 HEPATITES VIRAIS (2)	1.320	1.893	2.199	1.254	1.326	7.992	1.326	2,5%
	N72 SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	2.363	3.057	785	867	1.252	8.324	1.252	2,4%
	A630 CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	998	1.262	1.047	1.097	1.157	5.561	1.097	2,1%
	A509 SIFILIS CONGENITA	152	190	183	357	568	1.450	190	0,4%
OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	A169 TUBERCULOSE (3)	2.087	2.170	2.351	2.591	2.460	11.659	2.351	4,4%
	A309 HANSENIASE (3)	281	291	274	221	216	1.283	274	0,5%
	G039 MENINGITE	139	195	193	182	186	895	186	0,3%
	B019 VARICELA (4)	2.286	6.585	4.561	2.552	2.151	18.135	2.552	4,8%
	A080 ROTAVIRUS (5)	324	291	232	110	156	1.113	232	0,4%
OUTROS AGRAVOS NOTIFICADOS	H109 CONJUNTIVITE NAO ESPECIFICADA	11.789	9.944	6.068	5.694	6.479	39.974	6.479	12,2%
	N485 SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUIDO HERPES GENITAL)	194	219	285	389	404	1.491	285	0,5%
	N74 TRANSTORNOS INFLAMATORIOS DA PELVE FEMININA EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	63	238	190	267	265	1.023	238	0,4%
	CAXUMBA	57	54	48	80	129	368	57	0,1%
ZOOSE	W64 ATENDIMENTO ANTI-RABICO	6.066	6.580	6.889	7.195	6.616	33.346	6.616	12,4%
	B551 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	672	589	670	652	241	2.824	652	1,2%
DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VETORIAL	MALÁRIA	9.729	5.334	5.516	8.508	8.476	37.563	8.476	15,9%
	A90 DENGUE	5.354	16.634	4.388	3.399	8.635	38.410	5.354	10,1%
	A920 FEBRE DE CHIKUNGUNYA (6)	0	0	25	158	425	608	158	0,3%
	A928 FEBRE PELO VIRUS ZIKA (6)	0	0	0	127	6.013	6.140	3.070	5,8%
AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS	Y09 VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	2.150	2.251	1.904	1.971	1.679	9.955	1.971	3,7%
	Z209 ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLOGICO	575	812	1.053	1.158	926	4.524	926	1,7%
	T659 INTOXICACAO EXOGENA	563	476	292	770	725	2.826	563	1,1%
	Y96 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	364	401	338	258	369	1.730	364	0,7%

Fontes: SINANNET, SINAN ON LINE, SINAN INFLUENZA, SIVEP MALÁRIA/DEVAE/SEMSA, 20/7/2017.
Dados de casos notificados residentes em Manaus, sujeito a alterações.

Observações:

- (1) - Incluído Infecção por HIV a partir de 2014
- (2) - Estão incluídas as notificações de Hepatite A que não se constituem como Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST
- (3) - Considerando todos os tipos de entrada e situações de encerramento
- (4) - Notificação de interesse municipal
- (5) - Notificação sentinela
- (6) - Média a partir do 1º ano de notificação

Considerando o total de agravos notificados registrados no período de 2012 a 2016, a média anual foi de 53.196 notificações, com participação de 92,5% dos agravos transmissíveis (visto que 7,5% foram do grupo das não transmissíveis), demonstrando ainda uma grande carga das doenças infecciosas e parasitárias no sistema de saúde de Manaus.

Na análise geral desse conjunto de agravos e doenças notificadas, as doenças de transmissão vetorial corresponderam a 28,4% dos agravos notificados, seguidas das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST (20,8%); dos agravos relacionados às zoonoses (14,5%); de outros agravos notificados (13,7%); outras doenças transmissíveis (11%) e das doenças de notificação compulsória imediata (0,3%), conforme demonstra a Tabela 17. Este último grupo de doenças, embora numericamente não represente carga importante no conjunto das notificações, demanda uma série de ações de controle a partir da notificação de casos suspeitos, a fim de evitar a ocorrência de surtos ou epidemias, dentre essas doenças, destaca-se o monitoramento das Doenças Exantemáticas (Sarampo/Rubéola), cujo desafio é mantê-las sob eliminação e as Síndromes Respiratórias Agudas Graves – SRAG, quando indivíduos de qualquer idade estejam internados com síndrome gripal e que apresentem dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório, em função do elevado risco de ocorrência de complicações que podem evoluir para óbito, bem como para o monitoramento da ocorrência de gripe pelo vírus Influenza.

No período de 2012 a 2016, foram notificados 309 casos de SRAG, dos quais 39 (13%) foram associados ao vírus Influenza. Houve predomínio de 218 (70%) dos casos de SRAG não especificada, ou seja, não foi identificado nenhum agente etiológico através da nasofaringe, seguidos de 52 (17%) de casos associados por outros vírus respiratórios (Adenovírus, Parainfluenza 1, 2 e 3 e vírus sincicial respiratório).

Individualmente, considerando o total de notificações, entre as que integram a lista nacional de doenças/agravos de notificação compulsória, os que apresentaram maior percentual médio de notificação, no período de 2012 a 2016, foram: Malária (15,9%); Atendimento antirrábico (12,4%); Dengue (10,1%); Tuberculose (4,4%); Violência interpessoal/autoprovocada (3,7%); HIV/AIDS (3,3%) e Hepatites Virais (2,5%).

1.5.1.1. Cenário das Doenças Transmissíveis

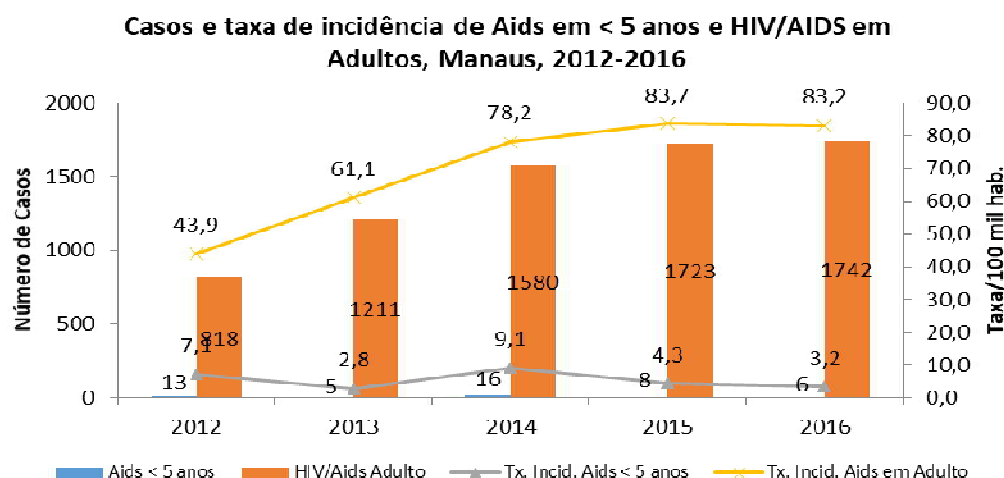
A. HIV/AIDS

Desde 2014, o número de casos de AIDS em menores de 05 anos vem exibindo importante redução. Em 2016, apresentou uma taxa de incidência de 3,2/100 mil habitantes menores de 05 anos.

Os casos de HIV em gestante registrados, em 2016, demonstraram uma redução de 16,7% em relação ao ano de 2015, quando foram registrados 335 casos, apresentando uma taxa de incidência avançando para níveis de eliminação.

Por outro lado, o aumento do número de casos de HIV/AIDS em adultos ficou entre as maiores taxas considerando as capitais do país, quando, no ano de 2016, a taxa de incidência foi de 83,2/100 mil habitantes. Apresentando o maior número de casos entre adolescentes de 15 a 19 anos, visto que, em 2015, foram notificados 120 casos contra 61 do ano de 2013.

Gráfico 2. Casos e Taxa de Incidência de AIDS em Menores de 5 anos e HIV/AIDS em Adultos, Manaus, 2012-2016.



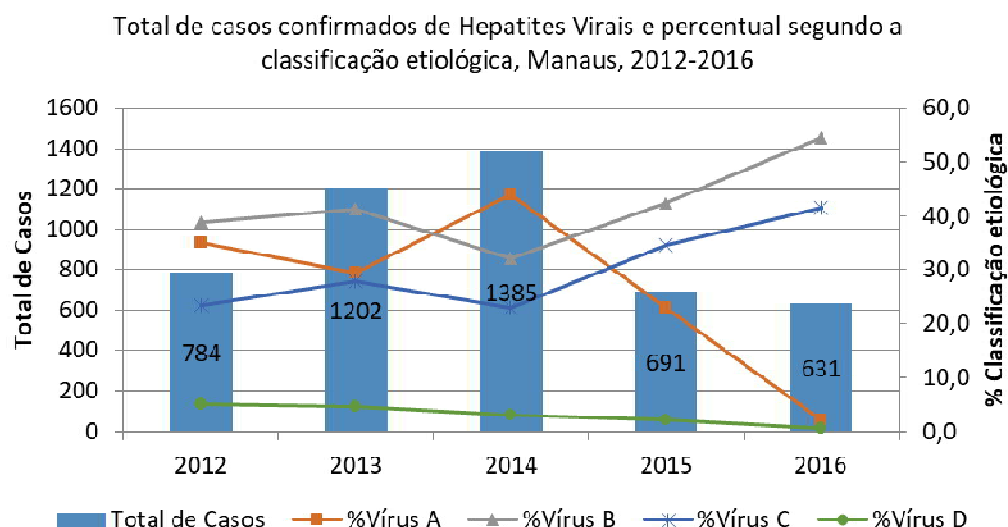
Fonte: SINANNET/GEVAP/DEVAE, 23/3/2017, sujeito a alterações.

B. Hepatites Virais

As hepatites virais quanto à classificação etiológica, no período de 2013 a 2016, concentram mais de 50% dos casos no tipo B, e o percentual de casos de Hepatite C aumentou de 27,8% em 2013, para 41,4% em 2016. Contudo, o baixo percentual de confirmação de casos nos anos de 2015 e 2016 (67% e 59%, respectivamente) é um fator limitante para o conhecimento do real perfil etiológico das hepatites virais.

Ao analisar o percentual de casos por faixa etária, observou-se que na Hepatite A, a frequência aumenta a partir dos 05 anos de idade e permanece até os 34 anos, enquanto nas Hepatites B e C, o aumento ocorre a partir dos 20 anos e se estende até os 64 anos de idade, sugerindo o efeito protetor das Vacinas contra Hepatite A e B nas idades iniciais.

Gráfico 3. Total de casos confirmados de Hepatites Virais e percentual segundo a classificação etiológica, Manaus, 2012-2016.

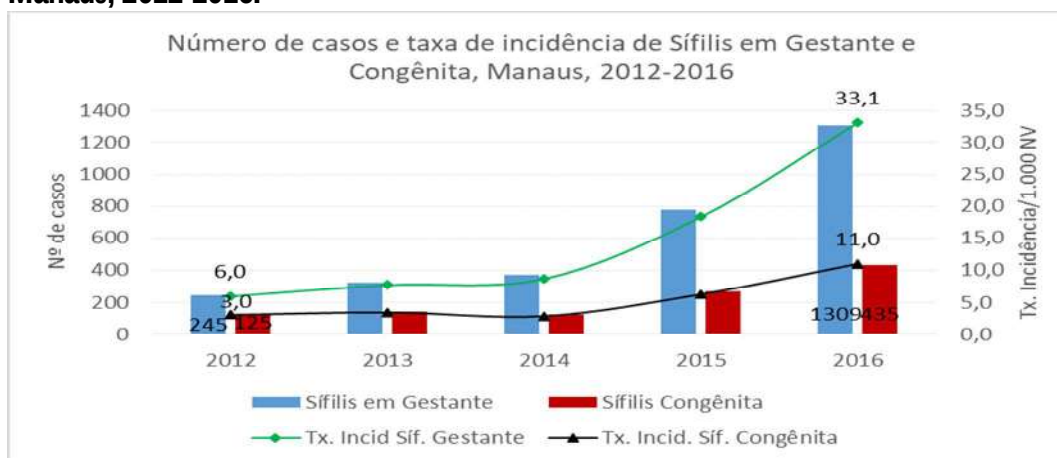


Fonte: SINANNET/GEVEP/DEVAE/SEMSA, 23/3/2017, sujeito a alterações.

C. Sífilis Congênita

O aumento de casos notificados de Sífilis na assistência ao pré-natal evidencia um importante problema de saúde pública no município de Manaus, visto que o número de casos em gestantes aumentou de 245 em 2012, para 1.309 em 2016 (aumento de mais de 400%). Destaca-se que apesar de mais de 90% das gestantes terem tido acesso ao tratamento com Penicilina, observou-se, ainda, um aumento importante dos casos de Sífilis Congênita a partir do ano de 2015. A taxa de incidência de Sífilis em Gestantes saiu de 6,0, em 2012, para 33,1/1.000 nascidos vivos em 2016, enquanto que a de Sífilis Congênita saiu de 3,0 para 11,0/1.000 nascidos vivos, no mesmo período.

Gráfico 4. Número de casos e taxa de incidência de Sífilis em Gestante e Congênita, Manaus, 2012-2016.



Fonte: SINANNET/GEVEP/DEVAE, 23/3/2017, sujeito a alterações.

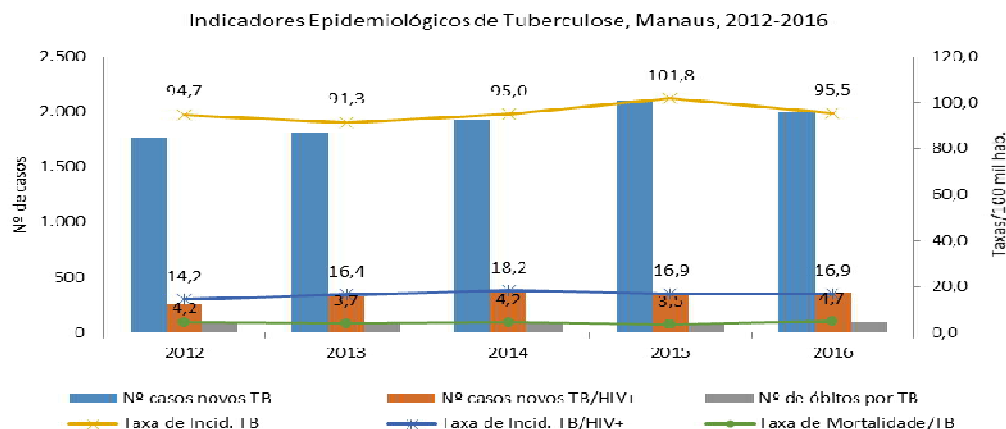
População IBGE (2012-2104), SINASC Manaus/DGASS/DICAR (2015-2016), 15/3/2017, sujeito a alterações.

D. Tuberculose

O município de Manaus vem apresentando elevada taxa de incidência de Tuberculose – TB. Em 2016, foi de 95/100 mil habitantes, considerada uma das maiores entre as capitais do país, bem como a taxa de mortalidade por TB que, no mesmo período, foi de 4,7/100 mil habitantes.

Entre os indicadores operacionais das ações de controle da TB que impactam no enfrentamento da doença, destaca-se o percentual de cura entre os casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, que são os principais responsáveis pela cadeia de transmissão. No período de 2012 a 2016, o percentual de cura entre esses casos variou entre 76% a 77%, em consequência, principalmente, da elevada taxa de abandono do tratamento que variou de 13% a 18% no mesmo período.

Gráfico 5. Indicadores Epidemiológicos de Tuberculose, Manaus, 2012-2016.



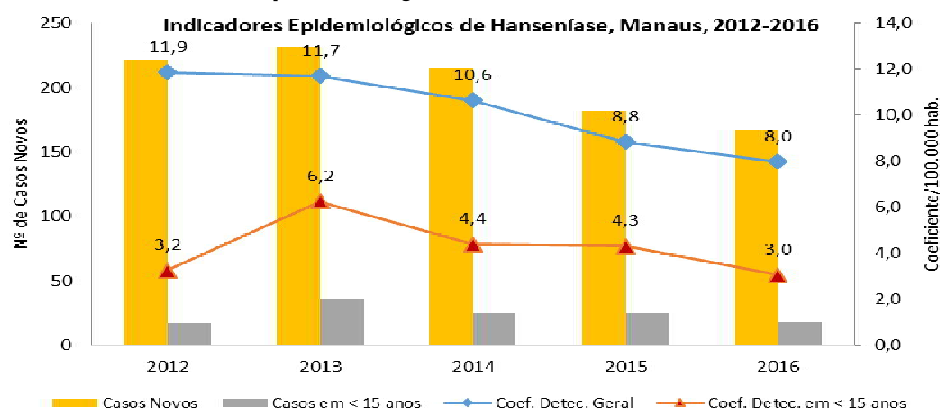
Fonte: SINANNET/GEVEP/DEVAE, SIM/DGASS/DICAR/SEMSA, 11/5/2017, sujeito a alterações.

Os fatores psicossociais associados ao elevado índice de abandono de tratamento e elevada incidência da infecção pelo HIV, em torno de 20/100 mil habitantes, contribuem para a manutenção da tuberculose como importante problema de saúde em populações mais vulneráveis, tais como, situação de rua, dependentes de álcool e outras drogas e privados de liberdades.

E. Hanseníase

Em Manaus, os indicadores de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos vêm apresentando importante tendência de redução. O coeficiente de detecção geral reduziu de 11,9, em 2012, para 8,0/100 mil habitantes em 2016, e o de menores de 15 anos, de 6,2, em 2013, para 3,0/100 mil habitantes menores de 15 anos em 2016. No entanto, ambos os resultados desse último ano ainda colocam Manaus num cenário de média e alta endemicidade da doença, respectivamente, o que reforça a necessidade de manutenção e/ou implementação das ações de controle para sustentar a tendência de queda da incidência, bem como para mantê-la em níveis de eliminação. Outro resultado preocupante é o aumento da proporção de casos com incapacidade física no momento do diagnóstico, que saiu de 6,5%, em 2014, para 12,7% em 2016, sugerindo que as ações de busca ativa para detecção precoce de casos novos necessitam ser melhor implementadas.

Gráfico 6. Indicadores Epidemiológicos de Hanseníase, Manaus, 2012-2016.



Fonte: SINANET/GEVAP/DEVAE/SEMSA, 11/5/2017, sujeito a alterações.

F. Meningites

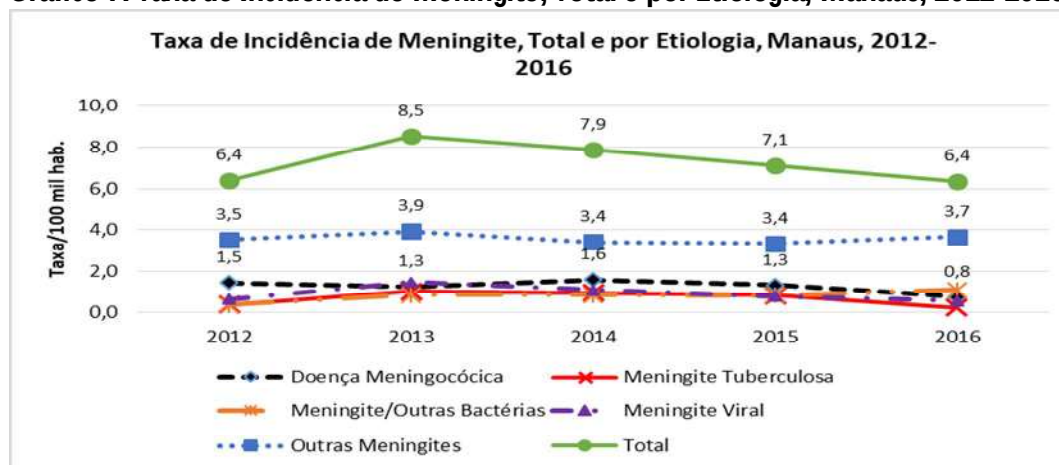
No período de 2012 a 2016, ocorreram 726 casos de meningites em Manaus, e a média anual foi de 145 casos, sendo o maior número de casos observado no ano de 2013, com 169 casos.

No que se refere à participação, segundo a classificação etiológica, a grande maioria é ocasionada por Outras Formas de Meningites (aqui incluídas as meningites não

especificadas; as causadas por outros agentes etiológicos; por *Haemophilus* e por *Pneumococos*), com percentual médio de 50% no período contra 17,6% de Doença meningocócica, enquanto que as demais formas de meningites (tuberculosa, por outras bactérias e virais) apresentaram percentual médio de 10,8% no mesmo período.

