

PREFEITURA DE
MANAUS

ORGANIZANDO A CIDADE
SEDE DA COPA 2014

2010 – 2013

Plano Municipal de Saúde



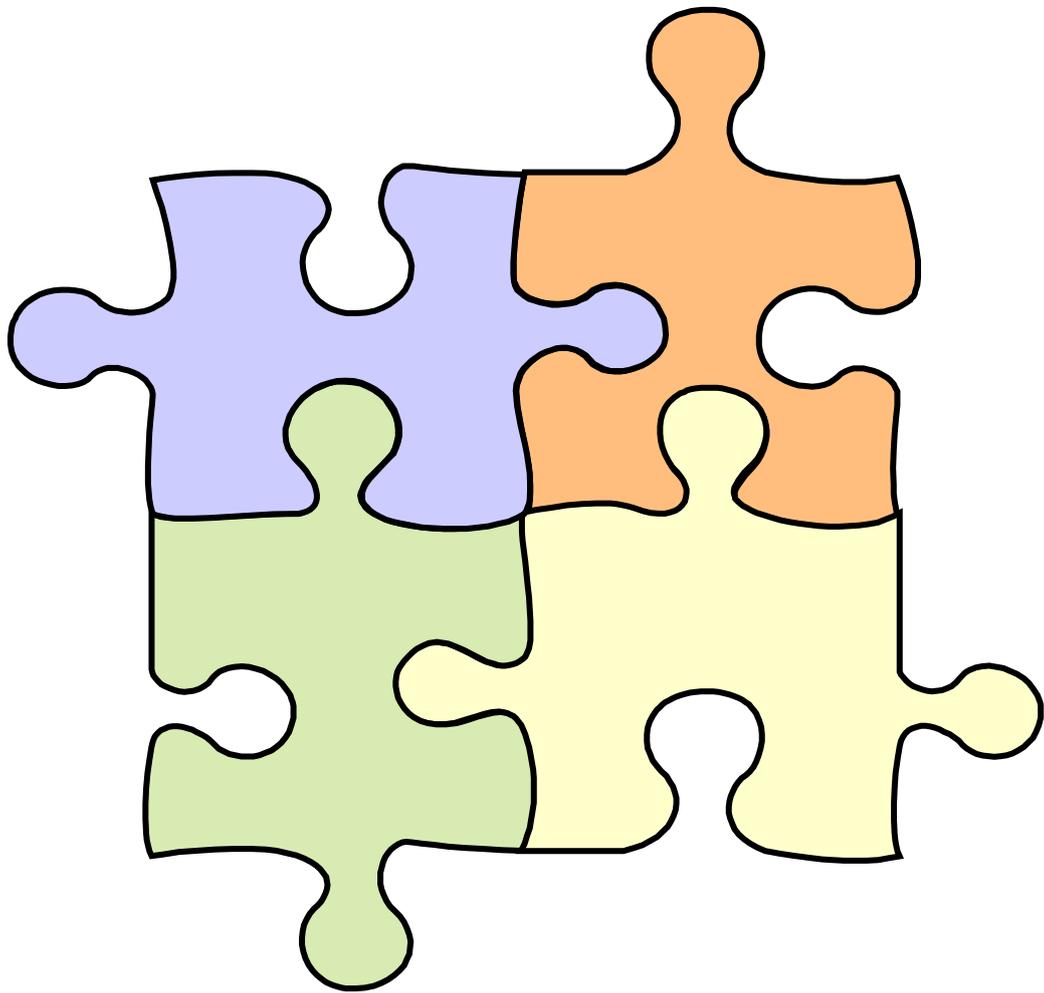
CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMSA

JANEIRO DE 2010



"Pensamentos e ações produzem consequências..."

Prefeitura de Manaus

Prefeito

Amazonino Armando Mendes

Vice Prefeito

Carlos Souza

Secretaria Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Saúde

Francisco Deodato Guimarães

Subsecretário Executivo

Orestes Guimarães de Melo Filho

Subsecretária de Gestão da Saúde

Denise Machado

Conselho Municipal de Saúde

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

Francisco Deodato Guimarães

Vice-Presidente

Marlene Pereira da Silva

1º Secretário

Gilson Apurinã Peixoto da Silva

2º Secretário

Ronaldo André Bacry Brasil

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS 2010 - 2013

Coordenação

Departamento de Planejamento
Ada Frota Oliveira de Carvalho – Diretora

Elaboração

Departamento de Planejamento

Colaboração

Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde
Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação
Departamento de Atenção Básica
Departamento de Atenção Especializada e Serviços de Urgência
Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Departamento de Vigilância Sanitária
Departamento de Administração
Departamento de Logística
Maternidade Dr. Moura Tapajoz
Distrito de Saúde Leste
Distrito de Saúde Norte
Distrito de Saúde Oeste
Distrito de Saúde Sul
Distrito de Saúde Rural

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

ANÁLISE PELAS COMISSÕES TÉCNICAS PERMANENTES

Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças.
Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde.
Comissão de Constituição, Justiça e Ética.
Comissão de Assistência e Vigilância Farmacêutica.
Comissão de Saúde do Trabalhador.
Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, Divulgação e Articulação.
Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde.

CONSELHEIROS PARTICIPANTES

ANTONIO GOMES DE ARRUDA
ADALBERTO MOREIRA DA SILVA
DENNIS PAIXÃO
DIRCÉLIA ORTIZ ALMEIDA
ELLERY BARRETO COSTA
FRANCISCA BENTES DE ALMEIDA
GILSON AGUIAR DA SILVA
GILSON APURINÃ
HERCULANO DE MOURA
ISAAC BENAYON
ISAÍAS PERPÉTUO FERNANDES
JOSUEL MARTINS
JOSÉ MESSA DA SILVA
JOSÉ GABRIEL DE SANTIAGO
MARIA DAS GRAÇAS FEITOZA SOARES
MINERVINA MARINHO
MANOEL DE JESUS S. FERREIRA
MARIA CELESTE M. FERREIRA
MARLENE PEREIRA DA SILVA
ROBERTO ARAGÃO
RONALDO ANDRÉ BACRY BRASIL
RODRIGO ARTHUR A. CABRAL
TANDRELI SILVA

CONSELHEIROS RELATORES

DIRCÉLIA ORTIZ ALMEIDA – *Conselheira Titular da SEMED.*
MARIA DAS GRAÇAS FEITOZA SOARES – *Conselheira Titular da SEMOSB.*
ELLERY BARRETO COSTA – *Conselheiro Titular do Sindicato dos Farmacêuticos.*
DENNIS PAIXÃO – *Conselheiro Suplente do Sindicato dos Farmacêuticos.*
RODRIGO ARTHUR A. CABRAL – *Conselheiro Titular do Sindicato dos Cirurgiões – Dentistas.*

APOIO TÉCNICO

CRISTINA R. S. FERREIRA – *Técnica do Departamento de Planejamento - SEMSA.*
RESPONSÁVEIS PELAS AS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA (ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA).

APOIO ADMINISTRATIVO

Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde.

SUMÁRIO

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

1 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS.....	2
1.1 Clima.....	3
1.2 Crescimento Populacional.....	3
1.3 Transição Demográfica.....	7
1.4 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.....	10
1.5 Taxa de Fecundidade.....	11
1.6 Habitação.....	11
1.7 Alfabetização.....	12
1.8 Razão de Renda.....	13
1.9 Taxa de Desemprego.....	13
2 – SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	14
2.1 Indicadores do Pacto pela Saúde 2009.....	14
2.2 Estratégia Saúde da Família.....	16
2.3 Saúde da Criança.....	17
2.4 Saúde do Adolescente.....	24
2.5 Atenção à Saúde da Mulher.....	27
2.6 Atenção à Saúde do Idoso.....	38

2.7 Atenção à Saúde Indígena.....	41
2.8 Ações de Saúde Mental.....	43
2.9 Ações de Profilaxia e Controle da Raiva Humana.....	45
2.10 Ações em Saúde da Pessoa com Deficiência.....	50
2.11 Apoio Diagnóstico.....	57
3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	62
3.1 Caracterização da Morbidade Hospitalar.....	62
3.2 Perfil de Morbidade.....	65
I Malária.....	66
II Leishmaniose Tegumentar Americana.....	67
III Dengue.....	68
IV Febre Hemorrágica do Dengue.....	69
V Meningites.....	72
VI Tuberculose.....	73
VII Hepatite.....	75
VIII Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.....	75



EIXO I - PROMOÇÃO DA SAÚDE

DIRETRIZ:

1.1 PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR VULNERABILIDADE E RISCOS À SAÚDE RELACIONADOS AOS SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.....

78

- **OBJETIVO 1** - DESENVOLVER UM CONJUNTO DE AÇÕES ARTICULADAS E SISTEMATIZADAS, DE MODO A CONTRIBUIR PARA A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO..... 78
- **OBJETIVO 2** - PROMOVER A SAÚDE DO ESCOLAR REALIZANDO AÇÕES QUE GARANTAM ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS O CUIDADO COM A SAÚDE..... 78
- **OBJETIVO 3** - ESTABELECEMOS POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL..... 79
- **OBJETIVO 4** - IMPLEMENTAR A POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR..... 79
- **OBJETIVO 5** - FORTALECER AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO..... 79
- **OBJETIVO 6** - REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO E A MORBIMORTALIDADE CAUSADA PELO MALEFÍCIO DO TABACO NA POPULAÇÃO DE MANAUS..... 81



EIXO II - ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETRIZ:

2.1 EXPANDIR E EFETIVAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA, CONSOLIDANDO O MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....

84

- **OBJETIVO 1** - CONSOLIDAR O MODELO DE ATENÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES INTEGRADAS..... 84
- **OBJETIVO 2** - QUALIFICAR E AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, OBEDECENDO AS NORMAS VIGENTES..... 84
- **OBJETIVO 3** - ESTRUTURAR OS SERVIÇOS DO DISTRITO DE SAÚDE RURAL..... 85
- **OBJETIVO 4** - INSTITUIR E INSTITUCIONALIZAR A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NA SEMSA..... 85
- **OBJETIVO 5** - ESTABELECEMOS FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA..... 85

• OBJETIVO 6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	86
• OBJETIVO 7 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO.....	86
• OBJETIVO 8 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DE ADOLESCENTE.....	87
• OBJETIVO 9 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	89
• OBJETIVO 10 – REDUZIR A MORBIMORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.....	89
• OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA TANTO NA ÁREA URBANA (ÍNDIOS DESALDEADOS) QUANTO NAS ALDEIAS.....	90
• OBJETIVO 12 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	91
• OBJETIVO 13 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA DERMATOLOGIA SANITÁRIA.....	92
• OBJETIVO 14 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.....	93
• OBJETIVO 15 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.....	93
• OBJETIVO 16 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.....	94

DIRETRIZ:

2.2 AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	94
• OBJETIVO 1 – OTIMIZAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	94
• OBJETIVO 2 – PRESTAR ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR COM REGULAÇÃO MÉDICA NAS ÁREAS DE OBSTETRÍCIA, CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA E TRAUMA.....	95
• OBJETIVO 3 - OFERECER SERVIÇO DE TRANSPORTE A PACIENTES COM DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO.....	96
• OBJETIVO 4 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	96
• OBJETIVO 5 – PROMOVER A SAÚDE AUDITIVA, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA AUDITIVA DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	97
• OBJETIVO 6 – PROMOVER A SAÚDE OCULAR, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA VISUAL DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	97
• OBJETIVO 7 – EFETIVAR A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.....	99
• OBJETIVO 8 – EFETIVAR A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	99
• OBJETIVO 9 – FORTALECER AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	99
• OBJETIVO 10 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES.....	102
• OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO.....	104
• OBJETIVO 12 – AMPLIAR O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO ENFOCANDO A PROMOÇÃO, A PREVENÇÃO, A PRESERVAÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO SER HUMANO.....	105

DIRETRIZ:

2.3 – ESTABELECEER REDE DE PROTEÇÃO INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COM BASE NA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO A MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS..... 106

- **OBJETIVO 1- INSTITUIR POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA..... 106**
- **OBJETIVO 2 – OTIMIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA E GARANTINDO ATENÇÃO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS..... 107**

DIRETRIZ:

2.4 - IMPLEMENTAR AÇÕES INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PRISIONAL..... 107

- **OBJETIVO 1 – GARANTIR ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO ATRAVÉS DE PARCERIA INTERINSTITUCIONAL..... 107**

DIRETRIZ:

2.5 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM..... 108

- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO..... 108**

DIRETRIZ:

2.6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA..... 109

- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR O ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO..... 109**

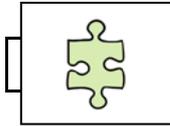
DIRETRIZ:

2.7 – EXPANDIR, EFETIVAR E INTEGRAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 110

- **OBJETIVO 1 - IMPLANTAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PELA VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 111**
- **OBJETIVO 2 – PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DO GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES..... 111**
- **OBJETIVO 3 – FORTALECER E AMPLIAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR..... 112**
- **OBJETIVO 4 – FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL..... 112**
- **OBJETIVO 5 – DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS..... 114**
- **OBJETIVO 6 – IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA..... 116**
- **OBJETIVO 7 – PREVENIR E CONTROLAR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS À 116**

POPULAÇÃO - DANTS.....

- **OBJETIVO 8 – ESCLARECER AS CAUSAS DE ÓBITO ESTABELECENDO REAL PERFIL DE MORTALIDADE.....** 117
- **OBJETIVO 9 – FORTALECER AS AÇÕES DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES E REDUZIR RISCOS DE DANOS E LESÕES GRAVES POR MORDEDURAS DE ANIMAIS.....** 118



EIXO III - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

DIRETRIZ:

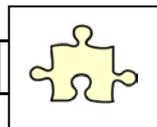
3.1 - ESTABELECER MODELO DE GESTÃO QUE PROPICIE MAIOR EFICIÊNCIA, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE..... 121

- **OBJETIVO 1 – QUALIFICAR A GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS HUMANIZADAS.....** 121
- **OBJETIVO 2 – FOMENTAR O PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E ASCENDENTE.....** 121
- **OBJETIVO 3 – IMPLEMENTAR O SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS.....** 121
- **OBJETIVO 4 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO.....** 122
- **OBJETIVO 5 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....** 123
- **OBJETIVO 6 – ESTABELECER O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....** 124
- **OBJETIVO 7 – INSTITUCIONALIZAR AS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....** 124
- **OBJETIVO 8 – DESENVOLVER O SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO, INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....** 124
- **OBJETIVO 9 – INSTITUIR POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE, ATRAVÉS DE IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO QUE PROPICIONE A INTEGRAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS DIVERSAS ÁREAS, DA GESTÃO À ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR E UNIFICADA.....** 124
- **OBJETIVO 10 – POSSIBILITAR A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA ENTRE OS ENTES POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE ATENÇÃO A SAÚDE.....** 125
- **OBJETIVO 11 – DEFINIR DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.....** 125
- **OBJETIVO 12 – AVALIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUBSIDIAR A TOMADA DE DECISÃO.....** 125

DIRETRIZ:

3.2-QUALIFICAR E AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA..... 126

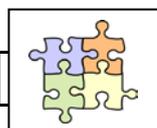
- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR MODELO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MODO A GARANTIR O ACESSO, A NECESSÁRIA SEGURANÇA, EFICÁCIA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....** 126



EIXO IV - FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

DIRETRIZ:

4.1 - AMPLIAR, QUALIFICAR E ESTIMULAR A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.....	129
• OBJETIVO 1 - AMPLIAR A FORÇA DE TRABALHO POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE SAÚDE.....	129
• OBJETIVO 2 - ESTIMULAR A MELHORIA DO DESEMPENHO, DA EFICIÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	129



EIXO V - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ:

5.1 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.....	132
• OBJETIVO 1 - DOTAR O CMS/MAO DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL.....	132
• OBJETIVO 2 - APOIAR O PROCESSO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS, LOCAIS E MOVIMENTOS SOCIAIS PARA O CONTROLE SOCIAL E A AÇÃO PARTICIPATIVA.....	134
• OBJETIVO 3 - DOTAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL EM CONSONÂNCIA COM O CMS/MAO.....	134
• OBJETIVO 4 - AMPLIAR O DEBATE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA.....	135
• OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	136
• OBJETIVO 6 - MONITORAR E AVALIAR OS ÓRGÃOS VINCULADOS AO SUS EFETIVANDO O CONTROLE SOCIAL.....	136

REFERÊNCIAS

139

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

Manaus, capital do Estado do Amazonas, situada na região Norte do Brasil, possui área de 11.401,068¹ km², equivalendo a 0,73% do território do estado, com uma população de 1.738.641² habitantes (Estimativa do IBGE, 2009), e densidade populacional de 152,49 pessoas por km² (IBGE - 2009). A população de Manaus representa atualmente 51,24% da população do Amazonas, 11,32% da Região Norte e 0,91% do Brasil.

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

Figura 1. Localização Geográfica do Município de Manaus.

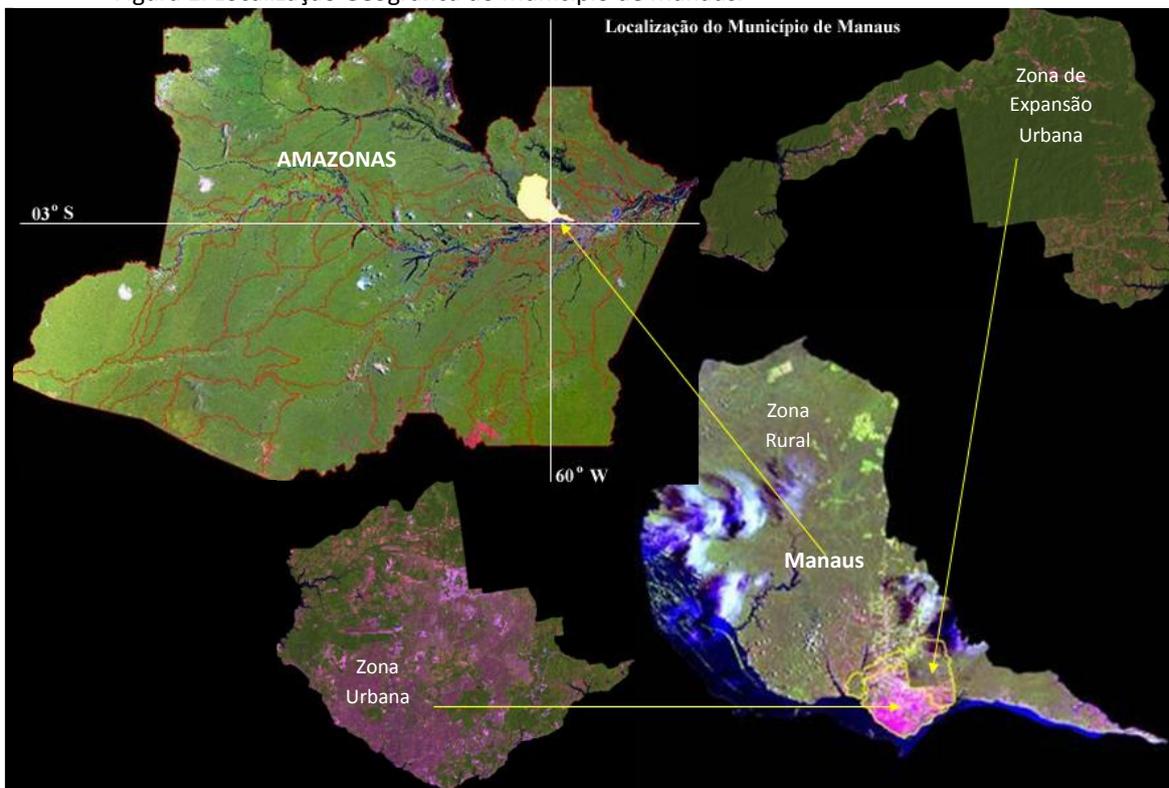


FIGURA 1 - ¹ Resolução IBGE nº 05, de 10 de outubro de 2002.

FIGURA 2 - ² Resolução IBGE nº 07, de 14 de agosto de 2009.

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

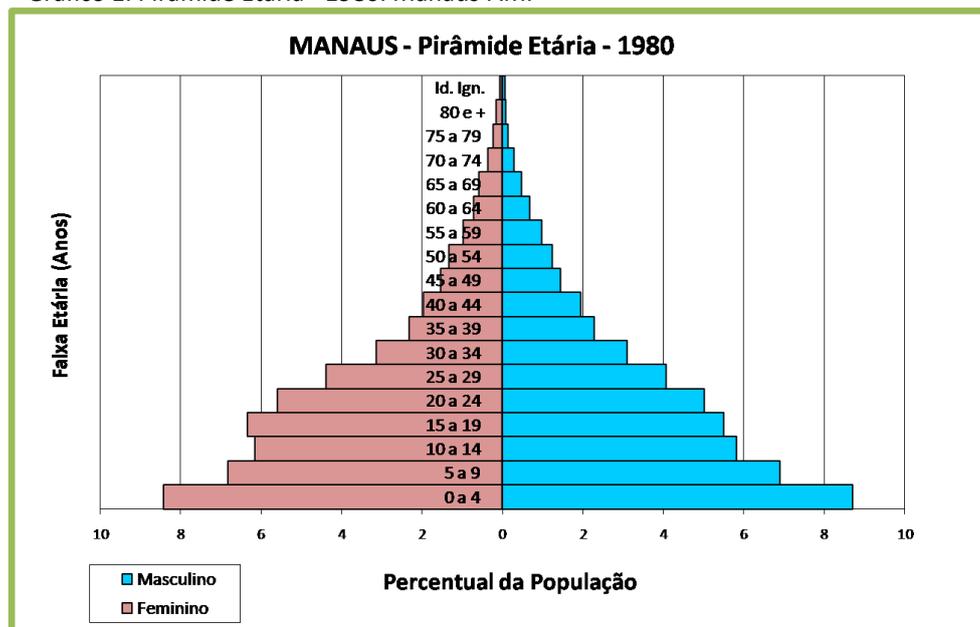
1.1 Clima

O clima é equatorial úmido, com temperatura média anual de 26,7°C, variando entre 23,3°C e 31,4°C. A umidade relativa do ar oscila na casa de 80% e a média de precipitação anual é de 2.286 mm. A região possui duas estações distintas: a *Chuvosa* (inverno), de dezembro a maio, período em que a temperatura mostra-se mais amena, com chuvas frequentes; e a *Seca* (verão ou menos chuvosa), de junho a novembro, época de sol intenso e temperatura elevada, em torno de 38°C, chegando a atingir quase 40°C, no mês de setembro. Costumam ocorrer, durante todo o ano, fortes pancadas de chuva de pouca duração.

1.2 Crescimento Populacional

No período de 1980 a 2000, o incremento populacional de Manaus foi de 220% (Censo do IBGE, 2000), ou seja, 20 anos depois o número de habitantes na cidade de Manaus duplicou. O incremento médio anual de 1991 – 2000 foi de 3,76%, de 2000 – 2003 de 2,80% e de 2006 – 2009 de 1%. Os dados oficiais indicam, ainda, que Manaus foi a cidade que mais cresceu entre as treze cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, com uma taxa de crescimento populacional de mais de 39%.

Gráfico 1. Pirâmide Etária - 1980. Manaus-AM.



A distribuição da população por faixa etária e sexo nos anos de 1980 e 2000 estão demonstradas nas pirâmides populacionais nos Gráficos 1 e 2. Observando-se que no ano de

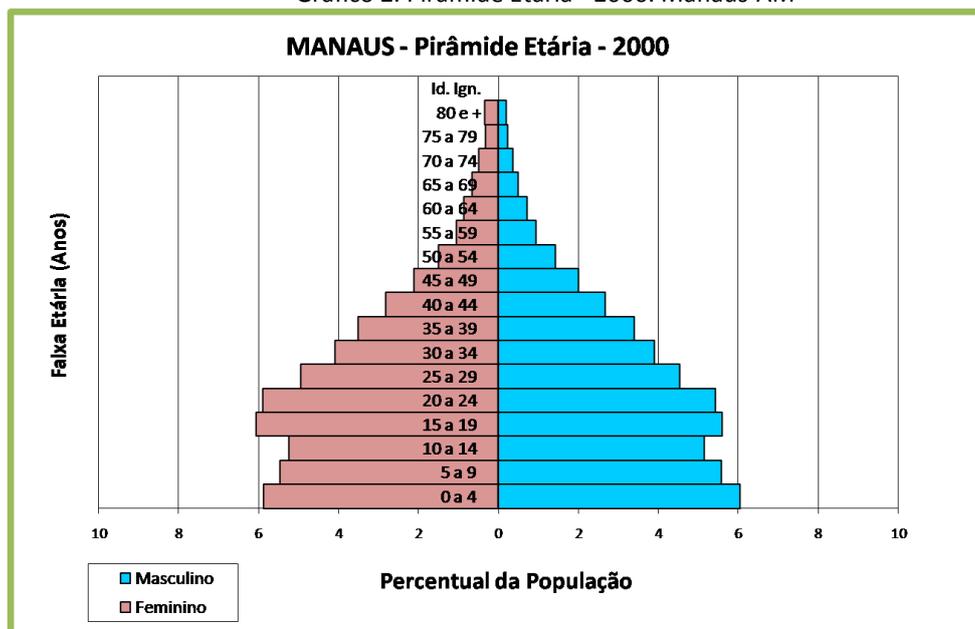
1980 a base larga com diminuição das barras seguintes até o ápice bem afilado representa um alto coeficiente de natalidade e alta mortalidade, principalmente a infantil, restando poucos indivíduos nas faixas etárias mais velhas. A proporção de menores de 20 anos é elevada mostrando uma população extremamente jovem.

Vinte anos depois, a composição da população em Manaus permanece com formas semelhantes, há, entretanto um crescimento nas faixas etárias de 15 a 24 anos podendo ser representada por imigração (Gráfico 2).

Tanto no ano de 1980 quanto em 2000 observa-se uma maior proporção de mulheres que de homens, daí a razão de masculinidade ser sempre menor que mil mulheres. A razão de masculinidade foi acima de 950/1000 mulheres nos anos de 1980 a 2000, número considerado baixo em relação ao preconizado como ideal que seria de mil homens para mil mulheres.

O número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) em 2009 é de 619.247, e a proporção é de 69,1%.

Gráfico 2. Pirâmide Etária - 2000. Manaus-AM



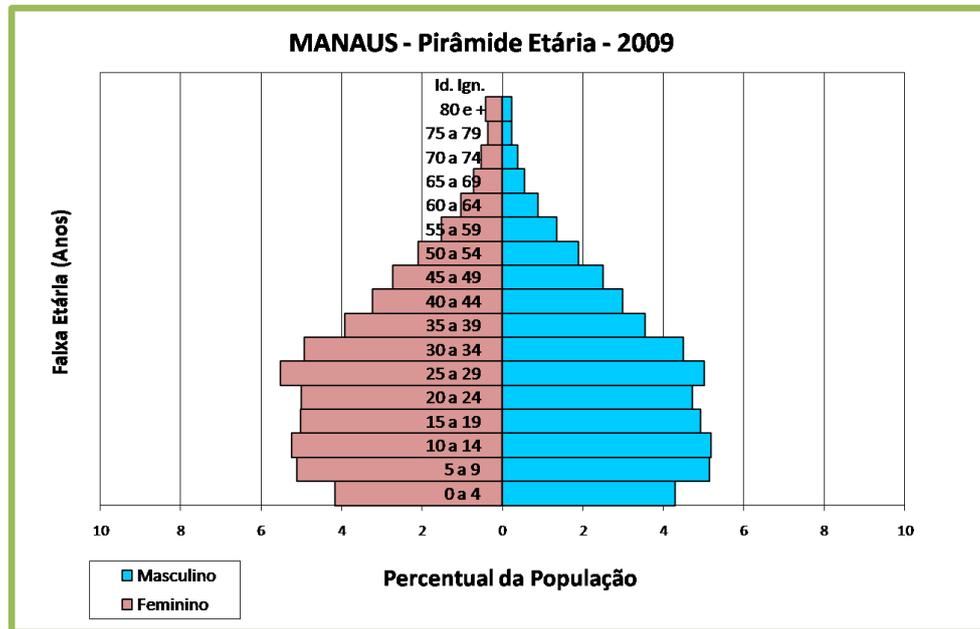
A evolução populacional de 1980 a 2000 está demonstrada na tabela abaixo, observando-se um incremento na ocupação do solo, que em 1980 a densidade demográfica era de 55,28 habitantes por km² e em 2000 foi de 122,69 habitantes por km².

Tabela 1. Evolução da população de Manaus no período de 1980 a 2009, estratificada por sexo, com densidade demográfica. Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Ano	População Total (hab.)	Sexo		Densidade demográfica (hab./km ²)
		Homem	Mulher	
1980	633.383	309.210	324.173	55,28
1991	1.011.501	493.891	517.610	88,27
1996	1.157.357	561.926	595.431	101,00
2000	1.405.835	685.444	720.391	122,69
2006	1.688.524	823.273	865.251	148,10
2009	1.738.641	842.428	896.213	154,29

A pirâmide etária de 2009 se apresenta de maneira diversa que a dos últimos anos, conforme demonstrado no Gráfico 3, apontando uma base mais estreitada, o que começa a indicar queda nos índices de natalidade e aumento da longevidade.

Gráfico 3. Pirâmide Etária – 2009. Manaus.



A população de Manaus especificada na Resolução nº 7/2009 do IBGE é de 1.738.641 (tabela 3). Há que se perceber a desproporcional distribuição populacional nas áreas urbana e rural do município de Manaus, o que indica a necessidade de um desenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma a ofertar serviços não somente na área urbana, mas também em sua vasta área rural. A população rural representa 1,33% do total, ou seja, são 23.053 habitantes distribuídos em uma área de 10.967,69 km², enquanto que a população da área urbana (98,67%) distribui-se em 433,37 km².

Outro fator importante é o forte atrativo que Manaus exerce sobre as populações dos municípios vizinhos e mesmo de alguns estados das regiões norte e nordeste, o que influencia fortemente o aumento do contingente populacional a ocupar as áreas mais periféricas formando comunidades (invasões) sem qualquer infraestrutura básica de serviços.

Tabela 2. População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009. População por sexo, Manaus, 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 a	14.228	13.630	27.858
1 a 4 a	60.569	58.633	119.202
5 a 9 a	89.759	88.993	178.752
10 a 14 a	90.461	91.309	181.770
15 a 19 a	85.684	87.309	172.993
20 a 29 a	169.703	183.085	352.788
30 a 39 a	140.057	154.007	294.064
40 a 49 a	95.559	103.537	199.096
50 a 59 a	56.288	62.624	118.912
60 a 69 a	25.219	30.395	55.614
70 a 79 a	10.821	15.601	26.422

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
80 e + a	4.080	7.090	11.170
Total	842.428	896.213	1.738.641

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

A população urbana de Manaus se distribui quase que equitativamente em 04 (quatro) Distritos de Saúde (Tabela 4). Os Distritos Sul e Oeste estão compostos por bairros de mais de uma zona geográfica. O Distrito de Saúde Rural possui população de 23.053 habitantes, distribuída em inúmeras comunidades dispersas nas áreas terrestre e fluvial.

Tabela 3. População por bairro, Distrito de Saúde Sul – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Adrianópolis	8.433
2	Aleixo	19.462
3	Betânia	12.290
4	Cachoeirinha	19.752
5	Centro	29.920
6	Chapada	10.282
7	Colônia Oliveira Machado	13.402
8	Crespo	9.897
9	Educandos	16.509
10	Flores	47.184
11	Japiim	55.586
12	Morro da Liberdade	13.775
13	Nossa Senhora Aparecida	6.530
14	Nossa Senhora das Graças	15.082
15	Parque 10 de Novembro	37.893
16	Petrópolis	43.532
17	Praça 14 de Janeiro	12.047
18	Presidente Vargas	10.282
19	Raiz	16.603
20	Santa Luzia	8.590
21	São Francisco	17.133
22	São Geraldo	7.980
23	São Lázaro	12.003
24	Vila Buriti	1.942
	Total	446.110

Fonte: Semsu.

Tabela 4. População por bairro, Distrito de Saúde Norte – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Cidade Nova	302.292
2	Colônia Santo Antônio	16.781
3	Colônia Terra Nova	50.259
4	Monte das Oliveiras	29.129
5	Novo Israel	15.083
6	Santa Etelvina	22.836
	Total	436.380

Fonte: Semsu.

Tabela 5. População por bairro, Distrito de Saúde Oeste – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Alvorada	71.016
2	Compensa	78.237
3	Da Paz	14.433
4	Dom Pedro I	16.195
5	Gloria	8.700
6	Lírio do Vale	21.635
7	Nova Esperança	20.295
8	Planalto	14.707
9	Ponta Negra	2.902
10	Redenção	38.042
11	Santo Agostinho	16.655
12	Santo Antônio	21.220
13	São Jorge	25.920
14	São Raimundo	17.215
15	Tarumã	27.833
16	Vila da Prata	12.102
	Total	407.107

Fonte: Semsas.

Tabela 6. População por bairro, Distrito de Saúde Leste – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Armando Mendes	22.055
2	Colônia Antônio Aleixo	14.571
3	Coroado	48.818
4	Distrito Industrial I e II	30.748
5	Jorge Teixeira	97.824
6	Mauazinho	16.416
7	Puraquequara	5.725
8	São José Operário	109.760
9	Tancredo Neves	45.574
10	Zumbi dos Palmares	34.500
	Total	425.991

Fonte: Semsas.

1.3 Transição Demográfica

Manaus, não diferente de outras capitais brasileiras, vem passando por um período de transição demográfica que vai refletir diretamente nas políticas de saúde, para tanto, faz-se necessário perceber quais são essas mudanças e o que elas apontam. Deste modo, é importante destacar o que já demonstram os estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, conforme transcrevemos abaixo:

“O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. O aumento da longevidade e a redução da

mortalidade infantil também contribuem para a mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher

O processo de Transição da Estrutura Etária ao longo desse período levará, ao longo das próximas quatro décadas, a uma população de perfil envelhecido e com um ritmo de crescimento baixíssimo, quiçá negativo. Entre os principais desafios, sem dúvida, está a geração de novas demandas para o sistema de saúde.

As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas. Os menores de 15 anos perderão representatividade, enquanto o peso relativo dos maiores de 65 anos será crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050, alterando significativamente as relações intergeracionais.

Em 2025, para cada conjunto de 100 menores de 15 anos, haverá 46 idosos, contra 10 existentes em 1975. Finalmente, em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o de menores de 15 anos (índice de envelhecimento). Em 2050, haverá apenas 2 potenciais cuidadores (pessoas entre 50 e 60 anos de idade) para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com 5, existentes em 2000 (razão de suporte).

É esse padrão de crescimento diferenciado por idade que caracterizará a Transição da Estrutura Etária da população brasileira durante a primeira metade do presente século: a) crescimento baixo ou negativo, no segmento jovem; b) médio ou baixo, para a população em idade ativa, até 2025, e praticamente nulo no restante do período; c) muito alto para o contingente de idosos.

Os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, 81 homens idosos; em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61.

O desafio colocado para as políticas públicas diante da população idosa é o fornecimento de serviços e benefícios que lhe permita uma vida condigna e ativa, o que depende especialmente da solidez das políticas de seguridade social (previdência, assistência social e saúde).

Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para essa fração da população, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social. Exige também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais, além da necessidade de recursos humanos em qualidade e quantidade adequadas ao novo quadro epidemiológico.

A população com menos de 15 anos de idade passará a apresentar taxas de crescimento abaixo de zero, o que significa diminuição do tamanho das novas coortes.

Portanto, haverá menor pressão do lado da demanda, e mais oportunidades para a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, como também da assistência familiar.

Junto com a transição demográfica, podem surgir outros fatores que anulem os benefícios deste momento demográfico particular. Por exemplo, está em curso uma mudança de hábitos nutricionais que faz com que a obesidade apareça como crescente problema.

Outro exemplo encontra-se no padrão etário de declínio da fecundidade, que acusa grande participação relativa da gravidez na adolescência, em geral, não planejada. Importantes questões relacionadas à atividade física, uso de drogas, comportamento sexual e nutrição, entre outras, deverão ser tratadas tendo em vista o novo padrão demográfico.

Nesse cenário de mudanças demográficas, a fecundidade em níveis baixos, com um número menor de filhos, deverá certamente resultar em melhor status de saúde ao longo da vida reprodutiva das mulheres e em aumento proporcional de partos ocorridos em idade mais tardia.

Contudo, há uma tendência ao aumento da gravidez não desejada, em especial em mulheres jovens sem parceiro; além dos constrangimentos sociais, econômicos e familiares, muitas das gestações são interrompidas por abortos inseguros, uma das principais causas de altas taxas de morbidade e mortalidade materna.

Em termos de serviços de saúde deverá ocorrer, conseqüentemente, um ajuste na oferta de assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério que permita melhorar sua qualidade, uma vez que a cobertura já é praticamente universal. Precisa-se aumentar em quantidade e qualidade a oferta de assistência integral ao planejamento familiar, incluindo a reprodução assistida.

Óbitos infantis representam um evento lamentável, em todos os sentidos, pois constituem perda precoce da possibilidade de vida, decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis. O componente pós-neonatal predominou no Brasil até 1990; a partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atual.

Uma tendência importante é o aumento relativo da mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida) que, em 2003-2005, correspondeu a cerca de 50% dos óbitos infantis, em todas as regiões do país. Destaque-se que aproximadamente um quarto do total de óbitos infantis ocorreu no primeiro dia de vida.

Entre as causas detalhadas de óbitos neonatais, destacam-se a prematuridade, seguida das infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia. Prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são causas com maior potencial de prevenção e contribuem, em conjunto, com mais de 50% dos óbitos neonatais informados, nas regiões brasileiras.

Chama atenção também a alta taxa de partos cesarianos (43% em 2005), em maior proporção nos hospitais privados, o que requer ações direcionadas à redução da cesariana desnecessária, importante fator de risco relacionado à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e à mortalidade neonatal.

No período de 1990 a 2005, a mortalidade por causas externas no grupo dos 15 aos 29 anos passou de 69% para 77% no sexo masculino e de 32% para 35%, no sexo feminino, em relação aos óbitos por todas as causas. É importante salientar que a magnitude das mortes de jovens por causas externas foi da ordem de 50 mil óbitos em 2005, número extremamente lamentável e preocupante.

Deve ser ressaltado, ademais, que a mortalidade do sexo masculino por causas externas, na faixa etária analisada, é geralmente mais de oito vezes superior à do sexo feminino. Portanto, esse quadro epidemiológico está caracterizado, em seu conjunto, não só pela sobremortalidade de jovens, como especialmente pela sobremortalidade masculina, cujo impacto na evolução da estrutura etária da população e, principalmente na esperança de vida, não se deve desprezar. As armas de fogo têm grande importância no conjunto dos meios usados para perpetrar mortes violentas, sendo responsáveis por 92% dos homicídios de jovens no país.

Merece destaque o crescimento dos acidentes de transporte, que vitimam pedestres e condutores de veículos a motor. Nesse subgrupo de óbitos, há tendência crescente dos que envolvem motociclistas, sobretudo em função das condições precárias de trabalho que caracterizam a atividade de motofrete.

As evidências aqui apresentadas em nível nacional são, apenas, uma primeira referência para nortear o caminho do planejamento da saúde pública, de forma a atender melhor a futura população brasileira.

O desenvolvimento das capacidades de planejamento e gestão do sistema de saúde, é uma questão preocupante e desafiante que se apresenta a exigir análises, estudos e ações específicas, em especial se considerado o vulto das mudanças demográficas que já se delineiam e tendem a aprofundar-se, pelo menos até metade do século.

Um dos aspectos críticos para a gestão do sistema de saúde é a preparação de quadros profissionais inseridos em um modelo organizacional que priorize a integralidade e a qualidade das ações, nos diversos níveis de atenção.

Esses problemas certamente vão requerer investimentos na reestruturação/readequação da rede física, instalações e equipamentos, e ainda mudanças significativas nos padrões de assistência e recomposição da capacidade funcional do sistema, fortemente dependentes de investimentos em recursos humanos e tecnológicos.”

Trecho extraído do livro Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

1.4 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O IDH sintetiza o nível de sucesso atingido pela sociedade no atendimento a três necessidades básicas e universais do ser humano: acesso ao conhecimento (dimensão educação), direito a uma vida longa e saudável (dimensão longevidade) e direito a um padrão de vida digno (dimensão renda). Para a dimensão educação, os indicadores selecionados são a taxa de alfabetização da população acima de 15 anos e a proporção de pessoas com acesso aos níveis de ensino primário, médio e superior (medida pela frequência bruta nesses três níveis de ensino). Para a dimensão longevidade, o indicador é a expectativa de vida ao nascer. Para a dimensão renda, a renda familiar per capita (RFPC) é o indicador escolhido como síntese da capacidade da população de adquirir os bens e serviços que estimulem e garantam seu desenvolvimento como ser humano. Dito de outra forma, em certa medida, a RFPC deve representar a possibilidade de acesso às demais dimensões não abordadas pelo IDH.

Tanto o IDH quanto seus três subíndices (educação, renda e longevidade) variam entre 0 e 1, assim classificados: de 0 a 0,5, baixo desenvolvimento humano; de 0,5 a 0,8, médio desenvolvimento humano; de 0,8 a 1, alto desenvolvimento humano.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma adaptação do IDH para o nível municipal, seguindo os mesmos princípios e formulações.

Em Manaus, assim como no Amazonas e no Brasil, a dimensão com o subíndice mais alto é educação. Esse é o indicador que mais contribui para o valor do IDHM em 2000. A ordem de importância dos subíndices para a composição do IDHM é: educação, longevidade e renda (tabela 7).

Tabela 7. Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil, Amazonas e Manaus. 1991 e 2000.

ANO	Brasil		Amazonas		Manaus		
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	
IDHM	0,696	0,723	0,766	0,664	0,713	0,745	0,774
IDHM – Renda	0,681	0,723	0,640	0,634	0,712	0,703	
IDHM - Longevidade	0,662	0,727	0,644	0,692	0,681	0,711	
IDHM – Educação	0,745	0,849	0,707	0,813	0,843	0,909	

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano – PNUD - 2003.

1.5 Taxa de Fecundidade

Em 2007, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 1,95 filhos. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. A taxa de fecundidade tem mostrado um declínio, tendo como um dos principais fatores intervenientes a mudança de comportamento reprodutivo da mulher, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos.

Tabela 8. Taxa de fecundidade, 1991, 2000 e 2007

Anos	Taxa de fecundidade
1991	3,04 filhos
2000	2,55 filhos
2007	1,95 filhos

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/IPEA e IBGE PNAD 2007.

1.6 Habitação

O Censo Demográfico – 2000 registrou 106.396 domicílios conectados a redes de esgoto ou de águas pluviais, de um total de 326.852 domicílios identificados. Cerca de 166.047 domicílios dispunham de fossas sépticas ou rudimentares.

Tabela 9. Domicílios particulares permanentes segundo a condição de ocupação, Manaus, 2000.

Domicílios particulares permanentes						
Total	Condição de ocupação do domicílio					
	Próprio		Alugado	Cedido		Outra
	Já quitado	Em aquisição		Por empregador	De outra forma	
326 852	236 097	26 651	40 036	3 897	17 774	2 397

Fonte: IBGE, CENSO, 2000

Com base nestes dados, é possível inferir que, no ano 2000, apenas 32,6% dos domicílios estavam ligados às redes de esgoto e cerca de 50% 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 10. Proporção de Moradores por tipo de abastecimento de água, Manaus, 1991 e 2000.

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

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 tifoide 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 11. Proporção de Domicílios particulares permanentes segundo o tipo de instalação sanitária, Manaus, 1991 e 2000.

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	2,0	32,2
Fossa séptica	47,2	36,5
Fossa rudimentar	28,4	14,4
Vala	8,3	3,6
Rio, lago ou mar	-	7,2
Outro escoadouro	7,4	1,7
Não sabe o tipo de escoadouro	0,5	-
Não tem instalação sanitária	6,3	4,4

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

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

Tabela 12. Proporção de Moradores por tipo de destino do lixo, Manaus, 1991 e 2000.

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

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

1.7 Alfabetização

A análise da situação de alfabetização da população é importante em face da vulnerabilidade do grupo com baixo grau de escolaridade em todos os aspectos da vida social.

Em 2000 o Percentual de pessoas de 15 ou mais anos de idade que não sabem ler nem escrever um bilhete simples no Amazonas era de 8,9 em 1991 e caiu para 6,1% em 2000.

Os dados na tabela não apresentam diferença entre as diferentes faixas etárias alfabetizadas demonstrando que ocorreu melhoria no acesso da população a escola, o que pode produzir redução progressiva do analfabetismo nos grupos etários com o decorrer dos anos.

Tabela 13. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária. Manaus. 1991 e 2000.

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

Fonte: IBGE/Censos

1.8 Razão de Renda

Em 2007 a razão entre a renda dos 20% mais ricos e os 20% mais pobres no Estado do Amazonas a qual se aplica para Manaus é de 20,76%. É uma medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Compara a renda média dos indivíduos pertencentes aos dois décimo mais rico da distribuição com a renda média dos indivíduos pertencentes ao grupo mais pobre.

1.9 Taxa de Desemprego

Em Manaus a taxa de desemprego (percentual das pessoas que procuraram, mas não encontraram ocupação profissional remunerada entre todas aquelas consideradas “ativas” no mercado de trabalho) no período de 2005 a 2007 foi de 12,8%; caindo para 9,4% e elevando-se novamente para 12,2% respectivamente. 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).

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE

O resultado obtido no período de janeiro a agosto de 2009 no conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde, bem como as informações das áreas técnicas da assistência em saúde tais como Saúde da Família, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Idoso, Mental, da Pessoa com Deficiência, Profilaxia e Controle da Raiva Humana, Apoio Diagnóstico e Vigilância em Saúde são aqui apresentadas.

2.1 INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE 2009.

O elenco dos indicadores pactuados para o ano de 2009 tem o resultado alcançado no período de janeiro a agosto de 2009 apresentado na tabela 14. Destaca-se que alguns indicadores somente podem ser mensurados depois de transcorrido o ano, enquanto que outros podem ser acompanhados e mensurados mais amiúde.

Tabela 14. Indicadores do Pacto 2009. Manaus. Resultado de Janeiro a Agosto de 2009.

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
1	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DO FÊMUR	20,00 (reduzir em 2% a taxa)	4,94	10.000	SIH/IBGE
2	PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS	100	ANUAL	100	ANVISA/CGTES /NADAV
3	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,2	0,08	1	SISCAM/SISCOLO /IBGE
4	PERCENTUAL DE TRATAMENTO/ SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (LESÕES DE ALTO GRAU NIC II E NIC III), EM DETERMINADO LOCAL, NO ANO	50	ANUAL	100	SISCAM/SISCOLO
5	PERCENTUAL DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS	5	1,73	100	SISCAM/SISCOLO
6	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS (SUS E CREDENCIADO) DE MAMOGRAFIA AO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA	100%	ANUAL	100	www.inca.gov.br CNES
7	PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS	25	10,03	100	SIM
8	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS	75	22,54	100	SIM
9	COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL	5,28 (pactuado: 7% de redução)	4,24	1.000	SIM-SINASC
10	COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL	9,81 (pactuado: 4% de redução)	11,14	1.000	SIM-SINASC
12	NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	90	69	1	SINAN
13	TAXA DE CESÁREAS	25,75	27,27	100	SIH
14	TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRÁGICA DE DENGUE	2	1,72	100	SINAN
15	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85	ANUAL	100	SINAN
16	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL DE MALÁRIA	7,64 (pactuado: 30%)	6,15	1.000	SIVEP- Malária/IBGE.

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
		de redução)			
17	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85	ANUAL	100	SINAN
18	PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS DO VÍRUS INFLUENZA EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO	80	41,04	100	Sivep- gripe
19	PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	75	81,67	100	SINAN
20	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	2,9	1,36	100.000	SINAN – Estimativa IBGE
21.a	PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS	26,1	ANUAL	100	VIGITEL
21.b	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE QUE DESENVOLVEM AÇÕES NO CAMPO DA ATIVIDADE FÍSICA	2,60	ANUAL	100	SIA, CNES
22	PREVALÊNCIA DE TABAGISMO	12,1	ANUAL	100	VIGITEL
24	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35	44,49	100	SIAB e IBGE
25	PROPORÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO	60	ANUAL	100	Aplicativo Digital AMQ
26	RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DESPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA.	79.674.000,00	83.108.959,58	1	SMS
27	MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	3	0,29	100	SIAI/SUS e IBGE
28	COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	10	3,84	100	SIH/SUS e IBGE
29	TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	18	15,52	10.000	SIH/SUS
30	TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	6,2	5,03	10.000	SIH
31	MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS	1,2	0,57	1	SIA/SUS e IBGE
32	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	82	78,85	100	SINASC
33	MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	0,5	1,13	1	SIA/SUS e SIAB
34	PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,5% (10% de redução de prevalência da desnutrição)	ANUAL	100	SISVAN
35	PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA	44%	42,92	100	SISVAN
38	TAXA DE COBERTURA DE CAPS POR 100 MIL HABITANTES	0,28	ANUAL	100.000	CNES e IBGE
41	NÚMERO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADAS NO MUNICÍPIO	2	ANUAL	1	Pág. ATSM www.saude.gov.br /portalcidadao/ saudedamulher
44	COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE.	95% (pactuado: 38.028 doses)	97,09	100	SIAPI / IBGE

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
45	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS	90	87,7	100	SIM
46	TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	13	1,77	100.000	SINAN
47	PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS OPORTUNAMENTE	80	83,12	100	SINAN
48	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	79,3	83,12	100	SINAN
49	PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2000	20,26	23,73	100	SIOPS
50	ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS. (SIA- SUS - SIHSUS - CNES - SIAB)	100%	ANUAL	100	DATASUS, CNES, SIASUS, SIHSUS
53	ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS	100%	ANUAL	100	CNES e DATASUS
55	COBERTURA VACINAL ANTIRRÁBICA CANINA	80	17,07	100	DVEAM
56	COBERTURA VACINAL POR HEPATITE B EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	95% (pactuado: 38.028 doses)	97,74	100	SI-API
57	PERCENTUAL DE INSPEÇÕES REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS, EXCETO ALIMENTAÇÃO	100%	ANUAL	100	DVISA

Fonte: SEMSA- Manaus.