Apesar da ocorrência anual de casos de meningite, a taxa de incidência total tem se mantido em níveis aceitáveis de controle (abaixo de 10/100 mil habitantes), apresentando redução, inclusive, de 2014 a 2016, e a taxa de incidência da Doença meningocócica, que apresenta maior potencial de disseminação e letalidade, sempre se manteve abaixo de 02 casos por 100 mil habitantes no mesmo período, e a taxa de 2016 de 0,8/100 mil habitantes foi a menor observada.

Gráfico 7. Taxa de Incidência de Meningite, Total e por Etiologia, Manaus, 2012-2016.



Fonte: SINANNET/GEVAP/DEVAE/SEMSA, 12/7/2017, sujeito a alterações.

1.5.1.2. Cenário das Doenças Imunopreveníveis

A vacinação é a principal forma de prevenção para doenças imunopreveníveis, em especial, entre menores de 05 anos. A meta desta ação é alcançar cobertura vacinal adequada em 100% das vacinas selecionadas do Calendário de Vacinação das Crianças menores de 1 ano e 1 ano (BCG, Meningocócica C Conjugada, Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, Poliomielite, Rotavírus, Febre Amarela e Tríplice Viral).

No ano de 2015, o município de Manaus teve seu melhor desempenho no que se refere ao indicador, tendo atingido cobertura vacinal em oito vacinas com percentual de 88,89%, ano em que também foi atualizada a situação vacinal da maior parte das crianças que compareceram no período da Campanha de Multivacinação. As metas de campanha, inclusive, foram todas alcançadas no período, com exceção da Campanha de Seguimento do Sarampo realizada em 2014. Apresenta-se como proposta a ampliação da vacinação de adolescentes, em especial, com a vacina contra o Vírus do Papiloma Humano – HPV.

Tabela 18. Cobertura por Vacina e Proporção de vacinas do Calendário de Vacinação da Criança com cobertura alcançada, Resultados das Campanhas de Vacinação contra Pólio, Sarampo, Multivacinação e Vacinação contra HPV, Manaus, 2013-2016.

	2013	2014	2015	2016	
Vacinas do calendário da criança					
BCG	124,9	134,0	122,6	109,0	
Tríplice Viral	93,6	105,7	96,7	87,0	
Rotavírus	75,0	84,2	94,4	86,5	
Pentavalente	79,1	86,7	98,6	96,2	
Poliomielite	89,9	101,0	113,2	88,0	
Pneumocócica Conjugada 10v	73,4	77,9	90,0	98,6	
Meningocócica Conjugada C	82,0	87,2	99,7	92,3	
Febre Amarela	92,8	98,3	102,5	65,6	
Influenza (06 meses a < de 02 anos)	93,8	114,6	92,3	98,3	
Nº de vacinas com cobertura alcançada	2	4	8	4	
Proporção de vacinas com cobertura alcançada (Indicador COAP/PQA-VS)	22,22	44,44	88,89	44,44	
Cobertura das campanhas de vacinação contra Influenza (todos os grupos) - meta 80%	100,1%	101,5%	94,7%	102,2%	
Cobertura das campanhas de vacinação contra Poliomielite (< 05 anos) - meta 95%	107,8%	102,4%	101,7%	-	
Cobertura das campanhas de vacinação contra Sarampo (< 05 anos) - meta 95%	-	68,2%	-	-	
Nº de crianças vacinadas nas campanhas de Multivacinação	21.107	-	84.790	45.679	
Vacinação contra HPV em meninas de 09 a 13 anos					Total
HPV Bivalente					
1ª dose	49.033	834	23	3	49.893
2ª dose	43.593	2.043	139	7	45.782
3ª dose	1	40.613	322	1	40.937
Total	92.627	43.490	484	11	136.612
HPV Quadrivalente					
1ª dose	-	17.089	26.911	21.219	65.219
2ª dose	-	11.855	8.862	12.734	33.451
3ª dose	-	22	26	28	76
Total	-	28.966	35.799	33.981	98.746
Total de doses aplicadas contra HPV em meninas					
1ª dose	49.033	17.923	26.934	21.222	115.112
2ª dose	43.593	13.898	9.001	12.741	79.233
3ª dose	1	40.635	348	29	41.013
Total	92.627	72.456	36.283	33.992	235.358

Fonte: SI-PNI/DEVAE/SEMSA, 15/8/2017.

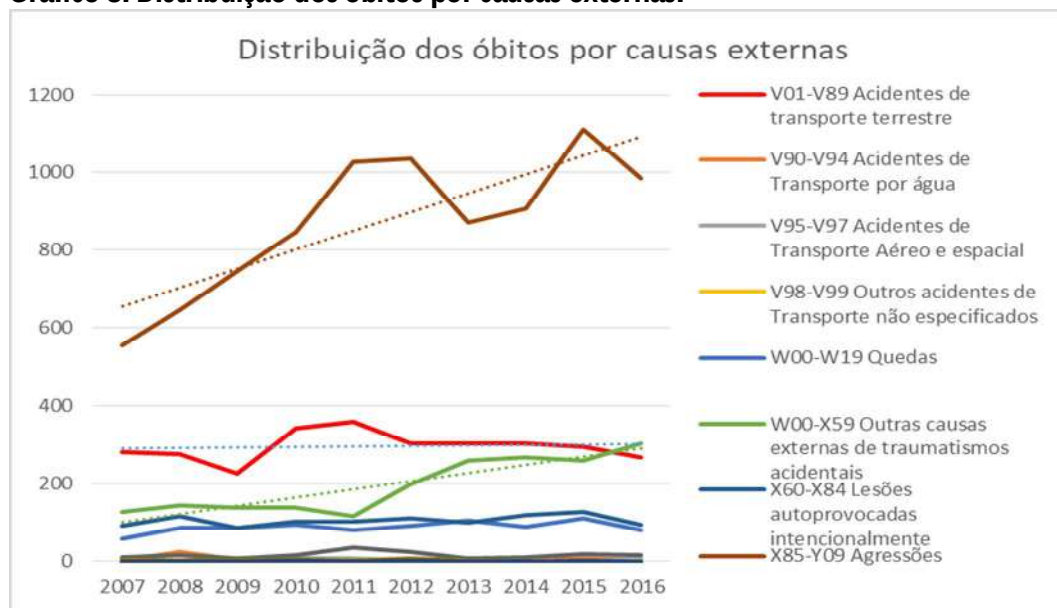
1.5.1.3. Cenário das Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT

A. Causas Externas

As Causas Externas em Manaus, assim como em todas as capitais e regiões metropolitanas do Brasil, vêm apresentando maior predominância de óbitos por agressões, com uma tendência crescente, seguida por acidentes de transporte terrestre (em maioria acidentes de trânsito), que, desde 2012, vem apresentando estabilização dos índices e, nos últimos dois anos, declínio.

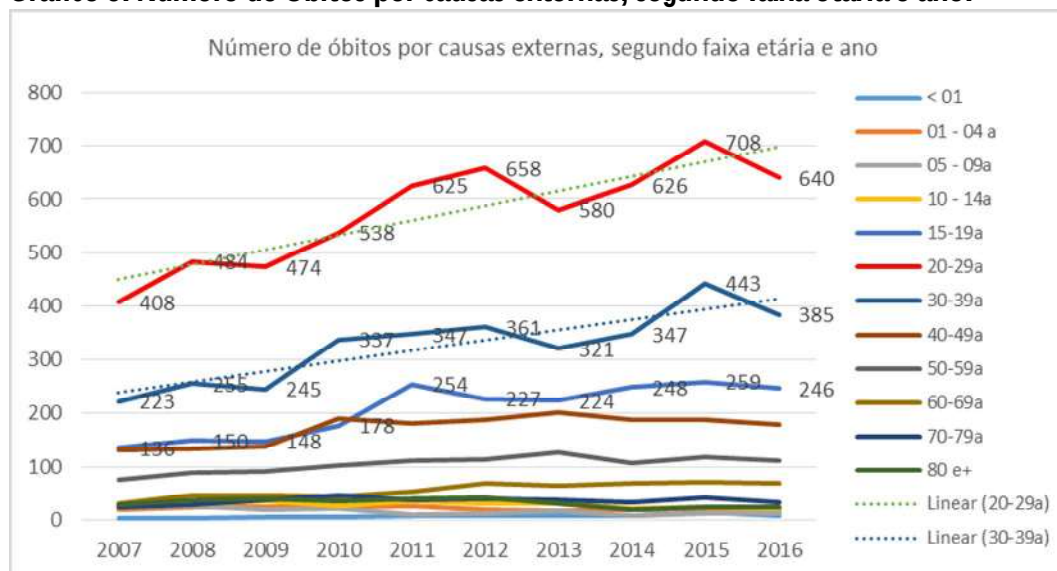
No período de 2012 a 2015, houve um aumento no registro de acidentes de trânsito com vítima em Manaus (de 61,49% para 78,90%), cujo número de vítimas totais dos acidentes ultrapassa 35 mil usuários. Entretanto, quando verificado somente os acidentes com vítimas fatais, no mesmo período, na série histórica, houve a diminuição dos atropelamentos de 95, em 2012, para 74 em 2015. Os dados indicam que o pedestre corresponde a mais de 50%, seguido por 36,32% de vítimas motociclistas.

Gráfico 8. Distribuição dos óbitos por causas externas.



Fonte: SIM, 24/7/2017, sujeito a alteração.

Contudo, as taxas de mortalidades por causas externas demonstram um cenário de constante ascendência de óbitos entre os jovens do sexo masculino de 20 a 29 anos e adolescentes de 15 a 19 anos, indicando a necessidade de estratégias de intervenção com foco nestes grupos vulneráveis. Esse perfil de alta mortalidade entre os homens jovens contribui, decisivamente, para uma expectativa de vida inferior a das mulheres.

Gráfico 9. Número de Óbitos por causas externas, segundo faixa etária e ano.

Fonte: SIM, 24/7/2017, sujeito a alteração.

B. Violências

Em Manaus, entre os anos de 2013 a 2016, foram registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, 5.918 notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Do total de notificações registradas, 896 (15%) referiam-se a vítimas do sexo masculino, e 5.022 (85%) a vítimas do sexo feminino, excluindo os casos com sexo ignorado, conforme Tabela 19. Relacionado a faixa etária, o maior número de casos notificados foi identificado nos grupos: crianças (5 a 9 anos), adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 29 anos).

Tabela 19. Notificação de violência interpessoal e autoprovocada segundo sexo e ano, Manaus, 2013-2016.

Ano Ocorrência	Masculino	%	Feminino	%	Total
2013	291	16%	1509	84%	1800
2014	237	14%	1455	86%	1692
2015	255	16%	1379	84%	1634
2016	113	14%	679	86%	792
Total	896	15%	5022	85%	5918

Fonte: SINANNET. Dados sujeitos à alteração.

A violência sexual é o tipo de violência mais comum, representando 39% dos casos notificados, os dados revelam que 60% dos casos estão relacionados a estupro, seguidos de atentado violento ao pudor (35%) e assédio sexual (39%).

Tabela 20. Notificação violência sexual segundo tipo de violência e ano. Manaus, 2013-2016.

Natureza da violência sexual	2013	%	2014	%	2015	%	*2016	%
Assédio Sexual	102	52%	47	24%	28	14%	18	9%
Estupro	933	30%	924	30%	790	25%	454	15%
Atentado violento ao pudor	46	3%	30	2%	0	0%	0	0%
Pornografia infantil	20	61%	8	24%	3	9%	2	6%
Exploração Sexual	33	56%	15	25%	6	10%	5	8%

Fonte: SINANNET. Dados sujeitos à alteração.

C. Agravos Relacionados à Saúde do Trabalhador

Os principais agravos relacionados à saúde do trabalhador notificados, no período de 2013 a 2016, em Manaus e nos Municípios integrados ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador – CEREST Manaus, foram 3.945 casos de exposição por material biológico, 1.379 acidentes de trabalho com vítimas fatais, 829 casos de Lesões por Esforço Repetitivo, 82 intoxicações exógenas, 16 casos de transtornos mentais, 4 casos de dermatoses ocupacionais e 5 casos de perdas auditivas induzidas por ruídos. Observando-se no quadro 1 que a maior concentração de notificações ocorreram no município de Manaus.

Quadro 1. Consolidado dos agravos em Saúde do Trabalhador no quadriênio 2013-2016.

MUNICÍPIOS	AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR 2013-2016						PAIR
	MATERIAL BIOLÓGICO	GRAVE/FATAL	LER/DORT	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	TRANSTORNO MENTAL	DERMATOSE OCUPACIONAL	
* REGIONAL	66	254	20	82	0	2	0
MANAUS	3879	1125	809	0	16	2	5
TOTAL GERAL	3945	1379	829	82	16	4	5

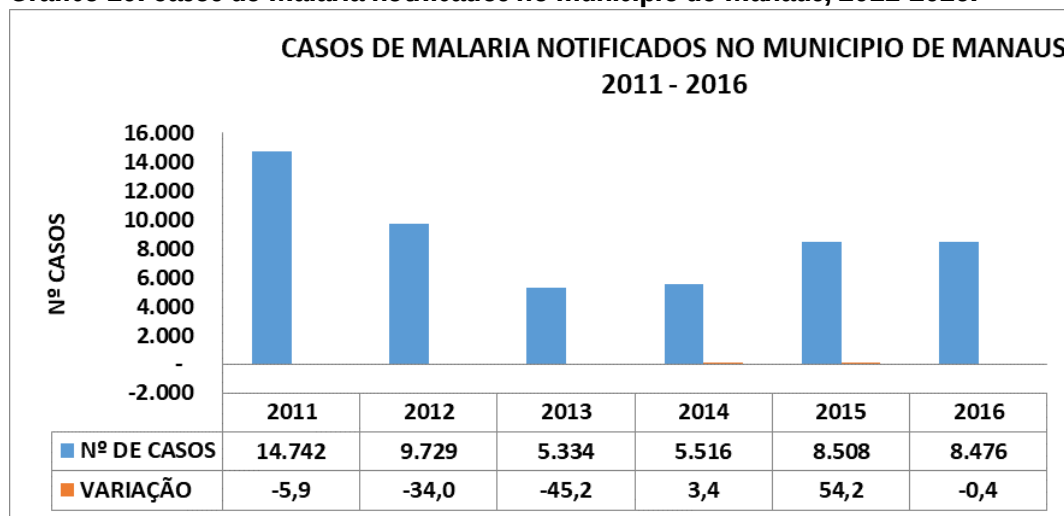
Fonte: SINAN/SEMSA-MANAUS.

* REGIONAL: Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva.

1.5.1.4. Cenário das Doenças Transmitidas por Vetores

A. Malária

Em 2012, a cidade de Manaus registrou 9.729 casos de malária, apresentando uma redução de 34% em relação ao ano de 2011 (14.742). No período de janeiro a dezembro de 2016, foram notificados 8.476 casos, redução de 0,37% em relação ao mesmo período de 2015, que notificou 8.501 casos. A partir do mês de julho/2016, houve a recuperação do indicador de variação, minimizando os prejuízos decorrentes do descontrole iniciado no ano anterior.

Gráfico 10. Casos de Malária notificados no município de Manaus, 2011-2016.

Fonte: SIVEP Malária. Dados atualizados em 24/7/2017, sujeitos à alteração.

Analisando o período de 2011/2016, a Malária *falciparum*, a forma mais grave da doença, obteve resultados importantes, apresentando uma redução de 99,7%. Em 2016, foram notificados 3 casos de Malária *falciparum*, com uma incidência anual – Índice de *Plasmodium falciparum* anual (%) IFA de 0,03%, o município segue na manutenção da meta de IFA, conforme indicador preconizado pelo Ministério da Saúde, manter o IFA a menos de 1%.

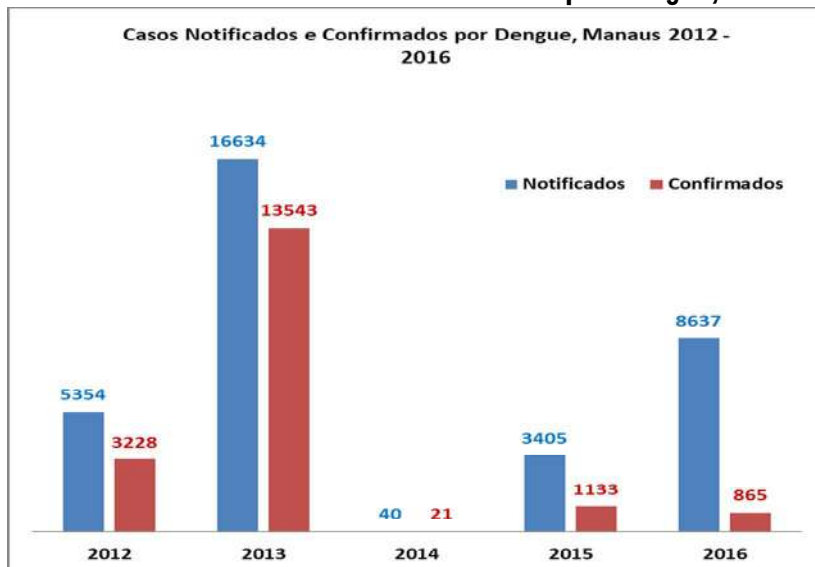
Tabela 21. Série Histórica dos Casos de Malária tipo *falciparum*, Manaus, 2011-2016.

ANO	Total Casos Notificados	Total Casos <i>falciparum</i>	Proporção de <i>falciparum</i>
2011	14742	150	1,0
2012	9729	358	3,7
2013	5334	183	3,4
2014	5516	140	2,5
2015	8508	23	0,3
2016	8476	3	0,0

Fonte: SIVEP Malária. Dados atualizados em 24/7/2017, sujeitos à alteração.

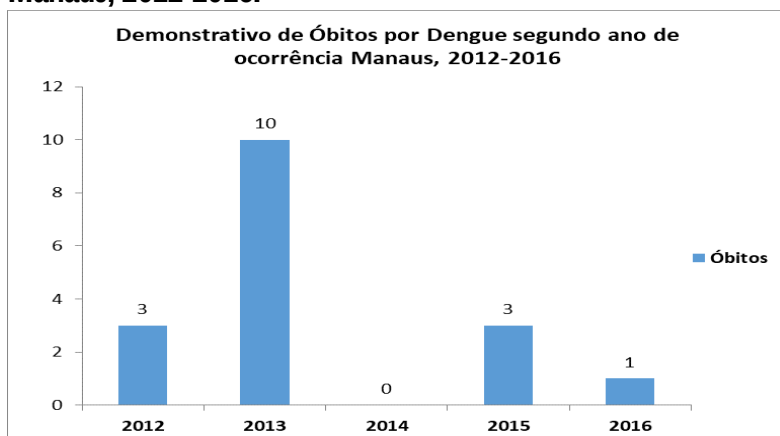
B. Dengue

O quadro epidemiológico atual da dengue caracteriza-se pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões de Manaus. O número de casos notificados de dengue, no município de Manaus, passou de 5.354 casos, em 2012, para 8.637 casos em 2016. Apesar desse incremento de notificações, o número de casos confirmados sofreu redução, passando de 3.228 casos confirmados em 2012, para 865 em 2016, demonstrando que a partir de 2014 a situação se manteve sob controle, considerando o número de casos confirmados.

Gráfico 11. Casos Notificados e Confirmados por Dengue, Manaus, 2012-2016.

Fonte: SINANNET/SINAN ONLINE/GEVAM/DEVAE/SUBGS/SEMSA. Dados até 20/7/2017, sujeitos a alterações.

A forma mais grave da Dengue é a Febre Hemorrágica que apresentou expressivo aumento em 2013, registrando 48 casos e 34 complicações por dengue, e, neste último, registrou-se 10 óbitos. Em 2014, observou-se uma redução nos casos de dengue hemorrágica de 100% e nos casos complicados 97%, não ocorrendo registro nesse ano, porém, no ano de 2015, ocorreram 3 casos de óbitos, seguido por 1 óbito por dengue em 2016.