Obs. Resultado cujo valor é ANUAL indica que a apuração será realizada ao término do ano de 2009.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

A Estratégia Saúde da Família está implantada no município de Manaus desde 1999, atualmente conta com 183 Equipes, destas, 9 estão inativas (equipe incompleta) e 174 equipes estão ativas, com cobertura de 47% da população do município.

Tabela 15. Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde em Manaus, 2009.

DISTRITO DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMATIVA 2009	PESSOAS CADASTRADAS	COBERTURA
LESTE	418.731	210.892	50%
NORTE	428.943	173.711	40%
OESTE	400.169	176.599	44%
SUL	438.507	234.193	53%
MANAUS	1.709.010	795.395	47%

Fonte: SIAB

Atualmente está em curso a implantação do reordenamento e ampliação da Rede Básica de Saúde, uma vez que foram identificados alguns problemas, tais como: iniquidade na distribuição espacial das Unidades, o que leva a sobreposição de serviços em alguns lugares e imensos vazios assistenciais em outros; estrutura física inadequada em algumas Unidades e necessidade de estabelecer referências, dentre outras.

No tocante a Recursos Humanos, houve a desprecarização dos vínculos de trabalho de quase 100% dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, no entanto, temos ainda o problema de déficit de RH levando algumas Equipes a atuarem de forma incompleta, comprometendo a qualidade a atenção prestada.

Outra questão de extrema importância na ESF está relacionada aos processos de trabalho que as caracterizam. Observa-se que a inexistência de ações das equipes técnicas centrais e distritais integradas, estruturadas, permanentes e sustentáveis de acompanhamento das Unidades de Saúde, centrado em apoio técnico com caráter pedagógico, vem contribuindo para a descaracterização do modelo de atenção, uma vez que algumas atividades fundamentais estão saindo da rotina tais como: reuniões semanais de planejamento da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade onde atuam, articulação com instituições da área, busca ativa, educação em saúde e educação em serviço, este último, tem grande relevância, sobretudo por percebermos a pouca aplicabilidade dos conteúdos repassados para os profissionais em inúmeros cursos ofertados fora do seu espaço de trabalho, acredita-se que a aprendizagem associada à necessidade sentida e suprida no próprio ambiente de trabalho possa ser mais efetiva, sem, no entanto, descartar os grandes cursos e eventos que precisam ser programados com menor frequência, maior critério e de forma integrada.

Vale ressaltar, ainda, que para fortalecer a ESF, a utilização adequada do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB é imprescindível, atualmente a digitação das informações produzidas na maioria das UBSF é centralizada na Sede dos Distritos de Saúde causando inúmeras dificuldades para sua adequada utilização.

2.3 SAÚDE DA CRIANÇA

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

De acordo com dados do IBGE a população de crianças (0 a 9 anos) em Manaus é de 325.812, já os adolescentes somam 354.763, totalizando para o programa saúde da criança e do adolescente uma população de 680.575 pessoas.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Ao analisarmos a população infantil no município de Manaus nos foi possível observar que a taxa de natalidade embora tenha sofrido queda substancial no final do século passado, vem apresentando discreto declínio na última década se comparado com o aumento anual da população de Manaus observado na Tabela 16.

Tabela 16. Série Histórica de Nascidos-vivos. Manaus-AM, 1998 a 2008.

Ano	Nascidos-vivos	População de Manaus
1998	37.674	1.224.361
1999	38.865	1.255.049
2000	40.219	1.405.835
2001	37.767	1.451.958
2002	38.171	1.488.805
2003	37.276	1.527.314
2004	36.949	1.565.709
2005*	37.974	1.644.688
2006*	38.697	1.688.524
2007*	37.428	1.731.993
2008*	37.852	1.709.010

Fonte: SINASC / SEMSA (* dados sujeitos à revisão)

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

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

Em Manaus o Coeficiente de Mortalidade Infantil está situado em 15,92/1.000 nascidos-vivos. Esta taxa ainda constitui um sério problema de saúde pública nosso Município. A tabela 12 mostra a série história em números absolutos do Coeficiente de Mortalidade Infantil nos últimos 10 anos.

Tabela 17. Série Histórica de Coeficiente de Mortalidade Infantil – Manaus-AM, 1998 a 2008.

Anos	Nascidos-vivos	Óbitos Absolutos	Coeficiente (p/1.000)
1998	37.674	1.321	35,06

1999	38.865	1.383	35,58
2000	40.219	1.212	30,14
2001	37.767	970	25,68
2002	38.161	869	22,77
2003	37.463	792	21,25
2004	36.967	628	16,99
2005*	38.022	674	17,73
2006*	38.697	655	16,93
2007*	37.431	592	15,82
2008*	38.249	609	15,92

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

Conforme demonstrado na tabela 17 e melhor visualizado nos gráficos 4 e 5, os índices de Mortalidade Infantil no município de Manaus vem apresentando uma importante queda. Entretanto, nos últimos anos observamos um discreto aumento na taxa de mortalidade infantil. Este acontecimento provavelmente se deve ao fato da ampliação e melhoria nos serviços de notificação dos óbitos infantis. Quando avaliamos o componente neonatal, sendo eles o neonatal precoce e o neonatal tardio verificamos um comportamento instável onde observamos redução significativa nos anos de 2002 para 2004, onde a taxa foi de 11,55 para 1,44 respectivamente, um novo aumento em 2005 para 8,66, com declínio em 2007 para 7,4 e no último ano observamos um novo aumento atingindo em 2008 uma taxa de 7,87.

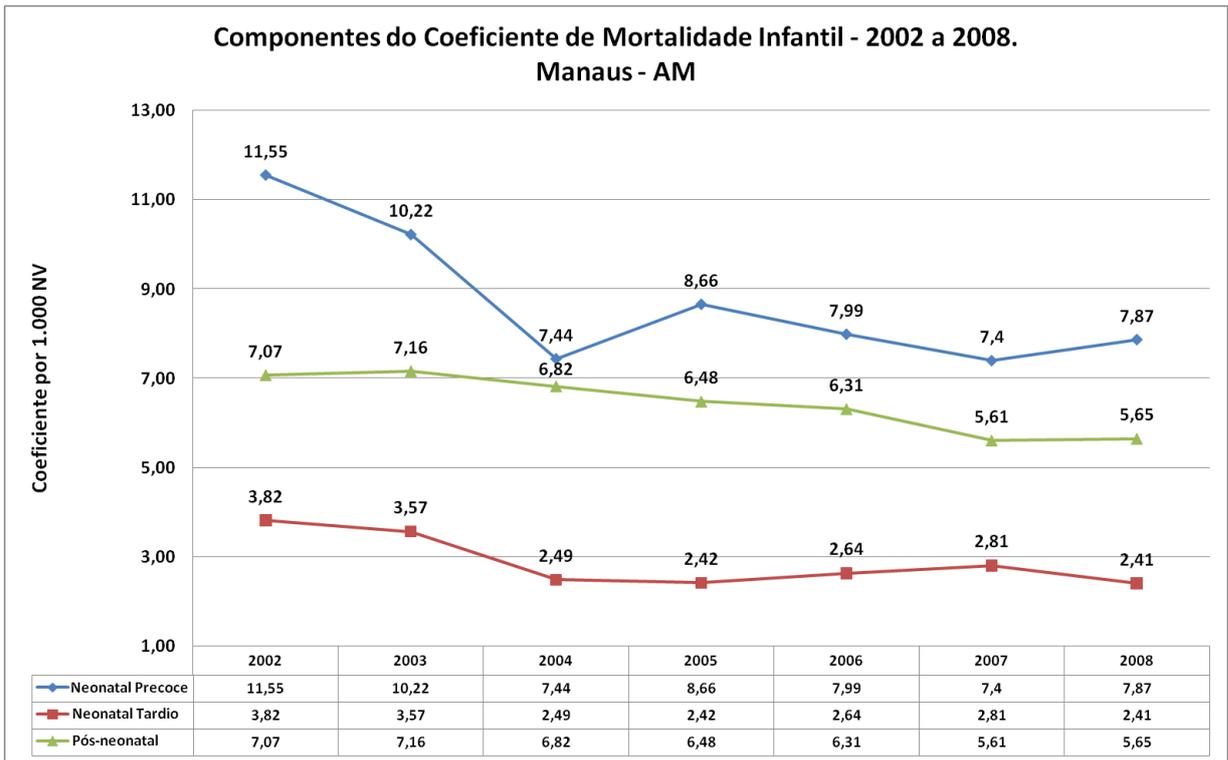
Estes dados demonstram a necessidade de aumento das ações em saúde para as crianças ainda nos seus primeiros dias de vida. Dentre as causas diretas da mortalidade neonatal, a sepse, infecções graves, asfixia e parto prematuro são responsáveis por mais de 80% das mortes de recém-nascidos. Estima-se que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

Tabela 18. Série Histórica de Coeficientes de Mortalidade Perinatal e Infantil estratificados em seus componentes – Manaus-AM, 2002 a 2008.

Coeficiente de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Perinatal (fetal + <7 d)	21,36	20,91	18,01	17,51			
Infantil Neonatal (< 27 d)	15,38	13,79	9,93	11,09	10,62	10,21	10,27
Infantil Neonatal Precoce (<7 d)	11,55	10,22	7,44	8,66	7,99	7,40	7,87
Infantil Neonatal Tardio (7-27 d)	3,82	3,57	2,49	2,42	2,64	2,81	2,41
Infantil Pós-neonatal (28 d -1 a)	7,07	7,16	6,82	6,48	6,31	5,61	5,65

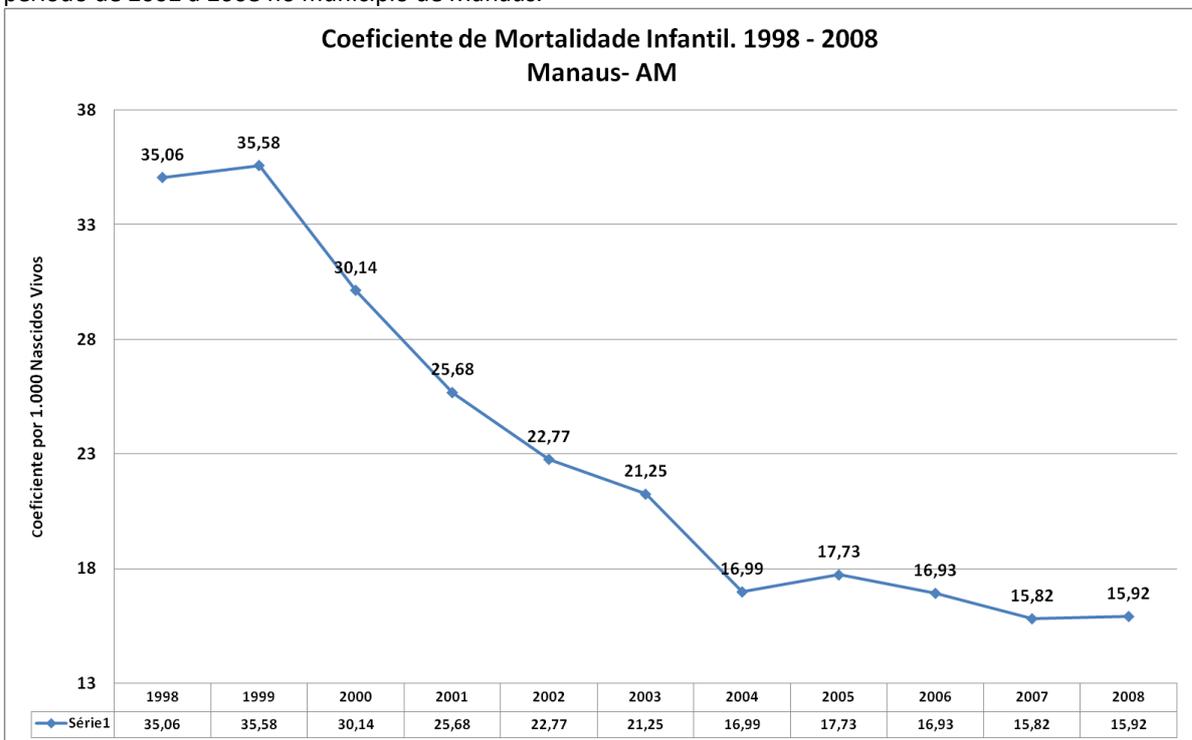
Fonte: SIM / SEMSA (dados sujeitos à revisão)

Gráfico 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia no período de 2002 a 2008 no município de Manaus.



Fonte: Semsa

Gráfico 5. Distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia no período de 2002 a 2008 no município de Manaus.



Fonte: Semsa

Considerando, como já referido acima, que o Coeficiente de Mortalidade Neonatal é um indicador sensível da qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais, para a redução da mortalidade infantil, além de outras ações no período pós-neonatal, são necessárias intervenções que tratem de questões complexas, dentre elas, o aumento do poder da mulher,

eficiência do sistema de saúde, falta de atenção à saúde materna, falta de acesso a serviços de saúde básicos e especializados, condições inadequadas de atendimento de saúde para mães, reconhecimento inadequado de doenças que afetam recém-nascidos, falta de consenso sobre provimento de intervenções e suas estratégias nas comunidades para evitar e tratar infecções graves em recém-nascidos, repertório limitado de intervenções para distúrbios que ocorrem logo após o nascimento tais como asfixia durante o parto e problemas causados por parto prematuro, e busca insuficiente por cuidados de saúde pelas famílias e comunidades.

Por conseguinte para redução da mortalidade infantil é necessário iniciar com programas para prevenção da prematuridade e da má nutrição fetal, devendo ser distinguido três estratégias específicas como:

- Cuidados preventivos e curativos, regionalizados e hierarquizados segundo enfoque de risco, ou seja, a organização dos serviços em atenção perinatal, neonatal e pós-neonatal.
- Capacitação de pessoal, isto é, necessidade de aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção à saúde da criança.
- Elaboração de programas de informação e educação da população.

NECESSIDADE DE SERVIÇO PARA A POPULAÇÃO ALVO

O total de Médicos Pediatras na Rede Municipal de Saúde de Manaus é de aproximadamente 172 (setenta e sete), sendo que destes médicos 63 (sessenta e três) fazem parte do quadro da Maternidade Moura Tapajoz, restando apenas 109 (cento e nove) distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde para atender a uma população de 779.911 (setecentos e setenta e nove mil, novecentos e onze) crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos).

Segundo as normas do Ministério da Saúde as ações desenvolvidas em atenção à criança devem ser desempenhadas para promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistências aos problemas de saúde. Estas atividades deveriam ser desempenhadas, prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde e ou as Equipes de Saúde da Família, já que estas vêm sendo a porta de entrada do Sistema de Saúde. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde a Promoção do Nascimento Saudável, Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco, Acompanhamento ao Crescimento e Desenvolvimento e Imunização, Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável – Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carências e Abordagem das Doenças Respiratórias e Infeciosas são ações prioritárias para o atendimento das crianças.

Em Manaus, de acordo com as ações previstas pelo Ministério da Saúde, são realizadas as seguintes ações:

- Promoção da alimentação saudável, iniciando com o Aleitamento Materno.
- Acompanhamento e desenvolvimento da Saúde da Criança nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e Centro Integrados ao Atendimento da Criança.
- Implantação do Comitê de Prevenção de Óbito Materno e Infantil.
- Implantação e implementação da Referência e Contra-referência nas maternidades e postos de atendimentos.

- Implantação das ações e da ficha da “Primeira Semana Saúde Integral” em todas as Unidades Básicas de Saúde
- Implementação da Rede Amamenta Brasil nas UBS e UBSF.
- Implementação do Ambulatório do Bebê de Risco com Referência e Contra-referência nas maternidades e nos ambulatório de especialidade pediátrica da rede de saúde de Manaus (implantado no DISA OESTE, e em processo de implantação no DISA SUL).
- Implementação das ações da Caderneta de Saúde da Criança.
- Implantação e implementação do “Álbum para as Famílias” para a prevenção da violência doméstica contra Crianças e Adolescentes.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento a Saúde da Criança. Fazendo parte do seu quadro o médico Pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada. Em Manaus nos últimos quatro anos foram registradas 249.141 (duzentos e quarenta e nove mil cento e quarenta e um) consultas de crianças na Rede Básica de Saúde.

Tabela 19. Crianças atendidas na Rede de Saúde Municipal. Manaus, 2005 a 2008.

ANO	Pop. de crianças cadastradas	Nº de Consultas UBSF	Nº de Consultas UBSF com S. Bucal	Total de Consultas UBSF + UBSF com S. Bucal	% de Crianças Atendidas nas UBSF
2005	114.825	82.605		82.605	71,94
2006	90.608	59.167		59.167	65,30
2007	64.231	45.155	5.458	50.613	78,80
2008	83.391	40.670	16.086	56.756	68,06

Fonte: SIAB/DACAR

- O teste do pezinho é realizado em 52 (cinquenta e duas) Unidades Básicas de Saúde e na Maternidade Moura Tapajoz.
- A Rede Amamenta Brasil está instalada em dez Unidades Básicas de Saúde, entretanto não possuem certificação por não cumprimento de todas as etapas do processo. Falta a implantação do Sisvan-web.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA

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

triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas.

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

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Melhoria da atenção ao pré-natal, responsáveis por uma parcela considerável da mortalidade;
- Melhoria dos cuidados durante o trabalho de parto e o puerpério, as estatísticas sugerem que a deficiência se situa muito mais na qualidade de assistência que na cobertura;
- Melhoria dos cuidados de reanimação do recém-nascido na sala de parto, para tanto, torna necessária a disponibilidade de equipamento básico mínimo para reanimação e pessoal devidamente treinado, atendendo os partos em qualquer nível de atenção;
- Implantação e implementação de Unidades Cuidados de Maior Complexidade destinada ao atendimento às gestantes e recém-nascidos, com equipamentos adequados, bem como equipe em número suficiente e devidamente treinada;
- Capacitação de pessoal em programa de aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção à criança;
- Implantação do Método Canguru nas maternidades de Manaus;
- Implantação com a capacitação do profissional de saúde do AIDPI Neonatal (Atenção Integral das Doenças Prevalentes Neonatais);
- Implantação da Rede de Saúde Perinatal nas maternidades de Manaus;
- Sistema efetivo de transferência deve ser realizado em incubadora de transporte. O veículo deve contar com condições mínimas para cobrir o percurso com segurança para o paciente, equipe assistencial (médico e enfermeiro) capacitados para o transporte de recém-nascidos de risco. E o transporte do paciente somente deverá ser iniciado depois da adequada estabilização no hospital de origem, com orientação conjunta da equipe do hospital de destino e com vaga previamente assegurada.
- Envolvimento da população, por meio de informações e educação, é de capital importância para que os objetivos sejam atingidos;
- Sistema de intercomunicação e interconsulta entre vários níveis, importância da comunicação entre profissionais da equipe de trabalho, equipes setoriais e secretarias com maior integração das ações para melhoria da saúde;
- Implementação da puericultura: o acompanhamento da criança durante seu crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, deve contar com bons serviços de saúde, de nível primário, através do qual possa receber uma atenção integral, que vai desde ações preventivas, exames médicos periódicos ou eventuais, até a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos, com encaminhamento para serviços de níveis secundários ou terciários.

- Nas Unidades Básicas de Saúde os profissionais devem ter conhecimento do número de puérperas e recém-nascidos de sua área de abrangência, para programar as ações de saúde. Realizando busca ativa, nos casos de RN com fatores de risco ou não, que não tenham vindo a UBS na primeira semana de vida após alta para iniciar a primeira semana saúde integral e puericultura.
- Implantação do serviço de Pronto Atendimento e Emergência 24 horas para puérpera e recém-nascido até 28 dias de vida.

2.4 SAÚDE DO ADOLESCENTE

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

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

Tabela 20. Proporção de grávidas menor que 20 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

Distrito	2005	2006	2007	2008
Leste	26.93	26.72	26.7	26.42
Norte	24.06	23.7	21.42	21.33
Oeste	25.13	23.3	25.71	22.85
Sul	23.21	21.86	17.56	20.71
Total	24.8	23.8	22.8	23.07

Fonte: Semsa SIAB/DACAR

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Domicílios realizada no ano de 2004(5), houve um aumento das adolescentes grávidas nos últimos 13 anos. Os dados demonstram que em 1991 o número de crianças nascidas de mulheres entre 15 e 19 anos era de 16%, sendo que em 2004 esse percentual subiu para 20%.

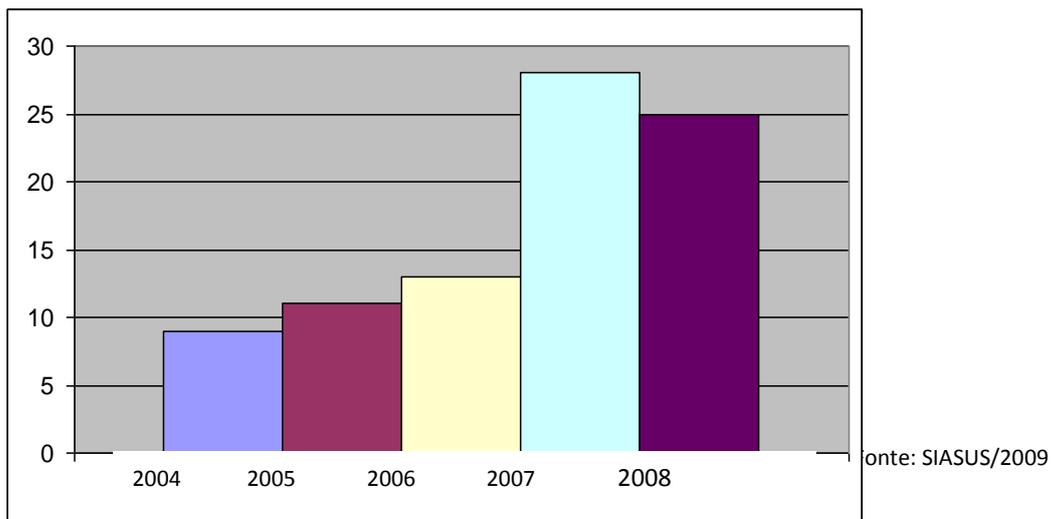
Em Manaus, segundo fontes do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, no ano de 2008 cerca de 23% das grávidas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família eram adolescentes, entretanto, conforme dados apresentados ao longo do diagnóstico, existem diferenças desse percentual conforme o Distrito de Saúde e os bairros abrangidos pelos

mesmos. Tais diferenças podem estar relacionadas com as condições sociais e econômicas presentes em cada área do município.

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

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

Gráfico 6. Número de Óbito em Adolescentes do sexo masculino vítimas de violência Manaus (AM).



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

NECESSIDADE DE SERVIÇO PARA A POPULAÇÃO ALVO

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

Inicialmente há necessidade do preparo dos profissionais para lidar com essa faixa etária e com o trabalho voltado para promoção de saúde, considerando que devido à formação dos mesmos, há um predomínio de ações hospitalocêntricas com foco na doença. Neste sentido, para concretização das ações voltadas para essa faixa etária é necessário:

- Implantação das ações em saúde do adolescente nas unidades básicas e equipes de saúde da família;
- Implantação da caderneta de saúde de adolescentes;
- Consolidação dos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos de adolescentes e jovens;
- Reduzir as violências contra adolescentes e jovens e atendimento às vítimas de violência na saúde.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento à saúde do adolescente. Fazendo parte do seu quadro médico pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para as particularidades do acompanhamento do adolescente, uma vez que estamos trabalhando para as unidades de saúde receber todos os que procuram atendimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada. Manaus atualmente conta com 25 Estabelecimentos de Saúde com as ações implantadas para o adolescente, contando atualmente com 800 profissionais de saúde capacitados.

As ações do Programa Juventude Consciente estão sendo desenvolvidas nas escolas de áreas de abrangência de oito Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, sendo dois por Distrito de Saúde.

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

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

No ano de 2009, foi iniciada a implantação do Programa Saúde na Escola, que contou com a participação de Equipes de Saúde da Família e Escolas tanto da rede municipal quanto estadual de educação e a parceria da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC), Universidade Federal do Amazonas, e do CONEM. Atualmente 16 Equipes de Saúde da Família estão com o Programa Saúde na Escola implantado.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ÁREA

Os indicadores da Saúde do adolescente estão relacionados a outros fatores sociais e culturais, entretanto, a saúde pode ter um grande impacto sobre os mesmos. Neste sentido, a atuação da atenção básica em ações de promoção e prevenção ao uso de álcool e drogas tenderá a diminuir o número de violências entre os adolescentes que, como pode ser observado no gráfico, está em constante crescimento. Com relação ao percentual de nascidos vivos de grávidas menor que 20 anos tem sido observado uma diminuição nesse número conforme o contexto nacional, contudo, essa proporção ainda é alta podendo ser diminuída com ações eficazes na promoção e prevenção a uma gravidez precoce realizada pela atenção básica.

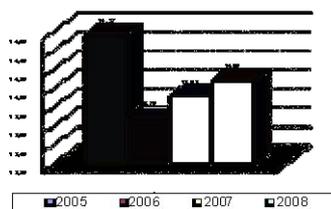
Tabela 21. Nascidos vivos de grávidas menores de 20 anos.

DISA	2005	2006	2007	2008
Leste	14,84	14,41	14,42	14,7
Norte	14,87	14,11	14,9	14,8
Oeste	14,69	12,58	13,3	13,17
Sul	13,88	13,72	13,1	13,7
Total	14,55	13,58	13,93	14,09

Fonte: SINASC

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

Gráfico 7. Atendimentos - Saúde da Família - Faixa Etária de 10 a 19 Anos.



Fonte: SIAB

Em análise atendimentos realizados pela Estratégia Saúde da Família nos últimos quatro anos observa-se que o percentual de atendimento a adolescentes está acima da média nacional que é de 13% segundo dados do SIAB-2008. Entretanto, não contempla a porcentagem de adolescentes no âmbito da população de Manaus que corresponde a 22% da população.

2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

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

A população de Manaus é de 1.709.010 desta, 806.176 é do sexo feminino, correspondendo a 47,02% desta população. A prioridade do atendimento está na faixa etária de 10 a 49 anos que totalizam, no município de Manaus, 606.025 correspondendo a 35,46% da população feminina.

Os eixos que estruturam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão implantados e implementados em três Módulos de Saúde da Família, 08 Policlínicas, 07 Serviços de Pronto Atendimento, 46 Unidades Básicas de Saúde, 163 Unidades Básicas de Saúde da Família e 15 de Saúde Rural no total de 242 Estabelecimentos de Saúde que dispõem de serviço para atendimento à mulher.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

No que se refere à atenção ao Pré-Natal, a capacidade instalada da Rede Municipal de Saúde, segundo o CNES, pode suprir até 100% da necessidade de consultas das grávidas residentes, no entanto, as Unidades de Saúde ainda apresentam dificuldades em captar precocemente as gestantes e estabelecer vínculo com as mesmas a fim de que cumpram o calendário mínimo de consultas, impactando no indicador de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal e cumprindo com critérios para assegurar, ao final da gestação com o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Tabela 22. Nascidos Vivos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus, 2005 a 2008.

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

Fonte: SINASC

Analisando a necessidade de consultas com base no total de nascidos-vivos em 2008 que foi de 38.250 e considerando a recomendação de 6 consultas de Pré-Natal para cada gestante, deveríamos ter produzido 229.500 consultas, no entanto só produzimos 104.450 que representa 39,8% do total necessário e 33% do total programado que é de 308.873 consultas.

Tabela 23. Comparativo entre consultas de pré-natal e puerpério programadas e realizadas em 2008.

Ações	Programado 2008	Realizado 2008
Consulta Pré-Natal	308.873	104.450
Consulta Puerperal	69.577	7.433
Total	378.450	111.883

Fonte: Gerência de Informação em Saúde

Observa-se ainda na Tabela 18 que em 2008 das 69.577 consultas de puerpério programadas foram realizadas apenas 7.433. Se comparado ao total de nascidos-vivos no mesmo ano 38.250, conclui-se que apenas 19,4% das puérperas tiveram acesso a esse atendimento que é essencial para a sua saúde e de seu bebê, constituindo outro fator relacionado às taxas atuais de Mortalidade Materna e Infantil, uma vez que a atenção puerperal quando realizada adequadamente pode ter relevante impacto na redução dessas taxas.

Aqui, destaca-se novamente a ociosidade da capacidade instalada uma vez que com o total de consultas puerperais 69.577 programadas para o ano de 2008, poderíamos ter atendido, até mesmo com mais de uma consulta, a 100% das puérperas em nosso município.

Tabela 24. Nascidos Vivos de mães que realizaram 7 ou + consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus, 2007 a 2008.

Ano	Nascidos-vivos	Nascidos vivos de 7 ou + consultas
2007	37.431	14.906
2008	38.250	14.294

Fonte: SINASC

O quantitativo de consultas de pré-natal aumenta e o número de grávidas reduz, demonstrando que somente 5,4% destas realizaram sete ou mais consultas em 2008, e uma redução quando comparado ao ano de 2007.

A esta conjuntura soma-se a baixa cobertura do pré-natal hoje de 34%, má distribuição espacial das Unidades de Saúde, ausência de política de integralidade.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, implantado desde 2000, tem como princípios, garantir o direito da gestante de acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério, o direito da gestante de conhecer e ter acesso assegurado à maternidade em que será atendida no parto e o direito da gestante de receber assistência segura e humanizada no parto e no puerpério, de acordo com as melhores práticas e com conhecimento atualizado. Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, no entanto, observa-se que a postura apresentada pelos profissionais de saúde não é condizente com o preceituado, pois, a “oferta de serviços de saúde feita na rede de cuidados primários de saúde, é marcada pelas características da clínica, ou seja, centrada na atenção individual, na demanda espontânea, na valorização de tecnologias de diagnóstico e tratamento, que pouco espaço concedem para as dimensões afetivas, relacionais e modos de vida da clientela que ocorre aos serviços”.(FIOCRUZ 2006).

Apesar de ser preconizado pelo PHPN, alguns dados demonstram comprometimento na qualidade da atenção, tais como a incidência de sífilis congênita como observamos na tabela 20, ressaltando que a Sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca dificuldade operacional.

Tabela 25. Incidência por Sífilis Congênita em Manaus.

Ano do Diagnóstico	Sífilis Congênita Recente	Sífilis Congênita Tardia	Aborto	Natimorto	Total
2007	103	2	1	2	108
2008	144	6	1	2	159
2009 (até abril)	53	1	0	1	60

Fonte: SINAN NET

O PHPN foi formulado e detalhado em três componentes: o Componente I *de Incentivo à Assistência Pré-natal*, o Componente II *de Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal* e o Componente III *de Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto* com incentivos financeiros de R\$ 10,00 na adesão ao pré-natal, R\$ 40,00 para o hospital que realiza o parto e R\$ 40,00 pagos por consulta do puerpério, depositados fundo a fundo.

Dados obtidos pelo SISPRENATAL nos mostram que em 2006 deixamos de arrecadar cerca de R\$ 1.000.000,00 por problemas de inconsistência no registro dos dados.

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

Outro fator importante na atenção ao Pré-Natal é o acesso aos exames/sorologias, hoje coletados em 28 Unidades Básicas de Saúde e analisados pelos Laboratórios da Policlínica Comte Telles e Laboratório Manuel Bastos Lira que juntos estimam ter recebido exames coletados de 15.120 grávidas em 2008. Os laboratórios credenciados junto ao SUS para complementar este atendimento são em número de oito, não informando a cota de exames.

Se compararmos o número de mulheres que engravidaram em 2008 que somam 38.250 com o número de mulheres atendidas para realização dos exames/sorologias que somam 15.120 pode-se concluir que 38,5 % de mulheres não registram a realização dos exames necessários para um pré-natal de qualidade.

Um dos fatores agregados a esta situação é o acesso para realizar estes exames. Constata-se, por exemplo, que as grávidas em busca de exames rotineiros do pré-natal são obrigadas a enfrentar distâncias de vários quilômetros até as unidades especializadas onde buscam realizar seus exames; isso implica em sair de suas casas antes do dia amanhecer, arcar com o custo de transporte e enfrentar grandes filas antes de conseguirem realizar o procedimento.

Dadas as dificuldades para realização dos exames e o fato de que o retorno ao médico da USF é condicionado à realização dos exames, tais dificuldades de acesso favorecem a descontinuidade do pré-natal. Nas UBS que contam com laboratórios ou sistema de coleta de material biológico que propiciam a realização dos exames, sem que o paciente tenha que se deslocar para este fim observou-se uma tendência de maior adesão ao pré-natal.

Atualmente os exames são agendados pelo sistema de regulação – SISREG o que não vem apresentando possibilidades de melhoria a esta situação e até com grau maior de dificuldade em agendar, pelo sistema, para realizá-los em local único, continuando a peregrinação das grávidas.

A qualidade da atenção ao Pré-Natal está estreitamente relacionada à forma como os serviços estão organizados. Neste sentido, estamos iniciando uma estratégia de monitoramento e apoio técnico às Unidades que integra as várias áreas técnicas e apoia-se na Avaliação Para Melhoria da Qualidade – AMQ a qual nos permitirá desenvolver um processo pedagógico “*in loco*” a partir dos padrões que detalham os processos de trabalho na atenção à mulher, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2006.

Outro fator relevante para a qualidade da Atenção ao Pré-Natal é a organização da rede com referência e contra-referência estabelecida, atendendo a esta necessidade, está em curso, a implantação da macro-territorialização da Referência e Contra-Referência Intramunicipal do Pré-Natal, Parto e Puerpério. Trata-se de uma proposta que visa estabelecer um fluxo de atendimento e acompanhamento da gestante em todos os estágios gravídico-puerperal, melhorando a integralidade da atenção e a comunicação entre os serviços de assistência pré-natal, parto e puerpério a partir da hierarquização da rede, onde os estabelecimentos de atenção básica tenham bem definidos as maternidades, dentro de sua própria área geográfica, para onde possam referenciar as gestantes, e nos casos de alto risco ter referência estabelecida, objetivando, desta maneira, contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, à saúde, etc. Para os adolescentes se traduz em um universo de descobertas, experimentações e vivência de liberdade, se destaca como um campo de autonomia e práticas próprias da juventude. (Organização das Nações Unidas para a Educação, 2003 apud Ministério da Saúde, 2006).

Em Manaus, a proporção de nascidos vivos de mulheres menores de 20 anos foi de 24,37% e a taxa de óbito perinatal nesta população foi de 17,51% em 2008, taxas consideradas altas e preocupantes, pois suas possíveis causas podem estar associadas a falta de educação e estrutura familiar inadequada. Em parceria com área Técnica Municipal de Saúde do Adolescente propomos ações intersectoriais de inserção e estímulo aos adolescentes para adesão ao uso do preservativo para prevenção de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Manaus possui 364 leitos obstétricos do Sistema Único de Saúde, distribuídos em sete maternidades, sendo uma municipal e seis estaduais, organizadas por Distritos de Saúde: Alvorada e Moura Tapajoz no Distrito Oeste, Nazira Daou e Azilda Marreiro no Distrito Norte, Balbina Mestrinho (referência para pré-natal de alto risco) no Distrito Sul e Ana Braga e Chapôit Prevost no Distrito Leste.

Comparando o número esperado de mulheres que engravidaram em 2008 que somam 38.250 e o número de leitos obstétricos, conclui-se que não deveríamos ter problemas relacionados a internação para realização de parto, porém a taxa média de permanência em leito obstétrico, considerando todos os atendimentos (partos normais e cesáreos, intercorrências cirúrgicas e clínicas na gestação e procedimento relacionado a situações de abortamento) é de 2,9 dias com variação entre as maternidades de 2,0 a 3,9 dias de

permanência, dependente do nível de complexidade e demanda para atendimento. Este tempo de permanência considerado elevado, contribui para redução de leitos disponíveis e, conseqüente, dificultando o fluxo de entrada e alta da mulher, causando deslocamento da mesma de sua área para outras em busca de vaga para realizar o parto, podendo ocasionar riscos para sua saúde e a do seu bebê. Altas taxas de permanência podem estar associadas a fatores como a altos números de parto cesáreo e pré-maturidade do bebê, necessitando que a mãe permaneça na maternidade até a alta do mesmo.

Tabela 26. Nascidos Vivos por tipo de parto e ano do nascimento. Manaus - 2005 a 2008.

Ano	Nº de Partos	Partos Normais	Partos cesáreos	% de partos cesáreos
2005	38.022	21.980	16.042	42,19
2006	38.697	21.521	17.176	44,39
2007	37.431	19.769	17.662	47,19
2008	38.250	19.718	18.532	48,45

Fonte: SINASC

Os índices de cesariana vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos conforme observamos na tabela 21. Em parceria com a Área Técnica de Saúde da Criança estamos informando, junto às equipes das UBS, UBSF e maternidades o conhecimento de que o parto normal é mais seguro, tanto para a mãe, quanto para o bebê. A indicação de cesariana deveria ser para minimizar a morbimortalidade perinatal, porém tem-se observado que proporção deste tipo de parto bem maior do que os 15% recomendados pela OMS e as normas nacionais estabelecem limites percentuais, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25%.

Destacamos como ponto fundamentação na atenção obstétrica e neonatal a *Humanização no Parto* que baseado em evidências científicas, propõe um olhar mais atento na prática atual da assistência ao parto, revelando uma enorme contradição entre as intervenções técnicas ou cirúrgicas e as suas conseqüências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional da mãe e do bebê. Uns olhares ainda mais atentos nos processos culturais, emocionais, psíquicos e espirituais envolvidos no parto revelam novos e norteadores horizontes, tal qual a importância, para mãe e filho, de vivenciar integralmente a experiência do parto natural. Uma das grandes conquistas neste processo foi a assinatura da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) que garante a todas as mulheres que procuram a rede pública de saúde a possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, esta lei é de grande importância e necessita ser divulgada, pois é comprovado que a presença do acompanhante traduz-se em grande benefício para a grávida durante todo o trabalho de parto.

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

Tabela 27. Razão da Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos. Manaus - 2005 a 2008

Ano	Razão de Mortalidade Materna (nº de óbitos maternos / nº de nascidos vivos x 100.000)
2005	49,97
2006	46,52

2007	69,46
2008	47,06

Fonte: Sim

Tabela 28. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Pactuado	Alcançado
2005	Sem registro	1,5
2006	10,0	11,19
2007	50,53	7,2
2008	75,0	35,59

Fonte: SIM/SINASC

A tabela 28 apresenta uma série histórica de 4 anos da Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos-vivos, que se mantém elevada. Destacamos que a Organização Mundial da Saúde recomenda que este valor deva ser menor que 20. Reconhecendo a grande problemática a Área Técnica Municipal de Saúde da Mulher e Área Técnica Municipal de Saúde da Criança programaram as ações do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal instituído pela Portaria nº 081/2007. A investigação do Óbito Materno é de responsabilidade da Vigilância em Saúde que no ano de 2008 intensificou estas investigações, conforme mostra a tabela 23 e atuaram junto ao Comitê de Prevenção do Óbito está analisando os casos de morte e propondo medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para redução destas mortes.

O Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal tem em sua composição representantes de 15 instituições governamentais e não governamentais e aqui destacamos a atuação da União Brasileira de Mulheres que tem atuado em parceria com estas áreas na luta por melhoria das condições de saúde das mulheres do Município de Manaus.

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

O Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, tem como meta principal, aumentar a cobertura de realização de exame colpocitológico em mulheres de 25 a 59 anos, que correspondem a população alvo segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 29. - Razão entre Exames Preventivos do Câncer do Colo do Útero realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Pactuado	Alcançado
2005	Sem registro	0,17
2006	0,17	0,16
2007	0,3	0,18
2008	0,20	0,16

Fonte: SISCOLO

A realização dos exames para Prevenção do Câncer do Colo do Útero, numa escala de quatro anos esteve linear, conforme tabela 29. Podemos considerar que as ações do PCCUM vêm apresentando aumento gradativo, quer na execução, quer em estrutura, devido a capacidade de produção do Laboratório Municipal de Citopatologia com capacidade para leitura de 10.000 lâminas/dia, porém o principal problema ainda persiste: insuficiência de recursos humanos para digitação do resultado dos exames, causando demora na entrega dos mesmos. Esta situação causa preocupação, pois a agilidade na entrega do resultado do exame

pode ser um fator favorável para identificar alterações que necessitem de medidas imediatas e por outro lado causa descrédito por parte das mulheres às orientações sobre a necessidade e importância para realização do exame preventivo.

O exame preventivo do câncer do colo do útero - conhecido popularmente como exame de Papanicolaou - é indolor, barato e eficaz, podendo ser realizado por profissional da saúde treinado adequadamente, utilizando material que compõe o Kit para realização do exame, e estrutura física sem sofisticação. Ele consiste na coleta de material para exame na parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero. O material coletado é afixado em lâmina de vidro, corado pelo método de Papanicolaou e, então examinado ao microscópio.

Fatores que podem interferir para o aumento da realização do exame, dizem respeito às dificuldades da mulher e à organização dos serviços de saúde, são eles: desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; baixo nível de escolaridade; falta de conhecimento sobre o próprio corpo; vergonha e medo de fazer o exame, assim como medo dos resultados; influência familiar negativa, especialmente por parte dos homens; dificuldade em marcar consulta para fazer os exames; baixa prioridade por parte do profissional de saúde no atendimento integral das mulheres, muitas vezes por compreensão errônea sobre os objetivos da ação; ausência de sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para absorção da população-alvo.

Tabela 30. Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Exames Pop. 25-59 anos	Exames Insatisfatório
2005	55.731	Sem registro
2006	55.243	4,37%
2007	61.940	3,8%
2008	66.118	1,4%

Fonte: DAB

O Ministério da Saúde/INCA preconiza que os exames alterados não ultrapassem o percentual de 5%. Em 2008 fechamos o período com 1,4%, conforme tabela 30.

Os fatores que mais interferem na qualidade do resultado são: técnica de coleta, conservação, transporte e leitura da lâmina. Com referência a coleta dos exames, consta em nossa programação de 2009 uma oficina onde os profissionais estarão discutindo normas e técnicas referentes a este procedimento.

Com relação ao câncer de mama, a detecção precoce é a principal estratégia para controle. Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama, as principais recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomática são: Exame Clínico das Mamas realizado anualmente, para as todas as mulheres com 40 anos ou mais. O Exame Clínico das Mamas deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias; Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames; Exame Clínico das Mamas e Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco

elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia; as mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.

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

A ação dirigida ao controle das patologias mais prevalentes na mulher estabelece a exigência de uma postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupõem “... a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (MS, 1984:15).

A Rede Básica de Saúde atualmente possui em seu quadro de recursos humanos 156 Médicos Ginecologistas, 183 Médicos Generalistas e 396 Enfermeiros para realizar procedimentos técnicos referentes as ações de prevenção do câncer do colo do útero e mama, porém, conforme tabela 26, 141 Unidades Básicas de Saúde realizam a coleta do exame preventivo e 83 não realizam, havendo contrassenso entre profissionais quando justificam a impossibilidade da não realização.

Tabela 31. Quantidade de Unidades de Saúde que realizam e não realizam o exame colpocitológico.

Fonte: Distritos de Saúde										
ESTABELECIMENTOS POR DISTRITO DE SAÚDE	LESTE		NORTE		OESTE		SUL		TOTAL	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Módulo de Saúde da Família	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Policlínica	2	-	2	-	2	-	1	1	7	1
Serviço de Pronto Atendimento	-	2	-	4	-	1	-	-	-	7
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	12	-	2	-	15	-	17	-	46	-
Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF)*	6	23	23	17	36	3	20	33	85	75
TOTAL	23	25	27	21	53	4	38	34	141	83

Tabela 32 - Número de exames citopatológicos alterados. Manaus – 2006 a 2008

Ano	Atipias de sig Indeterminado/Escam./ Gland /Origem Indefinida	Lesão Intra-epitelial de baixo grau (HPV e NIC I)	Lesão Intra-epitelial de alto grau(NIC II e III, não excluindo micro-invasão)	NEOPLASIAS
2006	921	901	353	48
2007	744	667	300	43
2008	981	784	302	57

Fonte: SISCOLO

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Para 2002, a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 273 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública. O Ministério da Saúde divulga dados que vão de 1979 a 2005, demonstrando que neste período as taxas de mortalidade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos.

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

A fim de aumentar a resolutividade no tratamento e seguimento da mulher com exame colpocitológicos alterados, a SEMSA/DAB/SM atualmente, encontra-se com projeto em andamento para implantação de Serviços de Colposcopia, Biopsias de Colo Uterino e Cirurgia de Alta Frequência (CAF), em cada Distrito de Saúde para referencias de mulheres com exames alterados.

As necessidades apresentadas neste período apontam para o incremento de ações como: captação precoce de mulheres para realização do exame, aumento da cobertura, providenciar entrega de resultados no prazo máximo de 15 dias, redução do número de exames insatisfatórios, ampliação da divulgação da necessidade da realização deste, pois este conjunto de ações pode contribuir para reduzir o número de vítimas do câncer do colo do útero.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

As ações de Planejamento Familiar devem garantir aos indivíduos uma vida sexual prazerosa e segura com informações adequadas sobre a sexualidade e prevenção das DST/AIDS, e com liberdade para decidirem se querem, quando e quantos filhos irão ter. O

atendimento para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia ainda não possuem fluxo definido.

A inserção do DIU ainda não é realizada por todas as unidades da rede básica, sendo quantidade de unidades que realizam por Distrito de Saúde são 01 no Oeste, 08 no Leste, 16 no Sul e 02 no Norte.

Tabela 33. Percentual de métodos contraceptivos e número de inscritos

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	Nº DE MULHERES	%
Inscrições em 2008	351.823	58,0
Injetável Mensal	47.950	7,9
Oral combinado	63.361	10,5
Levonorgestrel (Pílula de emergência)	2.658	0,4
Injetável Trimestral	8.788	1,4
Oral somente Progestágenos	14.387	2,4
DIU	710	0,1
Laqueadura Tubária	77	0,01
Preservativo masculino lubrificado	73.040	12,0
Desistentes	15.298	2,5

Fonte: Distritos de Saúde

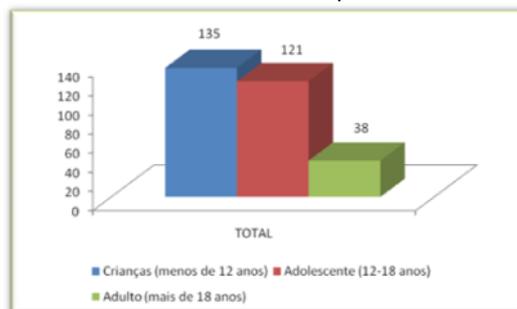
VIOLÊNCIA DE GÊNERO

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

Segundo dados do Serviço de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual, 680 casos foram registrados no período de 2005 a 2008, a maioria crianças (47%) e adolescentes (41%).

Atualmente estamos implementando este atendimento nas Policlínicas Antonio Reis e Comte Telles para atender mulheres dos Distritos Sul e Leste respectivamente. O gráfico 9 apresenta dados de 2008, onde o percentual de atendimento a crianças supera o de outras faixas etárias.

Gráfico 8 – atendimentos a vítimas de violência por faixa etária. 2008. Manaus.



Fonte: Semsu

2.6 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O Programa Saúde do Idoso é uma estratégia do Ministério da Saúde e desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde em toda a rede de atenção Básica, tendo como eixo central a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Propiciar ações estratégicas no contexto saúde oferecendo de forma sistematizada, condições de atenção à pessoa idosa, referenciando vigilância, assistência, reabilitação e prevenção como eixos norteadores para a preservação de capacidade funcional reduzindo assim a vulnerabilidade dessa população.

O município de Manaus possui uma população de 1.709.010 hab. (estimativa IBGE/2008), sendo que destas 88.482 corresponde à população idosa. Por Distrito de Saúde está assim dividida:

Tabela 34. População Idosa por Distrito de Saúde

DISA	POPULAÇÃO IDOSA
NORTE	22.999
SUL	24.417
LESTE	20.240
OESTE	20.826
TOTAL	88.482

Fonte: IBGE

O Programa do Idoso é desenvolvido pela rede de atenção básica (UBS/ ESF) do município, oferecendo a esse segmento os procedimentos realizados na Atenção Básica.

As ações são programadas a nível central juntamente com cada representante distrital (Norte, Sul, Leste e Oeste) e os Centros de Convivência do Idoso, que de acordo com um planejamento busca desenvolver as ações, segundo a realidade de cada distrito sanitário.

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

DISTRITO DE SAÚDE NORTE

55 Estabelecimentos de Atenção à Saúde - (46 Estratégias de Saúde da Família, 02 Policlínicas, 02 Unidades Básicas de Saúde e 04 SPA, 01 Centro de Convivência). Programa implantado em 39 EAS, os demais em via de implantação.

DISTRITO DE SAÚDE SUL

Com 58 Estabelecimentos de Atenção à Saúde – (02 Policlínicas, 17 Unidades Básicas de Saúde e 39 Estratégias de Saúde da Família). Programa implantado em 46 EAS e os demais em processo de implantação.

DISTRITO DE SAÚDE LESTE

Com 57 Estabelecimentos de Atenção à Saúde – (03 Módulos de Saúde, 02 Policlínicas, 02 SPA, 13 Unidades Básicas de Saúde e 37 Estratégias de Saúde da Família). Programa implantado em 17 EAS, os demais em implantação.

DISTRITO DE SAÚDE OESTE

Com 58 Estabelecimentos de Atenção à Saúde 39 equipes de saúde da família – (01 Policlínica, 01 SPA, 16 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Convivência). Programa implantado em 23 EAS, os demais em implantação.