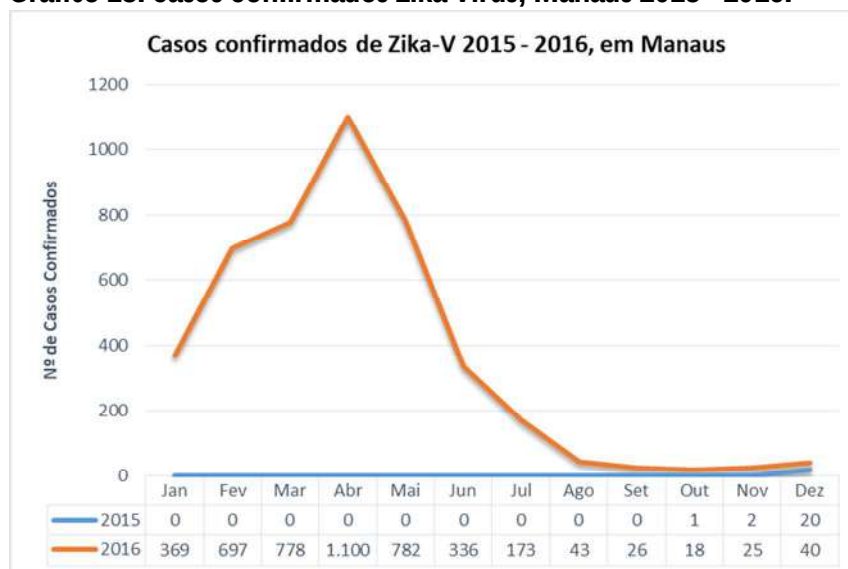
Gráfico 12. Demonstrativo de Óbitos por Dengue segundo ano de ocorrência, Manaus, 2012-2016.

Fonte: SINANNET/SINAN ONLINE/GEVAM/DEVAE/SUBGS/SEMSA. Dados até 20/7/2017, sujeitos a alterações.

C. Febre do Zika Vírus

O quadro epidemiológico da Febre do Zika Vírus – Zika-V em Manaus caracteriza-se por sua ampla dispersão em todas as regiões da cidade. Em novembro de 2015, houve a identificação do primeiro caso autóctone de Zika-V em Manaus, confirmado pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Os casos notificados de Zika-V em Manaus, no ano de 2016, aumentaram consideravelmente em comparação a 2015, passando de 127, para 6.023 casos, sendo 4.387 casos confirmados, conforme mostra o Gráfico 13.

Gráfico 13. Casos Confirmados Zika Vírus, Manaus 2015 - 2016.

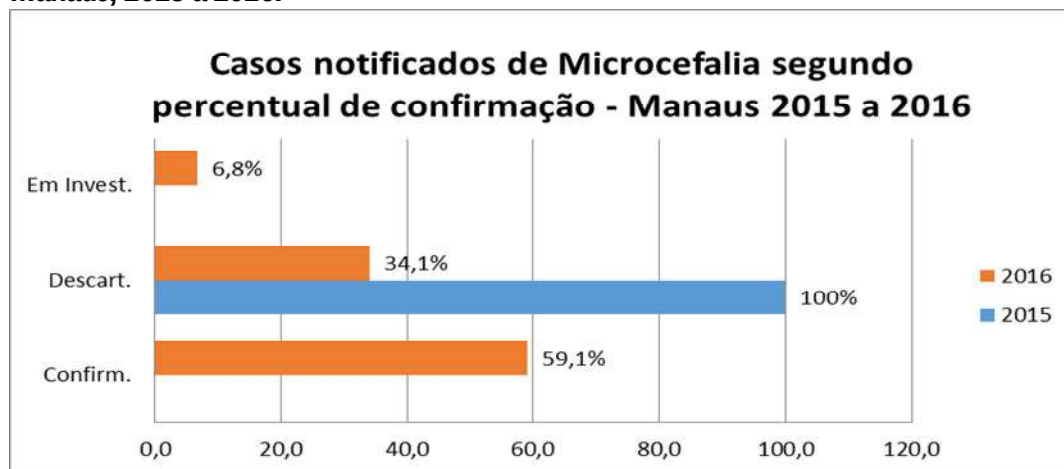


Fonte: SINANET/SINAN ONLINE/GEVAM/DEVAE/SUBGS/SEMSA. Dados até 27/7/2017, sujeitos a alterações.

Situação da Microcefalia – estratégia pontual situação emergencial do Zika-V

Em consonância com o Ministério da Saúde e com intuito de contribuir com o enfrentamento da ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Zika-V no país, Manaus decretou situação anormal, caracterizada como emergencial, em dezembro de 2015, levando em consideração o cenário municipal de médio risco de infestação por *Aedes*, aliado ao avanço em território nacional da circulação do vírus. Nesse período, foram notificados os três primeiros casos de microcefalia em Manaus, sendo posteriormente descartada a relação microcefalia com o Zika-V. Foram notificados, em 2016, 44 casos suspeitos de microcefalia, sendo que 07 casos confirmaram a relação com infecção pelo Zika-V.

Gráfico 14. Casos Notificados de Microcefalia segundo percentual de confirmação, Manaus, 2015 a 2016.

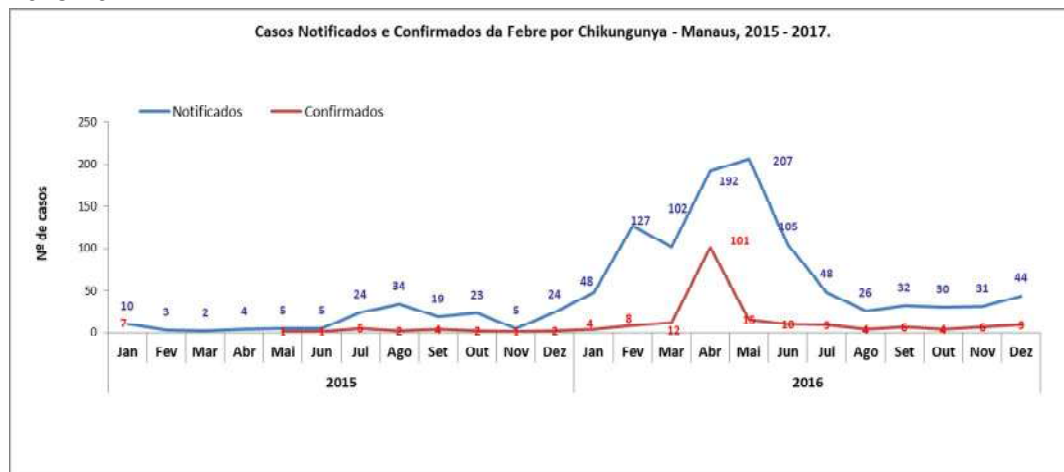


Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública – RESP-MS (Sistema *on line*), agosto de 2017. *Dados sujeitos a revisão.

D. Febre Chikungunya

Os primeiros casos confirmados da febre Chikungunya – Chik-V em Manaus ocorreram em janeiro de 2015, apresentando 10 casos notificados, sendo 07 confirmados. Posterior a esse período, novos casos foram confirmados somente a partir de maio, mantendo certa estabilidade no referido ano. Esse cenário foi modificado em 2016, quando aumentou 616% em comparação ao ano anterior, passando de 25 para 179 casos confirmados.

Gráfico 15. Casos Notificados e Confirmados da Febre por Chikungunya, Manaus, 2015-2017.

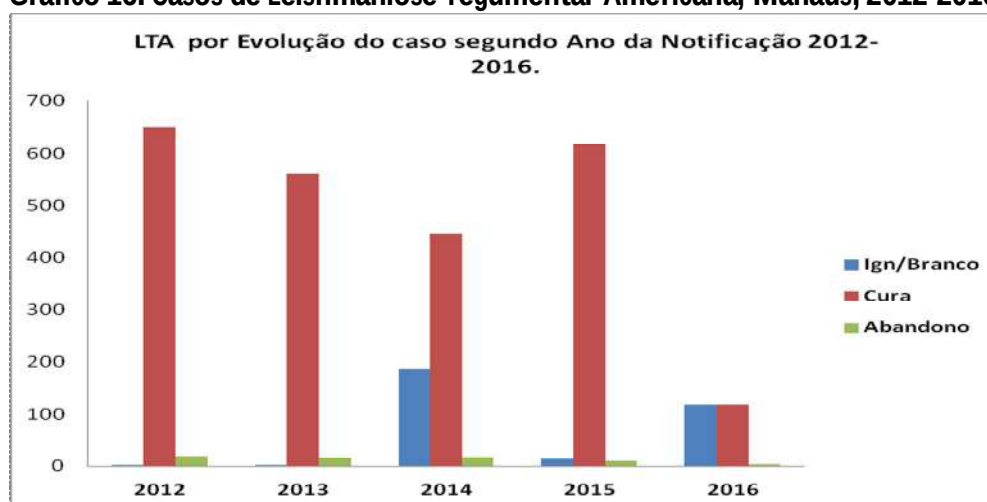


Fonte: SINANET/SINAN ONLINE/GEVAM/DEVAE/SUBGS/SEMSA. Dados até 20/7/2017, sujeitos a alterações.

E. Leishmaniose Tegumentar Americana

O município de Manaus, nos últimos 05 anos, notificou 2.824 casos de leishmaniose tegumentar americana – LTA, dos quais 2.468 foram considerados autóctones. No ano de 2014, houve um aumento no número de casos, com acréscimo de 12,7% comparado ao mesmo período de 2013. No ano de 2016, houve uma redução de 61,7% comparado ao mesmo período de 2015. No período de 2012 a 2016, do total de casos nesse período, 1.743 evoluíram para cura, representando 62% dos casos, e 45 abandonaram o tratamento, representando 1,6%.

Gráfico 16. Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana, Manaus, 2012-2016.



Fonte: SINANNET/GEVAM/DEVAE/SUBGS/SEMSA. Dados até 20/7/2017, sujeitos a alterações.

1.5.1.5. Cenário das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT

A Tabela 22 apresenta as prevalências para o município de Manaus de alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, Diabetes *Mellitus* – DM e Doença Renal Crônica – DRC, segundo o Ministério da Saúde, por meio do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL 2016).

Tabela 22. Prevalências de alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus* e Doença Renal Crônica, em pessoas de 18 anos ou mais, e a posição de Manaus entre as 27 cidades estudadas por sexo (VIGITEL, 2016).

Fator de risco	Homens		Mulheres		População total	
	%	Posição	%	Posição	%	Posição
Consumo de leite com teor integral de gordura	67,9	5 ^a	67	3 ^a	67,5	4 ^a
Excesso de peso	60,5	8 ^a	52,3	10 ^a	56,3	7 ^a
Obesidade	19,6	13 ^a	20,9	6 ^a	20,3	7 ^a
Inatividade física	12,7	13 ^a	14,3	15 ^a	13,5	14 ^a
Tabagismo	7,9	26 ^a	3,4	24 ^a	5,6	24 ^a
Consumo de carne com excesso de gordura	35,1	26 ^a	19,6	23 ^a	27	25 ^a
Consumo abusivo de bebida alcoólica	23,2	24 ^a	7,7	24 ^a	15,1	25 ^a

Fonte: VIGITEL, 2016.

Deve-se ressaltar que dentre as 27 cidades estudadas no VIGITEL 2016, Manaus ocupa a quarta posição entre as capitais com maior percentual de consumo de leite com teor integral de gordura, apresentou a sétima posição de maior percentual de pessoas com excesso de peso e obesidade, para ambos fatores de risco e a décima quarta posição em inatividade física. Tais observações são fundamentais na organização das ações a serem efetivadas em uma rede de atenção à saúde de indivíduos com condições crônicas, a qual deve ser sempre coordenada pela atenção primária à saúde.

Além disso, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS mostrou, em 2013, uma proporção de 15,0% de indivíduos com 18 anos ou mais que se referem diagnosticados em Manaus com hipertensão arterial, correspondente a 195.518 pessoas. No mesmo ano, a pesquisa estimou que, em Manaus, 5,0% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 65.173 pessoas.

Com referência às doenças cardiovasculares – DCV, em 2013, 1,7% (22.159) de pessoas de 18 anos ou mais de idade tiveram algum diagnóstico médico de alguma doença do coração. Além disso, 10,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade (135.559) tiveram diagnóstico médico de colesterol alto em 2013.

A PNS destaca o Acidente Vascular Cerebral – AVC com 1,8% de referência ao diagnóstico de AVC ou derrame em 2013, representando, aproximadamente, 23.462 pessoas de 18 anos ou mais de idade.

A Tabela 23 mostra as taxas de mortalidade prematura por DCNT em 2000 e 2015, e o percentual de variação nesse período. No período, observa-se aumento significativo de 26,60% na taxa de mortalidade por diabetes, sendo a maior queda observada no grupo das doenças respiratórias crônicas (-22,70%), seguido das doenças cardiovasculares (-20,70%).

Tabela 23. Taxas de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – DCNT (x 100 mil habitantes) e variação percentual, Manaus, 2000 e 2015.

DCNT	2000	2015	Variação (%) Total
4 DCNT	286,94	256,91	-10,50%
Neoplasias	131,97	123,07	-6,70%
Diabetes	23,87	30,22	26,60%
Aparelho Circulatório	112,96	89,61	-20,70%
Aparelho Respiratório	18,13	14,01	-22,70%

Fonte: SIM/MS.

1.5.2. Mortalidade Geral

No período de 2006 a 2016, o número absoluto de óbitos em Manaus passou de 7.460 em 2006 para 10.865 em 2016, com o aumento de 45,64%. A taxa bruta de mortalidade que era de 4,42 óbitos por mil habitantes em 2006 aumentou para 5,19 óbitos por mil habitantes em 2016, considerando os dados preliminares relativos ao ano de 2016.

Quadro 2. Comparativo das taxas brutas de mortalidade, Manaus, 2006 e 2016.

Taxa de mortalidade (óbitos/1.000 hab.)	2006	2016	Variação (%) (2006-2016)	Variação (%) média (2006-2016)
Taxa bruta de mortalidade	4,42/1.000 hab.	5,19/1.000 hab.	17,42%	1,71%

Fonte: SIM/SEMSA.

A Tabela 24 demonstra um comparativo da proporção e taxa de mortalidade das principais causas de mortalidade, de acordo com o sexo, em 2006 e 2016. Observa-se que, dentre os homens, a primeira causa de óbito são as causas externas e, entre as mulheres, as neoplasias. Para ambos os sexos, em 2016, as doenças do aparelho circulatório são a segunda causa de morte, sendo a mortalidade proporcional por esta causa maior no sexo feminino (18,9%) do que no sexo masculino (15,2%). Entretanto, o risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (taxa de mortalidade) é maior no sexo masculino (95,51 óbitos por 100.000 homens) do que no feminino (77,67 óbitos por 100.000 mulheres). O menor peso da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório verificado no sexo masculino pode ser explicado pela alta proporção de óbitos por causas externas verificadas entre os homens (24,2%), o que não ocorre entre as mulheres (4,9%).

Destaque-se os óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas cuja mortalidade proporcional, dentre os homens, teve um aumento de 83,4%, de 2006 para 2016. Entre as mulheres o aumento foi de 73,7%.

Ressalte-se que as mortes por causas mal definidas, cuja redução continua sendo um desafio para o Ministério da Saúde e para Manaus, ainda está longe do parâmetro nacional que é registrar, no máximo, 5% de óbitos por causas mal definidas, mesmo tendo ocorrido uma redução nessa proporcionalidade do ano de 2006 para 2016 (13,4% para 11,7% entre os homens e 15,5% para 13,1% entre as mulheres). Tal situação poderá ser atenuada com a implantação do Serviço de Verificação de Óbito – SVO em Manaus.

Tabela 24. Comparativo da mortalidade proporcional (%) e taxa de mortalidade (por 100.000 homens/mulheres) segundo a causa da morte e o sexo, Manaus, 2006 e 2016.

Causas de Mortes		Masculino		Feminino	
		2006	2016*	2006	2016*
[1] Causas externas de morbidade e mortalidade [8]	Mortalidade proporcional (%)	22,6%	24,2%	5,6%	4,9%
	Taxa (por 100.000)	120,98	152,66	19,53	20,05
[2] Doenças do aparelho circulatório [2]	Mortalidade proporcional (%)	16,1%	15,2%	18,9%	18,9%
	Taxa (por 100.000)	85,88	95,51	66,34	77,67
[3] Neoplasias (tumores) [1]	Mortalidade proporcional (%)	12,6%	14,6%	18,9%	20,6%
	Taxa (por 100.000)	67,29	92,28	66,22	84,66
[4] Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais [3] (Causas mal definidas)	Mortalidade proporcional (%)	13,4%	11,7%	15,5%	13,1%
	Taxa (por 100.000)	71,54	73,98	54,44	53,80
[5] Algumas doenças infecciosas e parasitárias [7]	Mortalidade proporcional (%)	5,9%	7,0%	4,6%	6,1%
	Taxa (por 100.000)	31,34	44,33	16,30	24,99
[6] Doenças do aparelho respiratório [4]	Mortalidade proporcional (%)	7,3%	7,0%	9,0%	8,9%
	Taxa (por 100.000)	38,87	44,33	31,67	36,55
[7] Algumas afecções originadas no período perinatal [6]	Mortalidade proporcional (%)	8,9%	5,6%	10,1%	6,7%
	Taxa (por 100.000)	47,74	35,33	35,48	27,32
[8] Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas [5]	Mortalidade proporcional (%)	3,0%	4,7%	5,2%	7,7%
	Taxa (por 100.000)	16,28	29,85	18,15	31,51
[9] Doenças do aparelho digestivo [9]	Mortalidade proporcional (%)	4,0%	4,2%	3,4%	3,5%
	Taxa (por 100.000)	21,62	26,42	12,02	14,54
[10] Doenças do aparelho geniturinário [10]	Mortalidade proporcional (%)	1,5%	1,7%	1,9%	3,0%
	Taxa (por 100.000)	8,02	10,76	6,70	12,12

Fonte: SIM/SEMSA.

*Os dados de óbitos de 2016 estão sujeitos à alteração.

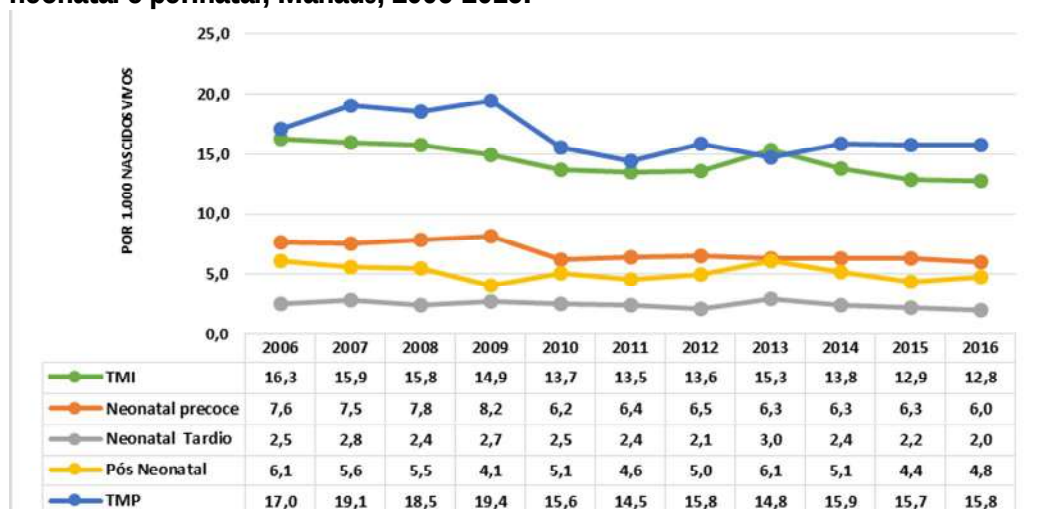
Nota 1: As taxas de mortalidade por sexo do ano de 2016 foram calculadas considerando estimativa populacional do DICAR/SEMSA para 2016.

Nota 2: Os valores entre colchetes indicam a posição da causa da morte entre os homens (antes da causa da morte) e mulheres (depois da causa da morte) no ano de 2016.

1.5.2.1. Mortalidade Infantil

Em Manaus, a Taxa de Mortalidade Infantil – TMI passou de 16,3/1.000 nascidos vivos em 2006 para 12,8/1.000 nascidos vivos em 2016, registrando um declínio de 21,7%. O período neonatal precoce (óbito de crianças de 0 a 7 dias) e pós-neonatal são os que mais influenciam no indicador. No mesmo período, a Taxa de Mortalidade Perinatal – TMP (óbitos de crianças de 0 a 7 dias + natimortos) reduziu 7,1%, passando de 17,0/1.000 nascidos vivos, em 2006, para 15,8/1.000 nascidos vivos em 2016, conforme mostra o Gráfico 17.

Gráfico 17. Taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardio, pós neonatal e perinatal, Manaus, 2006-2016.



Fonte: SIM/SEMSA (dados de 2016 sujeitos à alteração).

As causas de mortalidade infantil em Manaus sofreram mudanças, nas últimas décadas, observando a redução das doenças infecciosas associadas à desnutrição e ao aumento das afecções do período perinatal. A Tabela 25 apresenta as principais causas de mortalidade proporcional de óbito infantil, no período de 2006 a 2016. As afecções perinatais continuam sendo as principais causas dos óbitos infantis no primeiro ano de vida, contudo apresentou uma redução de 4,5%, passando de 50,6% em 2006 para 48,3% em 2016.