Temos como referência as Instituições Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e Centro de Referência em Atenção à Saúde (CRAS), que prestam atendimento a esse segmento populacional.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Planejamento, acompanhamento e supervisão das Ações do Programa de acordo com as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde e SEMSA, realizado pelos Distritos Norte/Sul/Leste/Oeste e Centros de Convivência do Idoso (CCI), em número de três (Distritos Norte/Leste/Oeste).
- Reuniões sistemáticas com responsáveis distritais (cada Distrito e CCI tem um), para orientações e acompanhamento das ações executadas.
- Cumprimento do cronograma de visita técnica em toda a rede de atendimento (Distritos e Sede).
- Organização e alimentação do Banco de Dados de ações referentes ao Programa, de acordo com o que determinam os indicadores dos Pactos acordados pela SEMSA.
- Ações realizadas em parceria com os Programas existentes no Departamento de Atenção Básica (DAB), ex: Hiperdia, DST, Saúde da Mulher, Saúde Bucal.
- Participação como membro no Comitê Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (CESPI) e Conselho Municipal do Idoso (CMI).
- Uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todos os Distritos.
- Ação Corporal.
- Cumprimento de cronograma de reuniões com os gerentes dos EAS para orientações sobre o programa.
- Participação em reuniões técnicas com superiores e demais programas.
- Formação de Cuidador Familiar.
- Educação permanente para Profissionais de Nível Superior e Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- Atividades Educativas na comunidade e EAS.
- Atividades de Fisioterapia/social/cultural/ações corporais.
- Inserção social da pessoa idosa (coral/danças/cursos/passeios/exposição de trabalhos, oficinas artesanais).
- Visitas domiciliares (ACS/superiores).
- Acesso a medicamentos.
- Projetos: Vovó Amiga do Peito (realizado na Maternidade Ana Braga), Escolarização (alfabetização de idosos), Educação Ambiental.
- Realização, em toda a Rede, do atendimento referente à Atenção Básica com diversos procedimentos.
- Acompanhamento da distribuição da caderneta de saúde da Pessoa Idosa.
- Socialização do caderno número 19 do Ministério da Saúde para toda a rede de atendimento.
- Monitoramento e avaliação das Ações.
- Elaboração de Relatórios Quadrimestrais.
- Realização de atividades educativas no Parque do Idoso.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Escassez do registro das atividades realizadas pelo Programas SIAB e GIL não têm registro referente às Ações específicas do Programa delimitando a faixa etária do idoso.
- Rever a documentação técnica da ESF, que não registra a faixa etária da população idosa, quando do atendimento na Comunidade.
- Indefinição a respeito da operacionalização do Protocolo do Programa.
- Dificuldade de implantação em toda a rede para a normatização das ações técnicas (registros, etc.)
- Inexistência de recursos financeiros para a manutenção do Programa a nível federal e municipal, principalmente ao que se refere aos Centros de Convivência.
- Escassez de transporte nos Distritos para a realização de visitas técnicas.
- Deficiência de formação permanente dos profissionais de saúde sobre o processo de envelhecimento.
- Falta de equipamentos e materiais tecnológicos de fisioterapia e outros nos CCI.
- Os técnicos da rede alegam dificuldades de desenvolver o Programa devido o número reduzido de profissionais e que também atuam em outros Programas.
- Inexistência de material educativo referente ao Programa.
- Segmento familiar dos idosos necessitando de qualificação e cuidados específicos.
- Inexistência de material específico para ações de fisioterapia.

CAPACIDADE INSTALADA

As UBS têm melhor estrutura física para desenvolver as ações do programa, o mesmo não acontece com as unidades Saúde da Família que são menores e algumas localizadas em área de difícil acesso. Na realidade, por ocasião da Visita Técnica se observa que a grande quantidade de idosos que adentram ao serviço faz com que esta capacidade instalada, seja ela de UBS ou ESF não esteja adequada para atender a esta população.

FATORES CONDICIONANTES DE SAÚDE DO IDOSO

Promoção do envelhecimento ativo e saudável - As EAS e ESF desenvolvem atividades educativas a nível alimentar, cuidado com o corpo, importância da atividade física, realização de atividade física, atividades lúdicas, oficina de memória, entre outras.

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa - Realização de consulta médica e não médica (outros profissionais de nível superior):

- Atendimento odontológico especializado.
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde.
- Profissionais capacitados na área do envelhecimento

Para atender com qualidade esta população, 117 profissionais de nível superior foram capacitados em Gerontologia na Atenção Básica, buscando-se a excelência no atendimento. O mesmo princípio diz respeito ao ACS que serão capacitados em saúde do envelhecimento.

2.7 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

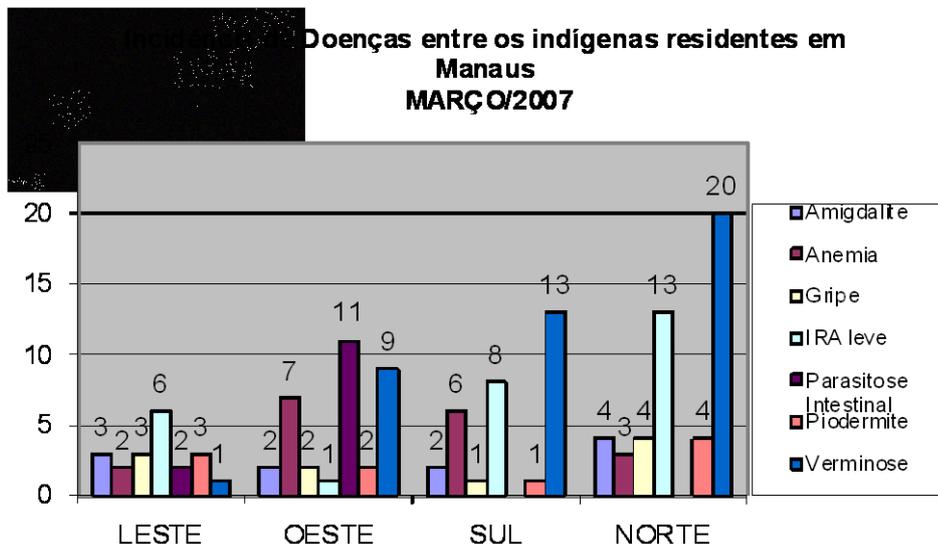
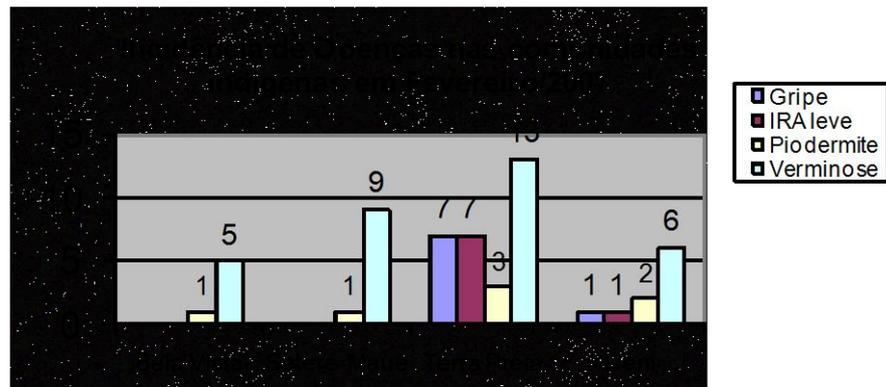
A população alvo desta ação são as famílias indígenas que residem no espaço urbano de Manaus, que segundo censo do IBGE e estimativa realizada pela FIOCRUZ-AM, são mais de dez mil indígenas.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Realizando uma análise nos dados epidemiológicos, foi percebido que as morbidades com maior incidência estão relacionadas à situação de pobreza que as populações indígenas vivem.

É significativa a quantidade de doenças parasitárias, doenças de pele, anemia e doenças respiratórias. Estas doenças incidiram em todas as faixas etárias, mais com maior frequência entre os menores de 10 anos.

Entre os maiores de 50 anos, as doenças crônicas e degenerativas de maior incidência, principalmente, nas mulheres indígenas são a hipertensão arterial e a diabetes.



REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Assistente Social Delzuita Pinheiro da Silva.

DISTRITO DE SAÚDE OESTE

- UBS Santos Dumont
- USF 0-06
- UBS Bairro da Paz
- UBS Djalma Batista
- UBS Leonor de Freitas

SERVIÇOS NA ÁREA

Consulta Médica, Consulta de Enfermagem, Atendimento de Serviço Social, Visita Domiciliar, Cadastro e Campanha de Vacinação, atendimento odontológico.

DISTRITO DE SAÚDE LESTE

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Enfermeira Elenilde Rodrigues da Silva.

- 02 módulos da Saúde do módulo (Platão Araújo e Silas Santos);
- 15 Unidades Básicas de Saúde;
- 02 Policlínicas (Ivone Lima e Comte Telles);

E todas as Unidades são referenciadas para o atendimento à população indígena;

SERVIÇOS NA ÁREA

Encaminhamento ao Especialista, Curso de alimentação alternativa, campanha de vacinação ao idoso, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento de serviços social, visita domiciliar, cadastro da família indígena, hiperdia, saúde da criança.

DISTRITO DE SAÚDE NORTE

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Socióloga Laneide Stella Lima.

- Policlínica Anna Barreto;
- Unidade Básica de Saúde da Família 01-B na cidade de Deus;
- SPA Sávio Belota;

SERVIÇOS PRESTADOS

Consultas médicas, Consulta de enfermagem, consultas de serviço social, educação em saúde, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico.

DISTRITO DE SAÚDE RURAL:

- PSR São João – BR 174 – Km 05;
- PSR São Pedro, localizado na AM 010, Km 35;
- PSR da Comunidade do Livramento;

- Posto de Saúde Três Unidos que presta atendimento às Comunidades Indígenas do Rio Cuieiras.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA

Por ser uma ação em processo de implantação e implementação na rede básica de saúde, ainda estar muito aquém do desejado, mas houve alguns avanços, tais como: aumento no número de UBS que realizam atendimento ao indígena. Indígenas mais conscientes da importância da auto-identificação ao procurar atendimento médico ou outra especialidade.

Tudo isso é resultado da divulgação do trabalho com participação nas Conferências, nas reuniões distritais e locais indígenas, visitas nas Comunidades indígenas, as capacitações, cursos de antropologia em saúde indígena, oficinas em saúde indígena, ou seja, profissionais de saúde capacitados em saúde indígena com conhecimento antropológico.

O conhecimento em saúde indígena em ambos os seguimentos da sociedade está contribuindo para a melhoria de vida da população indígena.

2.8 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL

As Ações de Saúde Mental no Município de Manaus decorrem da Política Nacional de Saúde Mental adotada pelo Ministério da Saúde, em obediência a Lei Federal nº 10.216/2001 que reorientou o modelo de atenção à saúde mental em todo o território brasileiro e determinou o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, através da implantação dos serviços substitutivos.

São serviços substitutivos de saúde mental: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (tipo “i” – infantil, “ad” – álcool e outras drogas, “I”, “II” e “III” – 24 horas), Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental na atenção básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre outros.

É objetivo das Ações de Saúde Mental na cidade, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, “implantar uma Rede de Assistência Substitutiva em Saúde Mental no Município de Manaus para portadores de transtornos mentais e outras pessoas em sofrimento psíquico atual ou potencial, através da promoção, prevenção e assistência em saúde mental nos Distritos Sanitários.”

O município de Manaus possui uma população de 1.709.010 habitantes (estimativa IBGE-2008), sendo que destas 539.687 corresponde à população portadora de transtornos mentais e/ou que faz uso de álcool e outras drogas (dependência ou uso abusivo), a partir dos parâmetros de cálculo do Ministério da Saúde, distribuídos conforme quadro abaixo:

Tabela 35. Parâmetros assistenciais em Saúde Mental. Manaus.

População alvo	População geral Manaus (IBGE-2008)	1.709.010
Prevalência	T. Mentais na população geral: 12%	205.081
	T. Mentais severos e persistentes: 3%	51.270
	T. Mentais menores: 9%	153.811

Dependência de álcool e outras drogas (>12a): 6%	78.254
Dependência de álcool (>12a): 11%	143.465
Uso abusivo de álcool e outras drogas: 15%	256.352
Epilepsia: 1,3%	22.217

Fonte: Sems/DAB

Aplicando esses mesmos parâmetros aos Distritos de Saúde, teremos a seguinte distribuição estimativa:

Tabela 36. Parâmetros assistenciais em Saúde Mental por Distrito de Saúde. Manaus. 2009

Distritos de Saúde	NORTE	SUL	LESTE	OESTE
População por Distrito	428.923	438.507	418.731	400.169
T. Mentais na população geral: 12%	51.471	52.621	50.248	48.020
T. Mentais severos e persistentes: 3%	12.868	13.155	12.562	12.005
T. Mentais menores: 9%	38.603	39.466	37.686	36.015

Fonte: Sems/DAB

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Como resposta a situação epidemiológica de Manaus, o PMS 2006-2009 estabeleceu como meta física o atendimento de 964.092 pessoas e o investimento de R\$ 403.000 nas ações de SM ao final da implementação do Plano. Para tanto, o PMS 2006-2009 estabeleceu duas metas principais para o fortalecimento das ações de saúde mental:

Meta 1: atender 50% dos portadores de transtornos mentais da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família;

Meta 2: Implementar ações de saúde mental em 30% da população portadora de transtorno mental severo e persistente.

Porém, a quase completa inexecução do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 quanto à implementação e ao fortalecimento das ações de saúde mental nele contemplado, com a consequente ausência de uma rede de cuidados de saúde mental no município, frustrou o alcance das metas previstas. No mais, tanto a previsão quanto a alocação de recursos foram insuficientes para alavancar a Ação Estratégica.

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

Os serviços de saúde mental estão disponibilizados na Rede de acordo com a capacidade das Unidades de Saúde para atender pessoas com transtornos leves e moderados, vítimas de violência sexual e a dispensação de medicamentos psicotrópicos nas Policlínicas.

Em andamento desde 2006, a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II no Distrito Sul do Município, Unidade de referência para o atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais graves persistentes. Está prevista a inauguração na segunda quinzena de novembro/2009.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Orçamento para a Saúde Mental extremamente reduzido;

- Recursos Humanos atuais insuficientes;
- Processo lento de nomeação e/ou relotação do restante dos Recursos Humanos previstos ;
- Falta de Psiquiatra no quadro de Recursos Humanos na rede da SEMSA.
- Médicos da rede básica (UBSF-S e UBS) não capacitados e não atendendo a demanda em saúde mental.
- Não implantação dos CAPS e equipes de apoio matricial, conforme previsto no PMS 2006-2009.
- Falta de informação no GIL para subsidiar o Planejamento das ações de Saúde Mental.
- Ausência do Mapeamento dos casos de saúde mental na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Inexistência de referência e contra-referência em Saúde Mental.
- Pactuação do fluxo em saúde mental dificultada pela falta de serviços para o atendimento dos diversos níveis de sofrimento psíquico, bem como urgência/emergência em saúde mental.
- Projeto de reordenamento da rede de assistência em saúde mental e outras tentativas de pactuação frustradas entre Município e o Estado durante os anos de 2007 e 2008.
- Dificuldade de trabalhar demandas de forma integrada com outros programas.

CAPACIDADE INSTALADA

A Política Nacional de Saúde Mental tem como eixo norteador as ações de saúde na atenção básica. Dessa forma, 80% dos casos de sofrimento psíquico deveriam encontrar resolutividade na Estratégia Saúde da Família. Infelizmente, as Equipes de Saúde da Família, que somam ao todo 184, não possuem estrutura física adequada para o atendimento, nem técnicos de referência em saúde mental nas UBS (psiquiatra, psicólogo e o terapeuta ocupacional). Além do mais, a rede de CAPS prevista no PMS 2006-2009 não se concretizou.

2.9 AÇÕES DE PROFILAXIA E CONTROLE DA RAIVA HUMANA

O Programa de profilaxia e Controle da raia Humana atende a demanda espontânea de pessoas acidentalmente agredidas por animais transmissores da Raiva;

Tabela 37 - Ações de Profilaxia e Controle da Raiva Humana nos últimos 5 anos

Item	Descrição do atendimento	2004	2005	2006	2007	2008	Total
1	• Pessoas atendidas	6.814	6.659	7.276	7.177	7.014	34.940
2	Pessoas que iniciaram o tratamento	3.355	3.401	5.003	5.018	5.109	21.886
3	Tratamento com 2 doses + observação do animal	2217 (1)	2097 (1)	3.049	2.897	2.889	8.835
	Tratamento com 5 doses			693	576	758	6.341
	Tratamento com soro e 5 doses			47	69	98	214
	Tratamento pré-exposição 3 doses	72	76	85	113	106	452
	• Total de pessoas tratadas	2.289	2.173	3.874	3.655	3.851	15.842
4	Abandono de tratamento	287	321	799	1.207	990	3.604
5	Vacinas aplicadas	7.511	7.764	10.926	11.166	12.127	49.494
6	- Cães Observados	4.161	3.469	3.849	3.846	3.987	19.312
	- Gatos Observados	317	253	345	270	285	1.470
	• Total de animais observados	4.478	3.722	4.194	4.116	4.272	20.782
7	- Cães	5.939	5.749	6.373	6.283	6.138	30.482
	- Gatos	471	461	565	491	499	2.487
	- Macacos	79	77	102	82	64	404
	- Morcegos	23	20	32	16	9	100
	- Ratos	255	253	140	106	72	826
	Outros animais agressores especificar ⁽²⁾	33	22	16	9	8	88
	• Total de animais agressores	6.800	6.582	7.228	6.987	6.790	34.387
8	Transferências	0	0	30	81	166	277
9	Reações adversas	0	2	2	0	10	14

Fontes: 2004 e 2005 – FVS/Gerência de Zoonoses 2006, 2007 e 2008 – SEMSA/DASSA – PPCRH.

⁽¹⁾ Dados informados pela Gerência de Zoonoses, no período de 2004 e 2005 correspondem a soma dos itens 3.1, 3.2 e 3.3; ⁽²⁾ **Outros animais agressores:** Não foram especificados no período de 2004 e 2005; **2006** = caprino (2), equino (1), coelho (1), jaguatirica (1), suíno (3), onça (2), jacaré (1), preguiça (2), pônei (1), não identificado (2); **2007** = suíno (3), ave/curica (1), preguiça (3), bovino (1), não identificado (1); **2008** = suíno (4); hamster (1); iguana (1); tamanduá (1); quati (1).

Analisando o período compreendido entre 2004 a 2008, no item “Pessoas atendidas” constata-se a média de 7.000 pessoas atendidas por ano, média essa que vem se mantendo estável nesses últimos anos.

No item “Pessoas que iniciaram o tratamento” verifica-se que é considerável o percentual de esquemas de tratamentos prescritos, em relação ao número de pessoas atendidas; na maioria dos períodos analisados, esse dado está acima de 50%, atingindo o máximo de 72,8% em 2008. É de fundamental importância, que por ocasião das supervisões, seja feita uma análise criteriosa nas fichas individuais de atendimento, para certificar-se sobre a real necessidade da indicação do esquema de tratamento profilático antirrábico humano em relação ao tipo de exposição e situação do animal agressor.

Vale ressaltar, que por ser a raiva uma doença de evolução fatal, não existe tratamento específico para a mesma depois de instalada, por isso a profilaxia pré ou pós - exposição ou vírus rábico deve ser adequadamente executado.

Em relação ao Abandono de Tratamento, não há um coeficiente ou parâmetro estabelecido que permita avaliar esse índice. Deve-se, no entanto, buscar a realização de um efetivo monitoramento, aliado a um trabalho educativo de conscientização da clientela, procurando manter esse índice em níveis próximos de zero. Na realidade, o que se observa,

são dados preocupantes de pessoas que iniciam o tratamento e não o levam a termo. No período analisado, apenas uma média de 70% das pessoas que iniciaram o tratamento, o concluíram. É de fundamental importância que seja realizada uma avaliação de forma mais criteriosa, associada a um acompanhamento aos E.A.S. com maior intensidade, no sentido de que a clientela inicie e conclua o tratamento, sendo conscientizada também da importância do retorno da informação do animal agressor, após o período de 10 dias de observação - cães e gatos.

No item “Animais agressores de pessoas atendidas”, é predominante o número de cães, com aproximadamente 89,0% em relação ao total; em seguida destacam-se as agressões por gato, com 7,2%. As mordeduras por rato apresentam-se em terceiro lugar com 2,4%, sendo importante destacar também as agressões por macaco com 1,0% e por morcego com 0,3%.

A Raiva é uma zoonose que representa relevante problema de saúde pública, revestindo-se de maior importância biológica, pela sua magnitude, evolução clínica e por apresentar letalidade de 100%.

Após a municipalização das ações de profilaxia e controle da raiva humana (2005), a SEMSA, através do processo de Descentralização para os Distritos de Saúde (2006), vem buscando cada vez mais o fortalecimento e aprimoramento dos serviços em todos os níveis, para a eliminação da raiva humana transmitida por animais domésticos e para a vigilância e controle epidemiológico da raiva silvestre.

Sabe-se que não há registros de casos de Raiva Humana na área urbana de Manaus nos últimos 24 anos, já que os dados demonstram seis casos ocorridos em 1985. Quanto a raiva animal, os dois últimos casos (raiva canina), aconteceram em 1987, no Distrito Leste, mais especificamente no Bairro São José I.

Isso não significa que o município de Manaus seja considerado área controlada para a raiva e, sim, área de risco, tida como silenciosa.

Portanto, ainda necessário se faz a adoção de medidas que visem cada vez mais o atendimento satisfatório as pessoas agredidas por animais, e isso depende basicamente do acesso aos serviços e da qualidade dos mesmos.

NECESSIDADE DE SERVIÇOS PARA A POPULAÇÃO ALVO

- Assegurar e dar prioridade ao atendimento à população agredida por animais transmissores da Raiva, na rede de serviços com o programa implantado, principalmente nas Unidades de Referência para finais de semana e feriados;
- Monitorar os casos de notificação de reações adversas;
- Disponibilizar Protocolo e suprir os E.A.S. com os insumos específicos;
- Sensibilizar os profissionais envolvidos para acolher, atender, orientar e realizar as transferências da clientela com segurança, certificando-se posteriormente da continuidade do tratamento;
- Monitorar a taxa de abandono de tratamento em relação a conduta indicada e intensificar o contato com a clientela para melhoria da informação do resultado da observação do animal (cães e gatos);

- Alertar a população sobre a importância da prevenção da raiva humana, através da divulgação da ação, pelos meios de comunicação, informes educativos e orientações individuais.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

DISTRITO NORTE

1. UBS Armando Mendes - SEMSA
2. SPA Arthur Virgílio Filho - SEMSA
3. UBS Áugias Gadelha - SEMSA
4. SPA Balbina Mestrinho - SEMSA (*)
5. SPA Frei Valério Di Carlo - SEMSA
6. SPA Sálvio Belota - SEMSA

DISTRITO SUL

1. CAIC Alexandre Montoril - SUSAM
2. UBS Castelo Branco - SEMSA
3. UBS Japiim - SEMSA
4. *UBS José Rayol dos Santos - SEMSA (*)*
5. UBS Morro da Liberdade - SEMSA
6. UBS Petrópolis - SEMSA
7. UBS Theodomiro Garrido - SEMSA

DISTRITO LESTE

1. SPA Alfredo Campos - SEMSA
2. Hospital Chapot Prevost - SUSAM
3. *SPA Gebes de Medeiros Filho - SEMSA (*)*
4. UBS Geraldo Magela - SEMSA
5. UBS Gilson Moreira - SEMSA
6. UBS José Amazonas Palhano - SEMSA
7. UBS Luiza do Carmo Ribeiro - SEMSA
8. UBS Maria Leonor Brilhante - SEMSA
9. UBS Mauazinho – SEMSA

DISTRITO OESTE

1. UBS Ajuricaba - SEMSA
2. UBS Deodato de Miranda Leão - SEMSA
3. UBS Dr. Djalma Batista - SEMSA
4. UBS Dom Milton Corrêa - SEMSA
5. CAIC José Carlos Mestrinho - SUSAM
6. UBS Leonor de Freitas - SEMSA
7. UBS Luis Montenegro - SEMSA
8. SPA Ponta Negra - SEMSA (*)
9. UBS Santo Antônio - SEMSA
10. UBS Santos Dumont - SEMSA

(*) Unidades de Referência para atendimento em finais de semana e feriados

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ÁREA

Tabela 38. Demonstrativo das ações por Distrito de Saúde - Janeiro a Abril 2009

Atividades realizadas	DISTRITOS DE SAÚDE				
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	TOTAL
Pessoas atendidas	752	526	673	532	2.483
Pessoas que iniciaram o tratamento	564	369	512	429	1.874
- Tratamento com 2 Doses + observação do animal	377	243	312	190	1122
- Tratamento com 5 doses	95	75	63	92	325
- Tratamento com soro e 5 doses	14	28	6	10	58
- Tratamento pré-exposição 3 doses	0	4	0	0	4
Total de pessoas tratadas	486	350	381	292	1.509
Abandono de tratamento	72	8	101	71	252
Total de vacinas aplicadas	1.258	749	1.164	1.218	4.389
Animais observados					
- Cães	507	335	450	278	1.570
- Gatos	32	46	20	20	118
Total de Animais Observados	539	381	470	298	1.688
Animais agressores					
- Cães	685	436	627	464	2.212
- Gatos	50	59	37	48	194
- Macacos	8	6	7	8	29
- Morcegos	1	10	1	1	13
- Ratos	6	7	1	10	24
- Outros animais (especificar)	2	2	0	1	5
Total de Animais Agressores	752	520	673	532	2.477
Transferências	2	2	2	83	89
Reações Adversas	0	0	3	0	3

Fonte: Estatística Mensal (E.A.S. / Distritos de Saúde)

Observações:

Outros animais agressores: DISA Norte: 1 Caititu (espécie de Porco do Mato) e 1 Hamster; DISA Sul: 1 Preguiça e 1 Roedor Silvestre; DISA Oeste: 1 Porco do Mato;

Reações adversas referem-se à reação local.

O número de animais agressores difere do número de pessoas atendidas devido a demanda de 6 pessoas para pré-exposição, (Distrito Sul/Policlínica Castelo Branco), sendo que apenas 4 concluíram o tratamento;

2.10 AÇÕES EM SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Programa Saúde da Pessoa com Deficiência é uma estratégia do Ministério da Saúde e desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde em toda a Rede de Atenção Básica, tendo como eixo central a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 1060 de 05/06/2002).

Propiciar ações estratégicas no contexto saúde oferecendo de forma sistematizada, condições de atenção à Pessoa com Deficiência, referenciando vigilância, assistência, reabilitação e prevenção como eixos norteadores para a preservação de capacidade funcional reduzindo assim a vulnerabilidade dessa população.

Alguns estudos de prevalência de incapacidades, realizados pelo Ministério da Saúde em 1996 em diversos municípios brasileiros, constatam taxas com variação regional de 2,8% a 9,6% (Ministério da Saúde, apud MPAS/SAS/IEE-PUCSP).

Para melhor entendimento da deficiência, utilizaremos os tipos de deficiência adotados no Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 que divide e conceitua as deficiências no capítulo II art.5º § 1º conforme segue:

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer;
8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

Os resultados do Censo Demográfico 2000 apresentam alguns dados sobre a questão da população com deficiências. Declararam-se como pessoas com deficiência um total de 24,5 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. O maior percentual se encontra na Região Nordeste (16,8%) e o menor na Região Sudeste (13,1). As Regiões Norte, Sul e Centro – Oeste têm, respectivamente, 14,7%; 14,35 e 13,9% de pessoas com algum tipo de deficiência na população total. A maior concentração de pessoas que se declararam com deficiências estava nas zonas urbana – 19,8 milhões contra 4,8 milhões nas zonas rurais.

Gráfico 09. Concentração de Pessoas com Deficiência



Fonte: IBGE 2003

Considerando-se a incidência das deficiências por gênero, os resultados do Censo revelam a predominância de deficiências entre as mulheres - 13.179.712, em número absolutos, em contrapartida a 11.420.544 homens. Observou-se que no sexo masculino predominam as deficiências mentais, físicas e auditivas, o que é compatível com o tipo de atividades laborais exercidas pelos homens e ao grau de exposição desse sexo ao risco de acidentes de diversas causas, inclusive a violência. No sexo feminino predominam as deficiências motoras e visuais o que é coerente com a composição por sexo da população idosa, onde predominam as mulheres nas faixas etárias de 60 anos ou mais (SICORDE, 2002).

No Amazonas a população é de 2.961.804 habitantes, distribuídos de forma desigual predominantemente ao longo dos principais rios e o Município de Manaus é o único com mais de 100.000 habitantes - a população estimada pelo IBGE em 2008 é de 1.731.993 - taxa média de crescimento anual de 3,77% - em uma área da unidade territorial de 11.401 km².

No que se refere à população com deficiência, dados do Censo de 2000 do IBGE revelam a incidência da população estimada no Município de Manaus, a partir dos itens levantados “Deficiência mental permanente” e “Deficiência física - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente”. A classificação respondeu à presença de pelo menos uma das ocorrências. O indivíduo com incidência múltipla constou apenas uma vez nos registros. No total registrado em pelo menos uma das deficiências enumeradas, 227.049 pessoas residem em domicílios na área urbana e 828 na área rural, contudo se tomarmos por base o número de inscrições realizadas nas diversas instituições de atendimento a esse segmento da população constatará um número muito maior de pessoas com algum tipo de deficiência.

Diante desse quadro, percebe-se que os números sobre a deficiência produzidos são contraditórios, deixando claro que o dimensionamento da problemática no âmbito municipal, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, é muito difícil em razão da carência de dados estatísticos sobre deficiência e a inexistência de dados epidemiológicos para identificação de causas e prevalência de incapacidades produzidas sistematicamente, que retratem, de forma atualizada, a realidade nesta área e que possam sustentar e orientar o planejamento e a execução de programas e ações de saúde, voltadas para a prevenção de deficiências e para a promoção à saúde, assistência e reabilitação das pessoas com deficiências.

A partir dessa necessidade, o levantamento realizado na área adstrita às Policlínicas de Saúde inicialmente no período de julho a outubro de 2006, nos Distritos Norte, Leste e Oeste, revelou que do total de 1.121 pessoas, 459 tem deficiência física, 63 tem deficiência auditiva, 131 tem deficiência visual, 306 tem deficiência intelectual (mental) e 162 tem múltiplas deficiências.

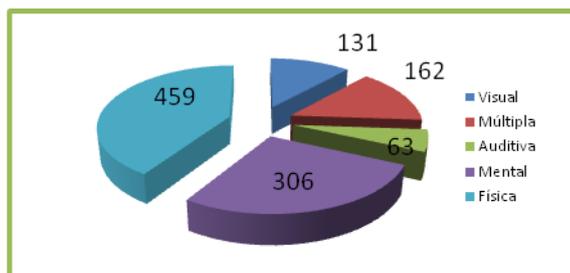


Gráfico 10. Pessoa com Deficiência – Manaus.

Fonte: Semsas / DAB

Nos Distritos Sul e Rural não foi possível a realização do levantamento no mesmo período e formato, uma vez que não havia profissionais que coordenassem os trabalhos.

Somente no período de abril a agosto de 2007 o Distrito Sul realizou o levantamento revelando que do total de 1.606 pessoas com deficiência, 627 tem deficiência física, 351 tem deficiência intelectual, 281 tem deficiência sensorial (auditiva+visual) e 341 tem múltiplas deficiências.

Encerrado o prazo inicial acordado durante o planejamento do levantamento, continuou a dificuldade de realização no Distrito Rural. Após discussões com a equipe, foi proposta a realização do levantamento em data mais próxima possível, contudo ainda não foi realizado. Estima-se que até final de 2009 esteja concluído.

Após a consolidação dos dados levantados nos 04 Distritos de Saúde foram detectados 2.727 pessoas com deficiência necessitando de atendimento diferenciado e especializado.

As ações de saúde à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e mental, ainda em fase de construção visam o atendimento integral desse segmento com vista à prevenção, promoção e recuperação da saúde conforme determina a legislação vigente para a criação das redes de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em diferentes níveis de complexidade, articulada com outros serviços.

Conforme os critérios estabelecidos na legislação, para a criação e funcionamento da rede de atendimento a pessoa com deficiência há a necessidade de instalações físicas adequadas, equipamentos, recursos humanos especializados e a capacitação desses profissionais. O atendimento à Pessoa com Deficiência teve um avanço significativo voltado a deficiência física com a estruturação do serviço fisioterapia em 06 Policlínicas, 03 UBS e 01 Centro de Fisioterapia, estando em pleno funcionamento nos seguinte EAS:

Distrito Norte:

02 Policlínicas: Enfª Anna Barreto e Monte das Oliveiras.

01 UBS: Armando Mendes.

Distrito Sul:

02 Policlínicas: Dr. Antonio Reis e Dr. Castelo Branco.

Distrito Leste:

02 Policlínicas: Enf^a. Ivone Lima dos Santos e Dr. Comte Telles.

01 UBS Dr. Geraldo Magela.

Distrito Oeste:

01 Serviço de Fisioterapia do DISA Oeste

01 UBS Dr. Deodato de Miranda Leão.

Observação: Funcionando como serviço de Referência e Contra-Referência para todas as Unidades do Município, além da demanda livre a usuários que necessitam de fisioterapia.

Uma análise inicial da produção dos serviços da fisioterapia revela que apesar da capacidade instalada existente, a oferta do número de consultas e/ou procedimentos realizados a pessoas com deficiência física são insuficientes tendo em vista a demanda reprimida existente, fato para o qual há a necessidade da ampliação desses serviços.

No que se referem às demais deficiências, a dificuldade para a implantação dos serviços de atendimento é o número insuficiente e/ou a inexistência de especialistas para atender às especificidades de cada uma. Nesse sentido, podemos citar ortopedistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, psiquiatras dentre outros.

Com relação ao sistema de informação, as dificuldades são no sentido de que inexistem campos que registrem todos os tipos de deficiências de forma a gerar números que possam substanciar o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas. O único campo existente no GIL (Gerenciador de Informações Locais) refere-se somente à deficiência física ou mental, o que prejudica o dimensionamento das demais deficiências. No entanto, o Conselho Municipal de Saúde na XV Plenária Nacional de Saúde dos Conselhos Municipais e Estaduais em Novembro/08 – Brasília e ainda na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em Dezembro/08 – Brasília apresentou proposta de adequação desse sistema inserindo os tipos de deficiência de acordo com o Decreto Federal 5296 que divide e conceitua as Deficiências conforme mencionadas no texto(Física,Auditiva,Visual,Intelectual e múltipla) sendo aprovado por unanimidade.

Atividades Desenvolvidas

- Capacitação e sensibilização dos profissionais da Rede Municipal para as ações em saúde da pessoa com deficiência;
- Oficinas e campanhas de sensibilização para inclusão da Pessoa com Deficiência;
- Reuniões sistemáticas com responsáveis técnicos dos distritos de saúde para acompanhamento das ações executadas;
- Atividades Educativas na comunidade e EAS;
- Monitoramento e avaliação das ações;

- Elaboração de relatórios quadrimestrais;
- Supervisão e adequação necessárias dos serviços de Reabilitação da Rede Municipal de Saúde;
- Elaboração do Plano Municipal da Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Participação em reuniões técnicas com superiores e demais programas.

Principais Dificuldades

- Ausência de campos no sistema de informação para registro dos tipos de deficiências;
- Falta de acessibilidade na maioria dos estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Inexistência de dados estatísticos e epidemiológicos sobre deficiência no município de Manaus;
- Insuficiência no quadro de recursos humanos especializados nos EAS.

Vale ressaltar que a partir do reconhecimento das pessoas com deficiência como cidadãos de direitos, o planejamento e implantação das políticas públicas para pessoas com deficiência de uma maneira geral tem sido um grande desafio para gestores federais, estaduais e municipais, principalmente com relação à acessibilidade, não sendo diferente para o Município de Manaus principalmente pelas suas características geográficas. A superação das dificuldades aqui apresentadas deve constituir o compromisso não só do governo municipal mais de toda a sociedade na busca da garantia dos direitos da pessoa com deficiência, na promoção da qualidade de vida e sua inclusão e participação na sociedade.

Capacidade Instalada

As Policlínicas têm boas condições de oferecer o serviço de reabilitação, pois conta com bons equipamentos necessitando de melhorias no espaço físico, o mesmo não acontece com as Unidades de Saúde da Família e Unidade Básicas de Saúde que são menores e de difícil acesso. Em contrapartida, a Maternidade consegue oferecer um serviço de boa qualidade para gestantes e recém-nascidos.

Rede Instalada e Serviços na Área

Distrito de Saúde Oeste

- Serviço de Fisioterapia do Distrito Oeste;
- Maternidade Moura Tapajoz;
- UBS Deodato de Miranda Leão;
- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO OESTE.

Serviços na Área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, odontológico, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, campanhas de vacinação, visita domiciliar, teste da orelhinha, pezinho e olhinho.

Distrito de Saúde Leste

- Policlínica Drº Antônio Comtte Teles;
- Policlínica Enfª Ivone Lima dos Santos;
- UBS Geraldo Magela.

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional e campanhas de vacinação.

Distrito de Saúde Norte

- Policlínica Enfª Anna Barreto Perreira;
- UBS Armando Mendes;
- Policlínica José Antonio da Silva (Monte das Oliveiras).

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia, campanhas de vacinação e visita domiciliar.

Distrito de Saúde Sul

- Policlínica Antônio Reis;
- Policlínica Castelo Branco.

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional e campanhas de vacinação.

Fatores Condicionantes de Saúde da Pessoa com Deficiência

Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência, atividades de prevenção como campanhas de sensibilização da população. As Policlínicas e UBS desenvolvem atividades educativas informando da importância dos exercícios físicos.

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa com deficiência através da realização de consultas médicas e não médicas (outro profissional de nível superior):

- Acolhimento preferencial nas unidades de saúde;
- Profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais capacitados na área de lesão medular;
- Atendimento odontológico especializado (CEO OESTE).

Para garantir o atendimento qualificado dessa população, contamos com profissionais de nível superior sendo: 26 fisioterapeutas, 05 Terapeutas Ocupacionais, 12 profissionais médicos oftalmologistas que buscam a excelência no atendimento. Os profissionais de nível médio como assistentes em saúde e ACS ainda serão capacitados em saúde da pessoa com deficiência.

Desempenho na Atenção Básica

Por ser uma ação em processo de implantação na rede básica, ainda está muito aquém do desejado, mas houve um sugestivo avanço que foi aprovação do Plano Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência, o mesmo busca a construção de uma política pública comprometida com a efetivação e garantia do direito à saúde das pessoas com deficiências.

Estrutura dos Serviços

Os serviços de saúde da pessoa com deficiência estão disponibilizados na rede de acordo com a capacidade dos estabelecimentos de saúde para atender esse público. Em relação ao serviço de reabilitação o mesmo atende às pessoas com deficiência e também a outros usuários além de fazer referência e contra-referência para as todas as unidades do município.

Necessidades de serviço para a população alvo

- Assegurar e dar prioridade ao atendimento às Pessoas com Deficiência nos EAS;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos para acolher e atender as pessoas com deficiência nos estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Normatizar e realizar a dispensação de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção e ainda produtos de incontinência;
- Melhorar nos registros de dados sobre as pessoas com deficiência através do aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS;
- Construir indicadores e parâmetros específicos da Pessoa com Deficiência, conforme deliberação na Reunião no Conselho Municipal de Saúde, de 15 de maio de 2008, resolução nº 019.

2.11 APOIO DIAGNÓSTICO

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS.

1. Quantidade de unidades com Laboratório por Distrito de Saúde

DISA NORTE – 01 Laboratório Distrital e 07 Postos de Coleta

DISA SUL/CENTRO SUL – 12

DISA LESTE – 12

DISA OESTE/CENTRO OESTE – 09, MAIS 01 POSTO DE COLETA, MAIS 01 LAB DE CITOLOGIA

DISA RURAL – 01 (UNIDADE FLUVIAL)

TOTAL – 35 Unidades

2. Laboratórios que realizam atendimento de Urgência:

DISA NORTE

- SPA Arthur Virgílio
- SPA Sálvio Belota
- SPA Frei Valério
- SPA Balbina Mestrinho

DISA LESTE

- SPA Alfredo Campos
- SPA Gebes Medeiros

DISA OESTE

- MATERNIDADE BRIGITA DAOU
- SPA PONTA NEGRA

3. Quantidade de laboratórios em Unidade Básica de Saúde:

- DISA SUL – 11
- DISA LESTE – 06
- DISA OESTE – 07
- DISA RURAL – 01

TOTAL – 25 Unidades

4. Laboratórios Terceirizados:

Distrito de Saúde Oeste

- UBS Ajuricaba (HEMOAM)
- UBS Bairro da Paz (KS Barra)
- UBS Redenção (HEMOAM)
- UBS Santos Dumont (Labvida)
- UBS Deodato de Miranda Leão (Lab. Norte)
- UBS Ida Mentoni (Labvida)

Distrito de Saúde Sul

- UBS Theomário P. da Costa (Laboratório Pasteur)
- UBS José Rayol dos Santos (HEMOAM)
- UBS Bianca de Carvalho (Laboratório Dr. Luiz Montenegro)
- UBS Megumo Kado (Lab. Norte)
- UBS Petrópolis (Laboratório Dr. Luiz Montenegro);

5. Distribuição dos Laboratórios por tipologia:

- Tipo I - Laboratório manual: 35 unidades.
- Tipo II - Laboratório semi automatizado: 04 unidades, sendo: UBS Morro da Liberdade; Policlínica José Raimundo Franco de Sá; Policlínica Comte Telles; SPA Alfredo Campos
- Tipo III - Laboratório automatizado: SPA Balbina Mestrinho – Lab. Manoel Bastos Lira

PROCEDIMENTOS OFERECIDOS PELOS LABORATÓRIOS:

Tabela 39. Procedimentos realizados pelos Laboratórios

Laboratórios	Hematologia	Bioquímica	Urinálise	Parasitologia	Imunologia	Rotina	Urgência
Unidade Básica	X	X	X	X	X	X	
Unidade de Urgência	X	X	X	X	X	X	X

Maternidade	X		X	X	X	X	X
S P A	X	X	X	X	X	X	X
Centro de Referência	X	X	X	X	X	X	

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 40. RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS

PROFISSIONAL	EXISTENTE
Farmacêutico Bioquímico	185
Técnico de Patologia Clínica	216
Auxiliar de Patologia Clínica	227

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 41. UNIDADES QUE REALIZAM RAIOS-X

Policlínicas	UBS	Maternidade
Antônio Reis Anna Barreto Franco de Sá Ivone Lima Comte Telles Castelo Branco Comte Telles	Avelino Pereira	Moura Tapajos

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 42. UNIDADES QUE REALIZAM ULTRASSONOGRAFIA:

Policlínicas	UBS	Maternidade
Antônio Reis Anna Barreto Franco de Sá Ivone Lima Comte Telles Castelo Branco	Waldir Bugalho	Moura Tapajos

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 43. UNIDADES QUE REALIZAM ELETROCARDIOGRAMA

Policlínicas / SPA	UBS	Maternidade
Poli Antônio Reis (Disa Sul) Poli Castelo Branco (Disa Sul) Poli Anna Barreto (Disa Norte) Poli José Antônio da Silva (Disa Norte) Poli Franco de Sá (Disa Oeste) Poli Djalma Batista (Disa Oeste) Poli Ivone Lima (Disa Leste) Poli Comte Telles (Disa Leste) SPA Arthur Virgílio (Disa Norte) SPA Balbina Mestrinho (Disa Norte) SPA Frei Valério (Disa Norte) SPA Sálvio Belota (Disa Norte)	Frank Calderon (Disa Sul) Lourenço Borghi (Disa Sul) Lúcio Flávio (Disa sul) Morro da Liberdade (Disa sul) Olavo das Neves (Disa sul) Santa Luzia (Disa Sul) São Francisco (Disa Sul) Vicente Pallotti (Disa Sul) Japiim (Disa Sul) Theodomiro Garrido (Disa Sul) José Rayol (Disa Sul) Augias Gadelha (Disa Norte) Ajuricaba (Disa Oeste) José Amazonas Palhano (Disa Leste) José Avelino Pereira (Disa Leste)	Moura Tapajos

SPA Gebes Medeiros (Disa Leste)		
---------------------------------	--	--

Fonte: Semsu / DAB

SITUAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS MUNICIPAL

- Deficiência de recursos humanos. Distribuição irregular dos servidores na rede;
- Insuficiência de insumos para o abastecimento das unidades;
- Ausência de padronização de insumos;
- Ausência de normas de eliminação de dejetos;
- Algumas unidades necessitando reforma na estrutura física e equipamentos novos;
- A maioria dos laboratórios da rede teve suas estruturas físicas adaptadas;
- Ausência de implantação de políticas de biossegurança;
- Ausência de implantação de controle de qualidade;
- Equipamentos sucateados das unidades não reformadas;
- Produção das unidades abaixo das metas estabelecidas;
- Funcionamento dentro do modelo adotado apenas do Laboratório Manoel Bastos Lira no Distrito Norte;
- Implantação do Sistema de Regulação não permitindo acesso da agenda para marcação de exames laboratoriais na maioria dos EAS da rede SEMSA, promovendo consistente queda da produção laboratorial.
- Insuficiência de equipamentos de informática nos EAS que viabilizem a transmissão de dados, bem como a constituição de guichês de marcação em quantidade compatível com a demanda da Unidade de saúde.

PROPOSTAS A SEREM IMPLEMENTADAS EM APOIO DAIGNÓSTICO

- Implantar 04 (quatro) Laboratórios de Referência Distritais como forma de racionalizar os recursos humanos, materiais e financeiros, agilizando a realização dos procedimentos e reduzindo o retorno dos pacientes à unidade de Saúde;
- Implantar o Laboratório Municipal de Manaus para servir de referência para os procedimentos dispendiosos e de alta complexidade;
- Fortalecer o Laboratório Distrital Norte, melhorando as condições de infraestrutura e proporcionando os insumos e serviços necessários ao seu funcionamento;
- Aperfeiçoar os contratos de terceirização de serviços de RX nas seguintes unidades: Policlínicas Antonio Reis, Anna Barreto, Franco de Sá, José Antonio, Ivone Lima e Comte Telles; Unidades Básicas de Saúde Avelino Pereira e Djalma Batista; SPA Alfredo Campos, Arthur Virgilio, Balbina Mestrinho, Gebes Medeiros, Frei Valério e Sálvio Belota;
- Fortalecer o serviço de Raios-X da Maternidade Moura Tapajós;
- Implantar um serviço de Mamografia por Distrito de saúde;
- Fortalecer a oferta e a qualidade os serviços de Eletrocardiograma nas unidades de saúde;

PROPOSTAS

1. Estabelecer rede de laboratórios de acordo com as normas de organização contida no manual de gestores do SUS: programar laboratórios tipo II e III para receberem e processarem amostras de postos de coleta satélite;
2. Padronizar a estrutura física das unidades a serem instaladas;
3. Melhorar a estrutura física de algumas unidades em funcionamento;
4. Aperfeiçoar e padronizar o abastecimento de insumos;
5. Proporcionar manutenção preventiva e corretiva com substituição do equipamento com defeito;
6. Implantar o laboratório central de referência do município, tornando-o centro executor de procedimentos de média e alta complexidade e irradiador de conhecimentos e tecnologias modernas;
7. Instituir atividades gerenciais nos laboratórios;
8. Realizar treinamentos visando apoiar cada vez mais os programas de controle de endemias;
9. Realizar reuniões bimestrais de caráter técnico-administrativas;
10. Implantar controle de qualidade de procedimentos;
11. Realizar jornada de atualização anual.
12. Dotar a Regulação de sistema de transmissão de dados compatível com o volume de informações a serem transmitidas e os EAS com equipamentos de informática suficientes para instalação de guichês de atendimento necessários ao atendimento da demanda do EAS

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Caracterização da Morbidade Hospitalar

A morbidade hospitalar tem sido considerada importante objeto de análise em serviços de saúde, devido à sua utilidade na mensuração do número absoluto de internações por causas e da proporção de internações hospitalares no SUS, por causas. Através dessa análise, torna-se possível avaliar indiretamente o perfil epidemiológico de uma dada população, custo/benefício da assistência e oferta de serviços no SUS, subsidiando a elaboração de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar e para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro.

Em 2008 foram realizadas um total de 96.245 internações pelo serviço público de saúde e demonstram que as doenças do aparelho respiratório foram a segunda principal causa de internação hospitalar, sendo superada apenas pelas internações relacionadas à Gravidez e ao Parto. Em terceira e quarta posição em número de internações, observam-se as doenças do aparelho digestivo e algumas doenças infecciosas e parasitárias, respectivamente (Tabela 44).

Quanto à proporção de internações por doenças infecciosas em relação ao total de internações no país, não se observa uma tendência de redução na mesma intensidade que a verificada para a mortalidade pelas mesmas causas, principalmente para as doenças que não dispõem de mecanismos eficazes de prevenção e controle.

Esses achados são corroborados por vários estudos que apontam as doenças crônicas como principal causa de incapacidade, justificando a grande demanda dos serviços de saúde e respondendo por parte considerável dos gastos efetuados no setor saúde.

Tabela 44. Internações hospitalares por Capítulo do CID-10, Manaus. 2006 - 2008.

Capítulo CID-10	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.863	7.798	8.570
II. Neoplasias (tumores)	7.218	7.470	6.273
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	503	497	477
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.428	1.630	1.243
V. Transtornos mentais e comportamentais	740	731	684
VI. Doenças do sistema nervoso	897	1.101	1.508
VII. Doenças do olho e anexos	85	62	29
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	150	127	105
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.916	7.417	6.728
X. Doenças do aparelho respiratório	14.563	14.099	6.908
XI. Doenças do aparelho digestivo	11.470	11.420	9.322
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.088	1.191	674
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.483	1.339	1.446
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4.532	4.443	4.141
XV. Gravidez parto e puerpério	37.727	36.780	31.573
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.776	2.189	5.394
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	792	774	682
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	542	1.088	862
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6.328	5.987	4.531
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	29	47	22

XXI. Contatos com serviços de saúde	1.851	1.806	5.073
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	102	0	0
Total	109.083	107.996	96.245

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

Tabela 45. Distribuição Percentual das Internações por grupo de causas e faixa etária segundo local de residência. (CID-10). Manaus. 2007.

Capítulo CID	< 1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20- 49	50- 64	60 e +	Total
XV. Grav. parto e puerpério	-	-	-	15,3	79,4	52,8	0,0	0,1	34,2
X. D. Ap. Respirat.	42,6	44,6	23,3	10,6	1,8	3,1	9,3	14,5	13,0
XI. D. Ap. digestivo	9,7	13,1	13,2	14,0	3,6	9,8	17,3	13,2	10,5
I. Alg. doenças infec. e parasitar.	11,7	18,6	20,4	14,9	1,4	3,8	5,2	4,9	7,1
II. Neoplasias (tumores)	1,3	4,7	8,9	11,2	2,9	7,2	13,5	11,6	7,0
IX. D. Ap. Circulat.	0,1	0,2	0,4	1,4	0,8	5,3	28,0	28,3	6,9
XIX. Lesões envene alg out conseq causas externas	0,6	2,3	8,0	10,4	4,3	6,3	5,8	6,4	5,4
XIV. D. Ap Geniturinário	2,2	3,9	7,4	6,1	1,4	3,7	7,5	7,1	4,1
XVI. Algumas afec orig. perí.perinatal	23,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	-	0,0	2,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,8	2,5	4,5	4,4	0,7	1,2	1,6	1,6	1,7
IV. D. endócrinas nutric. e metaból.	1,5	3,0	3,2	2,4	0,2	0,7	2,7	3,6	1,5
XIII. D. sist osteom e tec conjuntivo	0,1	0,3	1,6	2,7	0,9	1,6	1,5	0,9	1,2
XII. D. pele e tecido subcutâneo	0,6	1,3	1,5	1,0	0,3	0,6	3,4	3,5	1,1
VI. D. Sist. Nervoso	1,2	1,7	2,0	1,7	0,4	0,7	1,5	1,7	1,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,3	0,2	0,3	0,6	0,8	1,3	1,6	1,7	1,0
XVII. Malf cong, deform. E anomalias cromoss	2,2	2,5	3,1	1,7	0,3	0,2	0,1	0,1	0,8
V. Transtornos mentais e comporta	-	-	0,0	0,1	0,5	1,2	0,4	0,1	0,7
III. D. Sangue órgãos hematet ranstimunitár	0,4	0,5	1,2	1,0	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5
VIII. D. do ouvido e apóf mastóide	0,3	0,4	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	-	0,1
VII. D. do olho e anexos	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
XX. Causas externas de morbimortalidade	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
CID10ª Revisão não disp. Não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

Tabela 46. Principais causas de óbitos – Manaus 2004 a 2008

Capítulo CID-10	2004	2005	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	411	453	407	463	471
II. Neoplasias (tumores)	1.034	1.138	1.184	1.291	13.53
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	41	46	41	36	39
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	320	323	305	362	391
V. Transtornos mentais e comportamentais	31	28	32	35	39
VI. Doenças do sistema nervoso	78	97	102	89	123
VII. Doenças do olho e anexos	0	1	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.224	1.245	1.346	1.302	1.526
X. Doenças do aparelho respiratório	630	595	615	633	691
XI. Doenças do aparelho digestivo	297	286	306	371	371

Capítulo CID-10	2004	2005	2006	2007	2008
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	5	14	24	15
XIII. Doenças sist osteo muscular e tec conjuntivo	26	27	42	31	33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	136	134	131	183	181
XV. Gravidez parto e puerpério	25	19	18	26	18
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	295	327	333	311	323
XVII. Mal f. cong deformide anomalias cromossômicas	149	175	182	171	175
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	1.146	1.127	1.067	944	983
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.028	1.029	1.166	1.109	1.255
Total	6.878	7.055	7.291	7.381	7.988

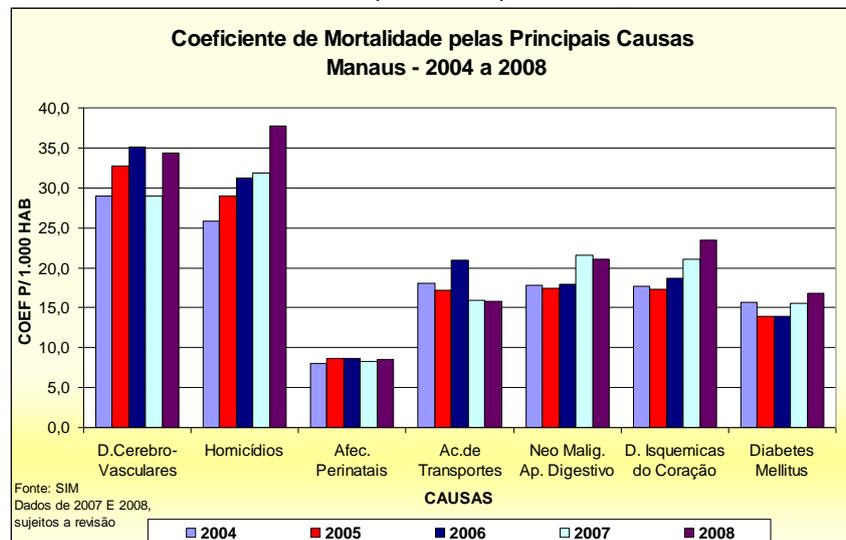
Mortalidade proporcional por idade

Tabela 47. Óbitos por Faixa Etária, Manaus, 2004 a 2008

Faixa Etária	2004	2005	2006	2007	2008
Menor 1 ano	628	674	655	593	609
1 a 4 anos	126	114	150	104	108
5 a 9 anos	77	59	67	60	67
10 a 14 anos	68	59	68	69	61
15 a 19 anos	175	178	193	199	204
20 a 29 anos	530	556	617	610	709
30 a 39 anos	497	573	554	565	573
40 a 49 anos	671	663	691	708	760
50 a 59 anos	848	823	860	923	1.012
60 a 69 anos	952	1.000	1.006	1.045	1.144
70 a 79 anos	1.147	1.158	1.148	1.195	1.358
80 anos e mais	1.137	1.191	1.265	1.283	1.374
Idade ignorada	22	7	17	27	9
Total	6.878	7.055	7.291	7.381	7.988

Fonte:SIM/SEMSA

Gráfico 9. Coeficiente de Mortalidade pelas Principais Causas, Manaus. 2004–2008.



RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Entende-se como mortalidade materna o conjunto de mortes devidas às complicações de gravidez, parto e puerpério e aborto. É um indicador consistente sobre a saúde da mulher porque retrata a cobertura e a qualidade prestada à mulher na gravidez.

Manaus ainda apresenta-se vulnerável para conter esta situação. No ano de 2002 a taxa de mortalidade materna foi de 60,25 por cem mil nascidos vivos, estando aquém do aceitável, pois em países desenvolvidos a taxa de mortalidade materna varia de 06 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2007 foi de e em 2008.

Conforme pactuação formulada a meta do município é investigar 75% dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil. Em 2008 nos aproximamos dessa meta (53,7%) entretanto a maior dificuldade ainda está na reorganização da logística de transporte para as investigações e na descentralização das ações de vigilância para o nível local.

3.2 Perfil de Morbidade

Dados Situacionais de doenças e agravos de notificação, obrigatórias em Manaus.

Tabela 48. Frequência de doenças e agravos confirmados em Manaus, 2006 a 2008.

DOENÇA/AGRAVO	2006	2007	2008
1º. Diarreia	35.545	60.533	64.380
2º. Malária*	38.796	38.906	18.827
3º. Atend. Antirrábico	3.599	3.147	3.909
4º. Varicela	2.2.43	3.595	3.195
5º. Dengue	472	1.684	7.223
6º. Tuberculose	1.711	1.544	1.668
7º. Hepatites Virais	405	373	473
8º. Leishmaniose Tegumentar Americana	615	596	420
9º. AIDS	344	322	347
10º. Hanseníase	334	381	303

Fonte: SINAN/SIVEP/SEMSA

*Até 2008 Manaus ainda não era certificada para ações de vigilância epidemiológica, o controle da malária ainda estava sob a responsabilidade da Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas cujas informações são adquiridas através do SIVEP-MALÁRIA. As demais informações foram adquiridas do SINAN.

A notificação de doenças e agravos transmissíveis tem sido uma das principais ferramentas de que dispõe o serviço de saúde para controle da cadeia de transmissão de doenças além da identificação de novas, as emergentes e também as reemergentes. Na série histórica das DNC informadas observa-se um aumento no número das notificações realizadas, em 2006 foram notificados 88.844 e confirmados 87.704; saltando em 2008 para 104.814 casos notificados e confirmados 102.230 casos suspeitos de doenças transmissíveis.

Na tabela 48 estão descritos os dez principais casos confirmados das doenças e do número de atendimentos realizados com vistas ao monitoramento da raiva humana e da cólera.

I. MALÁRIA

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

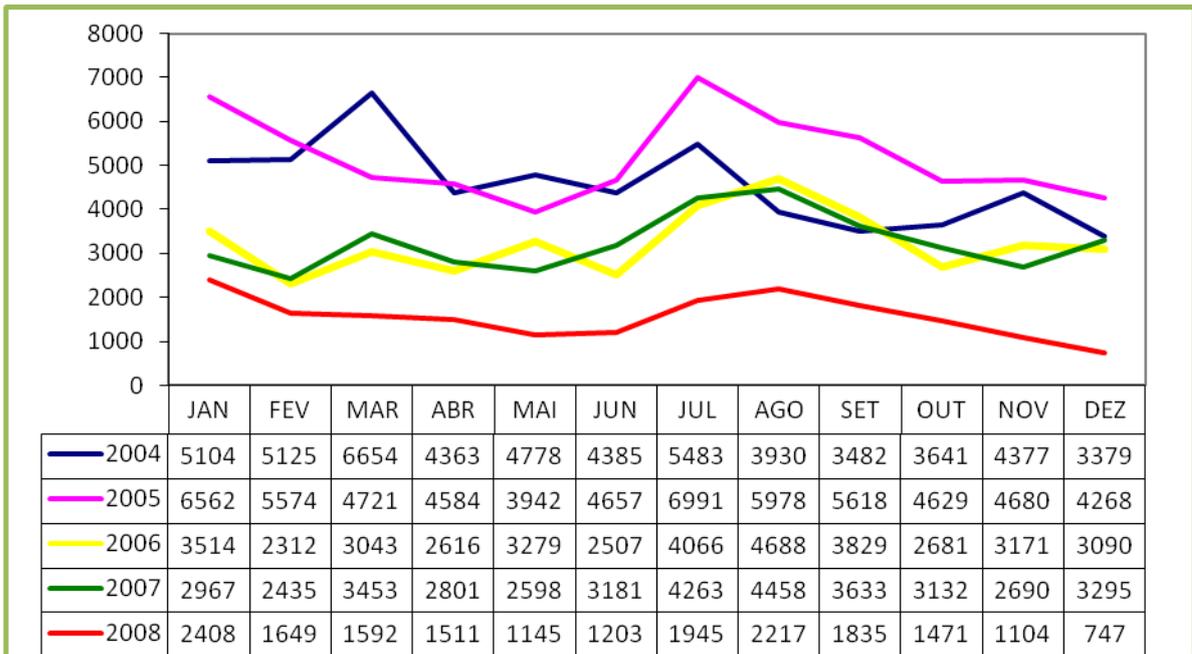
Em 2004 no município de Manaus perpetuaram-se as ocupações desordenadas, invasões que se concentraram nas zonas Oeste, Norte e Leste, que juntamente com as alterações climáticas, contribuíram para a ocorrência de uma nova epidemia, com o registro de 54.701 representando um incremento de 352,3% dos casos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

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

O ano de 2008 foi um ano atípico, pois apresentou grande redução em relação aos anos anteriores, sem podermos responsabilizar alguma ação específica para isso.

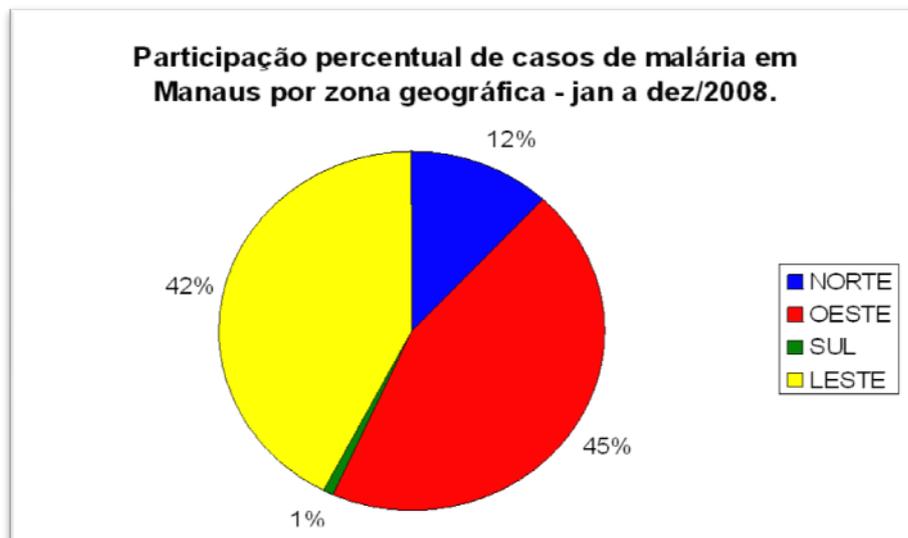
Em 2009 Manaus foi certificada para as ações de vigilância em saúde, o que inclui as endemias, esse é um grande desafio para a SEMSA e tem sido alvo de grandes discussões e planejamentos que buscam dar continuidade a redução apresentada no ano de 2008 para malária, evitar novas epidemias de dengue por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

Gráfico 10. Malária em Manaus: distribuição mensal de casos autóctones entre janeiro de 2004 e novembro de 2008 - local de infecção



Fonte: SIVEP - Malária - atualizado até 20/01/2009

Gráfico 11. Malária em Manaus: distribuição mensal de casos autóctones por Zona Geográfica. Manaus, 2008.

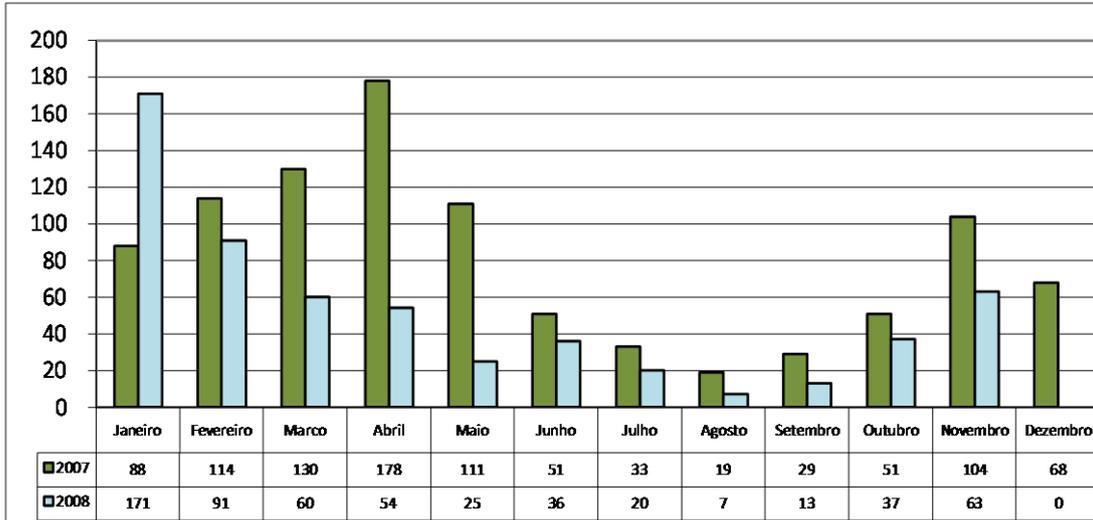


II. LEISHAMNIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

De acordo com os dados abaixo podemos observar que, em 2007 os casos de leishmaniose tegumentar americana, apresentaram significativo nos meses de janeiro a abril, reiniciando uma nova subida a partir de agosto até o fim do ano, já em 2008 o número de casos iniciou alto e foi reduzindo até maio e semelhante ao ano anterior os casos aumentaram a partir de agosto.

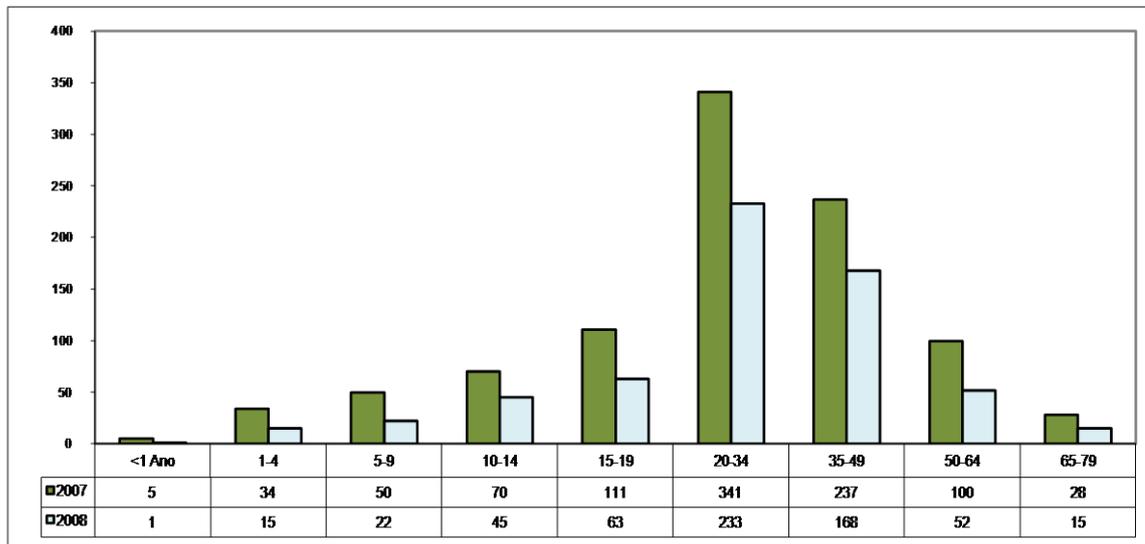
A faixa etária mais atingida corresponde aos adultos que estão em período produtivo economicamente e desenvolvem atividades, frequentemente extrativistas, em áreas de risco para transmissão de leishmaniose.

Gráfico 12. Leishmaniose Tegumentar Americana em Manaus: frequência por mês de diagnóstico dos casos autóctones JAN/2007 a NOV/2008.



Fonte: Sinan - NET - atualização até 10.12.2008

Gráfico 13. Leishmaniose Tegumentar Americana em Manaus: distribuição por faixa etária - JAN/2007 a DEZ/2008.



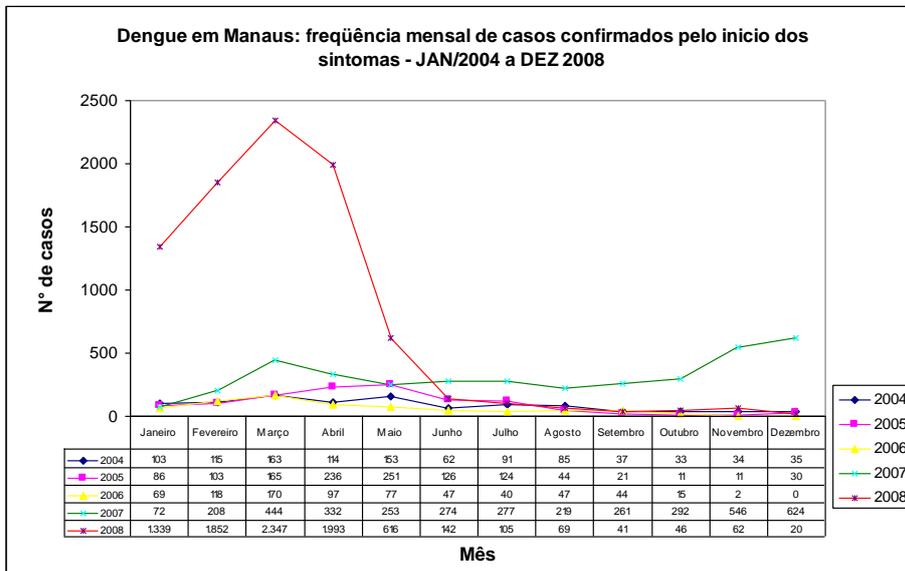
Fonte: Sinan - NET atualização até 07.01.09

III. DENGUE

Analisando os números do gráfico observamos a epidemia de dengue no ano de 2008, fato que já vinha sendo anunciado pelos casos de 2007. Uma das medidas de intensificação realizada foi a Operação Impacto contra a Dengue que mobilizou muitos parceiros e grande parte da população de Manaus.

Ressaltamos que a subnotificação dos casos de dengue em nosso município dificulta muito a análise do panorama real deste agravo.

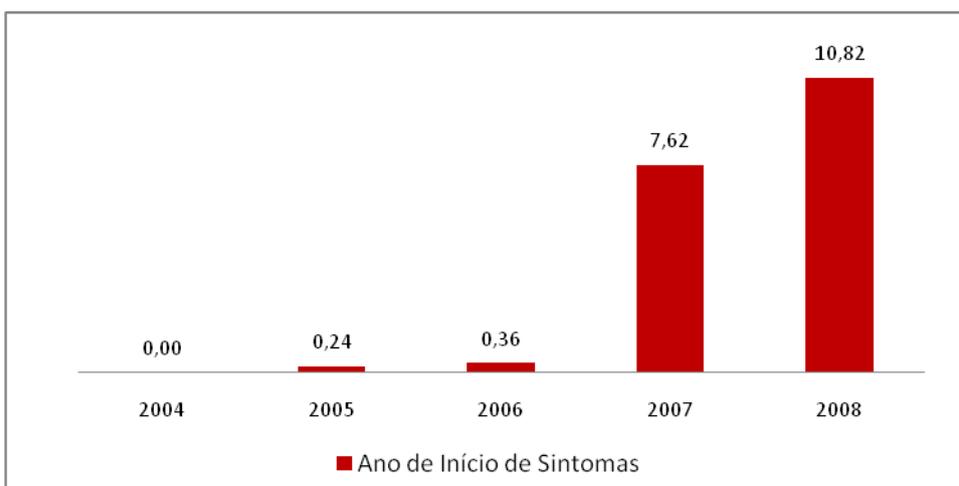
Gráfico 14. Casos de Dengue em Manaus, 2004 a 2008.



IV. FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE

Nos casos de febre hemorrágica do dengue notificados no SINAN, no município de Manaus, nos anos de 2004 a 2008, observa-se que realizando a análise temporal, no ano de 2004 não houve registro de nenhum caso. Nos anos de 2005 a 2006 a incidência permaneceu baixa, 0,24 e 0,36 casos por 100.000 habitantes/ano respectivamente. Porém no ano de 2007, a incidência passou para 7,62 casos por 100.000 habitantes e no ano seguinte, 2008 a incidência apresentou um incremento, aumentando para 10,82.

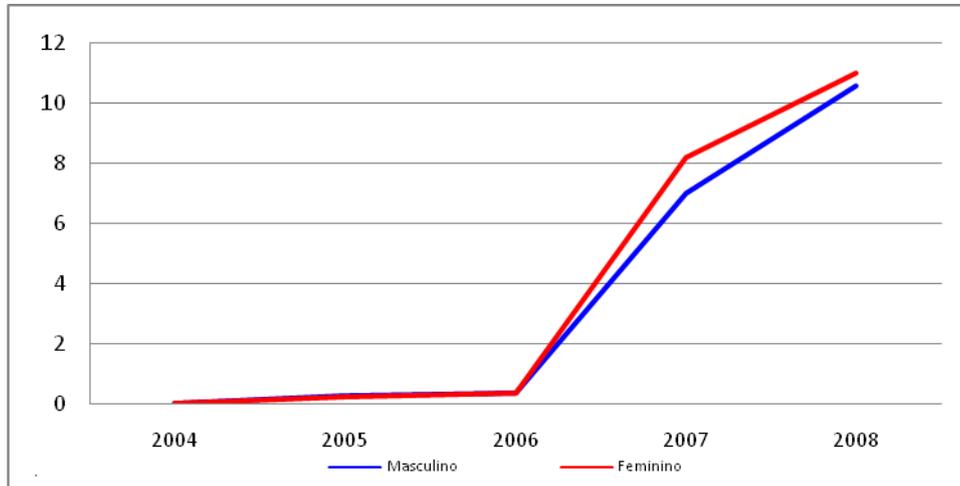
Gráfico 15. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Ano de Início de Sintomas. MANAUS 2004 - 2008



Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA. Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação à distribuição dos casos de febre hemorrágica do dengue quanto ao gênero, nos anos de 2005 a 2006 a distribuição foi pareada, não havendo diferença significativa. No ano de 2007, a incidência dos casos aumentou no sexo feminino, comportamento que se manteve no ano de 2008.

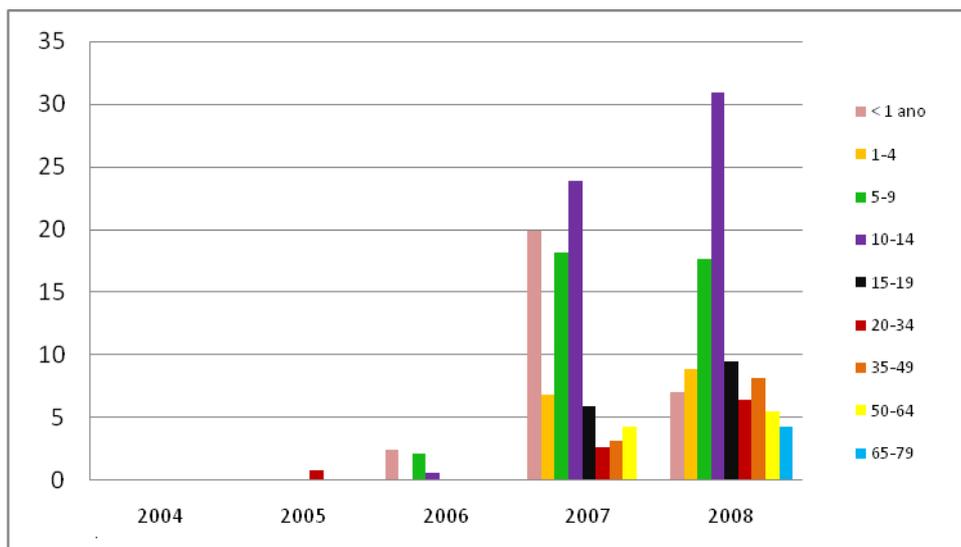
Gráfico 16. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Sexo. MANAUS 2004 – 2008.



Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação à faixa etária mais acometida, nos casos de febre hemorrágica do dengue, observa-se que no ano de 2006 foi a de < de 1 ano de idade. A partir de 2007 houve uma mudança para a faixa etária de 10 a 14 anos, comportamento que se manteve também no ano de 2008, fato este que aponta para uma população mais vulnerável para este agravo.

Gráfico 17. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Faixa Etária. MANAUS 2004 - 2008

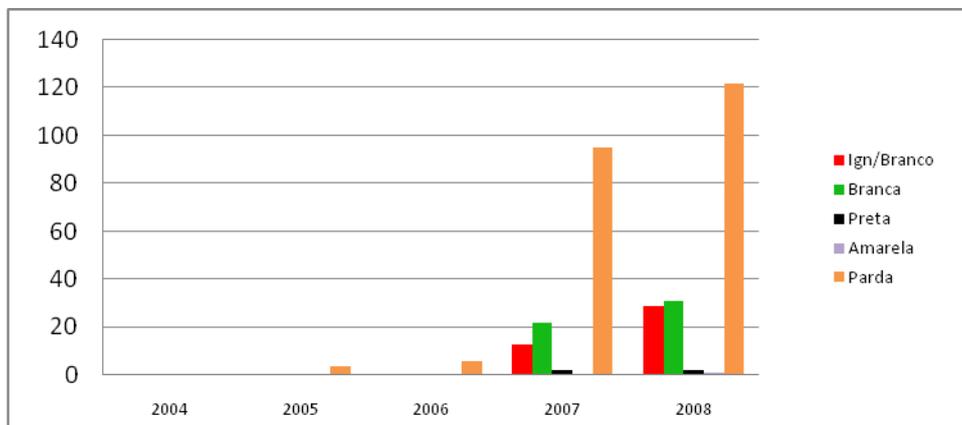


Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação a distribuição dos casos de febre hemorrágica do dengue, levando em consideração a distribuição por raça, não dispomos da população de Manaus com a distribuição desta variável, por isso a análise se deu apenas através do número de casos absolutos.

Observa-se que a raça mais acometida em todos os anos é a raça parda. Levando-se em conta que a maior parte da população do município de Manaus está inserida nesta classificação de raça.

Gráfico 18. Casos de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Raça. MANAUS, 2004 - 2008

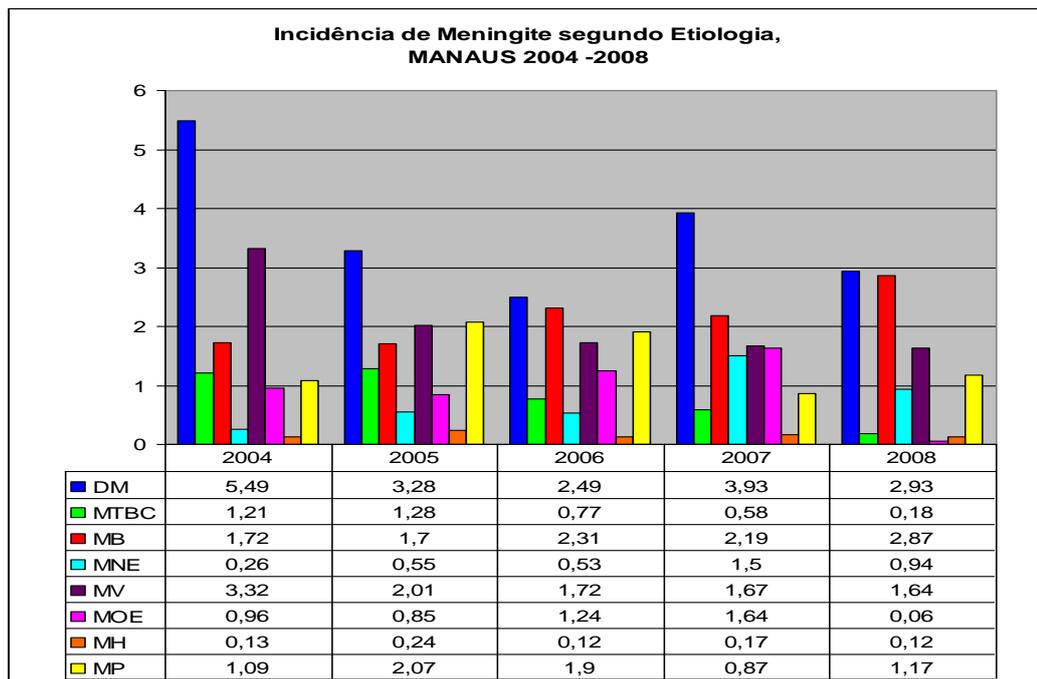


Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

V. MENINGITES

Na distribuição dos casos de meningite ocorridos no município de Manaus, no período de 2004 a 2008, observa-se que a Doença Meningocócica (DM) apresenta uma maior incidência em relação aos demais tipos de meningite em todos os anos analisados.

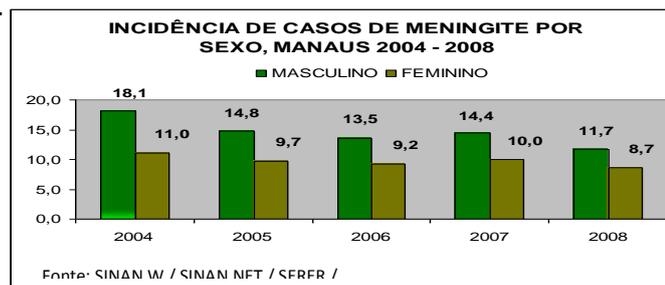
A Doença Meningocócica é a única que pode causar epidemia e apresenta-se sob três formas clínicas: Meningite Meningocócica, Meningococemia e Meningite Meningocócica associada à Meningococemia, merecendo um monitoramento com ações de prevenção e controle pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica.



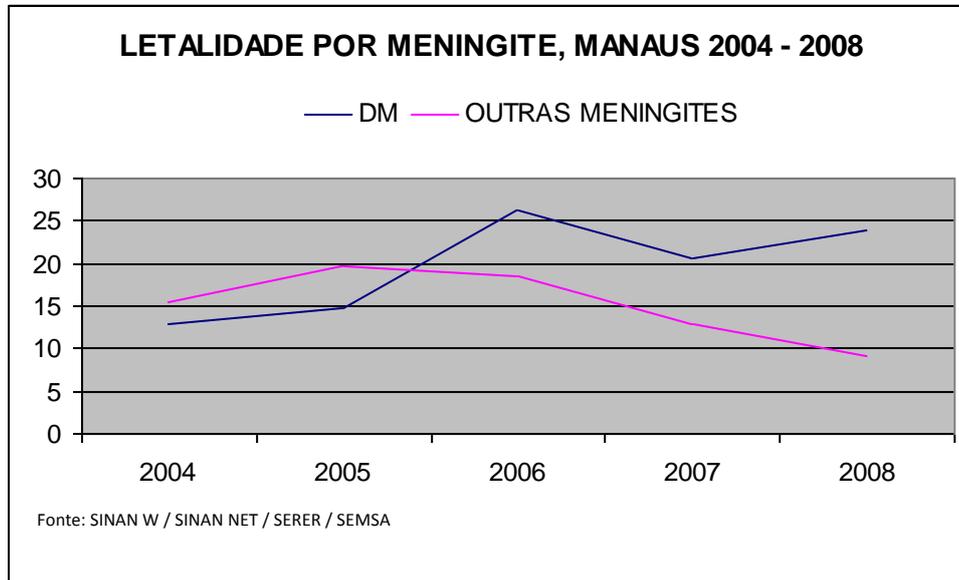
Fonte: SINAN W / SINAN NET / SERER / SEMSA

Na análise temporal a Doença Meningocócica apresentou uma redução levando em conta os anos 2004 a 2006, porém ainda aparece como a meningite de maior incidência em comparação as demais. A partir do ano de 2007 a incidência de doença meningocócica voltou a crescer, com um aumento para 3.93 casos por 100.000 habitante/ano.

No ano seguinte, 2008, a doença meningocócica apresentou incidência de 2.83 por 100.000 habitante/ano, seguida pela Meningite causada por outras bactérias (2.87 por 100.000 habitante/ano).



Na análise da distribuição por sexo, no período de 2004 a 2008, observa-se que o masculino é o mais acometido nas diversas formas clínicas da meningite, mantendo um comportamento padrão em todos os anos analisados.



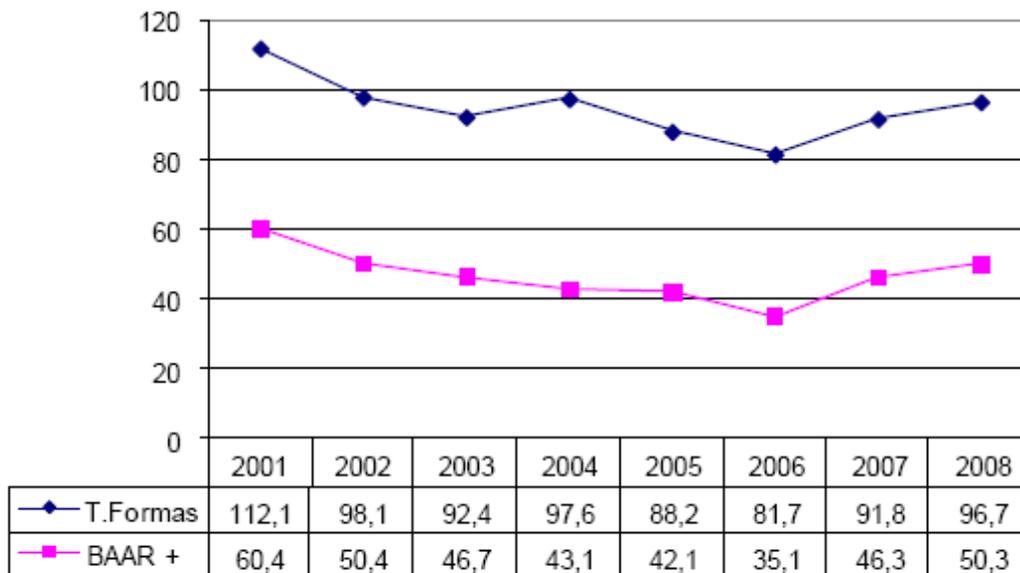
Na análise da letalidade por meningite observamos que nos anos de 2004 e 2005 a letalidade por outras meningites foi mais elevada em comparação as doenças meningocócicas. No ano de 2006 a letalidade por doença meningocócica chegou a 26,19% a mais alta registrada em todos os anos analisados suplantando a meningite por outras causas, a partir de 2007 a letalidade por doença meningocócica permaneceu superior apresentando um incremento em 2008, chegando a faixa de 24%.

VI. TUBERCULOSE

Na distribuição dos casos novos de tuberculose em 2008, se destacam as elevadas taxas de incidência na população de 15 e mais anos, principalmente de TB todas as formas, pulmonar e pulmonar bacilífera, assim como os percentuais de detecção que foram todos acima de 100% nesse grupo. Estudo realizado sobre os casos de tuberculose em Manaus, no período de 2000 a 2005, demonstrou que os casos se concentram principalmente entre os adolescentes e adultos jovens (cerca de 50% na faixa etária de 15 a 34 anos). A taxa de incidência a partir de 55 anos é praticamente o dobro, quando comparada com a taxa de incidência da faixa etária de 15 a 24 anos, justificando a adoção de estratégias que alcancem esse grupo mais exposto ao risco de ocorrência de tuberculose. Quanto à evolução da taxa de incidência de TB todas as formas e TB bacilífera na população geral, verifica-se um declínio importante nos anos de 2005 e 2006. Porém, em 2007, retorna-se aos níveis do ano de 2002, anterior à descentralização das ações de controle da Tuberculose, ocorrida em 2003. Mesmo desconhecendo a intensidade das atividades de busca de casos no município de Manaus em 2007 e 2008, as metas de diagnóstico baseadas no incremento de atividades foram alcançadas em 100%, considerando os casos estimados para todas as formas e pulmonar bacilífera.

Ressalta-se que o número de casos detectados tem sido consideravelmente maior do que o esperado pela programação baseada na população, o que leva a manter a programação de casos baseada no incremento de atividades.

Incidência da TB todas as formas e TB bacilífera Manaus, 2001 a 2008



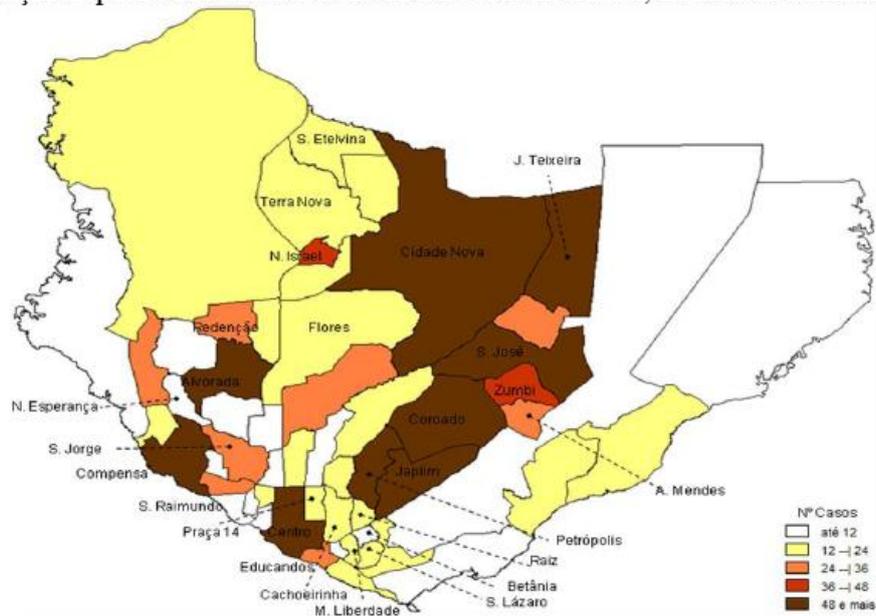
Fonte: SINAN/SEMSA. Inc/100.000 hab. Dados sujeitos a revisão.

A taxa de mortalidade de tuberculose é outro indicador que demonstra a gravidade da doença em Manaus. A taxa do Brasil vem se mantendo abaixo de 3/100.000 hab. Estudos realizados sobre a padronização dessa taxa para Manaus indicam valores acima de 4/100.000 hab. Embora o último dado disponível do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, seja do ano de 2006 (figura 4), de acordo com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, na coorte de 2008, foram encerrados 112 casos por óbito. Destes, 95 foram atribuídos à tuberculose e ocorreram principalmente nas instituições de referência, principalmente em co-infectados com HIV/TB.

A taxa de incidência de TB todas as formas é praticamente igual nos Distritos Leste, Sul e Oeste, sendo todas acima de 100/100.000 hab. e a de TB bacilífera, acima de 50/100.000 hab.

Dos 56 bairros de Manaus, 57% apresentaram taxa de incidência de TB todas as formas acima de 100/100.000 hab. e 36% entre 50 a 99/100.000 hab. (figura). Os percentuais de bairros nestas faixas de incidência são semelhantes ao estudo realizado para avaliar a distribuição da doença no período de 2000 a 2005. Os bairros destacados são os que foram definidos como prioritários para a implementação das ações do PCT, por apresentarem os critérios de maior número de casos, maiores taxas de incidência e menores taxas de cura no referido estudo.

Distribuição Espacial dos Casos Novos de TB todas as formas, Bairros de Manaus, 2008.



VII. HEPATITE

As hepatites virais continuam sendo um grave problema de Saúde Pública no município de Manaus, refletindo as baixas condições sanitárias e de hábitos de higiene da população, se apresentado sempre de forma endêmica.

O inquérito epidemiológico e as informações continuam deficientes impossibilitando uma visão mais abrangente e real dos casos existentes.

A vigilância epidemiológica em Manaus desde 2003 tem investigado os casos notificados de hepatites virais. Em 2004 foram notificados 3.122 casos de hepatites virais, destes, 2.325 foram confirmados, sendo 2.176 hepatite tipo A; 79 para hepatite tipo B; 55 para o tipo C; 07 do tipo B/D; 03 eram B/C e 05 como Outras Hepatites Virais, além dos 797 casos que estavam sem diagnóstico.

VIII. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS.

A epidemia da AIDS no estado do Amazonas está concentrada basicamente na Capital, com cerca de 83,8% total de casos notificados. Os números apontam para a feminização, onde a razão entre os sexos vem diminuindo gradativamente, atingindo em 2008 1,83 homens para 1 mulher infectada e revela a importante vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV. Em relação às faixas etárias, nos últimos cinco anos houve uma estabilização entre pessoas de 20 a 34 anos (55,2%) e um crescimento dos casos nas faixas mais jovens, de 15 a 19 anos (2,8%) e acima de 50 anos (8,70%). Neste caso, o alerta maior está para os jovens que estão se infectando cada vez mais precocemente, culminando com a iniciação da vida sexual de forma desprotegida. A categoria de exposição ao HIV predominante ainda é a via sexual (87,3%), reforçando a prática sexual desprotegida da população de Manaus.

A mortalidade por AIDS é um dado preocupante, pois o Amazonas encontra-se em segundo lugar em número de óbitos da região Norte, com 172 casos registrados só em 2007, sendo 43,0% em Manaus. O diagnóstico tardio tem sido um fator preponderante para o aumento da mortalidade, uma vez que as pessoas chegam às unidades de referência com a imunidade comprometida e na maioria das vezes co-infectadas, sendo a tuberculose a principal causa de óbito nesses pacientes.

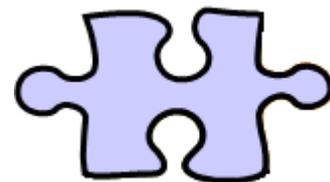
A taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade teve um crescimento na Região Norte (2,9), mantendo-se em 2,8 em Manaus. O número de casos de Gestantes sororreagentes para HIV e Sífilis e os casos de sífilis congênita na cidade de Manaus (119, em 2008), registrados principalmente nas maternidades, reflete a necessidade de melhoria da cobertura do pré-natal na rede municipal, para evitar o disparo do número de casos de crianças infectadas pelo vírus da AIDS em Manaus, além de altos custos com tratamento e internações hospitalares e UTI das crianças com mal formações decorrentes da sífilis congênita.

Tabela 49. Casos Notificados de DST e AIDS no município de Manaus em 2004 – 2008

Agravo	2004	2005	2006	2007	2008
SIFILIS EM ADULTOS (EXCLUIDA A FORMA PRIMÁRIA)	147	131	72	86	67
INFECÇÃO GONOCÓCICA	0	167	380	44	38
HERPES GENITAL	104	57	0	259	173
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	338	234	250	1.019	1.119
SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCL. HERPES GENITAL)	40	23	0	191	15
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	402	512	9	240	413
SIFILIS EM GESTANTE	36	87	214	138	71
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL	170	64	0	530	123
TOTAL	1.742	1.993	1.908	2.507	2.019

Fonte: SINAN NET / SEMSA

Em relação às outras DST, os sistemas de vigilância do município tentam identificar todos os casos, no entanto, deve-se considerar que a notificação é realizada de forma não compulsória e não segue critérios uniformemente estabelecidos, o que dificulta o perfil epidemiológico das mesmas. Sabe-se que DST como Hepatite B, infecções pelo HPV e outras têm crescido na capital, entretanto, a Equipe Municipal de Ações de DST e AIDS enfrenta dificuldades para traçar seu perfil em virtude da falta de registro por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, o número de casos de AIDS reflete indiretamente a exposição sexual às outras DST.



EIXO I:

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Município de Manaus propõe a implementação das diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais com vistas a uma política municipal transversal, integrada e intersetorial junto aos diversos setores da sociedade a fim de compor redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população. Assim são desafios desta Gestão promover a alimentação saudável; incentivar a prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; contribuir com a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; acidentes e violências; estimular a cultura de paz e o desenvolvimento sustentável.

DIRETRIZ

1.1 PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR VULNERABILIDADE E RISCOS À SAÚDE RELACIONADOS AOS SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.