Tabela 25. Mortalidade proporcional segundo a causa do óbito infantil, Manaus, 2006-2016

Causa do óbito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Algumas afecções originadas no período perinatal	50,6	51,2	53	56,3	48,6	49,2	47,6	43,2	47,9	49,5	48,3
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	22,5	26,2	24,8	25,9	27,2	29,5	30,1	31,4	30,9	29,0	25,0
Doenças do aparelho respiratório	7,1	4	3,8	2,9	5,9	5,3	7,7	9,1	6,4	6,6	7,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,7	6,2	6,6	4,4	5,9	4,8	5,2	6,1	6,4	5,6	7,7
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	13,8	13,8	8,4	6,6	10,6	6,3	7,5	6,9	6	4,3	8,2
Doenças do sistema nervoso	2,5	0,5	1,2	1,4	1,5	1,8	1,1	2	1,3	1,6	1,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,1	1,7	2,3	1,2	1,7	1,7	1,1	1,3	1	0,2	0,4

Fonte: SIM/SEMSA (dados de 2016 sujeitos à alteração).

1.5.2.2. Mortalidade Materna

No período de 2006 a 2016, o município de Manaus apresentou variações na Taxa de Mortalidade Materna – TMM, sendo a menor em 2006 com 44 óbitos/100 mil nascidos vivos e a maior em 2009 com 101 óbitos maternos/100 mil nascidos vivos, apresentando uma queda significativa em 2016 para 61 óbitos maternos/100 mil nascidos vivos, considerando os dados preliminares.

Gráfico 18. Número de Óbitos Maternos e Razão de Mortalidade Materna, Manaus, 2006-2016.



Fonte: SIM/SEMSA-Manaus. Dados sujeitos a modificação.

A Tabela 26 mostra as principais causas dos óbitos maternos em Manaus no período de 2006 a 2016. As infecções puerperais foram responsáveis pelo maior número de óbitos maternos nesse período, apresentando 48 óbitos, seguido das doenças do aparelho respiratório com 30 óbitos maternos no mesmo período. Dentre as causas respiratórias, entre 2014 e 2016, ocorreram 06 casos de óbitos maternos associados à Tuberculose – TB, consequência da alta incidência de casos da doença no município.

Tabela 26. Principais Causas de Óbito Materno, segundo CID 10 Cap. XV, Manaus, 2006-2016.

Causas de Óbitos (CID10 Cap. XV)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	17	30	19	40	33	20	22	27	42	20	24
O85 - Infecção puerperal	6	6	6	9	10	6	1	0	3	0	1
O99.5 - Doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	1	12	5	0	2	0	4	5	1
O99.4 - Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	2	0	1	6	2	2	0	4	1	1
O95 - Morte obstétrica de causa não especificada	0	3	1	1	2	1	0	4	3	2	1
O99.8 - Outras doenças e afecções especificadas complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	1	2	0	3	2	1	0	2	0	1
O62.2 - Outras formas de inércia uterina	0	2	0	3	0	1	0	2	2	0	0
O99.6 - Doenças do aparelho digestivo complicando a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	1	0	0	0	3	0	1	1	3
O15.9 - Eclampsia não especificada quanto ao período	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0

Fonte: SIM/SEMSA-MANAUS. Dados sujeitos à alteração.

1.6. Perfil das Internações e Condições Sensíveis à Atenção Básica

Observa-se na Tabela 27 que, em Manaus, as pneumonias bacterianas e gastroenterites infecciosas e complicações foram responsáveis por 12,4% do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no ano de 2016. No período de 2009 a 2016, as internações por esses dois agravos aumentaram, em média, 5,2% e 0,5% respectivamente.

Nesse mesmo período, as internações por doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos e as deficiências nutricionais reduziram 7,6% e 6,2% respectivamente.

Embora o número de internações por angina não impacte na proporção de ICSAB, esse agravo apresentou o maior crescimento médio, 14,2% ao ano, no período de 2009 a 2016.

Tabela 27. Internações por causas sensíveis à Atenção Básica, Manaus, 2009-2016.

Causas sensíveis à Atenção Básica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pneumonias bacterianas	1.933 5,9%	1.811 5,2%	2.616 6,8%	3.219 8,2%	3.043 8,6%	3.493 11,7%	3.451 10,1%	2.607 7,1%
Gastroenterites Infecciosas e complicações	1.831 5,6%	1.759 5,0%	1.784 4,6%	2.193 5,6%	1.540 4,4%	1.572 5,3%	1.554 4,5%	1.940 5,3%
Insuficiência cardíaca	930 2,9%	853 2,4%	1.403 3,7%	1.556 4,0%	1.457 4,1%	1.328 4,4%	1.400 4,1%	1.394 3,8%
Infecção no rim e trato urinário	638 2,0%	752 2,1%	1.093 2,8%	1.287 3,3%	1.107 3,1%	1.045 3,5%	1.310 3,8%	1.242 3,4%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	731 2,2%	809 2,3%	1.089 2,8%	1.263 3,2%	1.156 3,3%	861 2,9%	925 2,7%	1.006 2,7%
Bronquites	1.035 3,2%	1.140 3,3%	1.117 2,9%	1.252 3,2%	952 2,7%	460 1,5%	619 1,8%	865 2,4%
Diabetes Mellitus	729 2,2%	709 2,0%	773 2,0%	840 2,1%	666 1,9%	567 1,9%	844 2,5%	875 2,4%
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	666 2,0%	871 2,5%	826 2,1%	647 1,6%	486 1,4%	383 1,3%	506 1,5%	489 1,3%
Asma	670 2,1%	870 2,5%	731 1,9%	668 1,7%	536 1,5%	267 0,9%	526 1,5%	755 2,1%
Hipertensão	294 0,9%	293 0,8%	312 0,8%	373 1,0%	247 0,7%	218 0,7%	409 1,2%	399 1,1%
Angina	195 0,6%	124 0,4%	171 0,4%	195 0,5%	178 0,5%	195 0,7%	348 1,0%	434 1,2%
Epilepsias	172 0,5%	144 0,4%	205 0,5%	204 0,5%	200 0,6%	212 0,7%	225 0,7%	262 0,7%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	236 0,7%	111 0,3%	199 0,5%	158 0,4%	149 0,4%	135 0,5%	193 0,6%	165 0,5%
Deficiências nutricionais	105 0,3%	92 0,3%	93 0,2%	61 0,2%	63 0,2%	54 0,2%	63 0,2%	68 0,2%
Anemia	15 0,0%	30 0,1%	24 0,1%	19 0,0%	17 0,0%	7 0,0%	9 0,0%	11 0,0%
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	19 0,1%	24 0,1%	24 0,1%	11 0,0%	7 0,0%	4 0,0%	10 0,0%	4 0,0%
Total	10.199 31,3%	10.392 29,6%	12.460 32,4%	13.946 35,5%	11.804 33,5%	10.801 36,1%	12.392 36,1%	12.516 34,1%

Fonte: SIH/SUS (dados de internação de 2016 sujeitos à alteração).

1.7. Atenção Primária à Saúde

A rede de serviços de Atenção Primária à Saúde – APS de Manaus é composta por 239 (duzentas e trinta e nove) Unidades Básicas de Saúde, sendo 227 (duzentas e vinte e sete) Unidades Básicas de Saúde – UBS, 1 Unidade Móvel Fluvial e 11 (onze) Postos de Saúde localizados no DISA Rural, conforme Tabela 28. Dentre as UBS no modelo tradicional, 10 (dez) funcionam em horário ampliado, das 7h às 21h, de segunda a sexta feira, e de 7h às 12h, aos sábados.¹

Tabela 28. Distribuição de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por DISA, Manaus, 2017.

Tipo de estabelecimento	DISA					TOTAL
	Leste	Norte	Oeste	Sul	Rural	
Unidade básica de saúde	53	57	52	58	7	227
Unidade móvel fluvial	–	–	–	–	1	1
Posto de saúde	–	–	–	–	11	11
Total	53	57	52	58	19	239

Fonte: CNES/SEMSA (competência dez./2017).

No que tange às Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF vale ressaltar que estas são distribuídas por porte, sendo o porte equivalente ao número de Equipes de Saúde da Família – eSF. De acordo com dados do SCNES (competência dez./2017), Manaus possui 225 Equipes de Saúde da Família – eSF – implantadas, das quais, 86 possuem equipes de saúde bucal (Tabela 29).

Tabela 29. Número de Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal implantadas, Manaus, 2009-2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
eSF	127	123	134	130	130	116	130	130	139
eSF com SB	56	59	60	67	76	102	111	111	86
Total	183	182	194	197	206	218	241	241	225

Fonte: CNES/SEMSA (competência dez./2017).

A ESF mostra evolução entre 2009 e 2016, passando de 183 para 225 equipes implantadas, o que representa um aumento de 18,67% (Tabela 29).

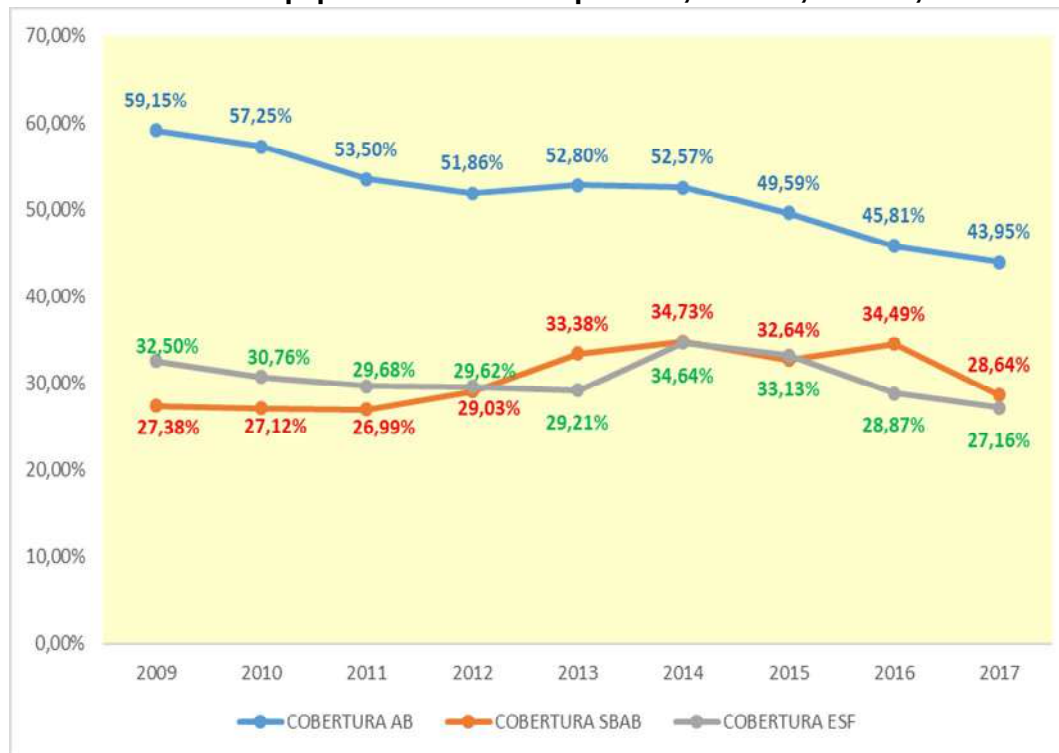
Conforme o Gráfico 19, em dezembro de 2017, a cobertura populacional estimada pela atenção básica no município de Manaus foi de 43,95%². Se contabilizada

¹ A disponibilidade de UBS em horário ampliado é medida adotada para ampliação do acesso da população à APS e foram implantadas no Município de Manaus em 2013.

² Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

somente a cobertura populacional pelas eSF ativas (176 equipes), a cobertura atinge 27,16%. Em relação à saúde bucal – SB, a cobertura populacional foi de 28,64%³.

Gráfico 19. Cobertura populacional estimada pela APS, ESF e SB, Manaus, 2009-2017.



Fonte: e-Gestor AB/DAB/MS.

O Programa Mais Médico – PMM proporcionou a ampliação do acesso às consultas médicas e a ativação das eSFs que se encontravam inativas pela ausência deste profissional (Tabela 30). Contudo, a inativação de eSF pode se dar também pela ausência do profissional enfermeiro, cuja desvinculação às eSFs tem se mostrado elevada a partir de 2015 e tem impactado diretamente na redução da cobertura da Atenção Básica, evidenciando, assim, a necessidade de implementação de estratégias que favoreçam a permanência deste profissional também na equipe.

³ Cobertura populacional estimada pela Saúde Bucal na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional em relação à estimativa populacional.

Tabela 30. Número de Equipes de Saúde da Família implantadas, Manaus, 2009-2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
eSF sem PMM	183	182	194	197	206	135	146	180	135
eSF com PMM						83	95	61	90
Total	183	182	194	197	206	218	241	241	225

Fonte: DAP/SEMSA (competência dez./2017)

Na rede municipal de saúde existem 79 UBSF, inauguradas em 1994, construídas em modelo com infraestrutura em uma área de 32m². Tal estrutura não atende aos requisitos mínimos exigidos para uma unidade básica de saúde e impacta, negativamente, na Avaliação Externa do Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. Neste sentido e, considerando a necessidade de garantir um espaço de saúde adequado ao desenvolvimento de ações de saúde que atendam às necessidades dos servidores e da população, a SEMSA vem investindo na substituição gradativa dessas estruturas, buscando melhorias para o desenvolvimento dos trabalhos e a implementação da carteira de serviços.

1.7.1. Prontuário Eletrônico

O Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC é uma ferramenta que compreende várias funcionalidades essenciais para o planejamento das ações na APS por meio das ferramentas para cadastrar os indivíduos no território, fazer gestão da agenda dos profissionais, acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual, registro de atividades coletivas e de outras informações para compor o histórico dos dados.

As informações clínicas e administrativas do paciente ficam armazenadas nas UBS, por meio do PEC, com a finalidade de informatizar o fluxo do atendimento do usuário realizado pelos profissionais de saúde. A otimização do fluxo de atendimento das UBS facilita o processo de coordenação do cuidado do usuário atendido pelas Equipes de Atenção Básica – EAB.

Um dos desafios na Atenção Básica é cadastrar os cidadãos sob responsabilidade das EAB, para tanto, o PEC disponibiliza o módulo cidadão totalmente integrado ao Cartão Nacional de Saúde, permitindo a manutenção desses cadastros, tanto para os cidadãos atendidos eventualmente na UBS como para os cidadãos acompanhados pelos profissionais das equipes.

O Ministério da Saúde – MS objetiva, com a implantação do PEC, a produção de informações para planejar da melhor forma as ações e os gastos da Saúde. A transmissão 100% digital dos dados da rede municipal à base nacional possibilita que o MS confira online como estão sendo investidos os recursos do SUS na saúde dos brasileiros.

A informatização dos sistemas de saúde é uma das prioridades da gestão do Ministério da Saúde, objetivando integrar o controle das ações, promover a correta aplicação dos recursos públicos, obter dados para o planejamento do setor e, principalmente, propiciar a ampliação do acesso e da qualidade da assistência prestada à população. Essa medida auxiliará, também, a redução de custos, evitando, por exemplo, a duplicidade de exames e permitindo a integração com a plataforma eletrônica para consulta da disponibilidade de medicamentos durante a prescrição.

Os gestores municipais podem acompanhar as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde registradas através do prontuário eletrônico no próprio Sistema e-SUS AB, por meio de relatórios gerenciais, ou ainda, de forma mais consolidada, no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – SISAB, acessando os relatórios de saúde gerados a partir das informações transmitidas à base nacional.

Outras funcionalidades como abordagem familiar, controle de imunização, prontuário de saúde bucal, gestão da lista de espera de encaminhamentos, gestão do cuidado a doenças crônicas, além de integração com Telessaúde e geração de relatórios dinâmicos, contribuem para o desenvolvimento dos princípios da Atenção Básica: universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização e equidade.

Quanto aos princípios de vinculação e continuidade da atenção, responsabilização e humanização, o PEC possibilita, também, o monitoramento de pacientes faltosos e a realização do controle de medicamentos e exames pelo computador.

Inicialmente o sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS contemplava sete fichas de registro: ficha de cadastro do domicílio, de usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar.

Desde 2014 o e-SUS está implantado em 100% das Equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, os dados são coletados através da CDS e enviados à base nacional do Ministério da Saúde por meio do PEC.

No ano de 2017, as UBS Mansour Bulbol (ESF O36), UBS Platão Araújo, UBS Fátima Andrade e UBS Morro da Liberdade foram eleitas para a implantação do PEC como projeto piloto, com a finalidade de avaliar sua operacionalização, impactos, potencialidades e fragilidades. Os critérios utilizados para eleição das UBS foram a estrutura física, a disponibilidade de equipamentos de informática e internet, o processo de trabalho na filosofia da ESF e a composição da equipe.

No momento atual, a Secretaria Municipal de Saúde encontra-se na fase de conclusão da avaliação técnica do PEC, objetivando examinar a viabilidade de sua implantação nas demais unidades de saúde da Atenção Básica. Destaca-se que, compete à SEMSA informatizar as unidades de saúde até o ano de 2021, para concluir o processo de implantação do Prontuário Eletrônico.

1.8. Atenção Especializada

A rede de atenção especializada da Secretaria Municipal de Saúde é constituída por 07 (sete) policlínicas distribuídas nos 04 (quatro) Distritos de Saúde, conforme quadro abaixo.

Quadro 3. Quantidade de policlínicas por DISAs.

Tipologia	DISA Sul	DISA Norte	DISA Leste	DISA Oeste	DISA Rural	Total
Policlínicas	02	02	01	02	00	07

Fonte: DRA/SUBGS/SEMSA.

As policlínicas possuem na sua carteira de serviço os atendimentos especializados e ações da atenção básica. Os usuários acessam aos serviços através de agendamento no sistema de regulação – SISREG ou agenda local.

Atualmente, a SEMSA está desenvolvendo um planejamento para vinculação dos usuários das Unidades Básicas com as Policlínicas no referido DISA, visando garantir o acesso ao tratamento especializado de média complexidade.

1.8.1. Rede de Atenção Psicossocial

Até a década de 2000, a assistência em saúde mental, em Manaus, ainda seguia a lógica hospitalocêntrica, promotora de exclusão e centrada na doença. Foi somente em 2008, com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, sob gestão estadual, que o cuidado em saúde mental passou a ser realizado de maneira a privilegiar o conceito biopsicossocial de saúde. Em 2010, a Prefeitura de Manaus iniciou a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, com a inauguração do primeiro CAPS do tipo II para atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Em 2012, foi inaugurado o primeiro CAPS infanto-juvenil para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, autismo e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Já em 2015, foi inaugurado o primeiro CAPS ad III para atendimento de adultos com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Ainda em 2015, o CAPS II existente foi reinaugurado passando a funcionar como CAPS tipo III. Até meados de 2017, não houve qualquer alteração na oferta de serviços em saúde mental, permanecendo a rede com a seguinte configuração, conforme quadro 4.

Quadro 4. Quantitativo de CAPS por Tipologia e Distrito de Saúde (DISA).

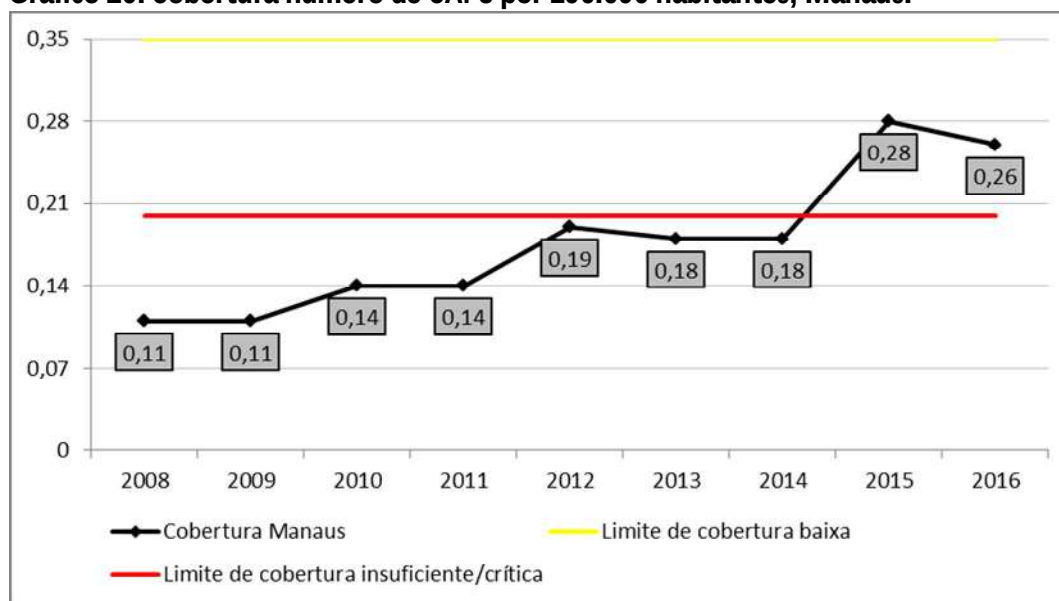
Tipologia	DISA Sul	DISA Norte	DISA Leste	DISA Oeste	DISA Rural	Total
CAPS III	01	01*				02
CAPS AD III	01					01
CAPS Infanto-juvenil			01			01

Fonte: RAPS/DRA/SUBGS/SEMSA.

*Gestão Estadual

Considerando os parâmetros do Ministério da Saúde do nº de CAPS/100.000 habitantes, incluídos em 2007 como o indicador principal da saúde mental no Pacto pela Vida, a cobertura na cidade de Manaus, em 2016, foi de 0,26/100 mil habitantes.

Gráfico 20. Cobertura número de CAPS por 100.000 habitantes, Manaus.



Fonte: RAPS/DRA/SUBGS/SEMSA.

Diante da análise da cobertura apresentada no Gráfico 20 e considerando o aumento populacional estimado para 2017, observa-se a insuficiência de serviços destinados à demanda de saúde mental, álcool e outras drogas.

1.8.2. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

No período de 2000 a 2010, o número de pessoas com deficiência no Amazonas cresceu 96,8%, passando de 401.649 em 2000 para 790.647 em 2010, que correspondem a 23,2% da população. O Município de Manaus ocupa a 5ª posição do Estado do Amazonas com os dados estatísticos de 481.977 pessoas com algum tipo de deficiência, conforme quadro 5.

A Secretaria Municipal de Saúde vem trabalhando e contribuindo para a efetivação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do estado do Amazonas.

Quadro 5. Quantitativo de pessoas com deficiência no Município de Manaus, 2010.

Tipo de deficiência	Quantitativo
Visual	286.603
Auditiva	87.429
Motora	107.945

Fonte: CENSO/IBGE, 2010.

No âmbito da SEMSA, o atendimento à saúde da pessoa com deficiência é realizado tanto por ações na atenção básica, como especializada através do serviço de reabilitação em 12 (doze) Unidades de Saúde. Destas, 11 (onze) com o serviço de fisioterapia e 01 (um) Centro Especializado em Reabilitação – CER, com os serviços de fisioterapia e terapia ocupacional. Os serviços de fisioterapia são oferecidos em 05 (cinco) Policlínicas e 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde, conforme quadro 6.

Quadro 6. Unidades de saúde com o serviço de reabilitação por DISA, 2017.

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO		DISA SUL	DISA NORTE	DISA LESTE	DISA OESTE	DISA RURAL	TOTAL
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	Policlínicas	02	02	01	00	00	11
	Unidades Básicas de Saúde	00	03	02	01	00	
Centro Especializado em Reabilitação – CER		00	00	00	01	00	01
TOTAL GERAL		02	05	03	02	00	12

Fonte: GRPCD/DRA/SUBGS/SEMSA.

1.8.3. Programa Saúde Manaus Itinerante – PSMI

A Secretaria Municipal de Saúde implantou, em 2010, o Programa Saúde Manaus Itinerante – PSMI, visando garantir o acesso à atenção à saúde da população dos vazios assistenciais do município de Manaus. As Unidades Móveis de Saúde oferecem consultas médicas (clínico e pediatra), atendimentos de enfermagem, atendimentos em odontologia, imunização, dispensação de medicamentos e apoio diagnóstico, além de consultas oftalmológicas aos escolares do Programa Saúde na Escola – PSE com confecção e distribuição de óculos mediante receita médica.

O Programa Saúde Manaus Itinerante – PSMI possui Unidades Móveis de Saúde com 04 (quatro) tipos diferentes de estrutura física, conforme quadro 7.

Quadro 7. Quantidade de Unidades Móveis de Saúde por PSMI por tipo de estrutura, 2017.

TIPO DE UNIDADE	TIPO DE ESTRUTURA	QUANTIDADE
Unidade móvel de saúde da mulher	Carreta	04
Unidade móvel de saúde odontológica	Container	05
Unidade móvel de saúde médico laboratorial	Container	02
Unidade móvel de saúde oftalmológica	Container	01
Total Geral		12

Fonte: PSMI/DRA/SUBGS/SEMSA.

1.8.4. Assistência Farmacêutica

A Secretaria Municipal de Saúde busca assegurar o uso racional e seguro de medicamentos e insumos com a disponibilização de 195 itens de insumos, sendo 186 itens de medicamentos essenciais e 6 itens de produtos para saúde.

Figura 2. O ciclo de Assistência Farmacêutica na SEMSA Manaus. Fluxograma e responsabilidades dos setores para o seu desenvolvimento.



Fonte: GEASF/DRA/SUBGS/SEMSA.

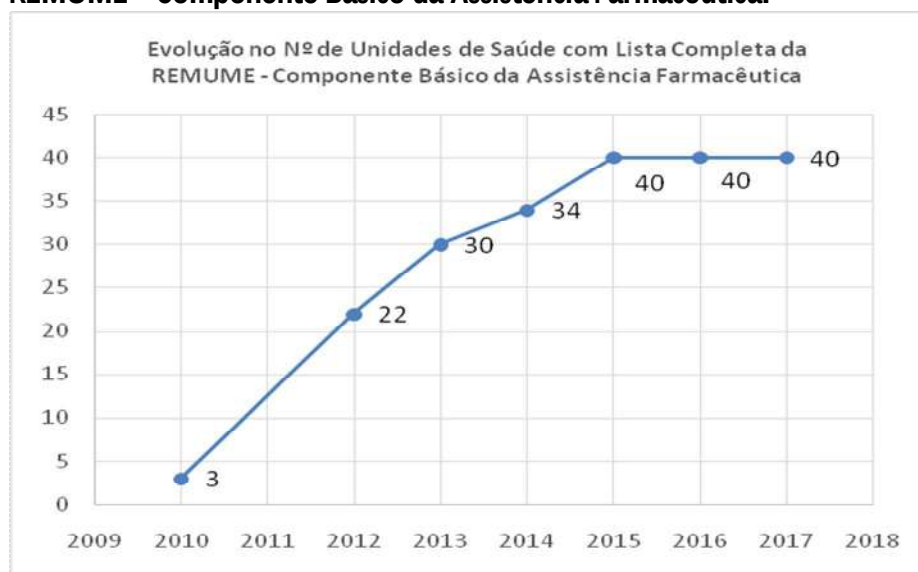
Quadro 8. Unidades Básicas de saúde com dispensação de medicamento por DISA, 2017.

Tipologia	DISA Sul	DISA Norte	DISA Leste	DISA Oeste	DISA Rural	Total
Unidades de saúde	60	57	53	52	19	241

Fonte: GEASF/DRA/SUBGS/SEMSA.

A Secretaria Municipal de Saúde, visando a ampliação do acesso dos usuários à lista de Medicamentos Essenciais (REMUME), referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, descentralizou as farmácias da Rede Municipal de Saúde, saindo de 03 Farmácias Gratuitas, que funcionavam nos terminais de ônibus, para 40 unidades dispensadoras de medicamentos com lista completa. As 201 unidades dispensadoras possuem lista simplificada.

Gráfico 21. Evolução no número de Unidades de Saúde com Lista Completa da REMUME – Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



Fonte: GEASF/DRA/SUBGS/SEMSA.

A Secretaria Municipal de Saúde está em fase de implantação do SisFarma, que é um sistema informatizado que permite de forma integrada o registro e controle da dispensação de medicamentos e insumos farmacêuticos. O SisFarma está integrado com o Banco de Dados MS (Hórus e Cadweb); Compras Manaus (SEMEF) e Estoque Prefeitura de Manaus (SEMAD). Este sistema está sendo implantado em todas as Unidades dispensadoras, de forma a garantir a regularidade no envio das informações para o Ministério da Saúde, reduzir perdas e possibilitar o rastreamento e o consumo de medicamentos.

O Remédio em Casa é um serviço oferecido à população, visando qualificar a atenção aos usuários com mais de 60 anos, por meio da organização do atendimento com acesso efetivo e contínuo aos 14 (quatorze) medicamentos selecionados para tratamento de Hipertensão Arterial – HA, Diabetes *Mellitus* – DM e Dislipidemia, que são entregues na residência pelo Agentes Comunitários de Saúde. Este serviço está implantado em 07 (sete) Unidades de Saúde da SEMSA, conforme quadro 9.

Quadro 9. Unidades Básicas de Saúde com o remédio em casa implantado por DISA, 2017.

Tipologia	DISA Sul	DISA Norte	DISA Leste	DISA Oeste	DISA Rural	Total
Unidades de saúde	02	01	04	00	00	07

Fonte: GEASF/DRA/SUBGS/SEMSA.

A Secretaria Municipal de Saúde está implantando o projeto de plantas medicinais e fitoterápicos, visando o desenvolvimento de ações voltadas à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicas na rede municipal de saúde através do estabelecimento de parcerias. O objetivo do referido projeto é

ampliar as opções terapêuticas, implantar a Farmácia Viva e realizar a gestão de estoque de fitoterápicos. Visa ainda desenvolvimento de tecnologias e inovações.

O Projeto está sendo implantado por fases e já foi cumprida a fase de realização do Simpósio, estando na elaboração do Termo de Cooperação Técnica com a Universidade Federal do Amazonas – UFAM e Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA.

1.8.5. Rede de Apoio Diagnóstico

A Rede de Apoio Diagnóstico da Secretaria Municipal de Saúde atende aos pontos de atenção à saúde, por meio de exames de patologia clínica (bioquímica, hematologia, imunologia, parasitologia, urinalise, microbiologia), citopatológicos e de diagnósticos por imagens (ultrassonografia, raios x, mamografia) e serviços de diagnóstico por gráficos (eletrocardiograma).

1.8.5.1. Área Laboratorial – Análises Clínicas

A Rede de Laboratórios da SEMSA passou por períodos de mudanças significativas nas últimas décadas. Este processo iniciou-se, em 1999, com o primeiro projeto de automação no Laboratório da Policlínica Comte Telles. Até meados do ano de 2005, a rede laboratorial da SEMSA era formada por 41 (quarenta e uma) unidades laboratoriais (Laboratório Tipo I), localizadas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, realizando uma pequena diversidade de exames processados manualmente.

Atualmente, essa Rede atende as Normas Técnicas contidas no Manual de Gestores do SUS, Organização da Rede de Laboratórios Clínicos (Laboratório Tipo III), e estabelece estratégias para um melhor atendimento da população, sendo formada por 04 (quatro) Laboratórios Distritais que processam os exames de patologia clínica e 97 (noventa e sete) Postos de Coleta, localizados nos 05 (cinco) distritos de saúde do Município de Manaus. Esse modelo visa facilitar o acesso dos usuários, conforme quadro 10.

Quadro 10. Quantitativo de Laboratórios de Análises Clínicas e postos de coleta por Distrito de Saúde, 2017.

DISA	Laboratório Distrital	Nº de Postos de Coleta Vinculados	
		Área Urbana	Área Rural
DISA Norte	Laboratório Distrital Norte	35	07
DISA Leste	Laboratório Distrital Leste	13	
DISA Sul	Laboratório Distrital Sul	18	
DISA Oeste	Laboratório Distrital Oeste	23	01
Total Geral		89	08

Fonte: GEADI/DRA/SUBGS/SEMSA.

Os laboratórios distritais têm a capacidade instalada para realizar um número bem maior de exames, e assim responder à demanda das ações programáticas da política municipal de saúde oriundas da Atenção Básica. Considerando a estrutura física e de recursos humanos instalados nos 4 laboratórios distritais, a capacidade de produção de exames de patologia clínica é de, aproximadamente, 5 milhões de exames/ano, dependendo do abastecimento dos insumos.

A produção de exames de patologia clínica passou de 606.711, em 2009, para 3.002.060 em 2016, um aumento de 395,2%, como mostra o quadro 11.

Quadro 11. Quantitativo de exames clínicos dos laboratórios distritais da SEMSA, Manaus, 2009-2016.

Procedimento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Exames de patologia clínica	606.171	590.569	1.303.574	1.766.529	3.175.865	3.018.530	3.235.942	3.002.060

Fonte: SIA/SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde inaugurou, em 2007, o Laboratório de Citopatologia Prof. Sebastião Ferreira Marinho, como uma estratégia de Apoio Diagnóstico, objetivando assegurar a oferta de exames citopatológicos do colo do útero.

Em 2016, o referido Laboratório foi reinaugurado e tornou-se um Centro de Especialidades, com oferta de serviços de exames citopatológicos do colo do útero e com perspectiva de ampliar a realização de exames microbiológicos (urocultura) do pré-natal oriundos da Atenção Básica.

Quadro 12. Quantitativo de exame citopatológico realizado no Laboratório de Especialidades Professor Sebastião Ferreira Marinho, Manaus, 2009-2016.

Procedimento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	30.681	49.607	40.249	58.853	71.923	57.750	82.463	90.114

Fonte: SIA/SUS.

Como mostra o quadro 12, no período de 2009 a 2016, a produção de exames citopatológicos aumentou em 193,7%, com um aumento anual médio de 20,5%.

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza para o diagnóstico laboratorial da malária 71 (setenta e um) pontos de diagnóstico, distribuídos nos 05 (cinco) Distritos de Saúde do município de Manaus, conforme quadro 13.

Quadro 13. Quantitativo de pontos de Diagnóstico de Malária por Distrito de Saúde, 2017.

Pontos de Diagnóstico	DISA Norte	DISA Sul	DISA Leste	DISA Oeste	DISA Rural		Total
					Terrestre	Fluvial	
	06	09	13	08	12	23	71

Fonte: GEADI/DRA/SUBGS/SEMSA.

Visando garantir o controle de qualidade do diagnóstico da Malária, a SEMSA possui 01 (um) **Serviço de Controle de Qualidade da Malária**, localizado na Policlínica Dr. Antonio Comte Telles, DISA Leste.

O **Laboratório de Vigilância** executa ações de prevenção à saúde da população de Manaus através de ensaios analíticos de alimentos e água, realizando a investigação epidemiológica de Doenças Transmitidas por Alimentos, monitoramento da qualidade da água para consumo humano e análise de produtos (alimentos, bebidas).

Outras ofertas de serviços laboratoriais na Rede SEMSA:

- 01 (um) **Serviço de Controle de Qualidade Externo do Diagnóstico da Tuberculose**, que monitora a qualidade dos exames realizados nos Hospitais Públicos, Privados e Forças Armadas, identificando quais profissionais necessitam de capacitação para aperfeiçoamento do diagnóstico, localizado na Policlínica Castela Branco, DISA Sul.
- 01 (um) **Serviço de Análises Clínicas da Unidade Móvel Fluvial**, que funciona no Barco Catuiara para atender os ribeirinhos das localidades dos Rios Negro e Amazonas.

1.8.5.2. Exames de Imagem e Gráficos

A Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza pontos de atenção para realização de exames de imagem e gráficos distribuídos nos distritos de saúde, como forma de aproximar os locais de realização dos exames à população. A SEMSA oferece exames de radiologia, ultrassonografia, mamografia e eletrocardiograma, conforme quadro 14.

Quadro 14. Quantitativo de pontos de atenção por DISA segundo o tipo de exame, Manaus, 2016.

Tipo de Exame	DISA Sul	DISA Norte	DISA Leste	DISA Oeste	PSMI	Total
Raio x	01	03	02	02	00	08
Ultrassonografia	03	04	02	03	04	16
Mamografia	01	01	02	01	04	09
Eletrocardiograma	03	06	03	03	00	15

Fonte: GEADI/DRA/SUBGS/SEMSA.

Tabela 31. Quantitativo de exames de imagem e gráficos realizados pela SEMSA, Manaus, 2009-2016.

Tipos de exames	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Exame de imagem (ultrassom, mamografia e raio-x)	33.504	45.558	30.792	68.894	133.411	144.462	133.360	82.897
Exame gráfico (eletrocardiograma)	6.801	11.478	14.719	21.996	81.510	55.062	36.436	24.060
Total	40.305	57.036	45.511	90.890	214.921	199.524	169.796	106.957

Fonte: SIA/SUS.

Conforme Tabela 31, no período de 2009 a 2016, a produção de exames de imagem e gráficos aumentou 147,4% e 253,8% respectivamente. Embora se observe uma redução na produção nos últimos 3 anos, o que depende do abastecimento regular dos insumos, a produção de exames de imagem aumentou, em média, 45,3% ao ano, no período de 2009 a 2016. Para os exames gráficos, o aumento anual médio foi de 26,2%.

1.8.5.3. Central de Laudos

A Secretaria Municipal de Saúde inaugurou, em janeiro de 2017, a Central de Laudos que funciona no térreo do edifício Empire Center. Essa Central é responsável por coletar, laudar e distribuir os exames de radiografia e mamografia das UBS e Policlínicas da SEMSA.

1.9. Serviço Pré-Hospitalar (SAMU 192 e SOS Vida)

1.9.1. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

O Programa SAMU 192 Manaus possui na sua estrutura física: 01 Central de Regulação, 11 bases descentralizadas (Base Sul, Norte, Oeste, Leste, Centro-Oeste, Centro Sul, Santa Etelvina, Cidade de Deus, Colônia Antônio Aleixo, Fluvial e Puraquequara) e 01 Núcleo de Educação.

O quadro de Recursos Humanos do SAMU Manaus que presta atendimento móvel de urgência é composto por: 85 médicos, 69 enfermeiros, 159 técnicos de enfermagem, 106 auxiliares de enfermagem, 162 motoristas socorristas, 91 condutores de autos, e 56 condutores de motolância.

No ano de 2016, foram registradas 55.953 ocorrências pela Central de Regulação do Programa SAMU 192 referentes às seguintes causas de morbidade: atendimento clínico em adultos 26.534 (47,42%), causas externas 24.100 (43,07%), gineco/obstétrico 2.181 (3,9%), Psiquiátrico 2.147 (3,8%), pediátrico 638 (1,14%), cirúrgicos 337 (0,60%) e não informado 16 (0,02%). As informações registradas acima, evidenciam que os casos clínicos em pessoas adultas constituem a primeira causa de morbidade registrada pelo Programa SAMU 192, seguida pelas causas externas relativas a acidentes e violências. O número de atendimentos psiquiátricos quando comparado com o quantitativo de atendimentos gineco/obstétricos, evidencia a ocorrência da morbidade relacionada à saúde mental, considerando que os atendimentos gineco/obstétricos constituem a primeira causa de morbidade hospitalar em Manaus.

Quadro 15. Estatística de Ocorrências decorrentes dos Principais Fatores Externos, Manaus, 2016.

TIPO	TOTAL	MÉDIA MENSAL	%
CAUSAS EXTERNAS	24.100	2.008	43%
CIRÚRGICO	337	28	1%
CLÍNICO ADULTO	26.534	2.211	47%
GINECO-OBSTÉTRICO	2.181	181	4%
PEDIÁTRICO	638	53	1%
PSIQUIÁTRICO	2.147	179	4%
NÃO INFORMADO	16	2	0%
TOTAL	55.953	4.662	100%

Fonte: Diretoria Administrativa/SAMU.

O Programa SAMU 192 Manaus conta com uma frota de 54 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 06 Unidades de Suporte Básico Fluvial – USBF.

A situação de funcionamento regular da frota atual é de 32% de sua capacidade total, com ambulâncias em estado mecânico crítico, cujos problemas dificultam a correção, dependendo da aquisição de peças de alto valor para conserto, o que representa um terço ou metade do valor de uma nova ambulância, resultando na utilização das unidades que estão em circulação. Mesmo sendo estas objeto de frequentes correções, são colocadas em funcionamento, devido à necessidade de manter o serviço em funcionamento.

Como todo veículo, as ambulâncias têm um período de vida útil relacionado ao tempo de uso, que pode variar entre três e seis anos, e de quilometragem que deve ser de, no máximo, 200.000 km, dependendo das condições das vias em que elas são utilizadas. Devido ao uso constante, resultante da obrigação em atender todas as áreas da cidade, com fácil ou difícil acesso, o período de vida útil é, naturalmente, considerado severo ou extremo.

Considerando que a maior parte da frota já apresenta 180 mil quilômetros rodados, o custo de manutenção se eleva e as unidades se tornam menos seguras, com ocorrências como falhas nos sistemas de segurança, paralisação do motor, entre outros problemas, incluindo mais de 68% das ambulâncias sem ar condicionado.

O Ministério da Saúde é responsável apenas pela aquisição dos veículos e sua doação para os municípios. Após a entrega, os municípios passam a ser responsáveis pela logística de manutenção, cujos valores são bastante diferenciados para a Região Norte.