OBJETIVO 1 - DESENVOLVER UM CONJUNTO DE AÇÕES ARTICULADAS E SISTEMATIZADAS, DE MODO A CONTRIBUIR PARA A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SEGUROS E SAUDÁVEIS.	INSTITUIR COMITÊ INTERINSTITUCIONAL QUE INTEGRE E ESTIMULE POLÍTICAS PÚBLICAS DE AMBIENTES SEGUROS E SAUDÁVEIS.	X			
	ELABORAR UM PLANEJAMENTO INTEGRADO POR ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO CONTINUADA DA POPULAÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS E A ATUAÇÃO FRENTE A SUA OCORRÊNCIA, EM PARCERIA COM ESCOLAS, LOCAIS DE TRABALHO, LAZER E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E MÍDIA.	X	X	X	X
	PRODUZIR MATERIAL EDUCATIVO ACERCA DA PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS DESTINADOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO.	X	X	X	X
	ESTIMULAR O USUÁRIO A PRÁTICA CORPORAL/ATIVIDADE FÍSICA E A CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - PROMOVER A SAÚDE DO ESCOLAR REALIZANDO AÇÕES QUE GARANTAM ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS O CUIDADO COM A SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER AÇÕES INTERSETORIAIS, ESTIMULANDO OS ESCOLARES A PRÁTICA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS.	IMPLEMENTAR O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, NO MÍNIMO EM 50% DAS ESCOLAS PÚBLICAS INTEGRANTES DO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO/MEC.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - ESTABELECEMOS POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR UM PLANO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.	X			
	EXECUTAR 100% DAS CAMPANHAS EDUCATIVAS E DE DIVULGAÇÃO PERMANENTE SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE MUNICIPAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 - IMPLEMENTAR A POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
EXPANDIR AS AÇÕES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.	DISPONIBILIZAR E PADRONIZAR INSUMOS ADEQUADOS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR A FIM DE AUXILIAR A TER FILHOS OU PARA EVITAR GRAVIDEZ, EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
REDUZIR O ÍNDICE DE GRAVIDEZ INDESEJADA.	REALIZAR AÇÕES INTERSETORIAIS (SAÚDE - EDUCAÇÃO) EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE ENSINO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL.	X	X	X	X
	DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - FORTALECER AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ACOMPANHAR OS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL, EM	ATENDER 80% DOS BENEFICIÁRIOS PRIORITÁRIOS DO PROGRAMA ATÉ 2013, SENDO 70% (2010), 73% (2011), 76% (2012) E 80% (2013).	X	X	X	X

RELAÇÃO À CONDICIONALIDADE DA SAÚDE EM CONJUNTO COM O ÓRGÃO GESTOR DO PROGRAMA.	ELABORAR UM PLANO APLICATIVO DO ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA - IGD PARA EXECUÇÃO FINANCEIRA PELO ÓRGÃO GESTOR DO PROGRAMA (SEMASDIH), GARANTINDO RH, EQUIPAMENTOS ANTROPOMÉTRICOS E DE INFORMÁTICA PARA A COORDENAÇÃO NA SEMSA E NOS EAS.	X	X	X	X
	ELABORAR UM PROJETO DE DIVULGAÇÃO DAS CHAMADAS DAS FAMÍLIAS, PARA EXECUÇÃO DURANTE A VIGÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO NOS SEMESTRES.	X	X	X	X
	ARTICULAR COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA EXECUÇÃO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
REDUZIR DOENÇAS CRÔNICAS EM DECORRÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL.	PROMOVER AÇÕES INTERSETORIAIS ESTIMULANDO A PRÁTICA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS MUNICIPAIS DE ENSINO.	X	X	X	X
PROMOVER O ACESSO DA POPULAÇÃO A SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO.	REDUZIR EM 5% A INCIDÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA ATÉ 2013.	X	X	X	X
	RASTREAR NOVOS CASOS DE ANEMIAS FERROPRIVA E MEGALOBLÁSTICA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	INSCREVER 100% DAS GESTANTES NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO.	X	X	X	X
	DISPENSAR SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO E ÁCIDO FÓLICO PARA 100% DE GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS.	X	X	X	X
INCENTIVAR A POPULAÇÃO AS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.	ESTIMULAR A POPULAÇÃO AS AÇÕES DE EMPODERAMENTO PARA O ENTENDIMENTO E USO PRÁTICO DA ROTULAGEM GERAL E NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS	X	X	X	X

	ESTIMULAR A POPULAÇÃO A PRÁTICA DE CONSUMO DE ALIMENTOS ORGÂNICOS.	X	X	X	X
ESTABELECEER PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO PRECOCE E CONTROLE DOS AGRAVOS NUTRICIONAIS.	UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ESTABELECIDO.	X			
IMPLEMENTAR O SISTEMA DE VIGILANCIA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/SISVAN PARA MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E GESTANTES.	IMPLEMENTAR SISVAN NOS 5 DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X		
GARANTIR RH NECESSÁRIO PARA AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.	GARANTIR RH EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
REALIZAR O LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO.	UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO E A MORBIMORTALIDADE CAUSADA PELO MALEFÍCIO DO TABACO NA POPULAÇÃO DE MANAUS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO.	ELABORAR 01 PROGRAMA.	X			
	IMPLANTAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.	X	X		
	PROMOVER A CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL E MEDICAMENTOSA PARA COMPOSIÇÃO DE EQUIPES NOS EAS.	X	X		
	IMPLANTAR O SERVIÇO EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

	AMPLIAR A CAPACIDADE DE ATENDIMENTO AO FUMANTE NO MODELO DE ABORDAGEM INTENSIVA E BREVE.	X	X	X	X
	DISTRIBUIR MATERIAL EDUCATIVO, INSTRUCIONAL E DISPENSAR MEDICAMENTOS REFERENTES AO PROGRAMA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO.	X	X	X	X



EIXO II:

ATENÇÃO À SAÚDE

A definição das ações de Atenção Integral à Saúde deve considerar a interferência na conquista e melhoria da qualidade de vida, produzida pelo emprego, salário, alimentação, moradia, saneamento, educação, meio ambiente, transporte, acesso e uso da terra, distribuição de renda e lazer.

Devemos romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica e implantar a Atenção Integral à Saúde, através da articulação de todas as ações e do cumprimento dos preceitos constitucionais e da legislação do SUS. Devem ser assegurados o repasse do poder e dos recursos até o nível local, a regionalização, a hierarquização e a equidade, garantindo às populações urbanas e rurais o acesso a todos os níveis de atenção e a qualquer ação de que necessitem.

DIRETRIZ**2.1 EXPANDIR E EFETIVAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA, CONSOLIDANDO O MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.****OBJETIVO 1 – CONSOLIDAR O MODELO DE ATENÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES INTEGRADAS.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR PLANEJAMENTO INTEGRADO PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA COM A ASSISTÊNCIA.	INTEGRAR AS BASES TERRITORIAIS DAS AÇÕES DOS ACS E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS-ACE ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X			
DEFINIR A ADSCRIÇÃO DA CLENTELA SEGUNDO TERRITÓRIOS DE ATENÇÃO.	ESTABELECEER DESENHO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE EM CONJUNTO COM A VIGILÂNCIA, ATÉ 1º TRIMESTRE DE 2010.	X			

OBJETIVO 2 – QUALIFICAR E AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, OBEDECENDO AS NORMAS VIGENTES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	AMPLIAR O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE 178 EM 2009 PARA 270 ATÉ 2013.	X	X	X	X
	PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE EM ÁREAS DE DIFÍCIL ACESSO, AQUIRINDO VEÍCULOS TIPO VANS PARA AS EQUIPES.	X	X	X	X
ESTRUTURAR A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	IMPLANTAR 90 MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PRIORITARIAMENTE NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM VAZIOS ASSISTENCIAIS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR 20 NÚCLEOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF 1.	X	X	X	X
	EQUIPAR 100% DOS MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONSTRUÍDOS.	X	X	X	X

	MODIFICAR, 40%, NO MÍNIMO, O ATUAL MODELO DE UBS (TRADICIONAL) PARA O MODELO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X
--	---	---	---	---	---

OBJETIVO 3 - ESTRUTURAR OS SERVIÇOS DO DISTRITO DE SAÚDE RURAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE SAÚDE NA ÁREA RURAL	ELABORAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO INTERSETORIAL COM ENFOQUE NA POLÍTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AGENDA 21 LOCAL.	X	X		
PROPICIAR ADEQUADO TRANSPORTE DOS SERVIDORES DO DISTRITO RURAL DA ÁREA RIBEIRINHA E TERRESTRE E MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO.	ADQUIRIR 01 BARCO AMBULATORIAL E 08 LANCHAS PARA ASSISTENCIA NA ÁREA RIBEIRINHA E 02 AMBULANCIAS NA ÁREA TERRESTRE (BR-174 E AM-010), COM SISTEMA DE COMUNICAÇÃO VIA RÁDIO.	X	X		
	02 LANCHAS E 02 VEÍCULOS (TIPO MICRO-ONIBUS) PARA O TRANSPORTE DOS SERVIDORES E CONSELHEIROS.	X	X		

OBJETIVO 4 - INSTITUIR E INSTITUCIONALIZAR A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NA SEMSA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A PRÁTICA DO USO DE PROTOCOLOS; MONITORAR A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS E SUA EFETIVIDADE.	INSTITUIR O USO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO ROTINAS DE TRABALHO EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - ESTABELEECER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INSTITUCIONALIZAR FLUXO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E HOSPITALAR EM CONJUNTO COM O ESTADO.	CRIAR E IMPLANTAR 01 MANUAL DE FLUXO (03 EIXOS) EM CONJUNTO COM O ESTADO NAS DIVERSAS ESPECIALIDADES E EIXOS DE ATENÇÃO.	X			
ESTRUTURAR SOFTWARE CONTEMPLANDO CADASTRO	CRIAR E IMPLANTAR BANCO DE DADOS COM INFORMAÇÕES DOS	X	X	X	X

ÚNICO NO ÂMBITO DO SUS, FACILITANDO O ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DO PACIENTE.	USUÁRIOS COM ACESSO UNIVERSAL POR TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE, INDEPENDENTE DE SUA COMPLEXIDADE.				
MELHORAR A CONECTIVIDADE DOS EAS COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO.	DOTAR 100% DOS EAS DE MEIOS QUE FACILITEM A TRANSMISSÃO DE DADOS.	X			

OBJETIVO 6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INSERIR E IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE ACUPUNTURA, FITOTERAPIA E PLANTAS MEDICINAIS, TERMALISMO, E HOMEOPATIA COMO PRÁTICAS DE SAÚDE INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE FORMA MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR DE ACORDO COM A PORTARIA MS 971/2006.	APRESENTAR UM PLANO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.	X			
	DISPONIBILIZAR OS SERVIÇOS NOS EAS CREDENCIADOS E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF.	X	X		
IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS.	CRIAR A COMISSÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS COM COMPOSIÇÃO INTERSETORIAL.	X			
	APRESENTAR PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DESSA POLÍTICA NO SUS MUNICIPAL.	X			
	DISPONIBILIZAR PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NOS EAS E FARMÁCIAS ESPECIFICAMENTE CREDENCIADOS PARA ESSE FIM.		X		

OBJETIVO 7 - FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA IDOSA.	X			
EMITIR CADERNETAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM ABORDAGEM DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, RISCOS E AGRAVOS.	DISTRIBUIR CADERNETAS AOS IDOSOS RECÉM INGRESSOS NA FAIXA ETÁRIA A PARTIR DE 60 ANOS COM PROJEÇÃO DE 11.000 UNIDADES POR ANO.	X	X	X	X
QUALIFICAR COMO CUIDADOR DE IDOSO PESSOAS DA FAMÍLIA E POTENCIAIS CUIDADORES	QUALIFICAR CUIDADORES, NO MÍNIMO 300/ANO, PARA ATENDIMENTO DE IDOSOS NA	X	X	X	X

PARA O MERCADO DE TRABALHO.	FAIXA ETÁRIA A PARTIR DE 60 ANOS.				
REDUZIR O ÍNDICE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.	REDUZIR EM 2% O INDICADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR FRATURA DE FÊMUR ATÉ 2010, E 6% ATÉ 2013.	X	X	X	X
INTENSIFICAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.	ATENDER 60% DOS IDOSOS NA REDE BÁSICA ATÉ 2011 E 70% ATÉ 2013.	X	X	X	X
	ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO DO IDOSO, PRINCIPALMENTE NAS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E DO CÂNCER BUCAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DE ADOLESCENTE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.	X			
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA CRIANÇA.	IMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA NEONATAL (SEGMENTO DOS RN DE RISCO) NOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR A REDE NORTE NORDESTE DE SAÚDE PERINATAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR A FICHA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI A PUERPERA E RECEM - NASCIDOS.	X	X		
	AMPLIAR A OFERTA DO TESTE DO PEZINHO.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AS CONSULTAS DE PUERICULTURA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS EAS.	X	X	X	X

	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - AIDPI NEONATAL, COM CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, SAMU E MMT, EM 25% AO ANO.	X	X	X	X
	FORTALECER A REDE DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE COM ENFOQUE NA SAÚDE DA CRIANÇA.	X	X	X	X
	ESTABELECER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO PRECOCE DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM DIARRÉIA E INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA.	X	X		
	REDUZIR A MORBIDADE POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA - IRA E DIARRÉIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR E AMPLIAR POSTOS DE COLETA DE LEITE HUMANO NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM DIVULGAÇÃO NA MÍDIA.	X	X	X	X
	CAPACITAR AS EQUIPES PARA A REALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA COLETA DE LEITE.	X	X	X	X
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO ADOLESCENTE.	IMPLEMENTAR A CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AS AÇÕES EDUCATIVAS, ABORDANDO SAÚDE REPRODUTIVA E PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	EXPANDIR A CAPACITAÇÃO CONTINUADA DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE DO ADOLESCENTE.	X	X	X	X
	ESTIMULAR A CULTURA DE PAZ E A PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS.	X	X	X	X

	MANTER ATUALIZADO O CADASTRO DOS ADOLESCENTES EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR.	FORTALECER AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER.	X			
REDUZIR A MORBIMORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	IMPLANTAR UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	X	X		
	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA.	X	X		
	REDUZIR A INCIDÊNCIA DE CARCINOMA DE COLO DE ÚTERO NA POPULAÇÃO DE RISCO, OFERTANDO 400.000 EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS.	X	X	X	X
AMPLIAR A ATENÇÃO A MULHER DURANTE O CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.	ESTABELECER UM PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	OFERTAR CONSULTA E EXAMES SEGUNDO PROTOCOLO ESTABELECIDO.	X	X	X	X

OBJETIVO 10 – REDUZIR A MORBIMORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – PHPN.	IMPLEMENTAR EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	OBEDECER AO QUE DISPÕE A RDC DA ANVISA Nº 36, DE 03/06/2006 SOBRE REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTRÉTRICA E NEONATAL.	X	X	X	X

ELABORAR E IMPLANTAR O PROJETO MÃE CANGURU FASE 3.	ELABORAR E IMPLANTAR O PROJETO.	X			
CONSTRUIR E EQUIPAR O BANCO DE LEITE HUMANO – BLH NA MMT.	IMPLANTAR UM BANCO DE LEITE HUMANO NA MATERNIDADE MOURA TAPAJOS.	X	X		
OFERECER A PRIMEIRA CONSULTA DO PUERPÉRIO E A PRIMEIRA CONSULTA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.	ATENDER 100% DAS PUÉRPERAS E NEONATOS PARA A PRIMEIRA CONSULTA.	X	X	X	X
FORTALECER AS AÇÕES DO COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL.	ESTRUTURAR O COMITÊ MUNICIPAL.	X	X		
AMPLIAR O NÚMERO DE LEITOS DE UTI E UCI NEONATAL.	AMPLIAR EM 100% A OFERTA DE LEITOS DE UTI NEONATAL E 300% DE LEITOS UCI NEONATAL NA MMT.	X	X	X	X
AMPLIAR A CAPTAÇÃO DE GRÁVIDAS EM ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL PELA ESF E UBS.	AMPLIAR A CAPTAÇÃO DE GRÁVIDAS EM 50% AO ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR UTI MATERNA.	IMPLANTAR 5 LEITOS DE UTI MATERNA NA MMT.	X			
IMPLEMENTAR A OFERTA DE CAMPO DE ESTÁGIO NA ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.	IMPLEMENTAR PARCERIAS COM AS UNIVERSIDADES APOIANDO O ENSINO E A PESQUISA.	X	X	X	X

OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA TANTO NA ÁREA URBANA (ÍNDIOS DESALDEADOS) QUANTO NAS ALDEIAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.	DOTAR O SETOR RESPONSÁVEL DE RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.	X			
IDENTIFICAR A POPULAÇÃO INDÍGENA EM ÁREA URBANA E EM ALDEIAS.	REALIZAR 01 CENSO PARA IDENTIFICAR O PÚBLICO ALVO.	X	X		
GARANTIR A INSERÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE	INTEGRAR ESSA AÇÃO COM AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.	X	X		

TRABALHADORES DE SAÚDE, EM ARTICULAÇÃO COM A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.					
IMPLEMENTAR O BANCO DE DADOS SOBRE A POPULAÇÃO INDÍGENA.	IMPLEMENTAR 01 BANCO DE DADOS.	X	X	X	X
ARTICULAR INTRA / INTERINSTITUCIONALMENTE PARA A EXECUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.	ARTICULAR COM OS PARCEIROS.	X	X	X	X
REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA.	REALIZAR 04 SEMINÁRIOS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	ESTABELECEER 01 FLUXO.	X	X	X	X
	INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA SEMSA.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, EM CONSONÂNCIA COM O PACTO PELA SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES TRIMESTRALMENTE.	X	X	X	X
INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PLANOS DAS AÇÕES DA SEMSA.	INCLUIR TRANSVERSALMENTE NAS AÇÕES EXPLICITADAS NO PACTO PELA SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 12 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A REDE DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE.	INSTITUCIONALIZAR O TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM 100% DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE NAS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR TESTE TUBERCULÍNICO E TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NOS SAES (DST/AIDS).	X	X		
	IMPLANTAR A COLETA DE ESCARRO EM 100% DOS POSTOS DE COLETA DE EXAMES	X	X	X	X

	LABORATORIAIS.				
	FORTALECER A REDE DE PREVENÇÃO E ATENÇÃO À COINFEÇÃO TB/HIV.	X	X	X	X
FORTALECER AS AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE.	PROMOVER ATUALIZAÇÕES PERIÓDICAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ELABORAR E REPRODUZIR MATERIAL EDUCATIVO PARA APOIAR AS ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS UNIDADES DE SAÚDE/COMUNIDADES.	X	X	X	X
	REALIZAR A CAMPANHA DE COMBATE A TUBERCULOSE.	X	X	X	X
	APOIAR AS ATIVIDADES DO COMITÊ MUNICIPAL DE COMBATE À TUBERCULOSE	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE TUBERCULOSE VOLTADAS PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.	APOIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM 100% DAS UNIDADES PRISIONAIS ATÉ 2013.	X	X	X	X
FORTALECER O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.	REALIZAR FÓRUM ANUAL DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.	X	X	X	X

OBJETIVO 13 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA DERMATOLOGIA SANITÁRIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DERMATOSES SIMPLES E CÂNCER DE PELE.	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO IMPLEMENTADOS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA, DOTANDO OS EAS DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS E A POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE.	X	X	X	X

	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DE LESHIMANIOSE TEGUMENTAR.	X	X	X	X
--	--	---	---	---	---

OBJETIVO 14 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR O DIAGNÓSTICO PRECOZE E INTENSIFICANDO AS AÇÕES PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.	ELABORAR E EXECUTAR PLANO MUNICIPAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.	X	X	X	X
	EFETIVAR OS FLUXOS DE ATENDIMENTO, ESTRUTURANDO AS POLICLÍNICAS PARA O ATENDIMENTO REFERENCIADO.	X	X	X	X
	AUMENTAR EM 1% AO ANO A PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS E À POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA DE COMBATE À HANSENÍASE.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE ELIMINAÇÃO DE HANSENÍASE.	X	X	X	X

OBJETIVO 15 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE DST E AIDS.	ELABORAR PLANO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.	X			
PROMOVER AS AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.	IMPLEMENTAR AS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NOS EAS DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
	GARANTIR OS INSUMOS (MEDICAMENTOS, PRESERVATIVOS E GEL LUBRIFICANTE) PARA O ATENDIMENTO ÀS DST/HIV/AIDS.	X	X	X	X

	ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA E PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS DST/HIV/AIDS.	X	X		
AMPLIAR O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV.	IMPLANTAR 02 SAEs, SENDO 01 NO DISTRITO OESTE E 01 NO DISTRITO SUL.	X	X		

OBJETIVO 16 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.	ELABORAR PLANO MUNICIPAL CONFORME PORTARIA Nº 2080/GM.	X			
	CRIAR UM COMITÊ TÉCNICO PARA COMBATER AS HEPATITES VIRAIS.	X	X		
	ESTRUTURAR OS EAS PARA O ACOLHIMENTO DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HEPATITES.	X	X		
	REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA TRABALHADORES DA SAÚDE E COMUNIDADE EM GERAL.	X	X	X	X

DIRTRIZ

2.2 AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

OBJETIVO 1 - OTIMIZAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR E ESTRUTURAR UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAs.	IMPLANTAR 04 UPAs SENDO INICIALMENTE 02 EM 2010 E AS DEMAIS NOS ANOS SUBSEQUENTES.	X	X	X	X
	EQUIPAR E READEQUAR PROFISSIONAIS PARA AS UPAs.	X	X	X	X

	CAPACITAR PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NAS UPAs, ATRAVÉS DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA.	X	X	X	X
	ADQUIRIR 100% DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DAS UPAs.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.	AMPLIAR EM 30% A OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NAS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
	READEQUAR QUADRO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.	X	X		
	DOTAR AS POLICLÍNICAS DE EQUIPAMENTOS PERMANENTES E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O PLENO FUNCIONAMENTO.	X	X		
	QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DA REDE ESPECIALIZADA.	X	X	X	X
	GARANTIR A MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 – PRESTAR ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR COM REGULAÇÃO MÉDICA NAS ÁREAS DE OBSTETRÍCIA, CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA E TRAUMA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR E DIVULGAR AS PREMISSAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.	IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DO SAMU.	X	X	X	X
	ELABORAR E DIVULGAR O PLANO DE MÍDIA.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DO SAMU.	CONSTRUIR 01 SEDE PRÓPRIA, DOTANDO-A DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.	X	X		
	CONSTRUIR, NO MÍNIMO, 04 NOVAS BASES DO SAMU, SENDO 03 TERRESTRES E 01 FLUVIAL.	X	X	X	X
	MANTER E/OU AMPLIAR A ESTRUTURA FÍSICA DAS BASES EXISTENTES.	X	X	X	X

	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NA FROTA DE VEÍCULOS, MOTOS E LANCHAS.	X	X	X	X
	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NOS EQUIPAMENTOS EM GERAL	X	X	X	X
FORTALECER A CAPACIDADE DA GESTÃO DE PESSOAS	AMPLIAR E MANTER O QUADRO DE RECURSOS HUMANOS.	X	X	X	X
	CAPACITAR PROFISSIONAIS DAS EQUIPES PARA ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPITALAR.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELO SAMU, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 2048/2005 - MS.	IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO EM 100% DAS BASES DO SAMU.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO SAMU.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO SAMU.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - OFERECER SERVIÇO DE TRANSPORTE A PACIENTES COM DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O SERVIÇO S.O.S. VIDA.	CONSTRUIR, NO MÍNIMO, 02 NOVAS BASES DO S.O.S. VIDA.	X	X		
	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NA FROTA DE VEÍCULOS.	X	X	X	X
	AMPLIAR E REPOR A FROTA DE VEÍCULOS.			X	X
	ATENDER 100% DAS DEMANDAS, IDENTIFICADAS NO PERFIL ESTABELECIDO.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO S.O.S. VIDA.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO S.O.S. VIDA.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 - FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	IMPLANTAR 100% DAS AÇÕES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	X	X	X	X
	QUALIFICAR CUIDADORES, MEMBROS DA FAMÍLIA E/OU POTENCIAIS CUIDADORES PARA O MERCADO DE TRABALHO, PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS.	X	X	X	X
AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE ÓRTESE E PRÓTESE NA REDE MUNICIPAL.	X	X		
	PADRONIZAR CADASTRO E CADASTRAR 100% DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, ASSEGURANDO INSERÇÃO E INCLUSÃO NOS SERVIÇOS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - PROMOVER A SAÚDE AUDITIVA, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA AUDITIVA DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A COBERTURA DO TESTE DA ORELHINHA PARA OS RECÉM-NASCIDOS.	ATINIGIR 100% DOS RECÉM-NASCIDOS NA MMT.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA E DE OTORRINOLARINGOLOGIA NA REDE DE SERVIÇOS.	IMPLANTAR DOIS SERVIÇOS AO ANO DE FONOAUDIOLOGIA E DE OTORRINOLARINGOLOGIA.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - PROMOVER A SAÚDE OCULAR, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA VISUAL DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR SERVIÇOS DE SAÚDE OCULAR NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR 01 PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OCULAR.	X			
	IMPLANTAR 05 SERVIÇOS, SENDO 01 POR DISTRITO.	X	X	X	X

	REALIZAR OS SERVIÇOS, ATENDENDO, PRIORITARIAMENTE, RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.	X	X	X	X
	REDUZIR RETINOPATIA PRIORITARIAMENTE EM CRIANÇAS E DIABÉTICOS.	X	X	X	X
ELABORAR PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE OCULAR NAS ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL.	ELABORAR E IMPLANTAR 01 PROJETO.	X	X		

OBJETIVO 7 – EFETIVAR A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.	X	X		
	IMPLANTAR 100% DAS AÇÕES ESTABELECIDAS NA POLÍTICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS EM, PELO MENOS, 50% DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X
IMPLANTAR CAPS TIPO III, “ad”, “i”, CENTROS DE CONVIVÊNCIA, RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS E OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA.	IMPLANTAR 12 CAPS, SENDO 03 CAPS (TIPO III, “ad” e “i”) POR DISTRITO DE SAÚDE NA ÁREA URBANA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 CENTROS DE CONVIVÊNCIA, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 04 OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA, SENDO 01 POR DISTRITO DE SAÚDE/URBANA.	X	X	X	X

ESTRUTURAR A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 ALBERGUES TERAPÊUTICOS PARA ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL.	X	X	X	X
IMPLANTAR EQUIPES DE SAÚDE MENTAL COMPOSTA POR PSICÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSIQUIATRA OU MÉDICO CAPCITADO EM SAÚDE MENTAL EM UBS E POLICLÍNICAS NA PROPORÇÃO DE 01 EQUIPE DE SAÚDE MENTAL PARA 06 DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	IMPLANTAR INICIALMENTE 31 EQUIPES DE SAÚDE MENTAL.	X	X	X	X
	GARANTIR A IMPLANTAÇÃO DE MAIS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL À MEDIDA QUE NOVAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SURJAM, RESPEITANDO-SE A PROPORÇÃO DE 01 ESM PARA CADA 06 ESF.	X	X	X	X
ARTICULAR O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELO SAMU, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 2048/2005 – MS.	IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO EM 100% DAS BASES DO SAMU.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 - EFETIVAR A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR REDE DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS, VISANDO REDUZIR OS DANOS NAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS EM PARCERIA COM A SAÚDE MENTAL.	IMPLANTAR POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NA ÁREA DE DST/AIDS EM PARCERIA COM A SAÚDE MENTAL E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 - FORTALECER AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.	X			
	IMPLANTAR COMITÊ MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL.	X			
	IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL EM 100% DOS EAS.	X	X		

	PROMOVER DISCUSSÃO EM 100% DOS CONSELHOS LOCAIS E DISTRITAIS DE SAÚDE, BUSCANDO A CORRESPONSABILIDADE QUANTO À SAÚDE E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	X	X	X	X
	REALIZAR LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DA ÁREA URBANA E RURAL.	X	X	X	X
DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL.	FOMENTAR PROJETOS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	PROMOVER A SEMANA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL, UMA VEZ AO ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL ANUALMENTE EM CONJUNTO COM A CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO IDOSO.	X	X	X	X
	CONFECCIONAR E DISTRIBUIR MATERIAL EDUCATIVO E INSTRUCIONAL EM SAÚDE BUCAL EM ESCOLAS E COMUNIDADE.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM 100% DAS ESCOLAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM PARCERIA COM AS SECRETARIAS DE EDUCAÇÃO.	X	X	X	X
	VIABILIZAR AÇÕES DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES E MULTIPLICADORES EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AÇÕES PREVENTIVAS E CURATIVAS DE SAÚDE BUCAL A TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA URBANA E RURAL.	GARANTIR A EQUIDADE NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DESDE A PREVENÇÃO À RECUPERAÇÃO.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE BUCAL JUNTO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS E CARCERÁRIAS.	X	X	X	X
	PROMOVER A MANUTENÇÃO DAS PRÓTESES DENTÁRIAS DOS IDOSOS ACOMPANHADOS DE EXAME DA CONDIÇÃO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA.	X	X	X	X

	INSERIR O CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE REFERÊNCIA PARA PACIENTES COM HIV.	X	X	X	X
PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.	CRIAR PÓLOS DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.	X	X		
	CAPACITAR 100% DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL PARA REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA E OUTRAS DOENÇAS BUCAIS.	X	X	X	X
	ARTICULAR COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, CENTROS FORMADORES DO SUS E ENTIDADES ODONTOLÓGICAS PARA OFERTA DE CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA E DA FAMÍLIA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	CAPACITAR 100% DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL PARA REALIZAR O SB-BRASIL 2010 E ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS.	X	X	X	X
	REALIZAR CAPACITAÇÃO PERMANENTE DE 100% DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA DESENVOLVER A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR PROTOCOLOS E FLUXOS DE ATENDIMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA, URGÊNCIA E ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL.	IMPLANTAR EM 100% DOS EAS.	X	X	
	REFORÇAR OS MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.	X	X	X	X
INSERIR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM 100% DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PACS EXISTENTES OU QUE VENHAM A EXISTIR.	100% DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PACS COM EQUIPES DE SAÚDE BUCAL INSERIDAS.	X	X	X	X
AMPLIAR O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO MÓVEL.	ADQUIRIR 10 UNIDADES MÓVEIS, SENDO 02 POR DISTRITO DE SAÚDE EM ÁREA URBANA E RURAL.	X	X	X	X

AMPLIAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL.	IMPLANTAR 05 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs).	X	X	X	X
	IMPLANTAR 04 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA (LRPDs), SENDO 01 POR DISTRITO DE SAÚDE DE ÁREA URBANA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL VOLTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.	DOTAR DE RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS EM 100% DOS EAS (CEOs, LRPDs, ESFs, UMOs, UBSSs, UPAs e ESCOLAS).	X	X	X	X
ESTIMULAR E OTIMIZAR PARCERIAS COM FACULDADES DE ODONTOLOGIA.	PROPICIAR ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NO MÍNIMO EM 30% DOS EAS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.	ADQUIRIR E IMPLANTAR SOFTWARE DE GERENCIAMENTO ODONTOLÓGICO DA POPULAÇÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO A CADA DOIS ANOS PARA AVALIAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL.		X		X
DIVULGAR AS AÇÕES E INFORMAÇÕES EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO.	CRIAR E ATUALIZAR UMA HOME PAGE SOBRE SAÚDE BUCAL DENTRO DO PORTAL DA PREFEITURA.	X	X	X	X
	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X

OBJETIVO 10 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES.	IMPLANTAR UM CENTRO DE REFERÊNCIA.	X	X	X	X

IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES NOS EAS, AMPLIANDO O ACESSO E PROPICIANDO O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS PACIENTES CADASTRADOS E EM TRATAMENTO.	IMPLEMENTAR 100% DAS AÇÕES NOS EAS.	X	X	X	X
	RASTREAR E CADASTRAR NOVOS CASOS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	DISPONIBILIZAR ATENDIMENTO CURATIVO PARA PESSOAS COM DIABETES COM COMPLICAÇÕES VASCULARES.	X	X	X	X
	REALIZAR EXAMES DE SENSIBILIDADE E DISPONIBILIZAÇÃO DE INSUMOS ESPECÍFICOS (MONOFILAMENTOS E CURATIVOS) PARA PORTADORES DE DIABÉTICOS MELLITUS.	X	X	X	X
	CAPACITAR PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DE EXAME NEUROSENSIBILIDADE.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS NAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES E DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL.	X	X	X	X
	PROMOVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A POPULAÇÃO EM GERAL NAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES E DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL.	X	X	X	X
	MONITORAR E ACOMPANHAR AS PESSOAS EM TRATAMENTO.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA E PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES.	PROTOCOLO ASSISTENCIAL IMPLANTADO.	X			
	FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA ESTABELECIDOS.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA AOS EAS PARA EXECUÇÃO DAS	DOTAR 100% DOS EAS DE RECURSOS MATERIAIS E DE INSUMOS NECESSÁRIOS.	X	X	X	X

AÇÕES DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES.	QUALIFICAR A DISPENSAÇÃO E O ACESSO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PÉ NEUTRÓFICO.	IMPLEMENTAR O PROGRAMA EM 04 POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
MANTER ATUALIZADO O CADASTRAMENTO DOS USUÁRIOS NO GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÃO LOCAL - GIL.	REALIZAR ATUALIZAÇÃO MENSAL DO CADASTRO.	X	X	X	X

OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A REDE DE POSTOS DE COLETA PARA EXAMES LABORATORIAIS.	IMPLANTAR POSTOS DE COLETA EM 100% DOS EAS, DE ACORDO COM A RDC 302.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO.	AMPLIAR EM 50% A OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS.	X	X	X	X
AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS E DE PROCEDIMENTOS POR IMAGEM.	IMPLANTAR O SERVIÇO NOS SPAs.	X	X	X	X
	AMPLIAR EM 30% OS PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA E ECG AO ANO.	X	X	X	X
	GARANTIR EXAMES DE RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MAXILARES.	X	X	X	X
IMPLANTAR OU IMPLEMENTAR LABORATÓRIOS DISTRITAIS E CENTRAL MUNICIPAL DE EXAMES.	IMPLANTAR OU IMPLEMENTAR 04 SERVIÇOS, SENDO 01 POR DISTRITO, A EXCEÇÃO DO DISTRITO RURAL, E UMA CENTRAL MUNICIPAL, UTILIZANDO TECNOLOGIA DE AUTOMAÇÃO E FERRAMENTAS DE INFORMATIZAÇÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR 100% DOS EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM DO PRÉ-NATAL E REALIZAR TRATAMENTO DE ACORDO COM A POLÍTICA ESTABELECIDADA.	X	X	X	X
OFERTAR EXAMES MICROBIOLÓGICOS PARA OS SERVIÇOS DE UTI E UCI MATERNA	REALIZAR 100% DOS EXAMES MICROBIOLÓGICOS NECESSÁRIOS PARA OS	X	X	X	X

E NEONATAL.	SERVIÇOS DE UTI E UCI DA MMT.				
OFERTAR EXAMES DE MAMOGRAFIA.	OFERTAR EXAME ESPECIALIZADO - MAMOGRAFIA PARA A POPULAÇÃO DE RISCO, ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.	X	X	X	X
AMPLIAR O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV.	IMPLANTAR 02 SAEs, SENDO 01 NO DISTRITO OESTE E 01 NO DISTRITO SUL.	X	X	X	X

OBJETIVO 12 - AMPLIAR O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO ENFOCANDO A PROMOÇÃO, A PREVENÇÃO, A PRESERVAÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO SER HUMANO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INTEGRAR AS AÇÕES DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA ÀS PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES E ÀS AÇÕES IMPLEMENTADAS PELA SEMSA.	ELABORAR, APRESENTAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO COM ENFOQUE NA SAÚDE COLETIVA.	X	X		
ESTREITAR A INTERAÇÃO COM AS VIGILÂNCIAS (SANITÁRIA, EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, NUTRICIONAL, DO TRABALHADOR) PARA IDENTIFICAR E ACOMPANHAR PROBLEMAS QUE REQUEREM ATENÇÃO CONTÍNUA, AÇÃO SOBRE OS TERRITÓRIOS DEFINIDOS E AÇÕES ARTICULADAS.	AÇÕES INTERAGIDAS, PROMOCIONAIS, PREVENTIVAS CURATIVAS E REABILITADORAS.	X	X	X	X
	REALIZAR CONTROLE DE DANOS E CONTROLE RISCOS.	X	X	X	X
PARTICIPAR DE EVENTOS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A COMUNIDADE EM GERAL, PROMOVIDOS PELA SEMSA.	PARTICIPAR DE EVENTOS REALIZADOS PELA SEMSA COM ÊNFASE EM FISIOTERAPIA.	X	X	X	X
AMPLIAR O NÚMERO DE RH NECESSÁRIO PARA MELHOR IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES.	NÚMERO DE RH AMPLIADO.	X			
AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA.	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AO ANO EM CADA DISTRITO DE SAÚDE DA ÁREA URBANA.	X	X	X	X
IMPLANTAR NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO CAMPOS QUE REGISTREM TODOS OS TIPOS DE DEFICIÊNCIAS PARA MELHOR SUBSTANCIAR, MONITORAR E	CAMPOS IMPLANTADOS.	X			

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AVALIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS.					
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES EM RELATÓRIOS PARCIAIS E ANUAL.	RELATÓRIOS ELABORADOS E APRESENTADOS TRIMESTRALMENTE E ANUALMENTE.	X	X	X	X

DIRETRIZ

2.3 - ESTABELECEER REDE DE PROTEÇÃO INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COM BASE NA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO A MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS.

OBJETIVO 1 - INSTITUIR POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER E PARTICIPAR DE POLÍTICAS E AÇÕES INTERSETORIAIS E DE REDES SOCIAIS QUE TENHAM COMO OBJETIVO A PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS, ACIDENTE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	INSERIR A SEMSA E DEMAIS PARCEIROS NA REDE NACIONAL DE NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	X			
	ELABORAR A POLÍTICA MUNICIPAL INTEGRADA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E SEUS AGRESSORES ATÉ 2010 E PACTUAR COM OS DEMAIS SETORES ENVOLVIDOS ATÉ 2013.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O COMITÊ MUNICIPAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DE FORMA INTERSETORIAL.	X	X		
ADEQUAR EAS PARA REALIZAR ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA GARANTINDO O ATENDIMENTO ADEQUADO PARA CRIANÇAS,	AMPLIAR O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR ATÉ A RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS NOS EAS.	X	X	X	X

ADOLESCENTES, MULHERES, IDOSOS E HOMENS.	INSTITUIR O USO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM 100% DOS EAS.	X	X		
--	---	---	---	--	--

OBJETIVO 2 - OTIMIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA E GARANTINDO ATENÇÃO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR POLÍTICA INTERSETORIAL DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA, ABRANGENDO EDUCAÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA.	ELABORAR E IMPLANTAR UMA POLÍTICA INTERSETORIAL DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA.	X	X		
ADEQUAR UNIDADES PARA REALIZAR ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA GARANTINDO O ATENDIMENTO ADEQUADO PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES, MULHERES, IDOSOS E HOMENS.	AMPLIAR O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS NAS UBS, SENDO 25% AO ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR ATENDIMENTO AOS AGRESSORES PELAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL COMPOSTA POR PISICOLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSIQUIATRA OU MÉDICO CAPACITADO EM SAÚDE MENTAL.	CAPACITAR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA IMPLANTAR O SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA ATENDER AGRESSORES EM TODAS AS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
IMPLANTAR NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	AMPLIAR REDE DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE DAS UBS NAS ESCOLAS.	X	X	X	X

DIRETRIZ

2.4 - IMPLEMENTAR AÇÕES INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PRISIONAL.

OBJETIVO 1 - GARANTIR ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO ATRAVÉS DE PARCERIA INTERINSTITUCIONAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
------	------	------	------	------	------

PACTUAR COM A SUSAM E SEJUS O ATENDIMENTO AOS RESIDENTES PRISIONAIS.	01 PLANO ELABORADO E PACTUADO.	X	X		
	CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E ESTÍMULO A CULTURA DE PAZ NO SISTEMA PRISIONAL.	X	X	X	X

DIRETRIZ**2.5 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM****OBJETIVO 1 - IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.	ELABORAR O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO HOMEM, PARA APRECIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X		
	DEFINIR RESPONSABILIDADES POR NÍVEL DE HIERARQUIA E POSTERIOR PACTUAÇÃO.	X	X		
	REALIZAR LEVANTAMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA.	X	X		
	REALIZAR OFICINAS PARA DEFINIÇÃO DE FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO INTEGRAL.	X	X		
	REALIZAR SEMINÁRIO DE LANÇAMENTO/IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.	X	X		
FORTALECER AS AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM ATRAVÉS DA INTERSETORIALIDADE.	ESTRUTURAR A REDE PARA ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL.	X	X	X	X
	REALIZAR ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E INTERMUNICIPAL VISANDO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM.	X	X		

	FIRMAR PARCERIAS COM ESTADO E ENTIDADES DA SOCIEDADE CIVIL PARA GARANTIR ACESSO E INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM.	X	X	X	X
	ESTABELECEER INTERFACE COM AS DEMAIS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE.	X	X	X	X
QUALIFICAR EM 100% OS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NA POLÍTICA DE SAÚDE PROPOSTA.	REALIZAR CAPACITAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO CONTÍNUA E PERMANENTE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTABELECIMENTOS ASSISTÊNCIAIS DE SAÚDE PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
PARTICIPAR EM 100% DOS EVENTOS DENTRO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM.	ELABORAR CRONOGRAMA DE EVENTOS MUNICIPAIS.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA MUNICIPAL DO DIA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM- 27 DE AGOSTO.	X	X	X	X
REALIZAR MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM 100% DAS AÇÕES REALIZADAS.	CONSTRUIR FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA.	X	X	X	X
	REALIZAR ANÁLISE DE PRODUÇÃO A PARTIR DOS CÓDIGOS DE PROCEDIMENTO EXISTENTES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO OFICIAL.	X	X	X	X
DIVULGAR A POLÍTICA E AÇÕES A SEREM REALIZADAS	ELABORAR MATERIAL INSTRUCIONAL.	X	X	X	X
PACTUAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA CIB.	POLÍTICA PACTUADA E IMPLANTADA.	X			

DIRETRIZ**2.6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA****OBJETIVO 1 - IMPLANTAR O ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IDENTIFICAR A POPULAÇÃO NEGRA NA ÁREA URBANA E	REALIZAR 01 CENSO PARA IDENTIFICAR O PÚBLICO.	X	X		

RURAL DO MUNICÍPIO DE MANAUS.					
ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	01 PLANO ELABORADO.	X	X		
ARTICULAR INTRA/INTERINSTITUCIONALMENTE PARA A EXECUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	CRIAR UMA REDE SOCIAL COM PARCEIROS E OS MOVIMENTOS SOCIAIS.	X	X	X	X
GARANTIR A INSERÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE TRABALHADORES DE SAÚDE, EM ARTICULAÇÃO COM A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.	INTEGRAR ESSA AÇÃO COM AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.	X	X	X	X
CRIAR E ALIMENTAR O BANCO DE DADOS SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA.	CRIAR 01 BANCO DE DADOS.	X	X		
REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	REALIZAR 04 SEMINÁRIOS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	ESTABELECEER 01 FLUXO.	X	X		
	INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA SEMSA.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO À SAÚDE NEGRA, EM CONSONÂNCIA COM O PACTO PELA SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES TRIMESTRALMENTE.	X	X	X	X
INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PLANOS DAS AÇÕES DA SEMSA.	INCLUIR TRANSVERSALMENTE NAS AÇÕES EXPLICITADAS NO PACTO PELA SAÚDE.	X	X	X	X

DIRETRIZ**2.7 – EXPANDIR, EFETIVAR E INTEGRAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.**

OBJETIVO 1 – IMPLANTAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PELA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
DIFUNDIR E CRIAR INTERCÂMBIO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.	REALIZAR SEMINÁRIOS ANUAIS NAS ÁREAS TEMÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM CONJUNTO COM O COMITÊ INTERINSTITUCIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DO GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
APRESENTAR ANUALMENTE UM PLANO DE AÇÃO.	APRESENTAR PLANO DE AÇÃO ANUALMENTE PARA DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X
ESTRUTURAR SETOR ESPECÍFICO PARA O CONTROLE SANITÁRIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS.	CRIAR UMA UNIDADE ADMINISTRATIVA PARA GERENCIAR O RISCO SANITÁRIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS.	X	X		
AMPLIAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES.	REALIZAR INSPEÇÕES, AÇÕES EDUCATIVAS, PREVENTIVAS E COERCITIVAS PARA O CONTROLE DO RISCO SANITÁRIO.	X	X	X	X
	ADQUIRIR MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS PARA O SUPORTE DAS AÇÕES SUPRA.	X	X	X	X
	EXECUTAR E AMPLIAR AS AÇÕES COM AS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.	X	X	X	X
	FORTALECER AS AÇÕES INTERSETORIAIS.	X	X	X	X
	EQUIPAR O LABORATÓRIO DO DVISA PARA O CONTROLE SANITÁRIO DE PRODUTOS E AMBIENTES.	X	X		
	SOLICITAR O PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE DE 25% DOS EAS/ANO.	X	X	X	X
REVISAR O CÓDIGO	CÓDIGO REVISADO EM 100%.	X	X		

SANITÁRIO DE MANAUS.					
REALIZAÇÃO DO CADASTRO SANITÁRIO DE MANAUS.	CADASTRO REALIZADO.	X	X		
PROTEGER A POPULAÇÃO E IDENTIFICAR O RISCO EM ALIMENTOS.	ESTRUTURAR O SERVIÇO DA VISA-MANAUS PARA CADASTRAR E FISCALIZAR ALIMENTOS VEICULADORES DE DOENÇAS EM 15%/ANO. IMPLANTAR O MONITORAMENTO DOS ALIMENTOS.	X	X	X	X

OBJETIVO 3- FORTALECER E AMPLIAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR.	REALIZAR 100% DAS AÇÕES CONTEMPLADAS NO PLANO DE AÇÃO DO CEREST.	X	X	X	X
	INSERIR NO PLANO A ESTRATÉGIA DE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS EM PARCERIA COM ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES AFINS.	X			
IMPLANTAR AS NOTIFICAÇÕES COMPLUSÓRIAS DAS DOENÇAS E DOS AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NOS EAS.	IMPLANTAR E IMPLEMENTAR EM 40% DOS EAS AS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR, SENDO 10%/ANO.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO CEREST.	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DO CEREST.	X	X	X	X
GARANTIR APOIO LOGÍSTICO PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR-CIST.	APOIAR 100% DAS AÇÕES DA CIST, DE ACORDO COM O SEU REGIMENTO.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 – FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.	EQUIPARAR A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.	X			
	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL DO MUNICÍPIO.	X	X		

GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, DE ACORDO COM VIGIÁGUA.	CADASTRAR OS SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (REDE PÚBLICA E RESOLUÇÕES ALTERNATIVAS).	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE AMOSTRAGEM PARA A VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO - SISÁGUA.	X	X		
GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DO SOLO, DE ACORDO COM A VIGISOLO.	CADASTRAR AS FONTES GERADORAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS (INDÚSTRIAS E SERVIÇOS).	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE AMOSTRAGEM PARA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO SOLO.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DO SOLO - SISOLO.	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PGRS NOS EAS, INCLUINDO A COLETA SELETIVA, CONFORME O QUE PRECONIZA O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 5.940 DE 25.10.2006.	X	X	X	X
GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DO AR, DE ACORDO COM VIGIAR.	IMPLANTAR UM PROGRAMA MUNICIPAL DE VIGIAR.	X			
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DO AR - SISAR.	X	X		
	REALIZAR UM SEMINÁRIO ANUAL DE POLUIÇÃO DO AR, NA SEMANA NACIONAL DO TRÂNSITO.	X	X	X	X
CRIAR UM SISTEMA DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE INTOXICAÇÃO HUMANA E AMBIENTAL POR AGROTÓXICOS NO MUNICÍPIO.	IMPLANTAR O SISTEMA SEGUNDO O QUE ORIENTA O MANUAL DE VIGILÂNCIA DA POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS, DO MS E OPAS.	X	X		

	CAPACITAR OS TRABALHADORES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL NO ATENDIMENTO AOS INTOXICADOS.	X	X		
	IMPLEMENTAR AS NOTIFICAÇÕES DAS INTOXICAÇÕES NAS POLICLÍNICAS.	X	X		
DESENVOLVER AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NAS ESCOLAS - VISA ESCOLA.	IMPLANTAR AS AÇÕES EM 25% DAS ESCOLAS PÚBLICAS POR ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR A COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS PROVENIENTES DAS EAS.	COLETAR RESÍDUOS SÓLIDOS EM 100% DAS EAS.	X	X	X	X
PROMOVER CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E NORMAS DE BIOSSEGURANÇA AOS TRABALHADORES DA SAÚDE, COLETORES DO SERVIÇO DE LIMPEZA E À POPULAÇÃO EM GERAL, PROMOVIDO PELA VIGILÂNCIA AMBIENTAL.	REDUZIR EM 25%/ANO, O RISCO DE ACIDENTES COM RESÍDUOS E MATERIAIS PÉRFURO-CORTANTES EM TRABALHADORES DE SAÚDE, COLETORES DE LIXO E POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	DOTAR OS EAS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL-EPI.	X	X	X	X
REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	REALIZAR AÇÕES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO EM GERAL, INCLUSIVE EM ESCOLAS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE AMBIENTAL.	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMENSTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ALCANÇAR COBERTURA DE 95% DAS VACINAS CONTRA HEPATITE B, TETRAVALENTE, TRÍPLICE VIRAL, POLIOMIELITE, DTP E ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO E COM 1 ANO.	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 95% DE 2010 A 2013.	X	X	X	X
ALCANÇAR COBERTURA DE 100% COM AS VACINA BCG E ANTIAMARÍLICA EM CRIANÇAS	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 100%.	X	X	X	X

MENORES DE 01.					
IMPLEMENTAR PORTARIAS.	ESTABELEÇER, ATRAVÉS DE PORTARIA, QUE NO ATO DE QUALQUER ATENDIMENTO PRESTADO NAS UBS SEJAM SOLICITADO A APRESENTAÇÃO DO CARTÃO DE VACINAÇÃO, INDEPENDENTE DA IDADE E DO SEXO, OPORTUNIZANDO A ATUALIZAÇÃO IMEDIATA DA SITUAÇÃO VACINAL.	X			
	IMPLEMENTAR PORTARIA PARA PADRONIZAÇÃO DO REGISTRO CORRETO E COMPLETO DAS DOSES APLICADAS NO CARTÃO DE VACINAÇÃO, ITEM INDISPENSÁVEL PARA GARANTIR A VERACIDADE DOS DADOS.	X			
IMPLEMENTAR O PROJETO RELACIONADO AO CENSO VACINAL NA ÁREA DE ABRAGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF).	IMPLEMENTAR EM 100% DAS UBSF.	X	X	X	X
ESTABELEÇER PARCERIAS COM EMPRESAS PARA GARANTIR QUE SEJA EXIGIDO O CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO DO CANDIDATO A CONTRATAÇÃO E DE SEUS DEPENDENTES.	ESTABELEÇER PARCERIAS COM 100% DAS EMPRESAS DO MUNICÍPIO DE MANAUS.		X	X	X
ESTABELEÇER PARCERIAS COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO PÚBLICO E PARTICULARES PARA QUE SEJA SOLICITADO O CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO NO ATO DA MATRÍCULA.	ESTABELEÇER PARCERIAS EM 100% DAS ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES.	X	X	X	X
INCENTIVAR A CRIAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA CONTROLE NOMINAL "ON LINE" DA SITUAÇÃO VACINAL DE CADA USUÁRIO.	CRIAR E IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
ESTABELEÇER PARCERIA COM A SEJUS PARA IMPLANTAÇÃO DE SALA DE VACINA NAS UNIDADES PRISIONAIS.	IMPLANTAR 01 SALA DE VACINA (REFERÊNCIA) POR ZONA EM UNIDADES PRISIONAIS.	X			
IMPLANTAR NOS DISTRITOS DE	ESTRUTURAR OS ESPAÇOS FÍSICOS DOS DISTRITOS DE	X			

SAÚDE A REDE DE FRIO.	SAÚDE.				
	ADQUIRIR OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS (GRUPO GERADOR, CARRO CLIMATIZADO, REFRIGERADORES DOMÉSTICOS, CONDICIONARES DE AR).	X	X		

OBJETIVO 6 - IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR A AÇÃO DE ENTOMOLOGIA E CONTROLE VETORIAL.	UM SERVIÇO DE ENTOMOLOGIA E CONTROLE VETORIAL IMPLANTADO.	X			
	APRESENTAR, ANUALMENTE, UM PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA COM A ASSISTÊNCIA.	INTEGRAR AS BASES TERRITORIAIS DAS AÇÕES DOS ACS E AGENTES DE ENDEMIAS - ACE, VINCULANDO O AGENTE DE ENDEMIAS ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X		
	REDUZIR A INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES.	X	X	X	X
AMPLIAR O ALCANCE DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE VETORIAL.	ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL VISANDO A COLABORAÇÃO NAS AÇÕES DE CONTROLE DE ENDEMIAS.	X	X		
REALIZAR MANUTENÇÃO E REFORMA PREDIAL E DE MANUTENÇÃO NO PARQUE DE EQUIPAMENTOS.	ELABORAR O1 PLANO DE REFORMA PREDIAL E DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS.	X			

OBJETIVO 7 - PREVENIR E CONTROLAR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS À POPULAÇÃO - DANTS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DANT.	O1 PLANO DE AÇÃO IMPLANTADO E AÇÕES IMPLEMENTADAS NA SEMSA.	X	X		
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA O CONTROLE DAS DANTS,	INFRAESTRUTURA IMPLEMENTADA.	X	X		

DOTANDO A GERÊNCIA CENTRAL E AS COORDENAÇÕES DOS DISTRITOS DE SAÚDE DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.					
FORTALECER AS PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA A VIGILÂNCIA DAS DANTS.	PARCERIAS FORTALECIDAS.	X	X		
ELABORAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	MATERIAL ELABORADO E DISTRIBUÍDO.	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE PALESTRAS EDUCATIVAS NAS ESCOLAS E COMUNIDADES.	PALESTRAS REALIZADAS.	X	X	X	X
PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO.	EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADA.	X	X	X	X
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DANTS.	AVALIAR TRIMESTRALMENTE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DANTS.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 - ESCLARECER AS CAUSAS DE ÓBITO ESTABELECENDO REAL PERFIL DE MORTALIDADE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR O SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS.	IMPLANTAR O SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO.	X	X		
DESCENTRALIZAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC.	IMPLANTAR O SINASC NAS MATERNIDADES, CRIANDO UMA REDE.	X	X	X	X
ESTABELECER ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.	REALIZAR REUNIÕES INTERSETORIAIS. ARTICULAR COM O COMITÊ DE PREVENÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL PARA CONTRIBUIR COM A ANÁLISE E MELHORIA DA INFORMAÇÃO.	X	X	X	X
REDUZIR O PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL	REDUZIR EM 20%/ANO O PERCENTUAL DE ÓBITOS POR	X	X	X	X

DEFINIDAS.	CAUSA MAL DEFINIDA.				
AMPLIAR A COBERTURA DE CAPTAÇÃO DE ÓBITOS E NASCIMENTOS, PARA FORTALECER AS NOTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE - SIM.	IDENTIFICAR O SUB-REGISTRO DE ÓBITOS ATRAVÉS DA COMPARAÇÃO DO QUANTITATIVO DE ÓBITOS INFORMADOS PELA FONTE OFICIAL E OUTRAS FONTES NOTIFICADORAS COMO A ESF. COMPARAR OS REGISTROS DE ÓBITOS FEITOS PELOS CARTÓRIOS E CEMITÉRIOS, COM O SIM.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DE CAPACITAÇÃO PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA REDE PÚBLICA E PRIVADA.	CAPACITAR COM VISTAS À MELHORIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO, DESDE A COLETA ATÉ A ANÁLISE DOS DADOS.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS.	AÇÕES MONITORADAS E AVALIADAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 - FORTALECER AS AÇÕES DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE E REDUZIR RISCOS DE DANOS E LESÕES GRAVES POR MORDEDURA DE ANIMAIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR O CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE.	CONSTRUIR E EQUIPAR O CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE.	X	X		
IMPLANTAR O PROGRAMA DE CONTROLE DE NATALIDADE DE CÃES E GATOS PELO CCZ E DISTRITOS DE SAÚDE, EM CUMPRIMENTO DA LEI Nº 161/05 (CASTRACÃO).	ESTERELIZAR 80% DE CÃES E GATOS INCLUSIVE OS ABANDONADOS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE ZOOSE.	IMPLANTAR REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO ELETRÔNICA DE 80% DA POPULAÇÃO DE CÃES E GATOS.	X	X	X	X
	AMPLIAR AS AÇÕES DE ZOOSE.	X	X	X	X
MANTER OS NÍVEIS ATUAIS DE CONTROLE DA RAIVA ANIMAL.	MANTER INEXISTENTE O NÚMERO DE CASOS DE RAIVA EM MANAUS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VACINAÇÃO DOS SUSCETÍVEIS CANINOS E FELINOS.	VACINAR CANINOS E FELINOS, 80% ANO.	X	X	X	X
REALIZAR CAPTURA DOS SUSCETÍVEIS CANINOS.	CAPTURAR SUSCETÍVEIS CANINOS EM ABANDONO EM 100%.	X	X	X	X

IMPLANTAR O SERVIÇO DE MONITORAMENTO DA RAIVA EM QUIRÓPTEROS (MORCEGOS).	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS PARA A CAPTURA.	X	X		
	REALIZAR CAPTURA E COLETA DE AMOSTRAS POR MÊS	X	X	X	X
IMPLANTAR O SERVIÇO DE CONTROLE DE ROEDORES.	REALIZAR O CONTROLE DE ROEDORES NAS ÁREAS DE RISCO.	X	X	X	X
IMPLANTAR O PROGRAMA DE PROFILAXIA E CONTROLE DA RAIVA HUMANA - PPCRH, NAS UBSF.	PROGRAMA IMPLANTADO, MONITORADO E AVALIADO EM 100% DAS AÇÕES.	X	X		
REALIZAR VACINAÇÃO PREVENTIVA E ORIENTAR AS PESSOAS AGREDIDAS POR ANIMAIS.	PESSOAS VACINADAS E ORIENTADAS EM 100% ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO E FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA A PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA NOS DISTRITOS DE SAÚDE.	IMPLANTAR O PROTOCOLO CLÍNICO E O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM 100% DOS EAS QUE DESENVOLVEM O PROGRAMA.	X	X		
APRIMORAR O PROCESSO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DO PROGRAMA DA RAIVA.	DAR AGILIDADE AO FLUXO DE INFORMAÇÕES EM 100% DOS EAS ONDE O PROGRAMA ESTÁ IMPLANTADO.	X	X	X	X
PROMOVER ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA RAIVA HUMANA AOS TRABALHADORES DA SAÚDE.	PROMOVER AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS EAS.	X	X	X	X
REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ESCOLAS E COMUNIDADE EM GERAL.	REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS.	X	X	X	X
DIVULGAR AS AÇÕES DO CCZ.	AÇÕES DIVULGADAS EM 100%.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO CCZ.	AÇÕES MONITORADAS E AVALIADAS EM 100% DOS EAS ONDE O PROGRAMA ESTÁ IMPLANTADO.	X	X	X	X



EIXO III:

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

O modelo de gestão democrática e participativa no SUS constitui um ganho expressivo da sociedade brasileira que tem conferido estabilidade institucional e legitimidade ao SUS.