A manutenção dos veículos do Programa SAMU 192 Manaus é realizada por meio de dois contratos, com orçamento mensal limitado aos valores dos mesmos, porém, a situação crítica da frota dificulta a realização dessa manutenção de forma sistemática, resultando na restrição do atendimento das demandas.

A reserva técnica, que deveria estar nas bases ou em oficinas para manutenção corretiva e/ou preventiva, já se incorporou às atividades de rotina, e essa ausência de reserva de ambulâncias, que é uma importante estratégia para substituição temporária das viaturas em manutenção, coloca em risco o atendimento na Central de Regulação, resultando em descumprimento de diversos parâmetros, dentre eles, o tempo máximo de atendimento que é de 10 minutos mais 3, e que atualmente, ocorre em até 40 minutos, devido à redução da frota.

1.9.2. SOS Vida

A Secretaria Municipal de Saúde visando a necessidade de atendimento móvel à população de Manaus, renomeou, 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 condições físicas de locomoção, para realizar consultas e procedimentos em saúde”.

O Serviço possui uma (01) central de regulação anexa ao prédio do SAMU 192 Manaus, e duas (02) bases descentralizadas (Base Centro-Oeste e Centro-Sul).

1.10. Serviço Hospitalar

A Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz – MMT possui capacidade instalada de 66 leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, como mostra a Tabela 32.

Tabela 32. Capacidade instalada de leitos, Manaus, 2017.

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
Complementar		
93 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	3	0
92 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	5	5
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	5	5
Cirúrgico		
03 - CIRURGIA GERAL	4	4
Clínico		
41 - NEONATOLOGIA	2	2
Obstétrico		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	40	40
43 - OBSTETRICIA CLINICA	6	6
Pediátrico		
45 - PEDIATRIA CLINICA	1	1
Total	66	63

Fonte: SCNES/MS (julho/2017).

Com taxa de ocupação hospitalar de 102%, média dos últimos três anos (2014, 2015 e 2016), a Maternidade vem operando na capacidade máxima.

Como mostra a Tabela 33, no período de 2006 a 2016, a MMT registrou a média de 3.533 nascidos vivos – NV por ano. Em média, 8,6% dos NV no mesmo período são de mães residentes em outros municípios.

Tabela 33. Nascidos vivos na MMT por município de residência da mãe, Manaus, 2006-2016.

Município de Residência	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Manaus	3.989	3.803	3.501	4.121	3.667	2.808	2.881	2.776	2.330	2.813	3.134
Irlanduba	178	193	174	114	113	107	199	190	176	297	364
Manacapuru	13	3	10	18	10	6	27	20	18	30	83
Rio Preto da Eva	24	10	20	27	17	9	14	7	5	13	14
Careiro	6	6	7	6	13	11	11	19	17	19	20
Careiro da Várzea	20	22	7	12	9	7	4	5	8	10	8
Novo Airão	3	1	6	3	7	3	5	9	14	11	23
Itacoatiara	4	5	6	8	5	10	12	3	8	7	9
Manaquiri	4	2	5	4	6	9	9	7	10	5	12
Presidente Figueiredo	2	8	7	7	2	4	9	3	1	6	2
Outros municípios	11	13	9	15	15	10	27	23	22	29	55
Total	4.254	4.066	3.752	4.335	3.864	2.984	3.198	3.062	2.609	3.240	3.724

Fonte: SINASC/SEMSA (dados de 2016 sujeitos à alteração).

Considerando o parâmetro nacional de proporção de partos normais que é de 70%, no período de 2006 a 2016, a proporção média de nascidos vivos de partos normais na MMT foi de 59,3% (Tabela 34).

Tabela 34. Nascidos vivos na MMT segundo o tipo de parto, Manaus, 2006-2016.

Tipo de Parto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Vaginal	2.666	2.369	2.169	2.508	2.140	1.714	1.942	1.869	1.528	1.958	2.319
Cesáreo	1.586	1.690	1.579	1.827	1.724	1.270	1.256	1.191	1.068	1.282	1.404
Não informado	2	7	4	0	0	0	0	2	13	0	1
Total	4.254	4.066	3.752	4.335	3.864	2.984	3.198	3.062	2.609	3.240	3.724

Fonte: SINASC/SEMSA (dados de 2016 sujeitos à alteração).

A Tabela 35 mostra o número de Autorizações de Internação Hospitalar, no período de 2009 a 2016, por tipo de parto. Pode-se observar que o número total de partos registrados no Sistema de Informação Hospitalar – SIH é inferior ao número de NV registrado no SINASC.

Tabela 35. Número de Autorizações de Internação Hospitalar por tipo de parto, Manaus, 2009-2016.

PROCEDIMENTO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Parto normal	2.427	2.127	1.572	1.309	1.517	1.543	1.976	2.296
Parto cesariano	1.098	960	585	477	534	559	819	1.162
Parto cesariano com laqueadura tubária	20	1	7	13	10	3	28	166
Total	3.545	3.088	2.164	1.799	2.061	2.105	2.823	3.624

Fonte: SIH/SUS.

Pode-se observar na Tabela 36 que, no período de 2009 e 2016, as internações cirúrgicas na MMT apresentaram aumento de 1.932,2%, passando de 59 para 1.199 internações. Por outro lado, as internações obstétricas e as pediátricas apresentaram queda de 23,2% e 52,25% respectivamente.

Tabela 36. Total de internações na MMT por especialidade e leito, Manaus, 2009-2016.

Especialidade / leito	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
01-Cirúrgico	59	73	68	30	72	301	584	1.199
02-Obstétricos	4.742	4.212	2.788	2.237	2.691	2.500	3.346	3.642
03-Clinico		1	1					
07-Pediátricos	303	397	334	275	215	450	394	144
Total	5.104	4.683	3.191	2.542	2.978	3.251	4.324	4.985

Fonte: SIH/SUS.

1.11. Expansão da Rede de Serviços de Saúde

Ao longo do período de 2013 a 2016, não obstante às limitações orçamentárias ocasionada principalmente pela grave crise econômica instalada no país, o município de Manaus concentrou esforços para garantir a retomada e conclusão de obras de construção e reforma inacabadas e paralisadas, e também investir na execução de novas obras prioritárias, visando a expansão da rede física dos serviços de saúde e melhoria da capacidade instalada.

Nesse período, no âmbito da atenção primária, foram inauguradas 27 novas Unidades de Saúde, sendo 25 construções concluídas pela municipalidade, 01 construída e doada ao município pelo governo do estado do Amazonas e 01 implantada mediante Termo de Cessão de Uso firmado com Instituição de Ensino Superior Privado, além de 15 reformas de UBS.

Em relação ao investimento na estruturação física para atender as necessidades dos serviços de saúde da atenção psicossocial, atenção especializada, pré-hospitalar e vigilância em saúde destacam-se: implantação de 02 Centros de Atenção Psicossocial, construção de 01 Centro de Especialidades Odontológicas no Distrito de Saúde Leste, construção do Posto Médico Avançado e de 01 Base do Programa SAMU 192, além da aquisição e implantação de 01 Unidade Móvel de Diagnóstico e Tratamento da Malária e também de 02 Unidades Móveis de Castração e Vacinação Animal.

Na Tabela abaixo, são apresentados os quantitativos de estabelecimentos de saúde inaugurados no período de 2013 a 2016, por ano e tipo de obra. O detalhamento das 27 novas Unidades Básicas de Saúde inauguradas pela municipalidade no referido período encontra-se descrito no Anexo I.

Tabela 37. Consolidado dos estabelecimentos de saúde inaugurados no período de 2013 a 2016, por ano e tipo de obra.

ANO	UBS			CEO		CAPS	SAMU	UNIDADES MÓVEIS CZZ	OUTRAS OBRAS	TOTAL
	REFORMA	CONSTRUÇÃO	IMPLANTAÇÃO	REFORMA	CONSTRUÇÃO	IMPLANTAÇÃO	CONSTRUÇÃO	IMPLANTAÇÃO		
2013	1	8	0	0	0	0	0	0	0	9
2014	2	10	1	1	0	0	1	0	0	15
2015	6	7	1	0	1	2	1	2	2	22
2016	6	0	0	0	0	0	0	0	1	7
TOTAL	15	25	2	1	1	2	2	2	3	53

Fonte: GT-Obras/SEMSA; GEINF/SEMSA; NUPROS/SEMSA (dez./2016).

1.12. Vigilância em Saúde

As ações de vigilância em saúde são desenvolvidas pelos Departamentos de Vigilância Ambiental e Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, que compõem a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

No escopo da Vigilância Ambiental e Epidemiológica destacam-se os principais eixos:

- **Vigilância Epidemiológica** – Responsável pelo monitoramento, prevenção e controle das Doenças Transmissíveis e de Agravos não Transmissíveis, além da vigilância do óbito em Manaus, estando sob sua responsabilidade as principais áreas

técnicas de controle de agravos da vigilância em saúde, tais como, a Tuberculose, a Hanseníase, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, as Hepatites Virais, a Raiva Humana, a Leptospirose, as Meningites, Síndromes Respiratórias, os Agravos de Transmissão Hídrica e Alimentar e as Doenças imunopreveníveis.

- **Vigilância Ambiental** – Atua na identificação de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde, incluindo o controle de zoonoses. Coordena as principais áreas técnicas de controle de agravos causados por vetores, tais como, a Malária, a Dengue, a Febre Chikungunya vírus, a febre Zika vírus, a Leishmaniose, a Doença de Chagas e a Febre Amarela. Também responde pelas medidas de prevenção e controle dos agravos à saúde relacionados a desastres naturais e a vigilância da água.
- **Saúde do Trabalhador** – O CEREST Manaus foi habilitado pela Portaria SAS/MS nº 653 de 19/09/2006, na tipologia REGIONAL, abrangendo os municípios de Careiro, Careiro da Várzea, Iranduba, Manacapuru, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. Compõe a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, coordenando e monitorando as ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador. Participa da elaboração de protocolos, linhas de cuidado, e instrumentos que buscam favorecer a integralidade das ações, envolvendo os níveis da atenção básica, da média e alta complexidade, e das unidades de saúde sentinela.
- **Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde** – Responsável por identificar, monitorar, analisar e responder as emergências em saúde pública, e compõe ainda a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, com funcionamento diário.
- **Promoção da Saúde** – em Manaus, atua-se com base nos temas prioritários estabelecidos na Portaria GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde, onde suas ações são definidas por meio de estratégias de longo prazo que impactam positivamente na redução de agravos, doenças e seus fatores de risco, pois são pautadas na sustentabilidade e na articulação intrasetorial e intersetorial, caracterizando-se como um eixo estratégico relevante para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Quadro 16. Serviços de Vigilância Ambiental e Epidemiológica.

Vigilância Epidemiológica	Vigilância Ambiental	Saúde do Trabalhador
01 - Rede de Frio – Imunização 182 Salas de Vacinas	02 – Unidades Móveis de Diagnóstico e Tratamento da Malária	01 – CEREST – Manaus e municípios do entorno
08 – Serviços de Atendimento da Raiva Humana	06 Bases de Malária	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS
04 Serviços de Atenção Especializada – SAE - HIV/Aids	01 – Centro de Controle de Zoonoses	Disque Saúde
01 – Unidade Móvel de Aconselhamento e Testagem Rápida	02 – Unidades Móveis de Castração e Vacinação Animal	Promoção da Saúde
107 Unidades com o Teste Rápido para diagnóstico HIV, Sífilis e Hepatites Virais.	01 – Laboratório de Entomologia	21 – Ambulatórios do Fumante 02 - Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual

Fonte: DEVAE/SUBGS/SEMSA.

1.12.1. Vigilância Sanitária

A Visa Manaus desenvolve ações de Vigilância Sanitária com o objetivo de promover e proteger a saúde da população, eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção, da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Tais objetivos são desenvolvidos, de modo geral, por meio das seguintes ações:

- Inspeção e Fiscalização Sanitária;
- Atendimento de Denúncias e Reclamações Sanitárias;
- Emissão de Licença Sanitária;
- Emissão de Laudos de Vistoria;
- Emissão de Pareceres Técnicos;
- Aplicação de Sanção Sanitária; e
- Ações Educativas de Vigilância em Saúde.

Vale ressaltar que diferentemente de outras unidades da Federação, as ações de Vigilância Ambiental e em Saúde do Trabalhador estão sendo executadas fora da estrutura organizacional da Vigilância Sanitária, do mesmo modo acontece com o Laboratório de Vigilância em Saúde – LABVS, embora tais ações estejam interligadas no sistema de Vigilância em Saúde.

O quadro 17 demonstra o quantitativo de ações executadas pela VISA Manaus no período de janeiro de 2014 a agosto de 2017.

Quadro 17. Quantitativo de ações executadas pela VISA Manaus, Janeiro/2014 – Agosto/2017

Descrição da Ação	2014	2015	2016	2017	Total
ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO	13	26	59	18	116
ANÁLISE DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA	33	89	74	76	272
CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1.078	1.154	864	559	3.655
INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E OU QUEIXAS TÉCNICAS	0	2	0	2	4
EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS	0	1	76	38	115
INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	8.522	8.237	8.240	4.133	29.132
LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	2.054	2.942	2.600	1.519	9.115
APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA	13	39	36	30	118
ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	175	39	68	47	329
RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	1.175	1.303	1.153	529	4.160
ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	1.486	1.010	1.997	532	5.025
CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	216	499	316	266	1.297
INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	3.083	3.086	2.951	1.904	11.024
LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	389	877	929	635	2.830
FISC DO USO DE PRODUTOS FUMIGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMB COLETIVOS FECHADOS, PUBLICOS OU PRIVADOS	3.551	2.184	1.562	851	8.148
LAUDO DE ANÁLISE LAB DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	0	56	280	12	348
INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	2.163	2.911	3.233	1.627	9.934
CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	919	1.181	905	448	3.453

Fonte: SIA/SUS; Divisão de Controle Processual/Visa Manaus.

O quadro 18 demonstra as ações realizadas pela VISA Manaus, considerando uma quantidade de 4.176 (quatro mil, cento e setenta e seis) processos formalizados no período de janeiro de 2016 a abril de 2017. Todavia, a Prefeitura de Manaus, objetivando o sincronismo e por força do imperativo de lei, efetuou a devida regulamentação, via expedição do Decreto Municipal nº 3.200/15, aderindo o Município à REDESIM, associando-se ao objetivo de simplificar, racionalizar e uniformizar todos os procedimentos dos órgãos envolvidos na abertura e no fechamento de empresas, desburocratizando a vida do setor empresarial.

Quadro 18. Ações de Fiscalização da Visa Manaus, 2016 e 2017.

ATIVIDADES	SETOR	TOTAL 2016	TOTAL 2017
INSPEÇÃO DE ROTINA	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	1.714	970
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	894	403
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	229	60
	TOTAL	2.837	1.433
INSPEÇÃO EM BLITZ	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	2.189	399
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	1.048	251
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	2.087	208
	TOTAL	5324	858
INSPEÇÃO/OUTROS ÓRGÃOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	105	40
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	14	8
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	42	6
	TOTAL	161	54
INSPEÇÃO DE DENÚNCIA	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	333	141
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	72	22
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	1.550	111
	TOTAL	1.955	274
REINSPEÇÃO	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	864	321
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	381	170
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	185	33
	TOTAL	1.430	524
ESTABELECIMENTOS INTERDITADOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	63	15
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	3	1
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	1	0
	TOTAL	67	16
AUTOS DE INFRAÇÃO	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	863	319
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	1.002	247
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	263	36
	TOTAL	2.128	602
TERMO DE INTIMAÇÃO	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	663	204
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	677	161
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	155	27
	TOTAL	1.495	392
AUTOAPREENSÃO E DEPÓSITO	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	54	23
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	27	17
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	0	0
	TOTAL	81	40

AUTOAPREENSÃO E INUTILIZAÇÃO	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	39	25
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	32	14
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	5	0
	TOTAL	76	39
LIBERAÇÃO PARA EVENTOS	VISA MANAUS	337	171
	TOTAL	337	171
ESTABELECIMENTOS MULTADOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	164	46
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	44	13
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	35	4
	TOTAL	243	63
EMISSION DE LICENÇAS SANITÁRIAS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	1.344	480
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	913	310
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	307	74
	TOTAL	2.564	864
ANÁLISE DE PROJETOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	12	20
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	54	29
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	8	5
	TOTAL	74	54
APROVAÇÃO DE PROJETOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	10	12
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	22	7
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	4	3
	TOTAL	36	22
NOTIFICAÇÕES ENTREGUES	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	215	72
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	73	30
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	85	14
	TOTAL	373	116
PROCESSOS FORMALIZADOS	Gerência de Vigilância de Produtos – GVPRO	1.486	574
	Gerência de Vigilância de Serviços – GVSER	1.100	261
	Gerência de Engenharia Sanitária – GENGS	665	90
	TOTAL	3.251	925

Fonte: Divisão de Controle Processual/Visa Manaus.

1.13. Redimensionamento das ações de educação na área da saúde

A Secretaria Municipal de Saúde atualmente dispõe de aproximadamente 10.500 servidores, com objetivo de ofertar um serviço de excelência, baseado nas necessidades de saúde da população e em consonância com as políticas públicas do SUS.

Para que se alcance o referido objetivo, se fazem necessárias ações de formação e qualificação contínua dos servidores, de acordo com as responsabilidades profissionais e inserção local, bem como requer uma estrutura organizacional capaz de dar efetividade a essas ações.

Ao longo dos anos a SEMSA vem desenvolvendo ações concretas na perspectiva de avançar em suas práticas educativas, nas dimensões da aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Um marco importante nessa caminhada é a aprovação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde – PMEPS aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por meio da Resolução nº 067 de 29 de novembro de 2012 e instituída pela Portaria 181 de 14 de abril de 2016 publicada no Diário Oficial do Município de 26 de abril de 2016. Ressalte-se que essa política valoriza a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos serviços tendo como referencial o quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social), a fim de realizar as mudanças necessárias ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os atores fundamentais na construção do SUS e no atendimento de excelência à população são os trabalhadores da saúde, o que torna imperiosa a necessidade de priorização e valorização dessa importante força de trabalho, nas dimensões social, ética, política, cultural e científica.

Atualmente a Gerência de Gestão da Educação na Saúde – GESAU, subordinada ao Departamento de Gestão do Trabalho e Educação – DTRAB, vinculado à Subsecretaria de Gestão Administrativa e Planejamento – SUBGAP é o setor responsável pela proposição e implementação de projetos e ações educativas voltadas para a formação e desenvolvimento do profissional da saúde municipal, atuando em três eixos: Integração Ensino e Serviço, Educação Permanente e Humanização.

Esse setor trabalha com o gerenciamento das informações sobre as capacitações realizadas em serviço, viabilidade da realização de pesquisas científicas, inserção de acadêmicos e residentes nos cenários de prática da saúde municipal, o que torna indispensável a formação permanente dos profissionais para a qualificação da atuação em serviço, o atendimento resolutivo da população e a difusão de conhecimento com ênfase na Atenção Primária à Saúde – APS.

Ocorre que a cidade de Manaus vem presenciando o aumento das demandas da população, tanto em relação ao acesso quanto a excelência no atendimento, o que exige uma reestruturação otimizada da rede física, bem como a melhoria dos processos educacionais, com vista ao maior incremento das relações entre o serviço e as instituições de ensino (SUS Escola).

Apesar de até o presente momento a GESAU cumprir com competência as suas atribuições para as quais foi estruturada, em face desse crescimento tornou-se insuficiente para as demandas crescentes mencionadas, impondo assim, uma inevitável ampliação dos campos de atuação da educação na saúde e um necessário redimensionamento das estruturas e das ações da SEMSA no espaço da educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Com o objetivo de pensar e propor um redimensionamento para uma intervenção que venha enfrentar essas novas demandas, e em face da complexidade que envolve a questão, fez-se necessário um trabalho de consulta a experiências exitosas em outras cidades do Brasil que se encontravam em situação semelhante. As experiências exitosas referidas resultaram na criação das respectivas Escolas de Saúde Pública.