Como diretrizes da gestão é necessário fortalecer e aperfeiçoar a gestão descentralizada do SUS e ampliar as responsabilidades das três esferas de governo quanto aos resultados da saúde, tendo como instrumentos centrais o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e os processos de pactuação intergestores tripartite e bipartite. Outra diretriz é estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS e que permitam que as instituições de saúde operem com maior eficiência e qualidade, pactuando compromissos com resultados.

DIRETRIZ**3.1 ESTABELECEER MODELO DE GESTÃO QUE PROPICIE MAIOR EFICIÊNCIA, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE.****OBJETIVO 1 - QUALIFICAR A GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS HUMANIZADAS.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO.	IMPLEMENTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO EM 100% DAS UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL.	X	X	X	X
	QUALIFICAR EM 100% OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA REDE DE HUMANIZAÇÃO (GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO / APOIADORES DA PNH, GRUPOS LOCAIS DE HUMANIZAÇÃO).	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO IMPLEMENTADAS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - FOMENTAR O PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E ASCENDENTE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR PROGRAMAÇÃO ANUAL BASEADA NO PLANO PMS E DEMAIS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.	ELABORAR 1 PROGRAMAÇÃO POR ANO.	X	X	X	X

OBJETIVO 3- IMPLEMENTAR O SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
REALIZAR AÇÕES DE AUDITORIA NOS EAS PRÓPRIOS, CONVENIADOS E CONTRATADOS.	REALIZAR AUDITORIA EM 100% DOS EAS ATÉ 2013.	X	X	X	X

REALIZAR AUDITORIA DE DENÚNCIAS DE USUÁRIOS DO SUS.	AUDITAR 100% DAS DENÚNCIAS A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
MONITORAR E FISCALIZAR A APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PROVENIENTES DA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO.	ACOMPANHAR 100% DOS RECURSOS TRANSFERIDOS AO FMS E AUDITAR OS CONTRATOS E CONVÊNIOS ATÉ 2013.	X	X	X	X
AUDITAR OS CONTRATOS E CONVÊNIOS COM PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	AUDITAR 100% CONTRATOS E CONVÊNIOS, A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
APRESENTAR RELATÓRIOS AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMESTRALMENTE AO CMS.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
CONTRATUALIZAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, CONFORME O TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL.	CONTRATAR 40% DAS NECESSIDADES DA REGULAÇÃO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
REGULAR A REFERÊNCIA DE USUÁRIOS DO SUS ORIUNDOS DE OUTROS MUNICÍPIOS, CONFORME PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA-PPI, ATRAVÉS DA COGESTÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.	REGULAR 100% DAS REFERÊNCIAS INTERMUNICIPAIS, ATÉ 2013.	X	X	X	X
ATUALIZAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE CADASTRAMENTO E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DO SUS (SCNES, SIA, SIH, ETC) E REMETER AO DATASUS/MS.	MANTER 100% DOS SISTEMAS ATUALIZADOS, A CADA ANO ATÉ 2013.	X	X	X	X
DEFINIR A PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA DOS EAS SOB GESTÃO MUNICIPAL.	ATUALIZAR A PROGRAMAÇÃO FÍSICO ORÇAMENTÁRIA DE 100% DOS EAS, A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
IDENTIFICAR E CADASTRAR OS EAS PÚBLICOS E PRIVADOS VINCULADOS E NÃO VINCULADOS AO SUS SOB RESPONSABILIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL.	CADASTRAR E MANTER ATUALIZADO OS CADASTROS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

PROCESSAR E AVALIAR A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS EAS DA SEMSA.	PROCESSAR E AVALIAR MENSALMENTE A PRODUÇÃO DE 100% DOS EAS.	X	X	X	X
IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O SETOR DE PROCESSAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIHD).	IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O SERVIÇO.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ADOTAR E/OU ELABORAR E IMPLEMENTAR OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO, DE ACORDO COM A PACTUAÇÃO ESTABELECIDADA.	INSTITUIR TRÊS PROTOCOLOS, CONFORME A ESPECIALIDADE CLÍNICA, A CADA ANO, CONFORME PACTUAÇÃO.	X	X	X	X
EXECUTAR O CONTROLE DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS ÀS CONSULTAS, TERAPIAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DE MANAUS, CONFORME PACTUAÇÃO ESTABELECIDADA.	ESTRUTURAR UMA GERÊNCIA OPERACIONAL COM SISTEMA INFORMATIZADO, INTERLIGADO À REDE EAS, CONFORME PACTUAÇÃO.	X	X		
	MANTER O PLENO FUNCIONAMENTO DA GERÊNCIA OPERACIONAL.	X	X	X	X
EXECUTAR O CONTROLE DE LEITOS HOSPITALARES SOB GESTÃO MUNICIPAL, CONFORME TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO.	CONTROLAR 100% DOS LEITOS SOB GESTÃO MUNICIPAL.	X	X	X	X
COMPOR O COMITÊ GESTOR DE IMPLEMENTAÇÃO / ACOMPANHAMENTO DO COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO AMAZONAS.	DESIGNAR TÉCNICOS PARA COMPOR UM COMITÊ GESTOR DE IMPLEMENTAÇÃO.	X			
REALIZAR O CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS UTILIZANDO O SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG).	CADASTRAR 100% DOS USUÁRIOS DO SUS QUE BUSCAR O SERVIÇO DE AGENDAMENTO DE PROCEDIMENTOS NOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - ESTABELECE O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR 01 PLANO DE AÇÃO.	ELABORAR UM PLANO DE AÇÃO E IMPLANTAR FLUXO.	X			

OBJETIVO 7- INSTITUCIONALIZAR AS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTABELECEER DIRETRIZES E MÉTODOS PARA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.	DESENVOLVER MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO SISTEMÁTICOS EM 100% DOS EAS ATÉ 2013.	X	X	X	X
IMPLANTAR SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR.	ADQUIRIR E IMPLANTAR UM SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO HOSPITALAR ATÉ 2010.	X			

OBJETIVO 8 - DESENVOLVER O SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO, INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTABELECEER CONTRATO DE DESEMPENHO COM OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM BASE NO PACTO DOS INDICADORES, TCGM E PMS.	PACTUAR CONTRATO DE DESEMPENHO COM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X
IMPLANTAR SISTEMA INFORMATIZADO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SUS.	1 SISTEMA IMPLANTADO.	X	X		

OBJETIVO 9 - INSTITUIR POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE, ATRAVÉS DE IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO QUE PROPONHA A INTEGRAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS DIVERSAS ÁREAS, DA GESTÃO À ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR E UNIFICADA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR EAS COM EQUIPAMENTOS ADEQUADOS PARA O SISTEMA.	EQUIPAR OS EAS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE COM EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA NECESSÁRIOS, SEGUNDO PADRONIZAÇÃO.	X	X		

ADQUIRIR SOFTWARE(S) DE GESTÃO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE; VISANDO A PADRONIZAÇÃO DOS DADOS GERADOS PELAS ÁREAS, GARANTINDO CONECTIVIDADE DE TODOS OS EAS PARA A INTEGRAÇÃO COM OS SISTEMAS ESPECÍFICOS EXISTENTES OU QUE VIEREM A EXISTIR ORIUNDOS DO MS.	IMPLANTAR SISTEMA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	
--	------------------------------------	---	---	---	--

OBJETIVO 10 - POSSIBILITAR A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA ENTRE OS ENTES POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE ATENÇÃO A SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
REACTUAR O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, CONSIDERANDO A DIVISÃO DO TERRITÓRIO MUNICIPAL	REALIZAR UMA PACTUAÇÃO.	X			

OBJETIVO 11 - DEFINIR DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PARTICIPAR DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO E PACTUAR A NOVA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - PPI DA ASSISTÊNCIA.	1 PPI ELABORADA.	X			
ELABORAR PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.				X

OBJETIVO 12 - AVALIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUBSIDIAR A TOMADA DE DECISÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR RELATÓRIOS TRIMESTRAIS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA E ENCAMINHAR PARA APRECIÇÃO DO CMS.	ELABORAR 04 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS, AO ANO, PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA.	X	X	X	X
ELABORAR O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E ENCAMINHAR PARA APRECIÇÃO DO CMS.	ELABORAR 01 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO.	X	X	X	X

DIRETRIZ

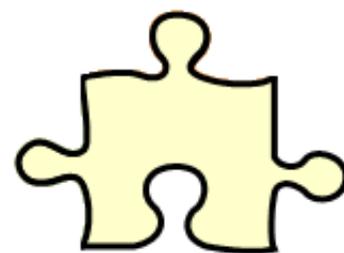
3.2 QUALIFICAR E AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

OBJETIVO 1 - IMPLANTAR MODELO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MODO A GARANTIR O ACESSO, A NECESSÁRIA SEGURANÇA, EFICÁCIA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR 01 PLANO DE AÇÃO, CONTEMPLANDO A PARTICIPAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS DAS ÁREAS MEIO, FIM E DO CONTROLE SOCIAL.	ELABORAR 01 PLANO.	X			
DOTAR OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE ESTRUTURA FÍSICA, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE E NECESSIDADES DO SUS - LEI 5991/73, 11.913/ 2009, PORTARIA 802/98 E RDC 44 E 47/2009 - ANVISA).	ESTRUTURAR E ADEQUAR 30% DOS EAS POR ANO, FINALIZANDO COM 100% NA GESTÃO SUBSEQUENTE.	X	X	X	X
	CONSTRUIR E EQUIPAR A CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO.	X			
	INSERIR O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM TODAS AS FARMÁCIAS E EAS DISPENSADORES DE MEDICAMENTOS.	X	X		
	AQUISIÇÃO OU DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE DE GERENCIAMENTO DE ESTOQUE QUE ATENDA À CENTRAL, AS FARMÁCIAS E OS EAS.	X	X		
CRIAR A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR E DIVULGAR A RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUNE) PARA 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	REVISAR A REMUNE A CADA DOIS ANOS.	X		X	
ASSEGURAR A SELEÇÃO, PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE COM A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL E SEGURO.	REALIZAR ANUALMENTE A PROGRAMAÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X
	INSERÇÃO DA PRÁTICA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA SEMSA.	X	X	X	
	CONSTRUIR 5 FARMÁCIAS GRATUITAS DISTRITAIS.	X			
ESTABELECEER INDICADORES FARMACÊUTICOS DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE.	APRESENTAR OS INDICADORES NOS RELATÓRIOS DE GESTÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X

EIXO III: QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X
--	--	----------	----------	----------	----------



EIXO IV:

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A saúde tem uma dimensão interpessoal do cuidado, que jamais permitirá sua automatização. Por mais máquinas que haja não haverá produção do cuidado sem o TRABALHADOR DA SAÚDE que, mais que curar, deve cuidar daqueles que sofrem. Mesmo a incorporação de maquinário e tecnologia, ao invés de dispensar incorpora, paradoxalmente, mais trabalhadores.

Este é um setor onde cresceu o emprego nos últimos anos, tendência que se manterá no futuro, especialmente pelo envelhecimento da população e consequente demanda por mais serviços de saúde. É um enorme contingente de mão de obra mais qualificada que a média e extremamente diversificada, incorporando dos agentes comunitários de saúde aos especialistas.

Ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde é um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS.

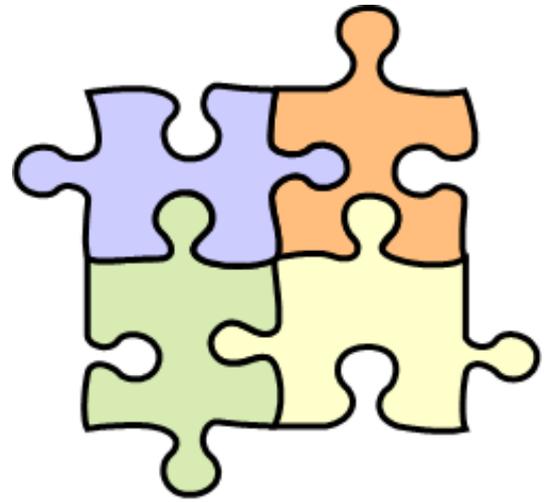
DIRETRIZ**4.1 – AMPLIAR, QUALIFICAR E ESTIMULAR A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.****OBJETIVO 1 - AMPLIAR A FORÇA DE TRABALHO POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE SAÚDE.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IDENTIFICAR A NECESSIDADE DE SERVIDORES EM CADA EAS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO PLENA.	DEFINIR E GARANTIR O QUADRO BÁSICO DE SERVIDORES EM CADA TIPO DE EAS.	X	X	X	X
REALIZAR CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E SUPRIR NOVAS DEMANDAS DA SAÚDE SEGUNDO AS PRIORIDADES ESTABELECIDAS POR ESTE PLANO.	REALIZAR 01 CONCURSO PÚBLICO PARA A SAÚDE.	X	X		

OBJETIVO 2 – ESTIMULAR A MELHORIA DO DESEMPENHO, DA EFICIÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DO SERVIDOR MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS SERVIDORES DE SAÚDE.	X	X		
	CAPACITAR E APERFEIÇOAR 100% DOS SERVIDORES.	X	X	X	X
	GARANTIR O DESENVOLVIMENTO DAS ÁREAS TEMÁTICAS DE GÊNERO, RAÇA, PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA, DIREITOS HUMANOS, ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NOS EVENTOS DE CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIDORES.	X	X	X	X
	AVALIAR OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM 100% DOS EVENTOS REALIZADOS.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INDIVIDUAL PARA 100% SERVIDORES.	X	X		
FORTALECER AS AÇÕES DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÕES PERMANENTE DO SUS.	GARANTIR AS CONDIÇÕES PARA FUNCIONAMENTO DA MESA EM CONSONÂNCIA COM AS DIRETRIZES DO SUS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DAS AÇÕES	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DESENVOLVIDAS AO CMS/MAO.				
	REVISAR O PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SUBSÍDIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM AS DIRETRIZES DO SUS.	X	X		
IMPLANTAR A POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS.	ELABORAR O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS.	X			
	IMPLANTAR EM 100% DOS EAS.	X	X		
	GARANTIR AS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TRABALHO QUANTO AO ESPAÇO FÍSICO, MATERIAL DE CONSUMO, PERMANENTE E DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	ELABORAR E ATUALIZAR O PERFIL PROFISSIONOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO (PPP) DE 100% DOS SERVIDORES DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR INDENIZAÇÃO AOS SERVIDORES PELO EXERCÍCIO DE ATIVIDADES INSALUBRES E PERIGOSAS CONFORME JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (TST).	X	X	X	X
IMPLANTAR O SERVIÇO DE TELESSAÚDE EM COOPERAÇÃO COM ENTIDADES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS E PRIVADAS.	INTERLIGAR 100% DOS MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X



EIXO V:

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

As conquistas populares no Brasil tem apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Destaque para a diretriz de fortalecimento à participação e controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde.

DIRETRIZ

5.1 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.

OBJETIVO 1 - DOTAR O CMS/MAO DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR O CUMPRIMENTO DA LEI 1.094/2007 REFERENTE AO RECURSO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO DO CMS/MAO.	GARANTIR 100% DO PERCENTUAL DEFINIDO EM LEI.	X	X	X	X
ESTRUTURAR O CMS/MAO.	GARANTIR AO CMS/MAO, INSTALAÇÕES FÍSICAS, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.	X	X	X	X
GARANTIR APOIO LOGÍSTICO.	GARANTIR ASSESSORIA ADMINISTRATIVA.	X	X	X	X
	CONTRATAR CONSULTORIA JURÍDICA.	X	X	X	X
	CONTRATAR CONSULTORIA CONTÁBIL.	X	X	X	X
	CONTRATAR E GARANTIR OS DIVERSOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO.	X	X	X	X
	ALOCAR, NO MÍNIMO, 02 VEÍCULOS PARA AS AÇÕES DO CONTROLE SOCIAL.	X	X	X	X
	ALOCAR 01 SERVIÇO DE MOTOBOY PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS.	X	X	X	X
GARANTIR E INTENSIFICAR A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CMS/MAO.	ELABORAR E IMPLANTAR PLANO DE INFORMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL.	X	X		
	CONFECCIONAR MATERIAIS EDUCATIVOS E DE EXPEDIENTE (CARTILHA, INFORMATIVO, FOLDERES, FLY, BANNERS, FAIXAS E PASTAS PERSONALIZADAS).	X	X	X	X
	CRIAR E ATUALIZAR NA INTERNET O PORTAL DO	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	CONTROLE SOCIAL.				
	GARANTIR A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E DELIBERAÇÕES DO CMS/MAO EM TODOS OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS PELA GESTÃO.	X	X	X	X
GARANTIR OS PROCESSOS ELEITORAIS	CUSTEAR 100% DOS PROCESSOS ELEITORAIS PARA COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS).	X	X	X	X
	GARANTIR AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE SUA DISPENSA DO TRABALHO QUANDO OCORREREM REUNIÕES, CAPACITAÇÕES, BEM COMO OUTRAS AÇÕES ESPECÍFICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE, CONFORME RESOLUÇÃO 333 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E DECRETO MUNICIPAL 9.807/2008.	X	X	X	X
APOIAR OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO EXERCÍCIO PLENO DE SUAS FUNÇÕES.	GARANTIR A INCLUSÃO DIGITAL DE 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE TITULARES POR MEIO DE NOTEBOOK INDIVIDUAL E CURSOS DE INFORMÁTICA.	X	X		
	GARANTIR VALE TRANSPORTE A 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR VALE ALIMENTAÇÃO A 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	CONTRATAR SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO PARA 100% DAS REUNIÕES, ASSEMBLÉIAS E EVENTOS.	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	GARANTIR EM 100% DA CONCESSÃO DE DIÁRIAS E PASSAGENS PARA A PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM EVENTOS DE IMPORTÂNCIA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS NAS ESFERAS MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL E INTERNACIONAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - APOIAR O PROCESSO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS, LOCAIS E MOVIMENTOS SOCIAIS PARA O CONTROLE SOCIAL E A AÇÃO PARTICIPATIVA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR PROJETO ESPECÍFICO, INCLUINDO MOVIMENTOS SOCIAIS.	X	X		
	PROMOVER E COORDENAR 02 CURSOS ANUAIS DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ESTIMULAR O APRIMORAMENTO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE. NO SEGMENTO QUE REPRESENTA.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - DOTAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL EM CONSONÂNCIA COM O CMS/MAO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE	PROVER 100% DAS AÇÕES DOS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR AOS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE INSTALAÇÕES FÍSICAS, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.				

OBJETIVO 4 – AMPLIAR O DEBATE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL EM MANAUS.	ARTICULAR COM OS PARCEIROS (SUSAM, SEMSA, CES, CONASEMS E CIB) PARA REVISÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO-PDR.	X			
	GARANTIR A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NA DISCUSSÃO, FORMULAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO, EXECUÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL A SER DESENVOLVIDO NA SAÚDE.	X	X	X	X
	REALIZAR 12 ASSEMBLÉIAS ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS, QUANDO NECESSÁRIAS, NOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS).	X	X	X	X
	REALIZAR 05 REUNIÕES ITINERANTES DO CMS/MAO, SENDO UMA POR DISTRITO DE SAÚDE.	X	X	X	X
	REALIZAR INTERCÂMBIO ENTRE OS CONSELHOS DE SAÚDE, POR MEIO DE UMA REDE INTERATIVA DE COMUNICAÇÃO E DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO ESPAÇO REGIONAL.	X	X	X	X
	REALIZAR 04 EVENTOS DA SEMANA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DE MANAUS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR 05 EVENTOS DA PRÉ-CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SENDO 01 EM CADA		X		

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DISTRITO DE SAÚDE.				
	REALIZAR 02 FÓRUMS MUNICIPAIS DE SAÚDE, SENDO 01 ANO PARA AVALIAR O PDR, O PPA E A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS.	X		X	
	REALIZAR A VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.		X		
	GARANTIR 100% O CUMPRIMENTO DAS DELIBERAÇÕES DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DAS ASSEMBLÉIAS DO CMS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR A OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	DOTAR E MANTER A OUVIDORIA DE RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.	X	X	X	X
	AMPLIAR EM 100% AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - MONITORAR E AVALIAR OS ÓRGÃOS E ENTIDADES VINCULADAS AO SUS EFETIVANDO O CONTROLE SOCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR AO CMS/MAO AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO EM TODAS AS MESAS DE NEGOCIAÇÃO E DEBATES RELACIONADOS À GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS POR MEIO DE APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CIST) POR MEIO DE APRESENTAÇÃO DE	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS.				
ELABORAR E APLICAR PESQUISAS DE OPINIÃO PÚBLICA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E REDE CONVENIADA DO SUS.	CRIAR O COMITÊ MUNICIPAL DE ÉTICA E PESQUISA COM PARTICIPAÇÃO DO CMS/MAO.	X			
	REALIZAR, PERIODICAMENTE, POR INTERMÉDIO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS) PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES.	X	X	X	X
	GARANTIR A AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO, ACESSO A EXAMES DE REFERÊNCIA, OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS, QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E IMPACTOS DOS SERVIÇOS OFERTADOS NOS EAS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DOS RESULTADOS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR A GESTÃO EM SAÚDE.	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS COMISSÕES DO CMS/MAO PARA O PLENO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.	X	X	X	X
	GARANTIR QUE OS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS) ACOMPANHEM E DISCUTAM OS INDICADORES DE SAÚDE PERIODICAMENTE.	X	X	X	X
	GARANTIR APRESENTAÇÃO DE 04 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS E 01 ANUAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X
	REPROGRAMAR OS PLANOS ANUAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ACOMPANHAR A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, POR MEIO DAS APRESENTAÇÕES DOS RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DAS AÇÕES ESPECÍFICAS, DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DA SEMSA E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X

EIXO V: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	MONITORAR OS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS, CONSIDERANDO AS ORIENTAÇÕES ESTABELECIDAS PELA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL.	X	X	X	X

PREFEITURA DE
MANAUS

ORGANIZANDO A CIDADE
SEDE DA COPA 2014

2010 – 2013

Plano Municipal de Saúde



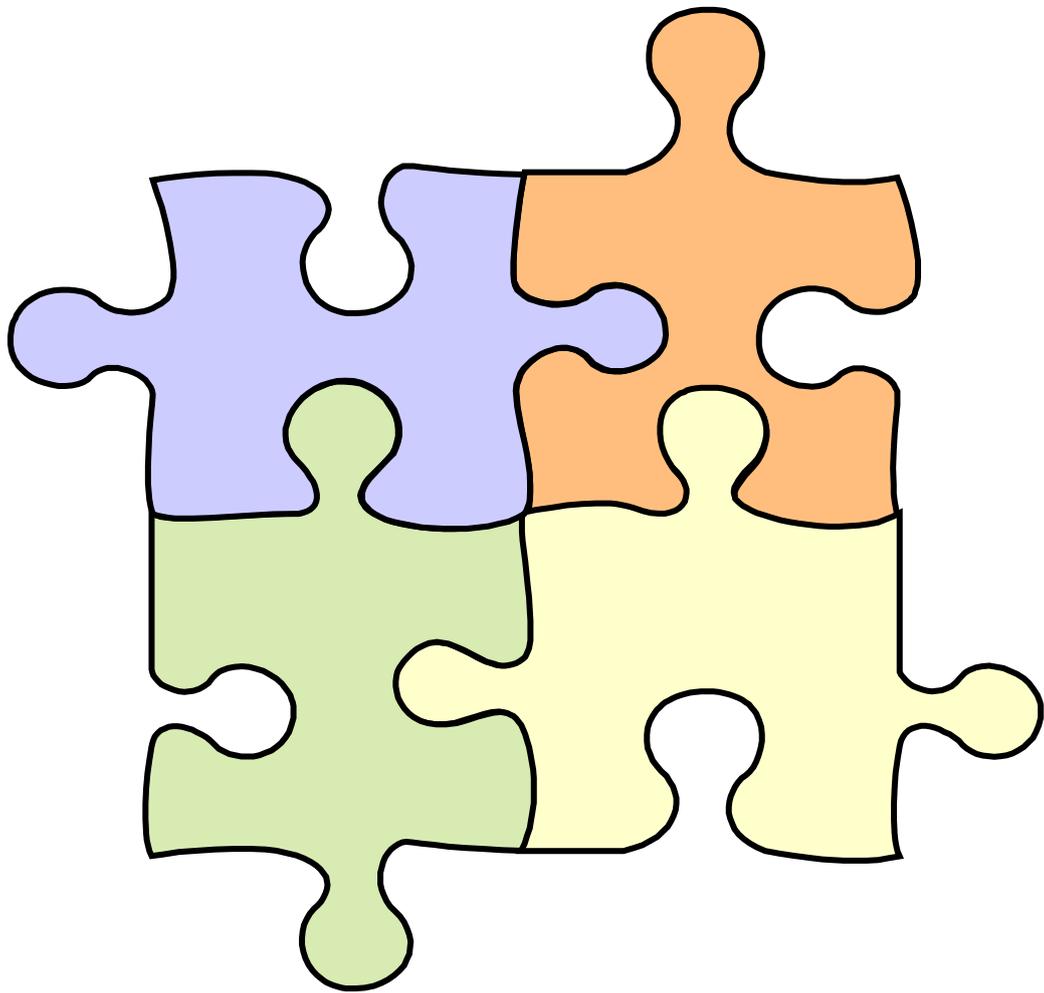
CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMSA

JANEIRO DE 2010



“Pensamentos e ações produzem consequências...”

Prefeitura de Manaus

Prefeito

Amazonino Armando Mendes

Vice Prefeito

Carlos Souza

Secretaria Municipal de Saúde

Secretário Municipal de Saúde

Francisco Deodato Guimarães

Subsecretário Executivo

Orestes Guimarães de Melo Filho

Subsecretária de Gestão da Saúde

Denise Machado

Conselho Municipal de Saúde

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

Francisco Deodato Guimarães

Vice-Presidente

Marlene Pereira da Silva

1º Secretário

Gilson Apurinã Peixoto da Silva

2º Secretário

Ronaldo André Bacry Brasil

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS 2010 - 2013

Coordenação

Departamento de Planejamento
Ada Frota Oliveira de Carvalho – Diretora

Elaboração

Departamento de Planejamento

Colaboração

Departamento de Gestão do Fundo Municipal de Saúde
Departamento de Auditoria, Controle, Avaliação e Regulação
Departamento de Atenção Básica
Departamento de Atenção Especializada e Serviços de Urgência
Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Departamento de Vigilância Sanitária
Departamento de Administração
Departamento de Logística
Maternidade Dr. Moura Tapajoz
Distrito de Saúde Leste
Distrito de Saúde Norte
Distrito de Saúde Oeste
Distrito de Saúde Sul
Distrito de Saúde Rural

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

ANÁLISE PELAS COMISSÕES TÉCNICAS PERMANENTES

Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças.
Comissão de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde.
Comissão de Constituição, Justiça e Ética.
Comissão de Assistência e Vigilância Farmacêutica.
Comissão de Saúde do Trabalhador.
Comissão de Comunicação e Informação em Saúde, Divulgação e Articulação.
Comissão de Assessoramento aos Conselhos Locais e Distritais de Saúde.

CONSELHEIROS PARTICIPANTES

ANTONIO GOMES DE ARRUDA
ADALBERTO MOREIRA DA SILVA
DENNIS PAIXÃO
DIRCÉLIA ORTIZ ALMEIDA
ELLERY BARRETO COSTA
FRANCISCA BENTES DE ALMEIDA
GILSON AGUIAR DA SILVA
GILSON APURINÃ
HERCULANO DE MOURA
ISAAC BENAYON
ISAÍAS PERPÉTUO FERNANDES
JOSUEL MARTINS
JOSÉ MESSA DA SILVA
JOSÉ GABRIEL DE SANTIAGO
MARIA DAS GRAÇAS FEITOZA SOARES
MINERVINA MARINHO
MANOEL DE JESUS S. FERREIRA
MARIA CELESTE M. FERREIRA
MARLENE PEREIRA DA SILVA
ROBERTO ARAGÃO
RONALDO ANDRÉ BACRY BRASIL
RODRIGO ARTHUR A. CABRAL
TANDRELI SILVA

CONSELHEIROS RELATORES

DIRCÉLIA ORTIZ ALMEIDA – Conselheira Titular da SEMED.
MARIA DAS GRAÇAS FEITOZA SOARES – Conselheira Titular da SEMOSB.
ELLERY BARRETO COSTA – Conselheiro Titular do Sindicato dos Farmacêuticos.
DENNIS PAIXÃO – Conselheiro Suplente do Sindicato dos Farmacêuticos.
RODRIGO ARTHUR A. CABRAL – Conselheiro Titular do Sindicato dos Cirurgiões – Dentistas.

APOIO TÉCNICO

CRISTINA R. S. FERREIRA – Técnica do Departamento de Planejamento - SEMSA.
RESPONSÁVEIS PELAS AS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA (ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA).

APOIO ADMINISTRATIVO

Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde.

SUMÁRIO

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

1 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS.....	2
1.1 Clima.....	3
1.2 Crescimento Populacional.....	3
1.3 Transição Demográfica.....	7
1.4 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.....	10
1.5 Taxa de Fecundidade.....	11
1.6 Habitação.....	11
1.7 Alfabetização.....	12
1.8 Razão de Renda.....	13
1.9 Taxa de Desemprego.....	13
2 – SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	14
2.1 Indicadores do Pacto pela Saúde 2009.....	14
2.2 Estratégia Saúde da Família.....	16
2.3 Saúde da Criança.....	17
2.4 Saúde do Adolescente.....	24
2.5 Atenção à Saúde da Mulher.....	27
2.6 Atenção à Saúde do Idoso.....	38

2.7 Atenção à Saúde Indígena.....	41
2.8 Ações de Saúde Mental.....	43
2.9 Ações de Profilaxia e Controle da Raiva Humana.....	45
2.10 Ações em Saúde da Pessoa com Deficiência.....	50
2.11 Apoio Diagnóstico.....	57
3 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	62
3.1 Caracterização da Morbidade Hospitalar.....	62
3.2 Perfil de Morbidade.....	65
I Malária.....	66
II Leishmaniose Tegumentar Americana.....	67
III Dengue.....	68
IV Febre Hemorrágica do Dengue.....	69
V Meningites.....	72
VI Tuberculose.....	73
VII Hepatite.....	75
VIII Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.....	75



EIXO I - PROMOÇÃO DA SAÚDE

DIRETRIZ:

1.1 PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR VULNERABILIDADE E RISCOS À SAÚDE RELACIONADOS AOS SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.....

78

- **OBJETIVO 1** - DESENVOLVER UM CONJUNTO DE AÇÕES ARTICULADAS E SISTEMATIZADAS, DE MODO A CONTRIBUIR PARA A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO..... 78
- **OBJETIVO 2** - PROMOVER A SAÚDE DO ESCOLAR REALIZANDO AÇÕES QUE GARANTAM ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS O CUIDADO COM A SAÚDE..... 78
- **OBJETIVO 3** - ESTABELECEMOS POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL..... 79
- **OBJETIVO 4** - IMPLEMENTAR A POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR..... 79
- **OBJETIVO 5** - FORTALECER AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO..... 79
- **OBJETIVO 6** - REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO E A MORBIMORTALIDADE CAUSADA PELO MALEFÍCIO DO TABACO NA POPULAÇÃO DE MANAUS..... 81



EIXO II - ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETRIZ:

2.1 EXPANDIR E EFETIVAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA, CONSOLIDANDO O MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.....

84

- **OBJETIVO 1** - CONSOLIDAR O MODELO DE ATENÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES INTEGRADAS..... 84
- **OBJETIVO 2** - QUALIFICAR E AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, OBEDECENDO AS NORMAS VIGENTES..... 84
- **OBJETIVO 3** - ESTRUTURAR OS SERVIÇOS DO DISTRITO DE SAÚDE RURAL..... 85
- **OBJETIVO 4** - INSTITUIR E INSTITUCIONALIZAR A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NA SEMSA..... 85
- **OBJETIVO 5** - ESTABELECEMOS FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA..... 85

• OBJETIVO 6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	86
• OBJETIVO 7 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO.....	86
• OBJETIVO 8 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DE ADOLESCENTE.....	87
• OBJETIVO 9 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	89
• OBJETIVO 10 – REDUZIR A MORBIMORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.....	89
• OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA TANTO NA ÁREA URBANA (ÍNDIOS DESALDEADOS) QUANTO NAS ALDEIAS.....	90
• OBJETIVO 12 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	91
• OBJETIVO 13 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA DERMATOLOGIA SANITÁRIA.....	92
• OBJETIVO 14 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.....	93
• OBJETIVO 15 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.....	93
• OBJETIVO 16 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.....	94

DIRETRIZ:

2.2 AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	94
• OBJETIVO 1 – OTIMIZAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.....	94
• OBJETIVO 2 – PRESTAR ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR COM REGULAÇÃO MÉDICA NAS ÁREAS DE OBSTETRÍCIA, CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA E TRAUMA.....	95
• OBJETIVO 3 - OFERECER SERVIÇO DE TRANSPORTE A PACIENTES COM DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO.....	96
• OBJETIVO 4 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	96
• OBJETIVO 5 – PROMOVER A SAÚDE AUDITIVA, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA AUDITIVA DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	97
• OBJETIVO 6 – PROMOVER A SAÚDE OCULAR, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA VISUAL DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	97
• OBJETIVO 7 – EFETIVAR A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.....	99
• OBJETIVO 8 – EFETIVAR A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	99
• OBJETIVO 9 – FORTALECER AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	99
• OBJETIVO 10 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES.....	102
• OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO.....	104
• OBJETIVO 12 – AMPLIAR O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO ENFOCANDO A PROMOÇÃO, A PREVENÇÃO, A PRESERVAÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO SER HUMANO.....	105

DIRETRIZ:

2.3 – ESTABELECEER REDE DE PROTEÇÃO INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COM BASE NA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO A MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS..... 106

- **OBJETIVO 1- INSTITUIR POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA..... 106**
- **OBJETIVO 2 – OTIMIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA E GARANTINDO ATENÇÃO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS..... 107**

DIRETRIZ:

2.4 - IMPLEMENTAR AÇÕES INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PRISIONAL..... 107

- **OBJETIVO 1 – GARANTIR ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO ATRAVÉS DE PARCERIA INTERINSTITUCIONAL..... 107**

DIRETRIZ:

2.5 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM..... 108

- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO..... 108**

DIRETRIZ:

2.6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA..... 109

- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR O ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO..... 109**

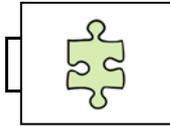
DIRETRIZ:

2.7 – EXPANDIR, EFETIVAR E INTEGRAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 110

- **OBJETIVO 1 - IMPLANTAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PELA VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... 111**
- **OBJETIVO 2 – PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DO GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES..... 111**
- **OBJETIVO 3 – FORTALECER E AMPLIAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR..... 112**
- **OBJETIVO 4 – FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL..... 112**
- **OBJETIVO 5 – DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS..... 114**
- **OBJETIVO 6 – IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA..... 116**
- **OBJETIVO 7 – PREVENIR E CONTROLAR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS À 116**

POPULAÇÃO - DANTS.....

- **OBJETIVO 8 – ESCLARECER AS CAUSAS DE ÓBITO ESTABELECENDO REAL PERFIL DE MORTALIDADE.....** 117
- **OBJETIVO 9 – FORTALECER AS AÇÕES DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES E REDUZIR RISCOS DE DANOS E LESÕES GRAVES POR MORDEDURAS DE ANIMAIS.....** 118



EIXO III - QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

DIRETRIZ:

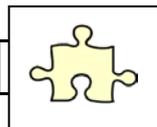
3.1 - ESTABELECER MODELO DE GESTÃO QUE PROPICIE MAIOR EFICIÊNCIA, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE..... 121

- **OBJETIVO 1 – QUALIFICAR A GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS HUMANIZADAS.....** 121
- **OBJETIVO 2 – FOMENTAR O PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E ASCENDENTE.....** 121
- **OBJETIVO 3 – IMPLEMENTAR O SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS.....** 121
- **OBJETIVO 4 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO.....** 122
- **OBJETIVO 5 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....** 123
- **OBJETIVO 6 – ESTABELECER O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....** 124
- **OBJETIVO 7 – INSTITUCIONALIZAR AS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....** 124
- **OBJETIVO 8 – DESENVOLVER O SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO, INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....** 124
- **OBJETIVO 9 – INSTITUIR POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE, ATRAVÉS DE IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO QUE PROPICIONE A INTEGRAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS DIVERSAS ÁREAS, DA GESTÃO À ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR E UNIFICADA.....** 124
- **OBJETIVO 10 – POSSIBILITAR A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA ENTRE OS ENTES POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE ATENÇÃO A SAÚDE.....** 125
- **OBJETIVO 11 – DEFINIR DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.....** 125
- **OBJETIVO 12 – AVALIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUBSIDIAR A TOMADA DE DECISÃO.....** 125

DIRETRIZ:

3.2-QUALIFICAR E AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA..... 126

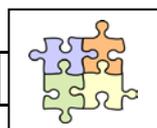
- **OBJETIVO 1 – IMPLANTAR MODELO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MODO A GARANTIR O ACESSO, A NECESSÁRIA SEGURANÇA, EFICÁCIA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....** 126



EIXO IV - FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

DIRETRIZ:

4.1 - AMPLIAR, QUALIFICAR E ESTIMULAR A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.....	129
• OBJETIVO 1 - AMPLIAR A FORÇA DE TRABALHO POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE SAÚDE.....	129
• OBJETIVO 2 - ESTIMULAR A MELHORIA DO DESEMPENHO, DA EFICIÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	129



EIXO V - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

DIRETRIZ:

5.1 - FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.....	132
• OBJETIVO 1 - DOTAR O CMS/MAO DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL.....	132
• OBJETIVO 2 - APOIAR O PROCESSO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS, LOCAIS E MOVIMENTOS SOCIAIS PARA O CONTROLE SOCIAL E A AÇÃO PARTICIPATIVA.....	134
• OBJETIVO 3 - DOTAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL EM CONSONÂNCIA COM O CMS/MAO.....	134
• OBJETIVO 4 - AMPLIAR O DEBATE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA.....	135
• OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	136
• OBJETIVO 6 - MONITORAR E AVALIAR OS ÓRGÃOS VINCULADOS AO SUS EFETIVANDO O CONTROLE SOCIAL.....	136

REFERÊNCIAS

139

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

Manaus, capital do Estado do Amazonas, situada na região Norte do Brasil, possui área de 11.401,068¹ km², equivalendo a 0,73% do território do estado, com uma população de 1.738.641² habitantes (Estimativa do IBGE, 2009), e densidade populacional de 152,49 pessoas por km² (IBGE - 2009). A população de Manaus representa atualmente 51,24% da população do Amazonas, 11,32% da Região Norte e 0,91% do Brasil.

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

Figura 1. Localização Geográfica do Município de Manaus.

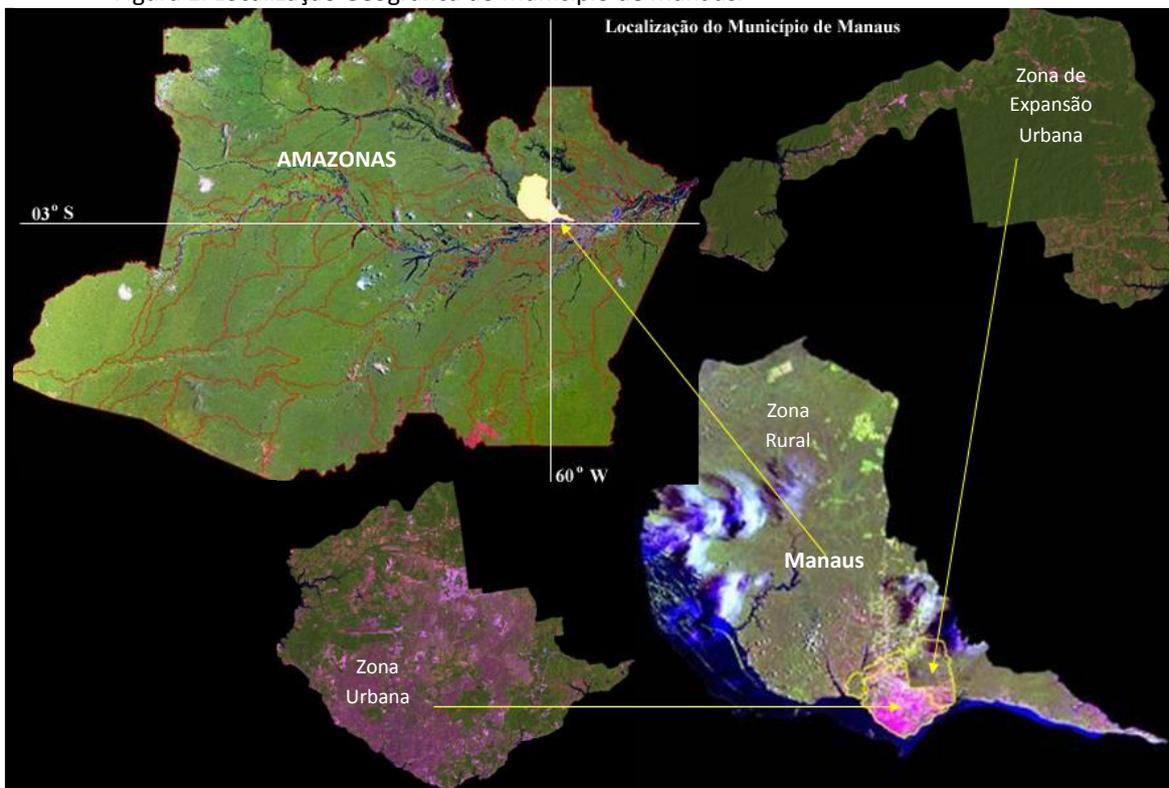


FIGURA 1 - ¹ Resolução IBGE nº 05, de 10 de outubro de 2002.

FIGURA 2 - ² Resolução IBGE nº 07, de 14 de agosto de 2009.