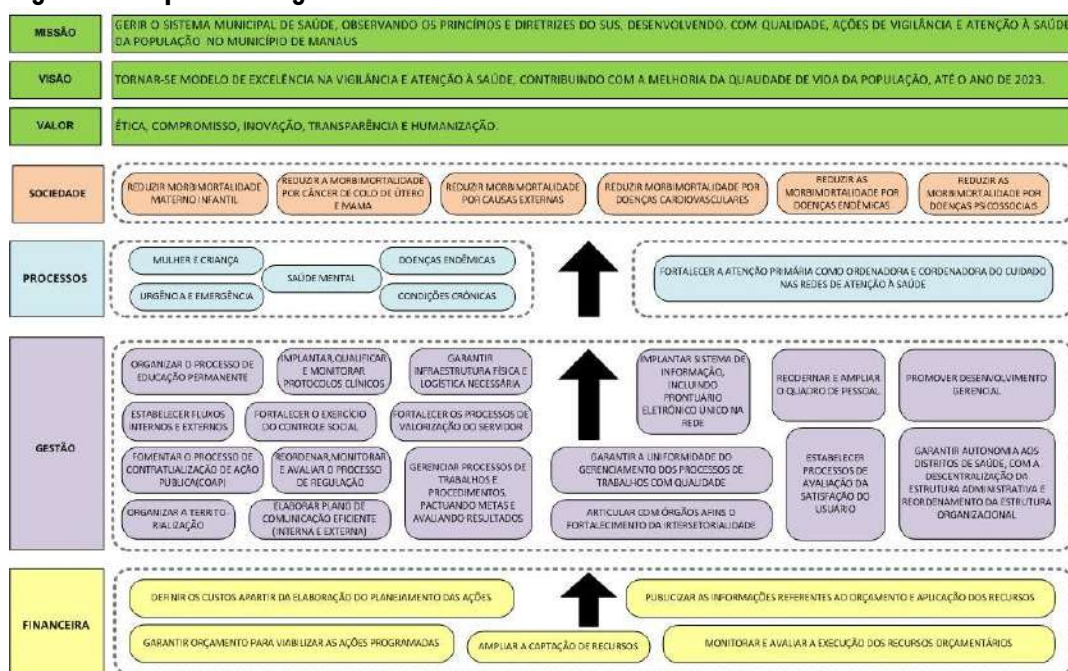
Face ao exposto, a SEMSA está elaborando a proposta de redimensionamento das ações de educação na área da saúde com a criação da **Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP/Manaus**, de forma a qualificar melhor os trabalhadores do SUS, bem como cumprir o dever constitucional de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, previsto no inciso III do art. 200 da Carta Magna.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DA SEMSA

A construção do planejamento estratégico da SEMSA, em 2013, resultou na elaboração do mapa estratégico, como ferramenta de gestão para nortear o desenvolvimento de ações da saúde.

Neste Plano Municipal de Saúde foi acrescentada a Rede de Atenção Psicossocial nos processos para fortalecer a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Figura 3. Mapa estratégico da SEMSA.



Fonte: SUBGS/SEMSA

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas, de forma objetiva, visando delimitar a estratégia geral e as prioridades dos planos de saúde (BRASIL, 2009).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 apresenta 6 diretrizes, 19 objetivos e suas respectivas metas, conforme descritos abaixo.

Diretriz 1. Ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, equidade, humanização e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorar as condições de vida das pessoas.

Objetivo 1.1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

METAS

1. Ampliar de 43,10%, em 2016, para 70% a cobertura de atenção primária.
2. Ampliar de 35,38%, em 2016, para 50% a cobertura de saúde bucal na atenção primária.
3. Ampliar de 3, em 2017, para 11 o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
4. Substituir, gradativamente, 48 UBS porte IA por UBS a partir do porte II.
5. Construir 6 Unidades Básicas de Saúde até 2021.
6. Ampliar, pelo menos, 2 Unidades Básicas de Saúde até 2021.
7. Reformar, no mínimo, 5 Unidades Básicas de Saúde até 2021.
8. Ampliar de 59,71%, em 2016, para 85% o percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família – PBF.
9. Ampliar de 22% para 25% a cobertura do Programa Saúde na Escola – PSE nas escolas públicas.
10. Aumentar de 1,32%, em 2017, para 4% o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
11. Estruturar as ações em saúde bucal voltadas para a saúde materno-infantil em 100% das Unidades Básicas de Saúde.
12. Implantar o Centro de Referência em Radiologia Odontológica.

13. Definir as diretrizes municipais das ações de segurança alimentar e nutricional em 100% das Unidades Básicas de Saúde.
14. Implantar a Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência em 32 Unidades de Saúde.
15. Estruturar os 7 serviços de fisioterapia da rede municipal de saúde.
16. Ampliar em 12% a oferta de exames de apoio diagnóstico (laboratoriais, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiografia e citopatologia), tendo como base o número de exames realizados no ano anterior.
17. Reestruturar o Laboratório de Vigilância da rede SEMSA.
18. Reformar e ampliar a Maternidade Dr. Moura Tapajóz.
19. Implantar 1 Centro de Parto Normal Intrahospitalar tipo II na Maternidade Dr. Moura Tapajóz.
20. Reestruturar 7 processos de trabalho da Maternidade Dr. Moura Tapajóz.
21. Manter a certificação Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC da Maternidade Dr. Moura Tapajóz.
22. Implantar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no município de Manaus.
23. Ampliar, anualmente, em 15% a testagem para HIV na população geral, em relação ao ano anterior.
24. Descentralizar para 15 Unidades Básicas de Saúde o manejo clínico da infecção pelo HIV, com o respectivo matriciamento dos Serviços de Atenção Especializada adstritos.
25. Implantar as ações de saúde do trabalhador em 34 unidades de atenção primária.

Objetivo 1.2. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

METAS

26. Implantar e implementar o sistema informatizado de gestão de medicamentos em 100% das farmácias das unidades de saúde da rede municipal de Manaus.
27. Ampliar o serviço de cuidados farmacêuticos em 40 unidades da rede municipal de saúde.
28. Assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, através do acompanhamento do repasse federal e contrapartidas estadual e municipal, bem como o monitoramento da execução dos mesmos.
29. Implementar o projeto de plantas medicinais e fitoterápicos no município de Manaus.

Diretriz 2. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade na atenção básica.

Objetivo 2.1. Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

METAS

1. Implantar ações de Melhoria de Acesso e Qualidade na Atenção Primária à Saúde em 100% das Unidades Básicas de Saúde.
2. Reduzir de 34,14, em 2016, para 31,6 a proporção de internações por causas sensíveis à atenção primária.
3. Ampliar de 0,44, em 2016, para 0,65 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos.
4. Ampliar de 0,23, em 2016, para 0,45 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.
5. Aumentar de 53,65%, em 2016, para 55% o percentual de parto normal.
6. Reduzir a mortalidade materna de 65,75/100.000 nascidos vivos, em 2016, para 45/100.000 nascidos vivos.
7. Reduzir a mortalidade infantil de 12,68/1.000 nascidos vivos, em 2016, para 9,9/1.000 nascidos vivos.
8. Reduzir de 20,07%, em 2016, para 19% o índice de gravidez na adolescência.
9. Implementar as ações de atenção integral à criança na faixa etária de 2 a menor de 10 anos em 100% das unidades de saúde.
10. Reduzir de 270,43/100.000, em 2016, para 220,08/100.000 até 2021 (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).
11. Aumentar de 4 para 6 o número de Centros de Atenção Psicossocial.
12. Implantar o matriciamento em saúde mental em 36 unidades de saúde.
13. Implementar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus.
14. Manter em 100% a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no município de Manaus.
15. Reformar e ampliar 4 bases descentralizadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

16. Renovar 70% da frota de Unidades de Suporte Básico e Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).
17. Garantir o funcionamento do Núcleo de Educação em Urgência para realização de capacitações de servidores e público externo.
18. Atender 100% dos municípios demandantes de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitados pelo Ministério da Saúde.

Objetivo 2.2. Promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade na atenção básica.

METAS

19. Ampliar de 1 para 2 o número de equipes de Consultório na Rua.
20. Ampliar de 12 para 38 o número de Comunidades Indígenas georreferenciadas às Unidades Básicas de Saúde, conforme proximidade territorial.
21. Incluir os temas de saúde da população negra no processo de educação em saúde e educação permanente em 100% das Unidades Básicas de Saúde.
22. Executar 100% das ações de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, conforme pactuação no Grupo Condutor Estadual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP.
23. Fortalecer as ações de atenção integral aos adolescentes em regime de internação e internação provisória nas 5 unidades de medidas socioeducativas e em meio aberto.

Diretriz 3. Reduzir e prevenir riscos e agravos a saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção da saúde.

Objetivo 3.1. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde, promoção e proteção, no controle das doenças transmissíveis, prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.

METAS

1. Encerrar, anualmente, 80% das Doenças de Notificação Compulsória imediata em até 60 dias a partir da data de notificação.
2. Alcançar e manter a cobertura vacinal preconizada em 100% das vacinas, considerando o calendário nacional de vacinação de crianças menores de 1 ano e de 1 ano.

3. Alcançar e manter cobertura de vacinação contra HPV e Meningite Meningocócica C para adolescentes, conforme faixa etária preconizada até 2021.
4. Eliminar a transmissão vertical do HIV, da Sífilis e da Hepatite B como problema de saúde pública.
5. Ampliar de 77,57%, em 2016, para 80% a proporção de investigação de óbitos infantis e fetais.
6. Investigar, anualmente, 100% dos óbitos maternos.
7. Ampliar em 40% o número de notificações de agravos relacionados à saúde do trabalhador.
8. Investigar 100% dos óbitos relacionados a acidentes de trabalho grave no município de Manaus.
9. Identificar e mapear 100% dos processos produtivos do município de Manaus para o monitoramento dos riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
10. Contribuir para a redução de 35% da mortalidade por acidente de trânsito em Manaus.
11. Ampliar de 15%, em 2016, para 20% o percentual de unidades de saúde notificantes de violência interpessoal e autoprovocada.
12. Manter 22 ambulatórios de tratamento ao fumante funcionando de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.
13. Implantar 4 Polos de atividades físicas.
14. Implantar o Serviço de Verificação de Óbitos em parceria com outras esferas de governo.

Objetivo 3.2. Reduzir a morbimortalidade por doenças endêmicas.

METAS

15. Reduzir de 4,7/100.000 habitantes, em 2016, para 2,7/100.000 habitantes a taxa de mortalidade por tuberculose.
16. Reduzir de 8/100.000 habitantes, em 2016, para 5/100.000 habitantes a taxa de incidência de hanseníase.
17. Reduzir em 40% os casos autóctones de Malária no município de Manaus.
18. Manter a menos de 4% o índice de infestação predial do *Aedes Aegypti*.

Objetivo 3.3. Fortalecer e executar as ações de vigilância em saúde ambiental.

METAS

19. Manter o município livre da circulação do vírus da Raiva Humana.
20. Implementar a rede de diagnóstico e tratamento, e as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para controle da Leishmaniose Tegumentar Americana e da Leptospirose.
21. Implementar as ações dos programas voltados para a vigilância do solo, água e ar.

Objetivo 3.4. Estruturar e qualificar os serviços de vigilância em saúde.

METAS

22. Fortalecer a capacidade de resposta da Vigilância em Saúde nos 5 Distritos de Saúde.
23. Reformar e ampliar o Centro de Controle de Zoonoses.
24. Reformar 9 Bases Operacionais de Endemias.
25. Reformar o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador.

Objetivo 3.5. Promover e proteger a saúde da população por meio de eliminação e diminuição de riscos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

METAS

26. Ampliar em 15% o número de inspeções sanitárias, tendo como base o quantitativo de inspeções realizadas no ano anterior.
27. Reformar a sede da vigilância sanitária.
28. Reestruturar a Vigilância Sanitária, aprimorando a estrutura física, logística, administrativa e processos de trabalho.
29. Capacitar 60% dos servidores da vigilância sanitária em direito sanitário.

Diretriz 4. Fortalecer a gestão do trabalho em saúde para as necessidades do SUS, considerando a formação, a educação permanente, a qualificação e a valorização dos trabalhadores.

Objetivo 4.1. Promover a formação, a educação permanente e a qualificação dos processos de trabalho no âmbito de atuação da Secretaria Municipal de Saúde.

METAS

1. Promover a formação e qualificação de recursos humanos em saúde, a partir das necessidades sociais e do SUS, na perspectiva do fortalecimento do SUS como escola.
2. Qualificar o processo de integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Objetivo 4.2. Promover a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.

METAS

3. Realizar concurso público para garantir a expansão da Rede Municipal de Saúde e manter, no mínimo, 90% de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.
4. Promover ações de valorização de 100% dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde.
5. Promover ações de democratização das relações de trabalho.
6. Aprimorar os processos de trabalho vinculados à área de Gestão de Pessoas na Secretaria Municipal de Saúde.
7. Padronizar os recursos humanos em 100% dos estabelecimentos assistenciais de saúde e sedes administrativas da Secretaria Municipal de Saúde para atender as necessidades dos serviços.

Diretriz 5. Implementar novo modelo de gestão e instrumentos da relação interfederativa, fortalecendo a gestão compartilhada com as outras esferas de gestão e a atuação da Secretaria Municipal de Saúde como gestora municipal do SUS com ênfase nas ações de Planejamento, Financiamento, Auditoria, Comunicação, Regulação, Informação em Saúde, Tecnologia da Informação e Infraestrutura.

Objetivo 5.1. Desenvolver ações de monitoramento, controle, avaliação, regulação e informação em saúde, com foco no fortalecimento da gestão, subsidiando o processo de tomada de decisão e contribuindo para a sustentabilidade do SUS.

METAS

1. Elaborar análise da situação de saúde do município de Manaus.
2. Gerenciar 100% dos sistemas oficiais de informação vigentes da gestão municipal.
3. Produzir informações em saúde, visando subsidiar a área técnica na tomada de decisão em tempo oportuno.
4. Qualificar 100% dos profissionais médicos na utilização do protocolo de acesso aos procedimentos regulados.
5. Fortalecer a comunicação entre o usuário e o serviço de regulação ambulatorial municipal.

Objetivo 5.2. Fomentar o planejamento participativo na Secretaria Municipal de Saúde, estabelecendo ações e metas de responsabilidade da gestão municipal, com foco na melhoria das condições de saúde da população.

METAS

6. Ampliar em 5%, ao ano, a captação de recursos para projetos estratégicos de interesse do município junto às fontes de financiamento, tendo como referência os valores captados no exercício anterior.
7. Monitorar 100% dos recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares.
8. Elaborar, anualmente, 5 instrumentos de planejamento do SUS e 2 instrumentos de gestão governamental.
9. Elaborar o Plano Municipal de Saúde e o Plano Plurianual em 2021.
10. Avaliar, anualmente, o Plano Plurianual, referente ao último exercício.

Objetivo 5.3. Exercer as atividades de auditoria e fiscalização no âmbito do SUS, contribuindo para a qualidade da atenção à saúde e para a cidadania.

METAS

11. Auditar e acompanhar, anualmente, 100% dos contratos de prestação de serviços de saúde, fornecimento de insumos laboratoriais e nutrição parenteral firmados pela SEMSA.
12. Monitorar e fiscalizar as ações de saúde da rede municipal.

Objetivo 5.4. Desenvolver estratégias de comunicação interna e externa para divulgar e valorizar as ações e serviços da rede municipal de saúde.

METAS

13. Reestruturar os processos de trabalho da gestão da comunicação.
14. Incrementar a comunicação interna por meio da utilização de instrumentos de interlocução e valorização do servidor.
15. Fortalecer a comunicação com o público externo por meio de campanhas publicitárias, produção e divulgação de material jornalístico e utilização das redes sociais.

Objetivo 5.5. Desenvolver estratégias e coordenar ações de uso de recursos de tecnologia da informação em consonância com os objetivos da Secretaria Municipal de Saúde, contribuindo para o aprimoramento de seus processos de trabalho.

METAS

16. Implantar 10 módulos de soluções de software para otimizar os processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.
17. Implantar, em 100% dos estabelecimentos assistenciais de saúde e sedes administrativas da Secretaria Municipal de Saúde, uma solução de tecnologia da informação para otimizar a comunicação interna.
18. Reestruturar 4 processos de trabalho da área de tecnologia da informação para otimizar o atendimento de suporte de informática e o desenvolvimento de sistemas de informação.
19. Implantar 4 instrumentos de gestão para otimizar o uso de recursos de tecnologia da informação no alcance dos objetivos estratégicos da SEMSA.
20. Implantar o Prontuário Eletrônico em 100% das unidades de saúde.

Objetivo 5.6. Desenvolver a gestão orçamentária, financeira e contábil do Fundo Municipal de Saúde.

METAS

21. Monitorar 100% dos repasses de recursos financeiros ao Fundo Municipal de Saúde.
22. Executar os recursos financeiros em conformidade com a legislação vigente.
23. Gerenciar 3 sistemas oficiais de informação orçamentário-financeira no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

Diretriz 6. Fortalecer as instâncias do controle social e a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas e no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Objetivo 6.1. Fortalecer os conselhos de saúde como instâncias do controle social e os demais canais de interação com o usuário, estimulando a participação popular no processo de formulação, controle, avaliação e transparência das políticas de saúde.

METAS

1. Realizar 48 reuniões ordinárias e, quando necessário, extraordinárias.
2. Apreciar, deliberar e aprovar os instrumentos de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.
3. Manter, anualmente, o Conselho Municipal de Saúde cadastrado no Sistema de Informação de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.
4. Manter 100% dos Conselhos de Saúde em pleno funcionamento.
5. Implantar 5 Conselhos Distritais de Saúde.
6. Realizar a VIII Conferência Municipal de Saúde – COMUS em 2019.
7. Capacitar 100% dos conselheiros de saúde para o exercício de suas funções.

Objetivo 6.2. Orientar as ações do Município e seus gastos na direção dos interesses da coletividade, por meio do acesso universal e equitativo.

METAS

8. Estimular a participação de usuários, gestores, trabalhadores e organizações da sociedade civil no processo de avaliação dos serviços prestados pelos SUS.
9. Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social nas políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para as populações vulneráveis e populações chave, para garantia do acesso com equidade.

Objetivo 6.3. Fortalecer os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã, implementando os serviços da rede de Ouvidoria Municipal do SUS.

METAS

10. Garantir 97% das respostas das manifestações registradas no Sistema OuvidorSUS.
11. Reestruturar o serviço de Ouvidoria no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde para o cumprimento da Lei de Acesso à Informação.
12. Implantar a Ouvidoria Ativa em 100% das sedes administrativas da Secretaria Municipal de Saúde.

INDICADORES DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde pactuou metas para os indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS. O monitoramento e avaliação dos indicadores e o alcance das metas pactuadas é uma premissa para o repasse de recursos financeiros para o município.

1. Pactuação Interfederativa 2017-2021

Considerando o Decreto 7.508/2011, que regulamenta aspectos da Lei 8.080/90, no que diz respeito à organização do SUS quanto ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, e mais recentemente a Resolução CIT 08/2016, que dispõe sobre o processo de pactuação Interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde, Manaus discutiu e definiu metas para os 23 indicadores (Anexo II) da pactuação para o ano de 2017.

2. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB

Conforme Portaria nº 1658, de 12 de setembro de 2016, que homologou a contratualização/recontratualização de municípios ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, Manaus recontratualizou 150 equipes e contratualizou 58 novas equipes (Tabela 38).

Os indicadores pactuados para o terceiro ciclo encontram-se no Anexo III.

Tabela 38. Número de equipes que contratualizaram/recontratualizaram ao 3º Ciclo PMAQ-AB, Manaus, 2016.

UF	Município	Equipes recontratualizadas 3º ciclo			Equipes novas 3º ciclo			Valor referente ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável R\$
		EAB com ESB	EAB sem ESB	NASF	EAB com ESB	EAB sem ESB	NASF	
AM	MANAUS	79	68	3	34	24	0	590.000,00

Fonte: DAB/MS.

A Tabela 39 apresenta o resultado do desempenho das equipes na Avaliação Externa do 2º Ciclo PMAQ-AB ocorrido em 2014.

Tabela 39. Desempenho das equipes no 2º Ciclo PMAQ-AB, Manaus, 2015.

Desempenho	ESF	ESB	NASF
Muito acima da média	1	7	
	0,7%	9,7%	
Acima da média	41	23	
	27,0%	31,9%	
Mediano ou abaixo da média	108	34	1
	71,1%	47,2%	100,0%
Insatisfatório	2	7	
	1,3%	9,7%	
Exclusão		1	
		1,4%	
Total	152	72	1

Fonte: DAB/MS.

No comparativo das Equipes que participaram dos dois ciclos PMAQ, duas equipes que tiveram desempenho muito acima da média no 1º Ciclo, foram avaliadas como medianas ou abaixo da média no 2º Ciclo. Das 19 equipes que obtiveram desempenho acima da média, apenas 5 mantiveram a classificação no 2º ciclo PMAQ e das 13 que foram avaliadas como medianas ou abaixo da média no 1º Ciclo, apenas 1 melhorou o desempenho para acima da média. O NASF obteve um desempenho mediano ou abaixo da média.