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

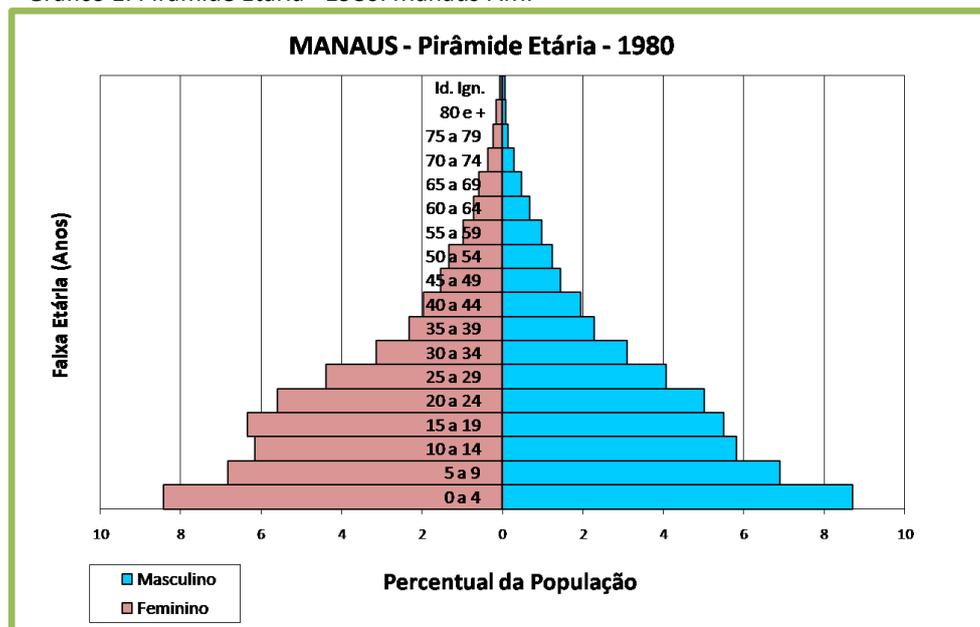
1.1 Clima

O clima é equatorial úmido, com temperatura média anual de 26,7°C, variando entre 23,3°C e 31,4°C. A umidade relativa do ar oscila na casa de 80% e a média de precipitação anual é de 2.286 mm. A região possui duas estações distintas: a *Chuvosa* (inverno), de dezembro a maio, período em que a temperatura mostra-se mais amena, com chuvas frequentes; e a *Seca* (verão ou menos chuvosa), de junho a novembro, época de sol intenso e temperatura elevada, em torno de 38°C, chegando a atingir quase 40°C, no mês de setembro. Costumam ocorrer, durante todo o ano, fortes pancadas de chuva de pouca duração.

1.2 Crescimento Populacional

No período de 1980 a 2000, o incremento populacional de Manaus foi de 220% (Censo do IBGE, 2000), ou seja, 20 anos depois o número de habitantes na cidade de Manaus duplicou. O incremento médio anual de 1991 – 2000 foi de 3,76%, de 2000 – 2003 de 2,80% e de 2006 – 2009 de 1%. Os dados oficiais indicam, ainda, que Manaus foi a cidade que mais cresceu entre as treze cidades brasileiras com mais de um milhão de habitantes, com uma taxa de crescimento populacional de mais de 39%.

Gráfico 1. Pirâmide Etária - 1980. Manaus-AM.



A distribuição da população por faixa etária e sexo nos anos de 1980 e 2000 estão demonstradas nas pirâmides populacionais nos Gráficos 1 e 2. Observando-se que no ano de

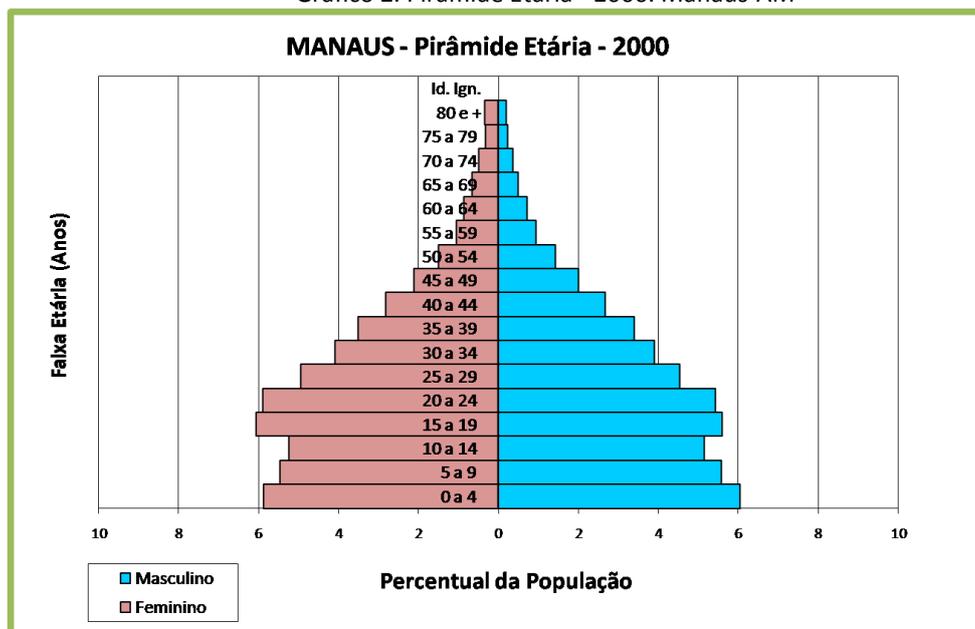
1980 a base larga com diminuição das barras seguintes até o ápice bem afilado representa um alto coeficiente de natalidade e alta mortalidade, principalmente a infantil, restando poucos indivíduos nas faixas etárias mais velhas. A proporção de menores de 20 anos é elevada mostrando uma população extremamente jovem.

Vinte anos depois, a composição da população em Manaus permanece com formas semelhantes, há, entretanto um crescimento nas faixas etárias de 15 a 24 anos podendo ser representada por imigração (Gráfico 2).

Tanto no ano de 1980 quanto em 2000 observa-se uma maior proporção de mulheres que de homens, daí a razão de masculinidade ser sempre menor que mil mulheres. A razão de masculinidade foi acima de 950/1000 mulheres nos anos de 1980 a 2000, número considerado baixo em relação ao preconizado como ideal que seria de mil homens para mil mulheres.

O número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) em 2009 é de 619.247, e a proporção é de 69,1%.

Gráfico 2. Pirâmide Etária - 2000. Manaus-AM



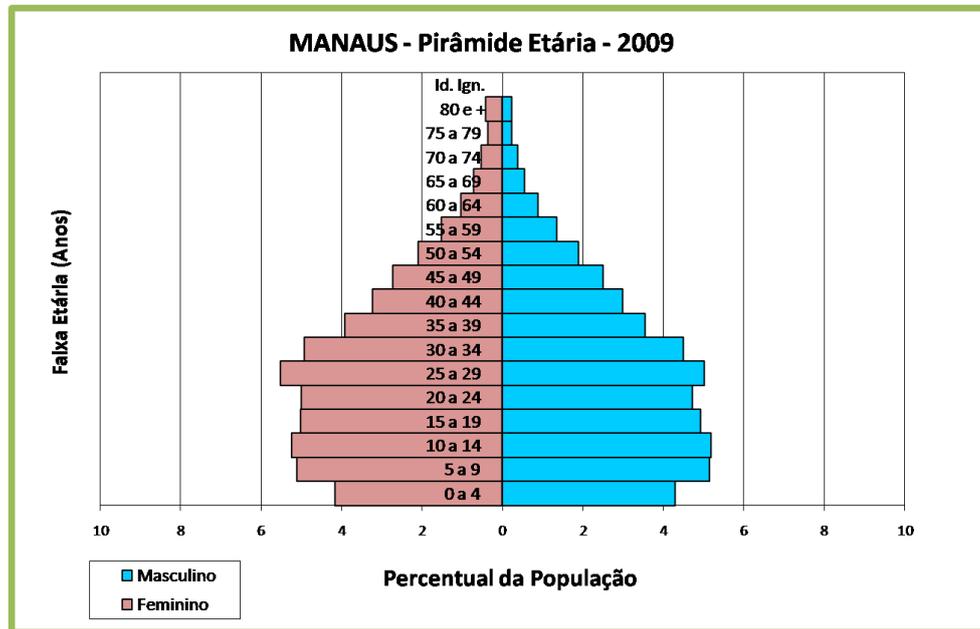
A evolução populacional de 1980 a 2000 está demonstrada na tabela abaixo, observando-se um incremento na ocupação do solo, que em 1980 a densidade demográfica era de 55,28 habitantes por km² e em 2000 foi de 122,69 habitantes por km².

Tabela 1. Evolução da população de Manaus no período de 1980 a 2009, estratificada por sexo, com densidade demográfica. Fonte: IBGE, Censos e estimativas

Ano	População Total (hab.)	Sexo		Densidade demográfica (hab./km ²)
		Homem	Mulher	
1980	633.383	309.210	324.173	55,28
1991	1.011.501	493.891	517.610	88,27
1996	1.157.357	561.926	595.431	101,00
2000	1.405.835	685.444	720.391	122,69
2006	1.688.524	823.273	865.251	148,10
2009	1.738.641	842.428	896.213	154,29

A pirâmide etária de 2009 se apresenta de maneira diversa que a dos últimos anos, conforme demonstrado no Gráfico 3, apontando uma base mais estreitada, o que começa a indicar queda nos índices de natalidade e aumento da longevidade.

Gráfico 3. Pirâmide Etária – 2009. Manaus.



A população de Manaus especificada na Resolução nº 7/2009 do IBGE é de 1.738.641 (tabela 3). Há que se perceber a desproporcional distribuição populacional nas áreas urbana e rural do município de Manaus, o que indica a necessidade de um desenho territorial adequado do sistema de saúde, de forma a ofertar serviços não somente na área urbana, mas também em sua vasta área rural. A população rural representa 1,33% do total, ou seja, são 23.053 habitantes distribuídos em uma área de 10.967,69 km², enquanto que a população da área urbana (98,67%) distribui-se em 433,37 km².

Outro fator importante é o forte atrativo que Manaus exerce sobre as populações dos municípios vizinhos e mesmo de alguns estados das regiões norte e nordeste, o que influencia fortemente o aumento do contingente populacional a ocupar as áreas mais periféricas formando comunidades (invasões) sem qualquer infraestrutura básica de serviços.

Tabela 2. População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009. População por sexo, Manaus, 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 a	14.228	13.630	27.858
1 a 4 a	60.569	58.633	119.202
5 a 9 a	89.759	88.993	178.752
10 a 14 a	90.461	91.309	181.770
15 a 19 a	85.684	87.309	172.993
20 a 29 a	169.703	183.085	352.788
30 a 39 a	140.057	154.007	294.064
40 a 49 a	95.559	103.537	199.096
50 a 59 a	56.288	62.624	118.912
60 a 69 a	25.219	30.395	55.614
70 a 79 a	10.821	15.601	26.422

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
80 e + a	4.080	7.090	11.170
Total	842.428	896.213	1.738.641

Fonte: IBGE, Censos e estimativas

A população urbana de Manaus se distribui quase que equitativamente em 04 (quatro) Distritos de Saúde (Tabela 4). Os Distritos Sul e Oeste estão compostos por bairros de mais de uma zona geográfica. O Distrito de Saúde Rural possui população de 23.053 habitantes, distribuída em inúmeras comunidades dispersas nas áreas terrestre e fluvial.

Tabela 3. População por bairro, Distrito de Saúde Sul – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Adrianópolis	8.433
2	Aleixo	19.462
3	Betânia	12.290
4	Cachoeirinha	19.752
5	Centro	29.920
6	Chapada	10.282
7	Colônia Oliveira Machado	13.402
8	Crespo	9.897
9	Educandos	16.509
10	Flores	47.184
11	Japiim	55.586
12	Morro da Liberdade	13.775
13	Nossa Senhora Aparecida	6.530
14	Nossa Senhora das Graças	15.082
15	Parque 10 de Novembro	37.893
16	Petrópolis	43.532
17	Praça 14 de Janeiro	12.047
18	Presidente Vargas	10.282
19	Raiz	16.603
20	Santa Luzia	8.590
21	São Francisco	17.133
22	São Geraldo	7.980
23	São Lázaro	12.003
24	Vila Buriti	1.942
	Total	446.110

Fonte: Semsu.

Tabela 4. População por bairro, Distrito de Saúde Norte – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Cidade Nova	302.292
2	Colônia Santo Antônio	16.781
3	Colônia Terra Nova	50.259
4	Monte das Oliveiras	29.129
5	Novo Israel	15.083
6	Santa Etelvina	22.836
	Total	436.380

Fonte: Semsu.

Tabela 5. População por bairro, Distrito de Saúde Oeste – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Alvorada	71.016
2	Compensa	78.237
3	Da Paz	14.433
4	Dom Pedro I	16.195
5	Gloria	8.700
6	Lírio do Vale	21.635
7	Nova Esperança	20.295
8	Planalto	14.707
9	Ponta Negra	2.902
10	Redenção	38.042
11	Santo Agostinho	16.655
12	Santo Antônio	21.220
13	São Jorge	25.920
14	São Raimundo	17.215
15	Tarumã	27.833
16	Vila da Prata	12.102
	Total	407.107

Fonte: Semsas.

Tabela 6. População por bairro, Distrito de Saúde Leste – Manaus, 2009.

Nº	BAIRRO	POP 2009
1	Armando Mendes	22.055
2	Colônia Antônio Aleixo	14.571
3	Coroado	48.818
4	Distrito Industrial I e II	30.748
5	Jorge Teixeira	97.824
6	Mauazinho	16.416
7	Puraquequara	5.725
8	São José Operário	109.760
9	Tancredo Neves	45.574
10	Zumbi dos Palmares	34.500
	Total	425.991

Fonte: Semsas.

1.3 Transição Demográfica

Manaus, não diferente de outras capitais brasileiras, vem passando por um período de transição demográfica que vai refletir diretamente nas políticas de saúde, para tanto, faz-se necessário perceber quais são essas mudanças e o que elas apontam. Deste modo, é importante destacar o que já demonstram os estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, conforme transcrevemos abaixo:

“O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. O aumento da longevidade e a redução da

mortalidade infantil também contribuem para a mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher

O processo de Transição da Estrutura Etária ao longo desse período levará, ao longo das próximas quatro décadas, a uma população de perfil envelhecido e com um ritmo de crescimento baixíssimo, quiçá negativo. Entre os principais desafios, sem dúvida, está a geração de novas demandas para o sistema de saúde.

As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas. Os menores de 15 anos perderão representatividade, enquanto o peso relativo dos maiores de 65 anos será crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050, alterando significativamente as relações intergeracionais.

Em 2025, para cada conjunto de 100 menores de 15 anos, haverá 46 idosos, contra 10 existentes em 1975. Finalmente, em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o de menores de 15 anos (índice de envelhecimento). Em 2050, haverá apenas 2 potenciais cuidadores (pessoas entre 50 e 60 anos de idade) para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com 5, existentes em 2000 (razão de suporte).

É esse padrão de crescimento diferenciado por idade que caracterizará a Transição da Estrutura Etária da população brasileira durante a primeira metade do presente século: a) crescimento baixo ou negativo, no segmento jovem; b) médio ou baixo, para a população em idade ativa, até 2025, e praticamente nulo no restante do período; c) muito alto para o contingente de idosos.

Os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, 81 homens idosos; em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61.

O desafio colocado para as políticas públicas diante da população idosa é o fornecimento de serviços e benefícios que lhe permita uma vida condigna e ativa, o que depende especialmente da solidez das políticas de seguridade social (previdência, assistência social e saúde).

Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para essa fração da população, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social. Exige também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais, além da necessidade de recursos humanos em qualidade e quantidade adequadas ao novo quadro epidemiológico.

A população com menos de 15 anos de idade passará a apresentar taxas de crescimento abaixo de zero, o que significa diminuição do tamanho das novas coortes.

Portanto, haverá menor pressão do lado da demanda, e mais oportunidades para a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, como também da assistência familiar.

Junto com a transição demográfica, podem surgir outros fatores que anulem os benefícios deste momento demográfico particular. Por exemplo, está em curso uma mudança de hábitos nutricionais que faz com que a obesidade apareça como crescente problema.

Outro exemplo encontra-se no padrão etário de declínio da fecundidade, que acusa grande participação relativa da gravidez na adolescência, em geral, não planejada. Importantes questões relacionadas à atividade física, uso de drogas, comportamento sexual e nutrição, entre outras, deverão ser tratadas tendo em vista o novo padrão demográfico.

Nesse cenário de mudanças demográficas, a fecundidade em níveis baixos, com um número menor de filhos, deverá certamente resultar em melhor status de saúde ao longo da vida reprodutiva das mulheres e em aumento proporcional de partos ocorridos em idade mais tardia.

Contudo, há uma tendência ao aumento da gravidez não desejada, em especial em mulheres jovens sem parceiro; além dos constrangimentos sociais, econômicos e familiares, muitas das gestações são interrompidas por abortos inseguros, uma das principais causas de altas taxas de morbidade e mortalidade materna.

Em termos de serviços de saúde deverá ocorrer, conseqüentemente, um ajuste na oferta de assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério que permita melhorar sua qualidade, uma vez que a cobertura já é praticamente universal. Precisa-se aumentar em quantidade e qualidade a oferta de assistência integral ao planejamento familiar, incluindo a reprodução assistida.

Óbitos infantis representam um evento lamentável, em todos os sentidos, pois constituem perda precoce da possibilidade de vida, decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis. O componente pós-neonatal predominou no Brasil até 1990; a partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atual.

Uma tendência importante é o aumento relativo da mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida) que, em 2003-2005, correspondeu a cerca de 50% dos óbitos infantis, em todas as regiões do país. Destaque-se que aproximadamente um quarto do total de óbitos infantis ocorreu no primeiro dia de vida.

Entre as causas detalhadas de óbitos neonatais, destacam-se a prematuridade, seguida das infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia. Prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são causas com maior potencial de prevenção e contribuem, em conjunto, com mais de 50% dos óbitos neonatais informados, nas regiões brasileiras.

Chama atenção também a alta taxa de partos cesarianos (43% em 2005), em maior proporção nos hospitais privados, o que requer ações direcionadas à redução da cesariana desnecessária, importante fator de risco relacionado à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e à mortalidade neonatal.

No período de 1990 a 2005, a mortalidade por causas externas no grupo dos 15 aos 29 anos passou de 69% para 77% no sexo masculino e de 32% para 35%, no sexo feminino, em relação aos óbitos por todas as causas. É importante salientar que a magnitude das mortes de jovens por causas externas foi da ordem de 50 mil óbitos em 2005, número extremamente lamentável e preocupante.

Deve ser ressaltado, ademais, que a mortalidade do sexo masculino por causas externas, na faixa etária analisada, é geralmente mais de oito vezes superior à do sexo feminino. Portanto, esse quadro epidemiológico está caracterizado, em seu conjunto, não só pela sobremortalidade de jovens, como especialmente pela sobremortalidade masculina, cujo impacto na evolução da estrutura etária da população e, principalmente na esperança de vida, não se deve desprezar. As armas de fogo têm grande importância no conjunto dos meios usados para perpetrar mortes violentas, sendo responsáveis por 92% dos homicídios de jovens no país.

Merece destaque o crescimento dos acidentes de transporte, que vitimam pedestres e condutores de veículos a motor. Nesse subgrupo de óbitos, há tendência crescente dos que envolvem motociclistas, sobretudo em função das condições precárias de trabalho que caracterizam a atividade de motofrete.

As evidências aqui apresentadas em nível nacional são, apenas, uma primeira referência para nortear o caminho do planejamento da saúde pública, de forma a atender melhor a futura população brasileira.

O desenvolvimento das capacidades de planejamento e gestão do sistema de saúde, é uma questão preocupante e desafiante que se apresenta a exigir análises, estudos e ações específicas, em especial se considerado o vulto das mudanças demográficas que já se delineiam e tendem a aprofundar-se, pelo menos até metade do século.

Um dos aspectos críticos para a gestão do sistema de saúde é a preparação de quadros profissionais inseridos em um modelo organizacional que priorize a integralidade e a qualidade das ações, nos diversos níveis de atenção.

Esses problemas certamente vão requerer investimentos na reestruturação/readequação da rede física, instalações e equipamentos, e ainda mudanças significativas nos padrões de assistência e recomposição da capacidade funcional do sistema, fortemente dependentes de investimentos em recursos humanos e tecnológicos.”

Trecho extraído do livro Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

1.4 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O IDH sintetiza o nível de sucesso atingido pela sociedade no atendimento a três necessidades básicas e universais do ser humano: acesso ao conhecimento (dimensão educação), direito a uma vida longa e saudável (dimensão longevidade) e direito a um padrão de vida digno (dimensão renda). Para a dimensão educação, os indicadores selecionados são a taxa de alfabetização da população acima de 15 anos e a proporção de pessoas com acesso aos níveis de ensino primário, médio e superior (medida pela frequência bruta nesses três níveis de ensino). Para a dimensão longevidade, o indicador é a expectativa de vida ao nascer. Para a dimensão renda, a renda familiar per capita (RFPC) é o indicador escolhido como síntese da capacidade da população de adquirir os bens e serviços que estimulem e garantam seu desenvolvimento como ser humano. Dito de outra forma, em certa medida, a RFPC deve representar a possibilidade de acesso às demais dimensões não abordadas pelo IDH.

Tanto o IDH quanto seus três subíndices (educação, renda e longevidade) variam entre 0 e 1, assim classificados: de 0 a 0,5, baixo desenvolvimento humano; de 0,5 a 0,8, médio desenvolvimento humano; de 0,8 a 1, alto desenvolvimento humano.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é uma adaptação do IDH para o nível municipal, seguindo os mesmos princípios e formulações.

Em Manaus, assim como no Amazonas e no Brasil, a dimensão com o subíndice mais alto é educação. Esse é o indicador que mais contribui para o valor do IDHM em 2000. A ordem de importância dos subíndices para a composição do IDHM é: educação, longevidade e renda (tabela 7).

Tabela 7. Comparação do Índice de Desenvolvimento Humano – Brasil, Amazonas e Manaus. 1991 e 2000.

ANO	Brasil		Amazonas		Manaus		
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	
IDHM	0,696	0,723	0,766	0,664	0,713	0,745	0,774
IDHM – Renda	0,681	0,723	0,640	0,634	0,712	0,703	
IDHM - Longevidade	0,662	0,727	0,644	0,692	0,681	0,711	
IDHM – Educação	0,745	0,849	0,707	0,813	0,843	0,909	

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano – PNUD - 2003.

1.5 Taxa de Fecundidade

Em 2007, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) foi de 1,95 filhos. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. A taxa de fecundidade tem mostrado um declínio, tendo como um dos principais fatores intervenientes a mudança de comportamento reprodutivo da mulher, a crescente participação no mercado de trabalho e uma maior utilização de métodos contraceptivos.

Tabela 8. Taxa de fecundidade, 1991, 2000 e 2007

Anos	Taxa de fecundidade
1991	3,04 filhos
2000	2,55 filhos
2007	1,95 filhos

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/IPEA e IBGE PNAD 2007.

1.6 Habitação

O Censo Demográfico – 2000 registrou 106.396 domicílios conectados a redes de esgoto ou de águas pluviais, de um total de 326.852 domicílios identificados. Cerca de 166.047 domicílios dispunham de fossas sépticas ou rudimentares.

Tabela 9. Domicílios particulares permanentes segundo a condição de ocupação, Manaus, 2000.

Domicílios particulares permanentes						
Total	Condição de ocupação do domicílio					
	Próprio		Alugado	Cedido		Outra
	Já quitado	Em aquisição		Por empregador	De outra forma	
326 852	236 097	26 651	40 036	3 897	17 774	2 397

Fonte: IBGE, CENSO, 2000

Com base nestes dados, é possível inferir que, no ano 2000, apenas 32,6% dos domicílios estavam ligados às redes de esgoto e cerca de 50% 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 10. Proporção de Moradores por tipo de abastecimento de água, Manaus, 1991 e 2000.

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

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 tifoide 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 11. Proporção de Domicílios particulares permanentes segundo o tipo de instalação sanitária, Manaus, 1991 e 2000.

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	2,0	32,2
Fossa séptica	47,2	36,5
Fossa rudimentar	28,4	14,4
Vala	8,3	3,6
Rio, lago ou mar	-	7,2
Outro escoadouro	7,4	1,7
Não sabe o tipo de escoadouro	0,5	-
Não tem instalação sanitária	6,3	4,4

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

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

Tabela 12. Proporção de Moradores por tipo de destino do lixo, Manaus, 1991 e 2000.

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

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

1.7 Alfabetização

A análise da situação de alfabetização da população é importante em face da vulnerabilidade do grupo com baixo grau de escolaridade em todos os aspectos da vida social.

Em 2000 o Percentual de pessoas de 15 ou mais anos de idade que não sabem ler nem escrever um bilhete simples no Amazonas era de 8,9 em 1991 e caiu para 6,1% em 2000.

Os dados na tabela não apresentam diferença entre as diferentes faixas etárias alfabetizadas demonstrando que ocorreu melhoria no acesso da população a escola, o que pode produzir redução progressiva do analfabetismo nos grupos etários com o decorrer dos anos.

Tabela 13. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária. Manaus. 1991 e 2000.

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

Fonte: IBGE/Censos

1.8 Razão de Renda

Em 2007 a razão entre a renda dos 20% mais ricos e os 20% mais pobres no Estado do Amazonas a qual se aplica para Manaus é de 20,76%. É uma medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Compara a renda média dos indivíduos pertencentes aos dois décimo mais rico da distribuição com a renda média dos indivíduos pertencentes ao grupo mais pobre.

1.9 Taxa de Desemprego

Em Manaus a taxa de desemprego (percentual das pessoas que procuraram, mas não encontraram ocupação profissional remunerada entre todas aquelas consideradas “ativas” no mercado de trabalho) no período de 2005 a 2007 foi de 12,8%; caindo para 9,4% e elevando-se novamente para 12,2% respectivamente. 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).

2. SITUAÇÃO DE SAÚDE

O resultado obtido no período de janeiro a agosto de 2009 no conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde, bem como as informações das áreas técnicas da assistência em saúde tais como Saúde da Família, Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Idoso, Mental, da Pessoa com Deficiência, Profilaxia e Controle da Raiva Humana, Apoio Diagnóstico e Vigilância em Saúde são aqui apresentadas.

2.1 INDICADORES DO PACTO PELA SAÚDE 2009.

O elenco dos indicadores pactuados para o ano de 2009 tem o resultado alcançado no período de janeiro a agosto de 2009 apresentado na tabela 14. Destaca-se que alguns indicadores somente podem ser mensurados depois de transcorrido o ano, enquanto que outros podem ser acompanhados e mensurados mais amiúde.

Tabela 14. Indicadores do Pacto 2009. Manaus. Resultado de Janeiro a Agosto de 2009.

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
1	TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DO FÊMUR	20,00 (reduzir em 2% a taxa)	4,94	10.000	SIH/IBGE
2	PERCENTUAL DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) CADASTRADAS, INSPECIONADAS	100	ANUAL	100	ANVISA/CGTES /NADAV
3	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAIS NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO-ALVO, EM DETERMINADO LOCAL, POR ANO	0,2	0,08	1	SISCAM/SISCOLO /IBGE
4	PERCENTUAL DE TRATAMENTO/ SEGUIMENTO NO NÍVEL AMBULATORIAL DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO (LESÕES DE ALTO GRAU NIC II E NIC III), EM DETERMINADO LOCAL, NO ANO	50	ANUAL	100	SISCAM/SISCOLO
5	PERCENTUAL DE AMOSTRAS INSATISFATÓRIAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS	5	1,73	100	SISCAM/SISCOLO
6	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS (SUS E CREDENCIADO) DE MAMOGRAFIA AO SUS CAPACITADOS NO SISMAMA	100%	ANUAL	100	www.inca.gov.br CNES
7	PROPORÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS	25	10,03	100	SIM
8	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL INVESTIGADOS	75	22,54	100	SIM
9	COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL	5,28 (pactuado: 7% de redução)	4,24	1.000	SIM-SINASC
10	COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL	9,81 (pactuado: 4% de redução)	11,14	1.000	SIM-SINASC
12	NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA	90	69	1	SINAN
13	TAXA DE CESÁREAS	25,75	27,27	100	SIH
14	TAXA DE LETALIDADE POR FEBRE HEMORRÁGICA DE DENGUE	2	1,72	100	SINAN
15	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA	85	ANUAL	100	SINAN
16	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL DE MALÁRIA	7,64 (pactuado: 30%)	6,15	1.000	SIVEP- Malária/IBGE.

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
		de redução)			
17	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	85	ANUAL	100	SINAN
18	PROPORÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS COLETADAS DO VÍRUS INFLUENZA EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO	80	41,04	100	Sivep- gripe
19	PROPORÇÃO DE CASOS DE HEPATITES B E C CONFIRMADOS POR SOROLOGIA	75	81,67	100	SINAN
20	TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	2,9	1,36	100.000	SINAN – Estimativa IBGE
21.a	PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO EM ADULTOS	26,1	ANUAL	100	VIGITEL
21.b	PERCENTUAL DE UNIDADES DE SAÚDE QUE DESENVOLVEM AÇÕES NO CAMPO DA ATIVIDADE FÍSICA	2,60	ANUAL	100	SIA, CNES
22	PREVALÊNCIA DE TABAGISMO	12,1	ANUAL	100	VIGITEL
24	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO CADASTRADA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35	44,49	100	SIAB e IBGE
25	PROPORÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O PROJETO AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (AMQ) IMPLANTADO	60	ANUAL	100	Aplicativo Digital AMQ
26	RECURSO FINANCEIRO (EM REAIS) PRÓPRIO DESPENDIDO NA ATENÇÃO BÁSICA.	79.674.000,00	83.108.959,58	1	SMS
27	MÉDIA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	3	0,29	100	SIAI/SUS e IBGE
28	COBERTURA DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	10	3,84	100	SIH/SUS e IBGE
29	TAXA DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	18	15,52	10.000	SIH/SUS
30	TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO DE 30 ANOS E MAIS	6,2	5,03	10.000	SIH
31	MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS	1,2	0,57	1	SIA/SUS e IBGE
32	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	82	78,85	100	SINASC
33	MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA REALIZADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	0,5	1,13	1	SIA/SUS e SIAB
34	PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	4,5% (10% de redução de prevalência da desnutrição)	ANUAL	100	SISVAN
35	PERCENTUAL DE FAMÍLIAS COM PERFIL SAÚDE BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA	44%	42,92	100	SISVAN
38	TAXA DE COBERTURA DE CAPS POR 100 MIL HABITANTES	0,28	ANUAL	100.000	CNES e IBGE
41	NÚMERO DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA IMPLANTADAS NO MUNICÍPIO	2	ANUAL	1	Pág. ATSM www.saude.gov.br /portalcidadao/ saudedamulher
44	COBERTURA VACINAL POR TETRAVALENTE EM MENORES DE UM ANO DE IDADE.	95% (pactuado: 38.028 doses)	97,09	100	SIAPI / IBGE

Nº	INDICADOR	META 2009	RESULTADO JAN A AGO/09	MULTIPLICADOR	FONTE
45	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSAS BÁSICAS DEFINIDAS	90	87,7	100	SIM
46	TAXA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA - PFA EM MENORES DE 15 ANOS	13	1,77	100.000	SINAN
47	PROPORÇÃO DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INVESTIGADAS OPORTUNAMENTE	80	83,12	100	SINAN
48	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	79,3	83,12	100	SINAN
49	PROPORÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2000	20,26	23,73	100	SIOPS
50	ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DAS BASES DE DADOS NACIONAIS OBRIGATORIAS. (SIA- SUS - SIHSUS - CNES - SIAB)	100%	ANUAL	100	DATASUS, CNES, SIASUS, SIHSUS
53	ÍNDICE DE CONTRATUALIZAÇÃO DE UNIDADES CONVENIADAS AO SUS, NOS ESTADOS E MUNICÍPIOS	100%	ANUAL	100	CNES e DATASUS
55	COBERTURA VACINAL ANTIRRÁBICA CANINA	80	17,07	100	DVEAM
56	COBERTURA VACINAL POR HEPATITE B EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	95% (pactuado: 38.028 doses)	97,74	100	SI-API
57	PERCENTUAL DE INSPEÇÕES REALIZADAS NOS ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS, EXCETO ALIMENTAÇÃO	100%	ANUAL	100	DVISA

Fonte: SEMSA- Manaus.

Obs. Resultado cujo valor é ANUAL indica que a apuração será realizada ao término do ano de 2009.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

A Estratégia Saúde da Família está implantada no município de Manaus desde 1999, atualmente conta com 183 Equipes, destas, 9 estão inativas (equipe incompleta) e 174 equipes estão ativas, com cobertura de 47% da população do município.

Tabela 15. Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Distrito de Saúde em Manaus, 2009.

DISTRITO DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMATIVA 2009	PESSOAS CADASTRADAS	COBERTURA
LESTE	418.731	210.892	50%
NORTE	428.943	173.711	40%
OESTE	400.169	176.599	44%
SUL	438.507	234.193	53%
MANAUS	1.709.010	795.395	47%

Fonte: SIAB

Atualmente está em curso a implantação do reordenamento e ampliação da Rede Básica de Saúde, uma vez que foram identificados alguns problemas, tais como: iniquidade na distribuição espacial das Unidades, o que leva a sobreposição de serviços em alguns lugares e imensos vazios assistenciais em outros; estrutura física inadequada em algumas Unidades e necessidade de estabelecer referências, dentre outras.

No tocante a Recursos Humanos, houve a desprecarização dos vínculos de trabalho de quase 100% dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, no entanto, temos ainda o problema de déficit de RH levando algumas Equipes a atuarem de forma incompleta, comprometendo a qualidade a atenção prestada.

Outra questão de extrema importância na ESF está relacionada aos processos de trabalho que as caracterizam. Observa-se que a inexistência de ações das equipes técnicas centrais e distritais integradas, estruturadas, permanentes e sustentáveis de acompanhamento das Unidades de Saúde, centrado em apoio técnico com caráter pedagógico, vem contribuindo para a descaracterização do modelo de atenção, uma vez que algumas atividades fundamentais estão saindo da rotina tais como: reuniões semanais de planejamento da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade onde atuam, articulação com instituições da área, busca ativa, educação em saúde e educação em serviço, este último, tem grande relevância, sobretudo por percebermos a pouca aplicabilidade dos conteúdos repassados para os profissionais em inúmeros cursos ofertados fora do seu espaço de trabalho, acredita-se que a aprendizagem associada à necessidade sentida e suprida no próprio ambiente de trabalho possa ser mais efetiva, sem, no entanto, descartar os grandes cursos e eventos que precisam ser programados com menor frequência, maior critério e de forma integrada.

Vale ressaltar, ainda, que para fortalecer a ESF, a utilização adequada do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB é imprescindível, atualmente a digitação das informações produzidas na maioria das UBSF é centralizada na Sede dos Distritos de Saúde causando inúmeras dificuldades para sua adequada utilização.

2.3 SAÚDE DA CRIANÇA

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

De acordo com dados do IBGE a população de crianças (0 a 9 anos) em Manaus é de 325.812, já os adolescentes somam 354.763, totalizando para o programa saúde da criança e do adolescente uma população de 680.575 pessoas.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Ao analisarmos a população infantil no município de Manaus nos foi possível observar que a taxa de natalidade embora tenha sofrido queda substancial no final do século passado, vem apresentando discreto declínio na última década se comparado com o aumento anual da população de Manaus observado na Tabela 16.

Tabela 16. Série Histórica de Nascidos-vivos. Manaus-AM, 1998 a 2008.

Ano	Nascidos-vivos	População de Manaus
1998	37.674	1.224.361
1999	38.865	1.255.049
2000	40.219	1.405.835
2001	37.767	1.451.958
2002	38.171	1.488.805
2003	37.276	1.527.314
2004	36.949	1.565.709
2005*	37.974	1.644.688
2006*	38.697	1.688.524
2007*	37.428	1.731.993
2008*	37.852	1.709.010

Fonte: SINASC / SEMSA (* dados sujeitos à revisão)

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

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

Em Manaus o Coeficiente de Mortalidade Infantil está situado em 15,92/1.000 nascidos-vivos. Esta taxa ainda constitui um sério problema de saúde pública nosso Município. A tabela 12 mostra a série história em números absolutos do Coeficiente de Mortalidade Infantil nos últimos 10 anos.

Tabela 17. Série Histórica de Coeficiente de Mortalidade Infantil – Manaus-AM, 1998 a 2008.

Anos	Nascidos-vivos	Óbitos Absolutos	Coeficiente (p/1.000)
1998	37.674	1.321	35,06

1999	38.865	1.383	35,58
2000	40.219	1.212	30,14
2001	37.767	970	25,68
2002	38.161	869	22,77
2003	37.463	792	21,25
2004	36.967	628	16,99
2005*	38.022	674	17,73
2006*	38.697	655	16,93
2007*	37.431	592	15,82
2008*	38.249	609	15,92

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

Conforme demonstrado na tabela 17 e melhor visualizado nos gráficos 4 e 5, os índices de Mortalidade Infantil no município de Manaus vem apresentando uma importante queda. Entretanto, nos últimos anos observamos um discreto aumento na taxa de mortalidade infantil. Este acontecimento provavelmente se deve ao fato da ampliação e melhoria nos serviços de notificação dos óbitos infantis. Quando avaliamos o componente neonatal, sendo eles o neonatal precoce e o neonatal tardio verificamos um comportamento instável onde observamos redução significativa nos anos de 2002 para 2004, onde a taxa foi de 11,55 para 1,44 respectivamente, um novo aumento em 2005 para 8,66, com declínio em 2007 para 7,4 e no último ano observamos um novo aumento atingindo em 2008 uma taxa de 7,87.

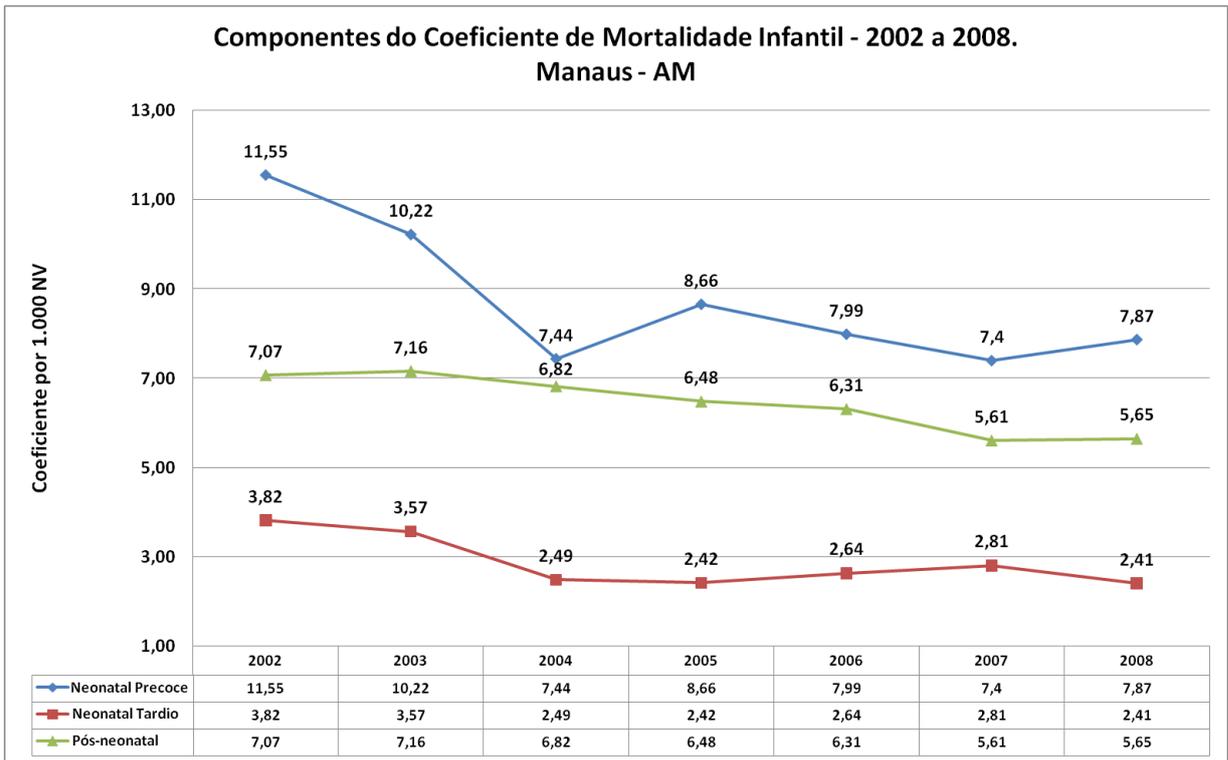
Estes dados demonstram a necessidade de aumento das ações em saúde para as crianças ainda nos seus primeiros dias de vida. Dentre as causas diretas da mortalidade neonatal, a sepse, infecções graves, asfixia e parto prematuro são responsáveis por mais de 80% das mortes de recém-nascidos. Estima-se que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

Tabela 18. Série Histórica de Coeficientes de Mortalidade Perinatal e Infantil estratificados em seus componentes – Manaus-AM, 2002 a 2008.

Coeficiente de Mortalidade	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Perinatal (fetal + <7 d)	21,36	20,91	18,01	17,51			
Infantil Neonatal (< 27 d)	15,38	13,79	9,93	11,09	10,62	10,21	10,27
Infantil Neonatal Precoce (<7 d)	11,55	10,22	7,44	8,66	7,99	7,40	7,87
Infantil Neonatal Tardio (7-27 d)	3,82	3,57	2,49	2,42	2,64	2,81	2,41
Infantil Pós-neonatal (28 d -1 a)	7,07	7,16	6,82	6,48	6,31	5,61	5,65

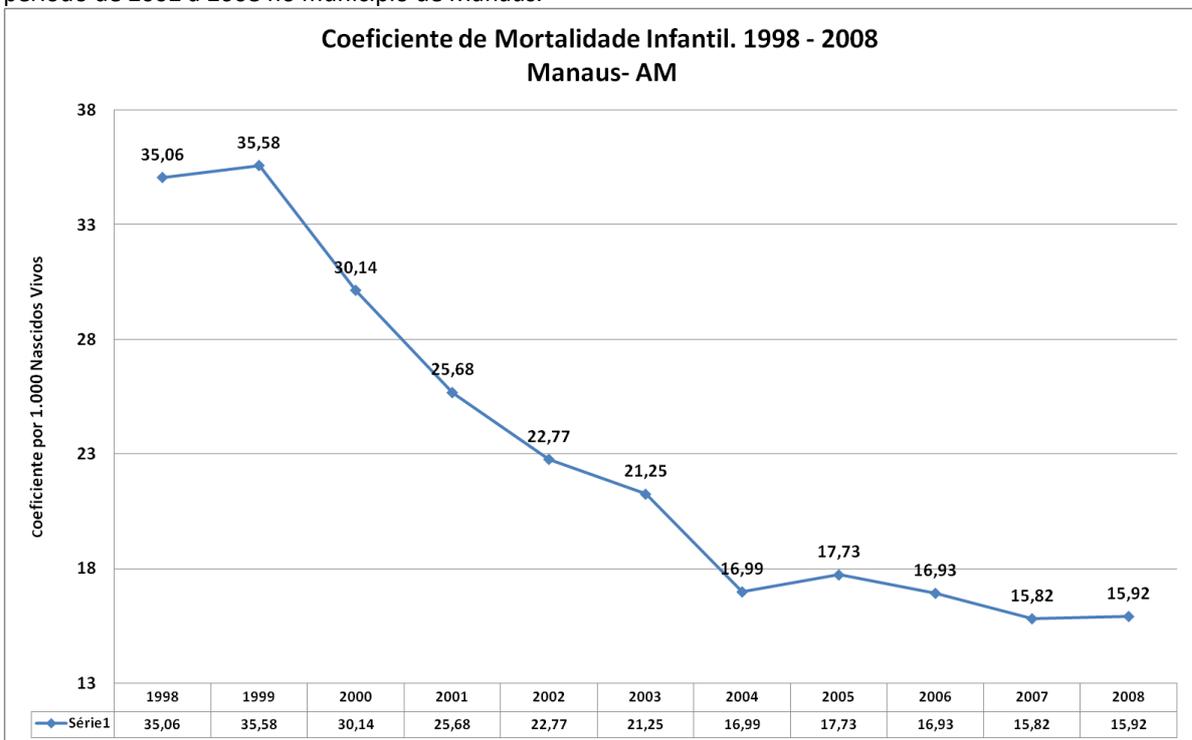
Fonte: SIM / SEMSA (dados sujeitos à revisão)

Gráfico 4. Distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia no período de 2002 a 2008 no município de Manaus.



Fonte: Semsa

Gráfico 5. Distribuição do coeficiente de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia no período de 2002 a 2008 no município de Manaus.



Fonte: Semsa

Considerando, como já referido acima, que o Coeficiente de Mortalidade Neonatal é um indicador sensível da qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais, para a redução da mortalidade infantil, além de outras ações no período pós-neonatal, são necessárias intervenções que tratem de questões complexas, dentre elas, o aumento do poder da mulher,

eficiência do sistema de saúde, falta de atenção à saúde materna, falta de acesso a serviços de saúde básicos e especializados, condições inadequadas de atendimento de saúde para mães, reconhecimento inadequado de doenças que afetam recém-nascidos, falta de consenso sobre provimento de intervenções e suas estratégias nas comunidades para evitar e tratar infecções graves em recém-nascidos, repertório limitado de intervenções para distúrbios que ocorrem logo após o nascimento tais como asfixia durante o parto e problemas causados por parto prematuro, e busca insuficiente por cuidados de saúde pelas famílias e comunidades.

Por conseguinte para redução da mortalidade infantil é necessário iniciar com programas para prevenção da prematuridade e da má nutrição fetal, devendo ser distinguido três estratégias específicas como:

- Cuidados preventivos e curativos, regionalizados e hierarquizados segundo enfoque de risco, ou seja, a organização dos serviços em atenção perinatal, neonatal e pós-neonatal.
- Capacitação de pessoal, isto é, necessidade de aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção à saúde da criança.
- Elaboração de programas de informação e educação da população.

NECESSIDADE DE SERVIÇO PARA A POPULAÇÃO ALVO

O total de Médicos Pediatras na Rede Municipal de Saúde de Manaus é de aproximadamente 172 (setenta e sete e dois), sendo que destes médicos 63 (sessenta e três) fazem parte do quadro da Maternidade Moura Tapajoz, restando apenas 109 (cento e nove) distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde para atender a uma população de 779.911 (setecentos e setenta e nove mil, novecentos e onze) crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos).

Segundo as normas do Ministério da Saúde as ações desenvolvidas em atenção à criança devem ser desempenhadas para promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistências aos problemas de saúde. Estas atividades deveriam ser desempenhadas, prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde e ou as Equipes de Saúde da Família, já que estas vêm sendo a porta de entrada do Sistema de Saúde. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde a Promoção do Nascimento Saudável, Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco, Acompanhamento ao Crescimento e Desenvolvimento e Imunização, Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável – Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carências e Abordagem das Doenças Respiratórias e Infeciosas são ações prioritárias para o atendimento das crianças.

Em Manaus, de acordo com as ações previstas pelo Ministério da Saúde, são realizadas as seguintes ações:

- Promoção da alimentação saudável, iniciando com o Aleitamento Materno.
- Acompanhamento e desenvolvimento da Saúde da Criança nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e Centro Integrados ao Atendimento da Criança.
- Implantação do Comitê de Prevenção de Óbito Materno e Infantil.
- Implantação e implementação da Referência e Contra-referência nas maternidades e postos de atendimentos.

- Implantação das ações e da ficha da “Primeira Semana Saúde Integral” em todas as Unidades Básicas de Saúde
- Implementação da Rede Amamenta Brasil nas UBS e UBSF.
- Implementação do Ambulatório do Bebê de Risco com Referência e Contra-referência nas maternidades e nos ambulatório de especialidade pediátrica da rede de saúde de Manaus (implantado no DISA OESTE, e em processo de implantação no DISA SUL).
- Implementação das ações da Caderneta de Saúde da Criança.
- Implantação e implementação do “Álbum para as Famílias” para a prevenção da violência doméstica contra Crianças e Adolescentes.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento a Saúde da Criança. Fazendo parte do seu quadro o médico Pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada. Em Manaus nos últimos quatro anos foram registradas 249.141 (duzentos e quarenta e nove mil cento e quarenta e um) consultas de crianças na Rede Básica de Saúde.

Tabela 19. Crianças atendidas na Rede de Saúde Municipal. Manaus, 2005 a 2008.

ANO	Pop. de crianças cadastradas	Nº de Consultas UBSF	Nº de Consultas UBSF com S. Bucal	Total de Consultas UBSF + UBSF com S. Bucal	% de Crianças Atendidas nas UBSF
2005	114.825	82.605		82.605	71,94
2006	90.608	59.167		59.167	65,30
2007	64.231	45.155	5.458	50.613	78,80
2008	83.391	40.670	16.086	56.756	68,06

Fonte: SIAB/DACAR

- O teste do pezinho é realizado em 52 (cinquenta e duas) Unidades Básicas de Saúde e na Maternidade Moura Tapajoz.
- A Rede Amamenta Brasil está instalada em dez Unidades Básicas de Saúde, entretanto não possuem certificação por não cumprimento de todas as etapas do processo. Falta a implantação do Sisvan-web.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA

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

triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas.

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

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

- Melhoria da atenção ao pré-natal, responsáveis por uma parcela considerável da mortalidade;
- Melhoria dos cuidados durante o trabalho de parto e o puerpério, as estatísticas sugerem que a deficiência se situa muito mais na qualidade de assistência que na cobertura;
- Melhoria dos cuidados de reanimação do recém-nascido na sala de parto, para tanto, torna necessária a disponibilidade de equipamento básico mínimo para reanimação e pessoal devidamente treinado, atendendo os partos em qualquer nível de atenção;
- Implantação e implementação de Unidades Cuidados de Maior Complexidade destinada ao atendimento às gestantes e recém-nascidos, com equipamentos adequados, bem como equipe em número suficiente e devidamente treinada;
- Capacitação de pessoal em programa de aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção à criança;
- Implantação do Método Canguru nas maternidades de Manaus;
- Implantação com a capacitação do profissional de saúde do AIDPI Neonatal (Atenção Integral das Doenças Prevalentes Neonatais);
- Implantação da Rede de Saúde Perinatal nas maternidades de Manaus;
- Sistema efetivo de transferência deve ser realizado em incubadora de transporte. O veículo deve contar com condições mínimas para cobrir o percurso com segurança para o paciente, equipe assistencial (médico e enfermeiro) capacitados para o transporte de recém-nascidos de risco. E o transporte do paciente somente deverá ser iniciado depois da adequada estabilização no hospital de origem, com orientação conjunta da equipe do hospital de destino e com vaga previamente assegurada.
- Envolvimento da população, por meio de informações e educação, é de capital importância para que os objetivos sejam atingidos;
- Sistema de intercomunicação e interconsulta entre vários níveis, importância da comunicação entre profissionais da equipe de trabalho, equipes setoriais e secretarias com maior integração das ações para melhoria da saúde;
- Implementação da puericultura: o acompanhamento da criança durante seu crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, deve contar com bons serviços de saúde, de nível primário, através do qual possa receber uma atenção integral, que vai desde ações preventivas, exames médicos periódicos ou eventuais, até a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais complexos, com encaminhamento para serviços de níveis secundários ou terciários.