3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS

Considerando a Portaria nº 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios, cujo artigo 14 dispõe sobre a possibilidade de revisão da relação de metas com seus respectivos indicadores, e metodologia para a Fase de Avaliação do PQA-VS e, mais recentemente, a Portaria 2.984, de 27 de dezembro de 2016, que revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do PQA-VS a partir do ano de 2017, o repasse dos recursos financeiros para o município de Manaus decorre do cumprimento das metas estabelecidas para os 15 indicadores (Anexo IV) do Programa.

ANEXO I

Detalhamento das 27 novas Unidades Básicas de Saúde inauguradas no período de 2013 a 2016, por data de inauguração.

ANO	UNIDADES	DISTRITO DE SAÚDE	BAIRRO	DATA DE INAUGURAÇÃO	Nº DE ORDEM
2013	UBS L-46	LESTE	ZUMBI DOS PALMARES	10.04.2013	1ª
	UBS S-05	SUL	SÃO GERALDO	10.04.2013	2ª
	UBS O-18	OESTE	COMPENSA	10.04.2013	3ª
	UBS O-11	OESTE	NOVA ESPERANÇA	11.04.2013	4ª
	UBS O-07	OESTE	ALVORADA	03.06.2013	5ª
	UBS L-45	LESTE	SÃO JOSÉ OPERÁRIO	01.11.2013	6ª
	UBS L-32	LESTE	COROADO	03.12.2013	7ª
	UBS N-51	NORTE	NOVO ALEIXO	03.12.2013	8ª
2014	UBS O-47	OESTE	TARUMÃ	09.01.2014	9ª
	UBS O-48	OESTE	TARUMÃ	05.04.2014	10ª
	UBS N-59	NORTE	SANTA ETELVINA	21.05.2014	11ª
	UBS L-05	LESTE	TANCREDO NEVES	07.07.2014	12ª
	UBS L-44	LESTE	MAUAZINHO	07.07.2014	13ª
	UBS L-09	LESTE	ARMANDO MENDES	16.09.2014	14ª
	UBS N-57	NORTE	COLONIA TERRA NOVA	18.09.2014	15ª
	UBS DR. JOSÉ FIGLIUOLO ¹	NORTE	LAGO AZUL	23.09.2014	16ª
	UBS FREI VALÉRIO DI CARLO	NORTE	NOVO ISRAEL	22.10.2014	17ª
	UBS N-58	NORTE	NOVO ALEIXO	30.10.2014	18ª
	UBS O-22	OESTE	COMPENSA	17.11.2014	19ª
2015	UBS N-03	NORTE	CIDADE DE DEUS	09.01.2015	20ª
	UBS O-10	OESTE	NOVA ESPERANÇA	14.02.2015	21ª
	UBS L-47	LESTE	JORGE TEIXEIRA	29.04.2015	22ª
	UBS NILTON LINS ²	SUL	FLORES	16.07.2015	23ª
	UBS S-33	SUL	JAPIIM	27.07.2015	24ª
	UBS ARTHUR VIRGILIO FILHO	NORTE	NOVO ALEIXO	28.10.2015	25ª
	UBS FÁTIMA ANDRADE	NORTE	NOVO ALEIXO	05.11.2015	26ª
	UBS GEBES DE MELO MEDEIROS FILHO	LESTE	JORGE TEIXEIRA	29.12.2015	27ª

Fonte: GT-Obras/SEMSA; GEINF/SEMSA; NUPROS/SEMSA (dez./2016).

Obs.: No ano de 2016, houve somente inauguração de UBS reformadas.

Nota1: Unidade doada pelo Governo do Estado do Amazonas

Nota2: Unidade implantada mediante Termo de Cessão de Uso com Instituição de Ensino Superior Privado.

ANEXO II

INDICADORES DA PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021

Diretriz 1. Ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, equidade, humanização e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorar as condições de vida das pessoas.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
11	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	RAZÃO	0,42 em 2015	0,44	Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Numerador: Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento. Denominador: População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3
12	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	RAZÃO	0,31 em 2015	0,23	Sistema nacional informatizado: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Numerador: Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento. Denominador: População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
17	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA*	%		43,10	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho. Obs.: por orientação do DAB/MS os dados devem ser obtidos no e-Gestor AB até disponibilizarem as variáveis necessárias para extração dos dados da base do SCNES federal no Tabwin.	Numerador: N° de eSF x 3.450 + (N° eAB + N° eSF equivalente) x 3.000 em determinado local e período. Denominador: Estimativa da populacional do ano anterior. Fator de multiplicação: 100.
18	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	%	72,5 em 1º/2016	59,71	Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condições de Saúde do PBF	Numerador: Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano. Denominador: Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano. Fator de multiplicação: 100.
19	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA*	%		35,38	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população, com referência em 1º de julho. Obs.: por orientação do DAB/MS os dados devem ser obtidos no e-Gestor AB até disponibilizarem as variáveis necessárias para extração dos dados da base do SCNES federal no Tabwin.	Numerador: ((n° eSB*3.450)+(n° eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período. Denominador: população no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100.
21	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	%			Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS	(N° de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100

Diretriz 2. Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade na atenção básica.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
2	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	%	81 em 2015	70,31	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Numerador: Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM. Denominador: Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM. Fator de multiplicação: 100.
3	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	%	94 em 2014	87,14	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação.	Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida* Denominador: Total de óbitos não fetais. Fator de multiplicação: 100 * (óbito com causa básica distinta do capítulo XVIII da CID-10)
13	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	%	44,39 em 2015	53,65	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	Numerador: número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano; Denominador: número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano. Fator de Multiplicação: 100.
14	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 19 ANOS	%	18,87 em 2014	20,07	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período. Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100
15	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	/1000	14,4 em 2013	12,68	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).	Taxa de Mortalidade Infantil = (número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.
16	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	N.Absoluto	1.570 em 2015	26	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).	Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência.

Diretriz 3. Reduzir e prevenir riscos e agravos a saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção da saúde.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
1	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)	/100.000		270,43	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local. Denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000.
4	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE – PENTAVALENTE (3ª DOSE), PNEUMOCÓCICA 10- VALENTE (2ª DOSE), POLIOMIELITE (3ª DOSE) E TRÍPLICE VIRAL (1ª DOSE) – COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA	%	75% em 2015		Numerador: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI). Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).	Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Fator de multiplicação: 100.
5	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADOS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO	%		77,98	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.
6	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	%	≥ 88 em 2015	87,84	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação. Denominador: Número total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
7	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA	N.Absoluto	138.224 em 2015		Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP- Malária), a partir de 2003 na região Amazônica; Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a partir de 2004 na região Extra-amazônica.	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluindo LVC.
8	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE	N.Absoluto	19.228 em 2015	435	Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.
9	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	N.Absoluto	389 em 2014	6	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
10	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	%		683,57	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA).	<u>Passo 1</u> – Calcular a proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais (PCT): Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância. Total de amostras obrigatórias para o parâmetro coliformes totais. <u>Passo 2</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro turbidez (PT): Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância Total de amostras obrigatórias para o parâmetro turbidez. <u>Passo 3</u> – Calcular a proporção de análises realizadas do parâmetro de cloro residual livre (PCRL): Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância Total de amostras obrigatórias para o parâmetro de cloro residual livre. <u>Passo 4</u> – Calcular a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL$ 3,2.
20	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS (MUNICIPAL - Percentual de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias executadas)	%		100,00	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS/DATASUS.	Se foram realizados até 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, aplicar o cálculo abaixo: (Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município) / (6) X 100 Se foram realizados os 7 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, a meta atingida será 100%.

Nº	INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	PARÂMETRO NACIONAL	RG 2016	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
22	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE	N.Absoluto		0,00	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIM-PR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNCND).	Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. <u>1º passo – Cobertura por ciclo.</u> Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. <u>2º passo – N° de ciclos</u> Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.
23	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO “OCUPAÇÃO” NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	%			Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).	Numerador: Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN, em determinado ano e local de ocorrência do caso. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência. Fator de multiplicação: 100.

* Indicadores sem resultados na coluna RG 2016, foram pactuados somente a partir de 2017.

ANEXO III

INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) - 3º CICLO

EIXO	Nº	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE
1. ACESSO E CONTINUIDADE DO CUIDADO	1.1	MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS POR HABITANTE	$\frac{\text{Número médio de atendimentos de médicos e de enfermeiros}}{\text{População Cadastrada}}$ Numerador: Total de atendimentos individuais realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Denominador: Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE).	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS) Denominador: Ficha de cadastro individual (SISAB/MS).
	1.2	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA	$\frac{\text{Número de consultas no dia e atendimento de urgência} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$ Numerador: Total de “atendimentos de urgência” + “consulta no dia” realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Denominador: Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta no dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual (SISAB/MS).
	1.3	PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS DE CONSULTA AGENDADA	$\frac{\text{Número de atendimentos de consulta agendada} * 100}{\text{Número total de atendimentos}}$ Numerador: Total de atendimentos individuais de “Consulta Agendada” informados no campo Tipo de Atendimento registrado por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Denominador: Total de atendimentos de “Consulta Agendada Programática/Cuidado Continuado” + “Consulta Agendada” + “Consulta Dia” + “Atendimento de Urgência” registrado por médico e enfermeiro vinculados à equipe (INE).	Ficha de atendimento individual - (SISAB/MS).

	1.4	ÍNDICE DE ATENDIMENTOS POR CONDIÇÃO DE SAÚDE AVALIADA	<u>(Atendimento HAS) + (Atendimento DM) + (Atendimento Obesidade)</u> (População * Coeficiente Prevenção HAS) + (População * Coeficiente Prevalência DM) + (População * Coeficiente Prevalência da Obesidade) Numerador: Total de atendimentos individuais para pessoas com DM + total de atendimentos individuais para pessoas com HAS + total de atendimentos individuais para pessoas com obesidade realizados por médicos e enfermeiros vinculados à equipe (INE). Denominador: População cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de HAS + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de DM + população cadastrada* multiplicada pelo coeficiente de prevalência de Obesidade. * A população cadastrada com 18 anos ou mais deve estar devidamente vinculada à equipe (INE).	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS) Denominador: Ficha de Cadastro Individual do SISAB/MS e a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013).
	1.5	RAZÃO DE COLETA DE MATERIAL CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	<u>Número de procedimentos de coleta de material citopatológico do colo de útero</u> População feminina residente entre 25 e 64 anos de idade Numerador: Total de procedimentos* de “coleta de material citopatológico do colo do útero” ou código “SIGTAP 02.01.02.003-3” informados no campo Procedimentos/Pequenas cirurgias realizados por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem vinculados à equipe (INE). *Serão considerados os procedimentos realizados em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos. Denominador: Total de mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos cadastradas vinculadas à equipe (INE).	Numerador: Ficha de procedimentos (SISAB/MS) Denominador: Ficha de cadastro individual do SISAB/MS /TCU (IBGE)
	1.6	COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	<u>Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática * 100</u> População cadastrada Numerador: Total de “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” informadas no campo Tipo de Consulta registradas por cirurgião dentista vinculado à equipe (INE). Denominador: Total de cadastros individuais vinculados à equipe (INE).	Numerador: Ficha de atendimento odontológico individual (SISAB/MS). Denominador: Ficha de cadastro individual (SISAB/MS)
2. COORDENAÇÃO DO CUIDADO	2.1	PERCENTUAL DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA	<u>Número de atendimentos a recém-nascidos na primeira semana de vida no município</u> Total de recém-nascidos a serem acompanhados no município Numerador: Total de atendimentos individuais a recém-nascidos até seis dias de vida realizados por médicos e enfermeiros das equipes do município*. Denominador: Total de nascidos vivos até o sexto dia de vida subtraído dos óbitos neonatais precoce, por município.	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS). Denominador: SINASC/MS e SIM/MS para o município.
3. RESOLUTIVIDADE	3.1	PERCENTUAL DE ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇO ESPECIALIZADO	<u>Número de encaminhamentos médicos para serviço especializado * 100</u> Número total de atendimentos médicos individuais Numerador: Total de atendimentos individuais realizados por médicos vinculados à equipe (INE), onde o conduta/desfecho for registrado como “encaminhamento para serviço especializado”. Denominador: Total de atendimentos individuais realizados por médico vinculados à equipe (INE) exceto “Escuta Inicial/Orientação”.	Ficha de atendimento individual (SISAB/MS).

	3.2	RAZÃO ENTRE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS E PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMÁTICAS	<u>Número de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista</u> Número de primeiras consultas odontológicas programáticas Numerador: Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “tratamento concluído” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião-dentista vinculado à equipe (INE). Denominador: Total de atendimentos odontológicos individuais informados com “Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas” no campo Conduta/Desfecho registrado pelo cirurgião dentista vinculado à equipe (INE).	Ficha de atendimento odontológico individual – (SISAB/MS).
4. ABRANGÊNCIA DA OFERTA DE SERVIÇOS	4.1	PERCENTUAL DE SERVIÇOS OFERTADOS PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	<u>Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe * 100</u> Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal Numerador: Total de ações e serviços realizados pela equipe de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados na Atenção Básica”. Denominador: Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Atenção Básica, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Atenção Básica”.	Fichas de atendimento individual, de procedimentos e de atividade coletiva (SISAB/MS).
	4.2	PERCENTUAL DE SERVIÇOS OFERTADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	<u>Quantitativo de ações e serviços realizados pela equipe de Saúde Bucal * 100</u> Total de ações e serviços esperados pela equipe de Saúde Bucal Numerador: Total de ações e serviços realizados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal”. Denominador: Total de ações e serviços ofertados pelas equipes de Saúde Bucal, conforme “Quadro de Ações e Serviços a serem realizados pelas equipes de Saúde Bucal”.	Ficha de atendimento odontológico individual e de atividade coletiva (SISAB/MS).
NASF	5.	ÍNDICE DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	$(\text{Média de atendimento individual} \times 0,15) + (\text{Média de atendimento domiciliar} \times 0,25) + (\text{Média de atendimento compartilhado} \times 0,25) + (\text{Média de atendimento em grupo} \times 0,35)$ Número de profissionais do NASF a cada 40h Numerador: “Média de atendimento individual realizado por profissional do NASF x 0,15” + “Média de atendimento domiciliar realizado por profissional do NASF x 0,25” + “Média de atendimento compartilhado realizado pelo NASF x 0,25” + “Média de atendimento em grupo realizado pelo NASF x 0,35”. Denominador: O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40.	Numerador: Ficha de atendimento individual e Ficha de atividade coletiva (SISAB/MS), Ficha de atividade coletiva (SISAB/MS). Atividade: código 04 “Educação em saúde”, 05 “Atendimento em grupo”, código 06 “Avaliação / Procedimento coletivo” e 07 “Mobilização social”. Denominador: SCNES.
	5.1.	MÉDIA DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS REALIZADOS POR PROFISSIONAL DO NASF	<u>Número de atendimentos individuais registrados por profissional do NASF</u> Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h Numerador: Total de atendimentos individuais registrados por todos os profissionais que compõe a equipe NASF. Denominador: O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40.	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS) Denominador: SCNES.

	5.2.	MÉDIA DE ATENDIMENTOS DOMICILIARES REGISTRADOS POR PROFISSIONAL DO NASF	<u>Número de atendimentos domiciliares registrados por profissional do NASF</u> Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h Numerador: Total de atendimentos individuais registrados por todos os profissionais que compõe a equipe NASF e que na ficha de atendimento individual tenha marcado a opção "04- domicílio" no campo Local de atendimento. Denominador: O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40.	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS) Denominador: SCNES.
	5.3.	MÉDIA DE ATENDIMENTOS COMPARTILHADOS POR PROFISSIONAL DO NASF	<u>Número de atendimentos individuais registrados conjuntamente por profissionais do NASF e da eSF com SB</u> Número de profissionais da equipe NASF a cada 40h Numerador: Total de atendimentos individuais registrados conjuntamente por profissionais do NASF e da eSF. Serão contabilizados os atendimentos que tiverem registro de pelo menos dois nº CNS do profissional, sendo um deles de um profissional do NASF e outro de um profissional de uma das equipes vinculadas ao NASF. Denominador: O número de profissionais do NASF será estabelecido através da soma da carga horária ambulatorial destes profissionais encontrada no CNES dividido por 40.	Numerador: Ficha de atendimento individual (SISAB/MS) Denominador: SCNES.
	5.4.	MÉDIA DE ATENDIMENTO EM GRUPO REALIZADO POR PROFISSIONAL DO NASF	<u>Número de atendimentos em grupo registrado pelo profissional do NASF</u> Número de profissionais do NASF a cada 40h Numerador: Total de atendimentos em grupo registrados por cada profissional que compõe a equipe NASF e que registraram a atividade nos seguintes campos da ficha de atividade coletiva: "04 - Educação em saúde" ou "05 - atendimento em grupo" ou "06- avaliação/procedimento coletivo" ou "07 - Mobilização Social". Denominador: Número total de profissionais da equipe NASF registrado no SCNES na competência de atendimento. Considera-se para fins do número de profissionais a soma de carga horária encontrada no CNES dividido por 40h.	Numerador: Ficha de atividade coletiva (SISAB/MS) Denominador: SCNES.

ANEXO IV

Metas e Indicadores

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS

PORTARIA Nº 2.984, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2016

Nº	META	INDICADOR	UNID.	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
1	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	%	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Numerador: Total de óbitos notificados até 60 dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. Denominador: Total de óbitos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
2	90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	%	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)	Numerador: Total de nascidos vivos notificados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. Denominador: Total de nascidos vivos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.
3	80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.	Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.	%	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)	Numerador: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal no SI-PNI. Denominador: Número de salas de vacinas do município constante do cadastro do SI-PNI em junho de 2012. Fator de multiplicação: 100
4	100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	%	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	Numerador: Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada. Denominador: 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. Fator de multiplicação: 100.

Nº	META	INDICADOR	UNID.	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
5	75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.	Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).	%	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA)	Numerador: Número de amostras de água analisadas para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Denominador: Total de amostras obrigatórias para o Residual de Agente Desinfetante (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). Fator de multiplicação: 100.
6	50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.	Número de semanas epidemiológicas com informações no SINAN.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Número de semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma informação de notificação (positiva, negativa ou de surto).
7	80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Numerador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.
8	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.	%	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-Malária)	Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Fator de multiplicação: 100.

Nº	META	INDICADOR	UNID.	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
9	4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Nº Absoluto	Sistema Informatizado de Monitoramento da Presidência da República (SIMPR). Sistema de Informação da Vigilância da Febre Amarela e Dengue (SISFAD). Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue (SISPNC). Sistema próprio do estado ou município.	1º passo - Cobertura por ciclo Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue. Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo - Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.
10	80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Numerador: Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes - Paucibacilar e Multibacilar. Fator de multiplicação: 100.
11	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Numerador: Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Denominador: Número de contatos registrados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Fator de multiplicação: 100.
12	2 testes de sífilis por gestante.	Número de testes de sífilis por gestante.	Nº Absoluto	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)	Numerador: Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis em gestantes, por ano e município de residência da gestante. Denominador: Número de partos hospitalares do SUS, por ano e município de residência da gestante.
13	15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	Número de testes de HIV realizado.	Nº Absoluto	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)	Número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência.

Nº	META	INDICADOR	UNID.	FONTE	FÓRMULA DE CÁLCULO
14	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Numerador: Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente, na versão disponibilizada pelo SINAN, em determinado ano e local de ocorrência do caso. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência. Fator de multiplicação: 100.
15	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	%	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Numerador: Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por município de notificação. Denominador: Total de casos notificados por município de notificação. Fator de multiplicação: 100.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Paulo Henrique Dias et al. VARIABILIDADE DE ELEMENTOS METEOROLÓGICOS E DE CONFORTO TÉRMICO EM DIFERENTES AMBIENTES NA AMAZÔNIA BRASILEIRA. Revista Brasileira de Climatologia, [S.l.], v. 17, p. 98-118, jul. 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/revistaabclima/article/view/43048/27312>>. Acesso em: 31 out. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 1-3, 16 jan., 2012. Seção 1.

_____. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 1-3, 29 jun., 2011. Seção 1.

_____. Portaria GM/MS n. 2135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, p. 60, 26 set., 2013. Seção 1.

_____. Portaria GM/MS n. 2984, de 27 de dezembro de 2016. Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2017. Diário Oficial da União. Brasília, DF, p. 109, 28 dez., 2016. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Terceiro Ciclo: 2015-2017. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. O que é prontuário eletrônico do cidadão? Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2300>

CLIMATEMPO. Clima: Dados sobre precipitação pluviométrica média anual de 2016. Disponível em: <<https://www.climatempo.com.br/climatologia/25/manaus-am>>. Acesso em: 31 out. 2017.

Pactuação Interfederativa 2017-2021. Ficha de Indicadores. Brasília, DF.

Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014-2017. Manaus, AM.

Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Brasília, DF.

Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2019. Manaus, AM.