- Nas Unidades Básicas de Saúde os profissionais devem ter conhecimento do número de puérperas e recém-nascidos de sua área de abrangência, para programar as ações de saúde. Realizando busca ativa, nos casos de RN com fatores de risco ou não, que não tenham vindo a UBS na primeira semana de vida após alta para iniciar a primeira semana saúde integral e puericultura.
- Implantação do serviço de Pronto Atendimento e Emergência 24 horas para puérpera e recém-nascido até 28 dias de vida.

2.4 SAÚDE DO ADOLESCENTE

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

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

Tabela 20. Proporção de grávidas menor que 20 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

Distrito	2005	2006	2007	2008
Leste	26.93	26.72	26.7	26.42
Norte	24.06	23.7	21.42	21.33
Oeste	25.13	23.3	25.71	22.85
Sul	23.21	21.86	17.56	20.71
Total	24.8	23.8	22.8	23.07

Fonte: Semsu SIAB/DACAR

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Domicílios realizada no ano de 2004(5), houve um aumento das adolescentes grávidas nos últimos 13 anos. Os dados demonstram que em 1991 o número de crianças nascidas de mulheres entre 15 e 19 anos era de 16%, sendo que em 2004 esse percentual subiu para 20%.

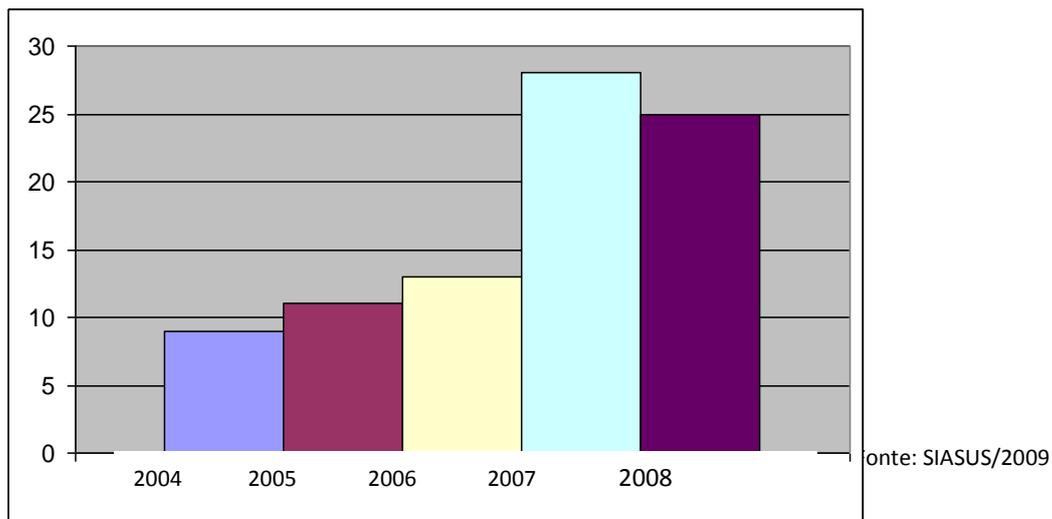
Em Manaus, segundo fontes do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, no ano de 2008 cerca de 23% das grávidas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família eram adolescentes, entretanto, conforme dados apresentados ao longo do diagnóstico, existem diferenças desse percentual conforme o Distrito de Saúde e os bairros abrangidos pelos

mesmos. Tais diferenças podem estar relacionadas com as condições sociais e econômicas presentes em cada área do município.

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

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

Gráfico 6. Número de Óbito em Adolescentes do sexo masculino vítimas de violência Manaus (AM).



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

NECESSIDADE DE SERVIÇO PARA A POPULAÇÃO ALVO

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

Inicialmente há necessidade do preparo dos profissionais para lidar com essa faixa etária e com o trabalho voltado para promoção de saúde, considerando que devido à formação dos mesmos, há um predomínio de ações hospitalocêntricas com foco na doença. Neste sentido, para concretização das ações voltadas para essa faixa etária é necessário:

- Implantação das ações em saúde do adolescente nas unidades básicas e equipes de saúde da família;
- Implantação da caderneta de saúde de adolescentes;
- Consolidação dos Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos de adolescentes e jovens;
- Reduzir as violências contra adolescentes e jovens e atendimento às vítimas de violência na saúde.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Todas as Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento à saúde do adolescente. Fazendo parte do seu quadro médico pediatra, entretanto, o número disponível para atendimento na rede é insuficiente para as particularidades do acompanhamento do adolescente, uma vez que estamos trabalhando para as unidades de saúde receber todos os que procuram atendimento, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada. Manaus atualmente conta com 25 Estabelecimentos de Saúde com as ações implantadas para o adolescente, contando atualmente com 800 profissionais de saúde capacitados.

As ações do Programa Juventude Consciente estão sendo desenvolvidas nas escolas de áreas de abrangência de oito Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, sendo dois por Distrito de Saúde.

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

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

No ano de 2009, foi iniciada a implantação do Programa Saúde na Escola, que contou com a participação de Equipes de Saúde da Família e Escolas tanto da rede municipal quanto estadual de educação e a parceria da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC), Universidade Federal do Amazonas, e do CONEM. Atualmente 16 Equipes de Saúde da Família estão com o Programa Saúde na Escola implantado.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ÁREA

Os indicadores da Saúde do adolescente estão relacionados a outros fatores sociais e culturais, entretanto, a saúde pode ter um grande impacto sobre os mesmos. Neste sentido, a atuação da atenção básica em ações de promoção e prevenção ao uso de álcool e drogas tenderá a diminuir o número de violências entre os adolescentes que, como pode ser observado no gráfico, está em constante crescimento. Com relação ao percentual de nascidos vivos de grávidas menor que 20 anos tem sido observado uma diminuição nesse número conforme o contexto nacional, contudo, essa proporção ainda é alta podendo ser diminuída com ações eficazes na promoção e prevenção a uma gravidez precoce realizada pela atenção básica.

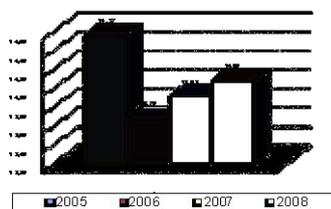
Tabela 21. Nascidos vivos de grávidas menores de 20 anos.

DISA	2005	2006	2007	2008
Leste	14,84	14,41	14,42	14,7
Norte	14,87	14,11	14,9	14,8
Oeste	14,69	12,58	13,3	13,17
Sul	13,88	13,72	13,1	13,7
Total	14,55	13,58	13,93	14,09

Fonte: SINASC

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

Gráfico 7. Atendimentos - Saúde da Família - Faixa Etária de 10 a 19 Anos.



Fonte: SIAB

Em análise atendimentos realizados pela Estratégia Saúde da Família nos últimos quatro anos observa-se que o percentual de atendimento a adolescentes está acima da média nacional que é de 13% segundo dados do SIAB-2008. Entretanto, não contempla a porcentagem de adolescentes no âmbito da população de Manaus que corresponde a 22% da população.

2.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

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

A população de Manaus é de 1.709.010 desta, 806.176 é do sexo feminino, correspondendo a 47,02% desta população. A prioridade do atendimento está na faixa etária de 10 a 49 anos que totalizam, no município de Manaus, 606.025 correspondendo a 35,46% da população feminina.

Os eixos que estruturam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão implantados e implementados em três Módulos de Saúde da Família, 08 Policlínicas, 07 Serviços de Pronto Atendimento, 46 Unidades Básicas de Saúde, 163 Unidades Básicas de Saúde da Família e 15 de Saúde Rural no total de 242 Estabelecimentos de Saúde que dispõem de serviço para atendimento à mulher.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

No que se refere à atenção ao Pré-Natal, a capacidade instalada da Rede Municipal de Saúde, segundo o CNES, pode suprir até 100% da necessidade de consultas das grávidas residentes, no entanto, as Unidades de Saúde ainda apresentam dificuldades em captar precocemente as gestantes e estabelecer vínculo com as mesmas a fim de que cumpram o calendário mínimo de consultas, impactando no indicador de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal e cumprindo com critérios para assegurar, ao final da gestação com o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Tabela 22. Nascidos Vivos de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus, 2005 a 2008.

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

Fonte: SINASC

Analisando a necessidade de consultas com base no total de nascidos-vivos em 2008 que foi de 38.250 e considerando a recomendação de 6 consultas de Pré-Natal para cada gestante, deveríamos ter produzido 229.500 consultas, no entanto só produzimos 104.450 que representa 39,8% do total necessário e 33% do total programado que é de 308.873 consultas.

Tabela 23. Comparativo entre consultas de pré-natal e puerpério programadas e realizadas em 2008.

Ações	Programado 2008	Realizado 2008
Consulta Pré-Natal	308.873	104.450
Consulta Puerperal	69.577	7.433
Total	378.450	111.883

Fonte: Gerência de Informação em Saúde

Observa-se ainda na Tabela 18 que em 2008 das 69.577 consultas de puerpério programadas foram realizadas apenas 7.433. Se comparado ao total de nascidos-vivos no mesmo ano 38.250, conclui-se que apenas 19,4% das puérperas tiveram acesso a esse atendimento que é essencial para a sua saúde e de seu bebê, constituindo outro fator relacionado às taxas atuais de Mortalidade Materna e Infantil, uma vez que a atenção puerperal quando realizada adequadamente pode ter relevante impacto na redução dessas taxas.

Aqui, destaca-se novamente a ociosidade da capacidade instalada uma vez que com o total de consultas puerperais 69.577 programadas para o ano de 2008, poderíamos ter atendido, até mesmo com mais de uma consulta, a 100% das puérperas em nosso município.

Tabela 24. Nascidos Vivos de mães que realizaram 7 ou + consultas de pré-natal segundo ano do nascimento. Manaus, 2007 a 2008.

Ano	Nascidos-vivos	Nascidos vivos de 7 ou + consultas
2007	37.431	14.906
2008	38.250	14.294

Fonte: SINASC

O quantitativo de consultas de pré-natal aumenta e o número de grávidas reduz, demonstrando que somente 5,4% destas realizaram sete ou mais consultas em 2008, e uma redução quando comparado ao ano de 2007.

A esta conjuntura soma-se a baixa cobertura do pré-natal hoje de 34%, má distribuição espacial das Unidades de Saúde, ausência de política de integralidade.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, implantado desde 2000, tem como princípios, garantir o direito da gestante de acesso a atendimento digno e de qualidade na gestação, parto e puerpério, o direito da gestante de conhecer e ter acesso assegurado à maternidade em que será atendida no parto e o direito da gestante de receber assistência segura e humanizada no parto e no puerpério, de acordo com as melhores práticas e com conhecimento atualizado. Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, no entanto, observa-se que a postura apresentada pelos profissionais de saúde não é condizente com o preceituado, pois, a “oferta de serviços de saúde feita na rede de cuidados primários de saúde, é marcada pelas características da clínica, ou seja, centrada na atenção individual, na demanda espontânea, na valorização de tecnologias de diagnóstico e tratamento, que pouco espaço concedem para as dimensões afetivas, relacionais e modos de vida da clientela que ocorre aos serviços”.(FIOCRUZ 2006).

Apesar de ser preconizado pelo PHPN, alguns dados demonstram comprometimento na qualidade da atenção, tais como a incidência de sífilis congênita como observamos na tabela 20, ressaltando que a Sífilis é uma condição patológica cujo diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca dificuldade operacional.

Tabela 25. Incidência por Sífilis Congênita em Manaus.

Ano do Diagnóstico	Sífilis Congênita Recente	Sífilis Congênita Tardia	Aborto	Natimorto	Total
2007	103	2	1	2	108
2008	144	6	1	2	159
2009 (até abril)	53	1	0	1	60

Fonte: SINAN NET

O PHPN foi formulado e detalhado em três componentes: o Componente I *de Incentivo à Assistência Pré-natal*, o Componente II *de Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal* e o Componente III *de Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto* com incentivos financeiros de R\$ 10,00 na adesão ao pré-natal, R\$ 40,00 para o hospital que realiza o parto e R\$ 40,00 pagos por consulta do puerpério, depositados fundo a fundo.

Dados obtidos pelo SISPRENATAL nos mostram que em 2006 deixamos de arrecadar cerca de R\$ 1.000.000,00 por problemas de inconsistência no registro dos dados.

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

Outro fator importante na atenção ao Pré-Natal é o acesso aos exames/sorologias, hoje coletados em 28 Unidades Básicas de Saúde e analisados pelos Laboratórios da Policlínica Comte Telles e Laboratório Manuel Bastos Lira que juntos estimam ter recebido exames coletados de 15.120 grávidas em 2008. Os laboratórios credenciados junto ao SUS para complementar este atendimento são em número de oito, não informando a cota de exames.

Se compararmos o número de mulheres que engravidaram em 2008 que somam 38.250 com o número de mulheres atendidas para realização dos exames/sorologias que somam 15.120 pode-se concluir que 38,5 % de mulheres não registram a realização dos exames necessários para um pré-natal de qualidade.

Um dos fatores agregados a esta situação é o acesso para realizar estes exames. Constata-se, por exemplo, que as grávidas em busca de exames rotineiros do pré-natal são obrigadas a enfrentar distâncias de vários quilômetros até as unidades especializadas onde buscam realizar seus exames; isso implica em sair de suas casas antes do dia amanhecer, arcar com o custo de transporte e enfrentar grandes filas antes de conseguirem realizar o procedimento.

Dadas as dificuldades para realização dos exames e o fato de que o retorno ao médico da USF é condicionado à realização dos exames, tais dificuldades de acesso favorecem a descontinuidade do pré-natal. Nas UBS que contam com laboratórios ou sistema de coleta de material biológico que propiciam a realização dos exames, sem que o paciente tenha que se deslocar para este fim observou-se uma tendência de maior adesão ao pré-natal.

Atualmente os exames são agendados pelo sistema de regulação – SISREG o que não vem apresentando possibilidades de melhoria a esta situação e até com grau maior de dificuldade em agendar, pelo sistema, para realizá-los em local único, continuando a peregrinação das grávidas.

A qualidade da atenção ao Pré-Natal está estreitamente relacionada à forma como os serviços estão organizados. Neste sentido, estamos iniciando uma estratégia de monitoramento e apoio técnico às Unidades que integra as várias áreas técnicas e apoia-se na Avaliação Para Melhoria da Qualidade – AMQ a qual nos permitirá desenvolver um processo pedagógico “*in loco*” a partir dos padrões que detalham os processos de trabalho na atenção à mulher, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2006.

Outro fator relevante para a qualidade da Atenção ao Pré-Natal é a organização da rede com referência e contra-referência estabelecida, atendendo a esta necessidade, está em curso, a implantação da macro-territorialização da Referência e Contra-Referência Intramunicipal do Pré-Natal, Parto e Puerpério. Trata-se de uma proposta que visa estabelecer um fluxo de atendimento e acompanhamento da gestante em todos os estágios gravídico-puerperal, melhorando a integralidade da atenção e a comunicação entre os serviços de assistência pré-natal, parto e puerpério a partir da hierarquização da rede, onde os estabelecimentos de atenção básica tenham bem definidos as maternidades, dentro de sua própria área geográfica, para onde possam referenciar as gestantes, e nos casos de alto risco ter referência estabelecida, objetivando, desta maneira, contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, envolvendo práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, à saúde, etc. Para os adolescentes se traduz em um universo de descobertas, experimentações e vivência de liberdade, se destaca como um campo de autonomia e práticas próprias da juventude. (Organização das Nações Unidas para a Educação, 2003 apud Ministério da Saúde, 2006).

Em Manaus, a proporção de nascidos vivos de mulheres menores de 20 anos foi de 24,37% e a taxa de óbito perinatal nesta população foi de 17,51% em 2008, taxas consideradas altas e preocupantes, pois suas possíveis causas podem estar associadas a falta de educação e estrutura familiar inadequada. Em parceria com área Técnica Municipal de Saúde do Adolescente propomos ações intersectoriais de inserção e estímulo aos adolescentes para adesão ao uso do preservativo para prevenção de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Manaus possui 364 leitos obstétricos do Sistema Único de Saúde, distribuídos em sete maternidades, sendo uma municipal e seis estaduais, organizadas por Distritos de Saúde: Alvorada e Moura Tapajoz no Distrito Oeste, Nazira Daou e Azilda Marreiro no Distrito Norte, Balbina Mestrinho (referência para pré-natal de alto risco) no Distrito Sul e Ana Braga e Chapôit Prevost no Distrito Leste.

Comparando o número esperado de mulheres que engravidaram em 2008 que somam 38.250 e o número de leitos obstétricos, conclui-se que não deveríamos ter problemas relacionados a internação para realização de parto, porém a taxa média de permanência em leito obstétrico, considerando todos os atendimentos (partos normais e cesáreos, intercorrências cirúrgicas e clínicas na gestação e procedimento relacionado a situações de abortamento) é de 2,9 dias com variação entre as maternidades de 2,0 a 3,9 dias de

permanência, dependente do nível de complexidade e demanda para atendimento. Este tempo de permanência considerado elevado, contribui para redução de leitos disponíveis e, conseqüente, dificultando o fluxo de entrada e alta da mulher, causando deslocamento da mesma de sua área para outras em busca de vaga para realizar o parto, podendo ocasionar riscos para sua saúde e a do seu bebê. Altas taxas de permanência podem estar associadas a fatores como a altos números de parto cesáreo e pré-maturidade do bebê, necessitando que a mãe permaneça na maternidade até a alta do mesmo.

Tabela 26. Nascidos Vivos por tipo de parto e ano do nascimento. Manaus - 2005 a 2008.

Ano	Nº de Partos	Partos Normais	Partos cesáreos	% de partos cesáreos
2005	38.022	21.980	16.042	42,19
2006	38.697	21.521	17.176	44,39
2007	37.431	19.769	17.662	47,19
2008	38.250	19.718	18.532	48,45

Fonte: SINASC

Os índices de cesariana vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos conforme observamos na tabela 21. Em parceria com a Área Técnica de Saúde da Criança estamos informando, junto às equipes das UBS, UBSF e maternidades o conhecimento de que o parto normal é mais seguro, tanto para a mãe, quanto para o bebê. A indicação de cesariana deveria ser para minimizar a morbimortalidade perinatal, porém tem-se observado que proporção deste tipo de parto bem maior do que os 15% recomendados pela OMS e as normas nacionais estabelecem limites percentuais, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25%.

Destacamos como ponto fundamentação na atenção obstétrica e neonatal a *Humanização no Parto* que baseado em evidências científicas, propõe um olhar mais atento na prática atual da assistência ao parto, revelando uma enorme contradição entre as intervenções técnicas ou cirúrgicas e as suas conseqüências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional da mãe e do bebê. Uns olhares ainda mais atentos nos processos culturais, emocionais, psíquicos e espirituais envolvidos no parto revelam novos e norteadores horizontes, tal qual a importância, para mãe e filho, de vivenciar integralmente a experiência do parto natural. Uma das grandes conquistas neste processo foi a assinatura da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) que garante a todas as mulheres que procuram a rede pública de saúde a possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, esta lei é de grande importância e necessita ser divulgada, pois é comprovado que a presença do acompanhante traduz-se em grande benefício para a grávida durante todo o trabalho de parto.

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

Tabela 27. Razão da Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos. Manaus - 2005 a 2008

Ano	Razão de Mortalidade Materna (nº de óbitos maternos / nº de nascidos vivos x 100.000)
2005	49,97
2006	46,52

2007	69,46
2008	47,06

Fonte: Sim

Tabela 28. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Pactuado	Alcançado
2005	Sem registro	1,5
2006	10,0	11,19
2007	50,53	7,2
2008	75,0	35,59

Fonte: SIM/SINASC

A tabela 28 apresenta uma série histórica de 4 anos da Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos-vivos, que se mantém elevada. Destacamos que a Organização Mundial da Saúde recomenda que este valor deva ser menor que 20. Reconhecendo a grande problemática a Área Técnica Municipal de Saúde da Mulher e Área Técnica Municipal de Saúde da Criança programaram as ações do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal instituído pela Portaria nº 081/2007. A investigação do Óbito Materno é de responsabilidade da Vigilância em Saúde que no ano de 2008 intensificou estas investigações, conforme mostra a tabela 23 e atuaram junto ao Comitê de Prevenção do Óbito está analisando os casos de morte e propondo medidas de melhoria da qualidade da assistência à saúde para redução destas mortes.

O Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal tem em sua composição representantes de 15 instituições governamentais e não governamentais e aqui destacamos a atuação da União Brasileira de Mulheres que tem atuado em parceria com estas áreas na luta por melhoria das condições de saúde das mulheres do Município de Manaus.

PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

O Programa de Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, tem como meta principal, aumentar a cobertura de realização de exame colpocitológico em mulheres de 25 a 59 anos, que correspondem a população alvo segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 29. - Razão entre Exames Preventivos do Câncer do Colo do Útero realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Pactuado	Alcançado
2005	Sem registro	0,17
2006	0,17	0,16
2007	0,3	0,18
2008	0,20	0,16

Fonte: SISCOLO

A realização dos exames para Prevenção do Câncer do Colo do Útero, numa escala de quatro anos esteve linear, conforme tabela 29. Podemos considerar que as ações do PCCUM vêm apresentando aumento gradativo, quer na execução, quer em estrutura, devido a capacidade de produção do Laboratório Municipal de Citopatologia com capacidade para leitura de 10.000 lâminas/dia, porém o principal problema ainda persiste: insuficiência de recursos humanos para digitação do resultado dos exames, causando demora na entrega dos mesmos. Esta situação causa preocupação, pois a agilidade na entrega do resultado do exame

pode ser um fator favorável para identificar alterações que necessitem de medidas imediatas e por outro lado causa descrédito por parte das mulheres às orientações sobre a necessidade e importância para realização do exame preventivo.

O exame preventivo do câncer do colo do útero - conhecido popularmente como exame de Papanicolaou - é indolor, barato e eficaz, podendo ser realizado por profissional da saúde treinado adequadamente, utilizando material que compõe o Kit para realização do exame, e estrutura física sem sofisticação. Ele consiste na coleta de material para exame na parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero. O material coletado é afixado em lâmina de vidro, corado pelo método de Papanicolaou e, então examinado ao microscópio.

Fatores que podem interferir para o aumento da realização do exame, dizem respeito às dificuldades da mulher e à organização dos serviços de saúde, são eles: desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero; baixo nível de escolaridade; falta de conhecimento sobre o próprio corpo; vergonha e medo de fazer o exame, assim como medo dos resultados; influência familiar negativa, especialmente por parte dos homens; dificuldade em marcar consulta para fazer os exames; baixa prioridade por parte do profissional de saúde no atendimento integral das mulheres, muitas vezes por compreensão errônea sobre os objetivos da ação; ausência de sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para absorção da população-alvo.

Tabela 30. Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos. Manaus – 2005 a 2008

Ano	Exames Pop. 25-59 anos	Exames Insatisfatório
2005	55.731	Sem registro
2006	55.243	4,37%
2007	61.940	3,8%
2008	66.118	1,4%

Fonte: DAB

O Ministério da Saúde/INCA preconiza que os exames alterados não ultrapassem o percentual de 5%. Em 2008 fechamos o período com 1,4%, conforme tabela 30.

Os fatores que mais interferem na qualidade do resultado são: técnica de coleta, conservação, transporte e leitura da lâmina. Com referência a coleta dos exames, consta em nossa programação de 2009 uma oficina onde os profissionais estarão discutindo normas e técnicas referentes a este procedimento.

Com relação ao câncer de mama, a detecção precoce é a principal estratégia para controle. Segundo as orientações do Consenso para o Controle do Câncer de Mama, as principais recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres assintomática são: Exame Clínico das Mamas realizado anualmente, para as todas as mulheres com 40 anos ou mais. O Exame Clínico das Mamas deve fazer parte, também, do atendimento integral à mulher em todas as faixas etárias; Mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames; Exame Clínico das Mamas e Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. São consideradas mulheres de risco

elevado aquelas com: um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; um ou mais parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; história familiar de câncer de mama masculina; lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia; as mulheres submetidas ao rastreamento devem ter garantido o acesso aos exames de diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento das alterações encontradas. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde.

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

A ação dirigida ao controle das patologias mais prevalentes na mulher estabelece a exigência de uma postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento; pressupõem “... a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, aonde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (MS, 1984:15).

A Rede Básica de Saúde atualmente possui em seu quadro de recursos humanos 156 Médicos Ginecologistas, 183 Médicos Generalistas e 396 Enfermeiros para realizar procedimentos técnicos referentes as ações de prevenção do câncer do colo do útero e mama, porém, conforme tabela 26, 141 Unidades Básicas de Saúde realizam a coleta do exame preventivo e 83 não realizam, havendo contrassenso entre profissionais quando justificam a impossibilidade da não realização.

Tabela 31. Quantidade de Unidades de Saúde que realizam e não realizam o exame colpocitológico.

Fonte: Distritos de Saúde

ESTABELECIMENTOS POR DISTRITO DE SAÚDE	LESTE		NORTE		OESTE		SUL		TOTAL	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Módulo de Saúde da Família	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Policlínica	2	-	2	-	2	-	1	1	7	1
Serviço de Pronto Atendimento	-	2	-	4	-	1	-	-	-	7
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	12	-	2	-	15	-	17	-	46	-
Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF)*	6	23	23	17	36	3	20	33	85	75
TOTAL	23	25	27	21	53	4	38	34	141	83

Tabela 32 - Número de exames citopatológicos alterados. Manaus – 2006 a 2008

Ano	Atipias de sig Indeterminado/Escam./ Gland /Origem Indefinida	Lesão Intra-epitelial de baixo grau (HPV e NIC I)	Lesão Intra-epitelial de alto grau(NIC II e III, não excluindo micro-invasão)	NEOPLASIAS
2006	921	901	353	48
2007	744	667	300	43
2008	981	784	302	57

Fonte: SISCOLO

O câncer do colo do útero é a principal causa de morte por câncer entre mulheres que vivem em países em vias de desenvolvimento. Para 2002, a Agência Internacional de Pesquisa do Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou a ocorrência de 273 mil óbitos por esse câncer em todo o mundo, sendo 85% deles em países menos desenvolvidos. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero são elevadas, constituindo-se em um grave problema de Saúde Pública. O Ministério da Saúde divulga dados que vão de 1979 a 2005, demonstrando que neste período as taxas de mortalidade passaram de 4,97 para 5,29 por 100.000 mulheres, o que representa um incremento de 6,4% em 26 anos.

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

A fim de aumentar a resolutividade no tratamento e seguimento da mulher com exame colpocitológicos alterados, a SEMSA/DAB/SM atualmente, encontra-se com projeto em andamento para implantação de Serviços de Colposcopia, Biopsias de Colo Uterino e Cirurgia de Alta Frequência (CAF), em cada Distrito de Saúde para referencias de mulheres com exames alterados.

As necessidades apresentadas neste período apontam para o incremento de ações como: captação precoce de mulheres para realização do exame, aumento da cobertura, providenciar entrega de resultados no prazo máximo de 15 dias, redução do número de exames insatisfatórios, ampliação da divulgação da necessidade da realização deste, pois este conjunto de ações pode contribuir para reduzir o número de vítimas do câncer do colo do útero.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

As ações de Planejamento Familiar devem garantir aos indivíduos uma vida sexual prazerosa e segura com informações adequadas sobre a sexualidade e prevenção das DST/AIDS, e com liberdade para decidirem se querem, quando e quantos filhos irão ter. O

atendimento para realização de Laqueadura Tubária e Vasectomia ainda não possuem fluxo definido.

A inserção do DIU ainda não é realizada por todas as unidades da rede básica, sendo quantidade de unidades que realizam por Distrito de Saúde são 01 no Oeste, 08 no Leste, 16 no Sul e 02 no Norte.

Tabela 33. Percentual de métodos contraceptivos e número de inscritos

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	Nº DE MULHERES	%
Inscrições em 2008	351.823	58,0
Injetável Mensal	47.950	7,9
Oral combinado	63.361	10,5
Levonorgestrel (Pílula de emergência)	2.658	0,4
Injetável Trimestral	8.788	1,4
Oral somente Progestágenos	14.387	2,4
DIU	710	0,1
Laqueadura Tubária	77	0,01
Preservativo masculino lubrificado	73.040	12,0
Desistentes	15.298	2,5

Fonte: Distritos de Saúde

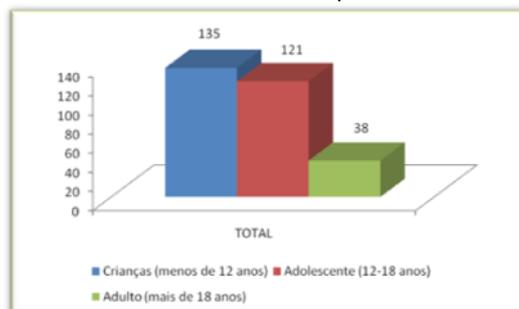
VIOLÊNCIA DE GÊNERO

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

Segundo dados do Serviço de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual, 680 casos foram registrados no período de 2005 a 2008, a maioria crianças (47%) e adolescentes (41%).

Atualmente estamos implementando este atendimento nas Policlínicas Antonio Reis e Comte Telles para atender mulheres dos Distritos Sul e Leste respectivamente. O gráfico 9 apresenta dados de 2008, onde o percentual de atendimento a crianças supera o de outras faixas etárias.

Gráfico 8 – atendimentos a vítimas de violência por faixa etária. 2008. Manaus.



Fonte: Semsa

2.6 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

O Programa Saúde do Idoso é uma estratégia do Ministério da Saúde e desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde em toda a rede de atenção Básica, tendo como eixo central a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Propiciar ações estratégicas no contexto saúde oferecendo de forma sistematizada, condições de atenção à pessoa idosa, referenciando vigilância, assistência, reabilitação e prevenção como eixos norteadores para a preservação de capacidade funcional reduzindo assim a vulnerabilidade dessa população.

O município de Manaus possui uma população de 1.709.010 hab. (estimativa IBGE/2008), sendo que destas 88.482 corresponde à população idosa. Por Distrito de Saúde está assim dividida:

Tabela 34. População Idosa por Distrito de Saúde

DISA	POPULAÇÃO IDOSA
NORTE	22.999
SUL	24.417
LESTE	20.240
OESTE	20.826
TOTAL	88.482

Fonte: IBGE

O Programa do Idoso é desenvolvido pela rede de atenção básica (UBS/ ESF) do município, oferecendo a esse segmento os procedimentos realizados na Atenção Básica.

As ações são programadas a nível central juntamente com cada representante distrital (Norte, Sul, Leste e Oeste) e os Centros de Convivência do Idoso, que de acordo com um planejamento busca desenvolver as ações, segundo a realidade de cada distrito sanitário.

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

DISTRITO DE SAÚDE NORTE

55 Estabelecimentos de Atenção à Saúde - (46 Estratégias de Saúde da Família, 02 Policlínicas, 02 Unidades Básicas de Saúde e 04 SPA, 01 Centro de Convivência). Programa implantado em 39 EAS, os demais em via de implantação.

DISTRITO DE SAÚDE SUL

Com 58 Estabelecimentos de Atenção à Saúde – (02 Policlínicas, 17 Unidades Básicas de Saúde e 39 Estratégias de Saúde da Família). Programa implantado em 46 EAS e os demais em processo de implantação.

DISTRITO DE SAÚDE LESTE

Com 57 Estabelecimentos de Atenção à Saúde – (03 Módulos de Saúde, 02 Policlínicas, 02 SPA, 13 Unidades Básicas de Saúde e 37 Estratégias de Saúde da Família). Programa implantado em 17 EAS, os demais em implantação.

DISTRITO DE SAÚDE OESTE

Com 58 Estabelecimentos de Atenção à Saúde 39 equipes de saúde da família – (01 Policlínica, 01 SPA, 16 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Convivência). Programa implantado em 23 EAS, os demais em implantação.

Temos como referência as Instituições Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) e Centro de Referência em Atenção à Saúde (CRAS), que prestam atendimento a esse segmento populacional.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Planejamento, acompanhamento e supervisão das Ações do Programa de acordo com as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde e SEMSA, realizado pelos Distritos Norte/Sul/Leste/Oeste e Centros de Convivência do Idoso (CCI), em número de três (Distritos Norte/Leste/Oeste).
- Reuniões sistemáticas com responsáveis distritais (cada Distrito e CCI tem um), para orientações e acompanhamento das ações executadas.
- Cumprimento do cronograma de visita técnica em toda a rede de atendimento (Distritos e Sede).
- Organização e alimentação do Banco de Dados de ações referentes ao Programa, de acordo com o que determinam os indicadores dos Pactos acordados pela SEMSA.
- Ações realizadas em parceria com os Programas existentes no Departamento de Atenção Básica (DAB), ex: Hiperdia, DST, Saúde da Mulher, Saúde Bucal.
- Participação como membro no Comitê Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (CESPI) e Conselho Municipal do Idoso (CMI).
- Uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em todos os Distritos.
- Ação Corporal.
- Cumprimento de cronograma de reuniões com os gerentes dos EAS para orientações sobre o programa.
- Participação em reuniões técnicas com superiores e demais programas.
- Formação de Cuidador Familiar.
- Educação permanente para Profissionais de Nível Superior e Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- Atividades Educativas na comunidade e EAS.
- Atividades de Fisioterapia/social/cultural/ações corporais.
- Inserção social da pessoa idosa (coral/danças/cursos/passeios/exposição de trabalhos, oficinas artesanais).
- Visitas domiciliares (ACS/superiores).
- Acesso a medicamentos.
- Projetos: Vovó Amiga do Peito (realizado na Maternidade Ana Braga), Escolarização (alfabetização de idosos), Educação Ambiental.
- Realização, em toda a Rede, do atendimento referente à Atenção Básica com diversos procedimentos.
- Acompanhamento da distribuição da caderneta de saúde da Pessoa Idosa.
- Socialização do caderno número 19 do Ministério da Saúde para toda a rede de atendimento.
- Monitoramento e avaliação das Ações.
- Elaboração de Relatórios Quadrimestrais.
- Realização de atividades educativas no Parque do Idoso.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Escassez do registro das atividades realizadas pelo Programas SIAB e GIL não têm registro referente às Ações específicas do Programa delimitando a faixa etária do idoso.
- Rever a documentação técnica da ESF, que não registra a faixa etária da população idosa, quando do atendimento na Comunidade.
- Indefinição a respeito da operacionalização do Protocolo do Programa.
- Dificuldade de implantação em toda a rede para a normatização das ações técnicas (registros, etc.)
- Inexistência de recursos financeiros para a manutenção do Programa a nível federal e municipal, principalmente ao que se refere aos Centros de Convivência.
- Escassez de transporte nos Distritos para a realização de visitas técnicas.
- Deficiência de formação permanente dos profissionais de saúde sobre o processo de envelhecimento.
- Falta de equipamentos e materiais tecnológicos de fisioterapia e outros nos CCI.
- Os técnicos da rede alegam dificuldades de desenvolver o Programa devido o número reduzido de profissionais e que também atuam em outros Programas.
- Inexistência de material educativo referente ao Programa.
- Segmento familiar dos idosos necessitando de qualificação e cuidados específicos.
- Inexistência de material específico para ações de fisioterapia.

CAPACIDADE INSTALADA

As UBS têm melhor estrutura física para desenvolver as ações do programa, o mesmo não acontece com as unidades Saúde da Família que são menores e algumas localizadas em área de difícil acesso. Na realidade, por ocasião da Visita Técnica se observa que a grande quantidade de idosos que adentram ao serviço faz com que esta capacidade instalada, seja ela de UBS ou ESF não esteja adequada para atender a esta população.

FATORES CONDICIONANTES DE SAÚDE DO IDOSO

Promoção do envelhecimento ativo e saudável - As EAS e ESF desenvolvem atividades educativas a nível alimentar, cuidado com o corpo, importância da atividade física, realização de atividade física, atividades lúdicas, oficina de memória, entre outras.

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa - Realização de consulta médica e não médica (outros profissionais de nível superior):

- Atendimento odontológico especializado.
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde.
- Profissionais capacitados na área do envelhecimento

Para atender com qualidade esta população, 117 profissionais de nível superior foram capacitados em Gerontologia na Atenção Básica, buscando-se a excelência no atendimento. O mesmo princípio diz respeito ao ACS que serão capacitados em saúde do envelhecimento.

2.7 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

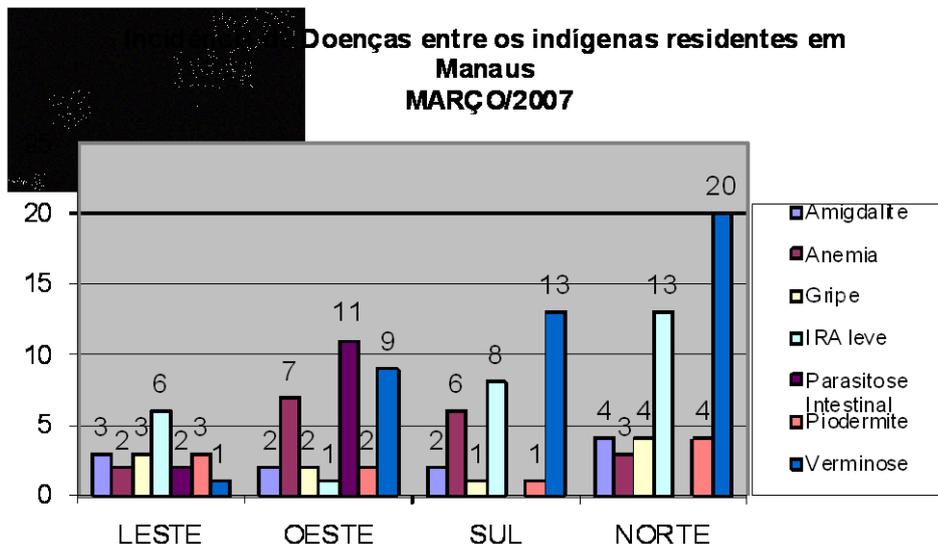
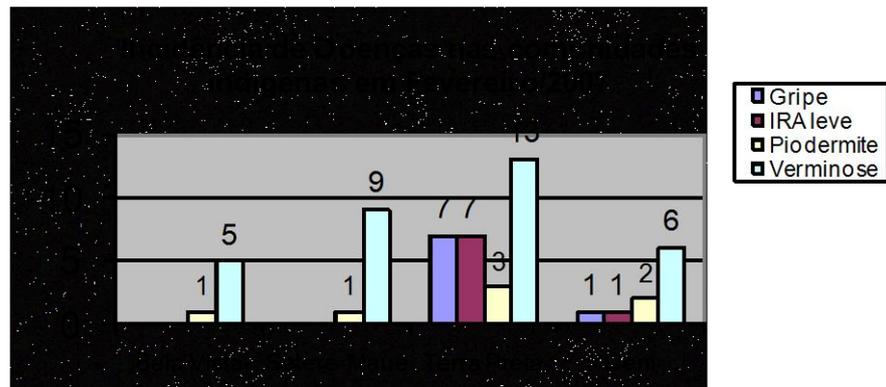
A população alvo desta ação são as famílias indígenas que residem no espaço urbano de Manaus, que segundo censo do IBGE e estimativa realizada pela FIOCRUZ-AM, são mais de dez mil indígenas.

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Realizando uma análise nos dados epidemiológicos, foi percebido que as morbidades com maior incidência estão relacionadas à situação de pobreza que as populações indígenas vivem.

É significativa a quantidade de doenças parasitárias, doenças de pele, anemia e doenças respiratórias. Estas doenças incidiram em todas as faixas etárias, mais com maior frequência entre os menores de 10 anos.

Entre os maiores de 50 anos, as doenças crônicas e degenerativas de maior incidência, principalmente, nas mulheres indígenas são a hipertensão arterial e a diabetes.



REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Assistente Social Delzuita Pinheiro da Silva.

DISTRITO DE SAÚDE OESTE

- UBS Santos Dumont
- USF 0-06
- UBS Bairro da Paz
- UBS Djalma Batista
- UBS Leonor de Freitas

SERVIÇOS NA ÁREA

Consulta Médica, Consulta de Enfermagem, Atendimento de Serviço Social, Visita Domiciliar, Cadastro e Campanha de Vacinação, atendimento odontológico.

DISTRITO DE SAÚDE LESTE

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Enfermeira Elenilde Rodrigues da Silva.

- 02 módulos da Saúde do módulo (Platão Araújo e Silas Santos);
- 15 Unidades Básicas de Saúde;
- 02 Policlínicas (Ivone Lima e Comte Telles);

E todas as Unidades são referenciadas para o atendimento à população indígena;

SERVIÇOS NA ÁREA

Encaminhamento ao Especialista, Curso de alimentação alternativa, campanha de vacinação ao idoso, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento de serviços social, visita domiciliar, cadastro da família indígena, hiperdia, saúde da criança.

DISTRITO DE SAÚDE NORTE

Responsável pela ação de saúde indígena no Distrito: Socióloga Laneide Stella Lima.

- Policlínica Anna Barreto;
- Unidade Básica de Saúde da Família 01-B na cidade de Deus;
- SPA Sávio Belota;

SERVIÇOS PRESTADOS

Consultas médicas, Consulta de enfermagem, consultas de serviço social, educação em saúde, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico.

DISTRITO DE SAÚDE RURAL:

- PSR São João – BR 174 – Km 05;
- PSR São Pedro, localizado na AM 010, Km 35;
- PSR da Comunidade do Livramento;

- Posto de Saúde Três Unidos que presta atendimento às Comunidades Indígenas do Rio Cuieiras.

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA

Por ser uma ação em processo de implantação e implementação na rede básica de saúde, ainda estar muito aquém do desejado, mas houve alguns avanços, tais como: aumento no número de UBS que realizam atendimento ao indígena. Indígenas mais conscientes da importância da auto-identificação ao procurar atendimento médico ou outra especialidade.

Tudo isso é resultado da divulgação do trabalho com participação nas Conferências, nas reuniões distritais e locais indígenas, visitas nas Comunidades indígenas, as capacitações, cursos de antropologia em saúde indígena, oficinas em saúde indígena, ou seja, profissionais de saúde capacitados em saúde indígena com conhecimento antropológico.

O conhecimento em saúde indígena em ambos os seguimentos da sociedade está contribuindo para a melhoria de vida da população indígena.

2.8 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL

As Ações de Saúde Mental no Município de Manaus decorrem da Política Nacional de Saúde Mental adotada pelo Ministério da Saúde, em obediência a Lei Federal nº 10.216/2001 que reorientou o modelo de atenção à saúde mental em todo o território brasileiro e determinou o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, através da implantação dos serviços substitutivos.

São serviços substitutivos de saúde mental: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (tipo “i” – infantil, “ad” – álcool e outras drogas, “I”, “II” e “III” – 24 horas), Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental na atenção básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre outros.

É objetivo das Ações de Saúde Mental na cidade, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, “implantar uma Rede de Assistência Substitutiva em Saúde Mental no Município de Manaus para portadores de transtornos mentais e outras pessoas em sofrimento psíquico atual ou potencial, através da promoção, prevenção e assistência em saúde mental nos Distritos Sanitários.”

O município de Manaus possui uma população de 1.709.010 habitantes (estimativa IBGE-2008), sendo que destas 539.687 corresponde à população portadora de transtornos mentais e/ou que faz uso de álcool e outras drogas (dependência ou uso abusivo), a partir dos parâmetros de cálculo do Ministério da Saúde, distribuídos conforme quadro abaixo:

Tabela 35. Parâmetros assistenciais em Saúde Mental. Manaus.

População alvo	População geral Manaus (IBGE-2008)	1.709.010
Prevalência	T. Mentais na população geral: 12%	205.081
	T. Mentais severos e persistentes: 3%	51.270
	T. Mentais menores: 9%	153.811

Dependência de álcool e outras drogas (>12a): 6%	78.254
Dependência de álcool (>12a): 11%	143.465
Uso abusivo de álcool e outras drogas: 15%	256.352
Epilepsia: 1,3%	22.217

Fonte: Sems/DAB

Aplicando esses mesmos parâmetros aos Distritos de Saúde, teremos a seguinte distribuição estimativa:

Tabela 36. Parâmetros assistenciais em Saúde Mental por Distrito de Saúde. Manaus. 2009

Distritos de Saúde	NORTE	SUL	LESTE	OESTE
População por Distrito	428.923	438.507	418.731	400.169
T. Mentais na população geral: 12%	51.471	52.621	50.248	48.020
T. Mentais severos e persistentes: 3%	12.868	13.155	12.562	12.005
T. Mentais menores: 9%	38.603	39.466	37.686	36.015

Fonte: Sems/DAB

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Como resposta a situação epidemiológica de Manaus, o PMS 2006-2009 estabeleceu como meta física o atendimento de 964.092 pessoas e o investimento de R\$ 403.000 nas ações de SM ao final da implementação do Plano. Para tanto, o PMS 2006-2009 estabeleceu duas metas principais para o fortalecimento das ações de saúde mental:

Meta 1: atender 50% dos portadores de transtornos mentais da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família;

Meta 2: Implementar ações de saúde mental em 30% da população portadora de transtorno mental severo e persistente.

Porém, a quase completa inexecução do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 quanto à implementação e ao fortalecimento das ações de saúde mental nele contemplado, com a consequente ausência de uma rede de cuidados de saúde mental no município, frustrou o alcance das metas previstas. No mais, tanto a previsão quanto a alocação de recursos foram insuficientes para alavancar a Ação Estratégica.

ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

Os serviços de saúde mental estão disponibilizados na Rede de acordo com a capacidade das Unidades de Saúde para atender pessoas com transtornos leves e moderados, vítimas de violência sexual e a dispensação de medicamentos psicotrópicos nas Policlínicas.

Em andamento desde 2006, a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II no Distrito Sul do Município, Unidade de referência para o atendimento de pessoas portadoras de transtornos mentais graves persistentes. Está prevista a inauguração na segunda quinzena de novembro/2009.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Orçamento para a Saúde Mental extremamente reduzido;

- Recursos Humanos atuais insuficientes;
- Processo lento de nomeação e/ou relotação do restante dos Recursos Humanos previstos ;
- Falta de Psiquiatra no quadro de Recursos Humanos na rede da SEMSA.
- Médicos da rede básica (UBSF-S e UBS) não capacitados e não atendendo a demanda em saúde mental.
- Não implantação dos CAPS e equipes de apoio matricial, conforme previsto no PMS 2006-2009.
- Falta de informação no GIL para subsidiar o Planejamento das ações de Saúde Mental.
- Ausência do Mapeamento dos casos de saúde mental na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.
- Inexistência de referência e contra-referência em Saúde Mental.
- Pactuação do fluxo em saúde mental dificultada pela falta de serviços para o atendimento dos diversos níveis de sofrimento psíquico, bem como urgência/emergência em saúde mental.
- Projeto de reordenamento da rede de assistência em saúde mental e outras tentativas de pactuação frustradas entre Município e o Estado durante os anos de 2007 e 2008.
- Dificuldade de trabalhar demandas de forma integrada com outros programas.

CAPACIDADE INSTALADA

A Política Nacional de Saúde Mental tem como eixo norteador as ações de saúde na atenção básica. Dessa forma, 80% dos casos de sofrimento psíquico deveriam encontrar resolutividade na Estratégia Saúde da Família. Infelizmente, as Equipes de Saúde da Família, que somam ao todo 184, não possuem estrutura física adequada para o atendimento, nem técnicos de referência em saúde mental nas UBS (psiquiatra, psicólogo e o terapeuta ocupacional). Além do mais, a rede de CAPS prevista no PMS 2006-2009 não se concretizou.

2.9 AÇÕES DE PROFILAXIA E CONTROLE DA RAIVA HUMANA

O Programa de profilaxia e Controle da raia Humana atende a demanda espontânea de pessoas acidentalmente agredidas por animais transmissores da Raiva;

Tabela 37 - Ações de Profilaxia e Controle da Raiva Humana nos últimos 5 anos

Item	Descrição do atendimento	2004	2005	2006	2007	2008	Total
1	• Pessoas atendidas	6.814	6.659	7.276	7.177	7.014	34.940
2	Pessoas que iniciaram o tratamento	3.355	3.401	5.003	5.018	5.109	21.886
3	Tratamento com 2 doses + observação do animal	2217 (1)	2097 (1)	3.049	2.897	2.889	8.835
	Tratamento com 5 doses			693	576	758	6.341
	Tratamento com soro e 5 doses			47	69	98	214
	Tratamento pré-exposição 3 doses	72	76	85	113	106	452
	• Total de pessoas tratadas	2.289	2.173	3.874	3.655	3.851	15.842
4	Abandono de tratamento	287	321	799	1.207	990	3.604
5	Vacinas aplicadas	7.511	7.764	10.926	11.166	12.127	49.494
6	- Cães Observados	4.161	3.469	3.849	3.846	3.987	19.312
	- Gatos Observados	317	253	345	270	285	1.470
	• Total de animais observados	4.478	3.722	4.194	4.116	4.272	20.782
7	- Cães	5.939	5.749	6.373	6.283	6.138	30.482
	- Gatos	471	461	565	491	499	2.487
	- Macacos	79	77	102	82	64	404
	- Morcegos	23	20	32	16	9	100
	- Ratos	255	253	140	106	72	826
	Outros animais agressores especificar ⁽²⁾	33	22	16	9	8	88
	• Total de animais agressores	6.800	6.582	7.228	6.987	6.790	34.387
8	Transferências	0	0	30	81	166	277
9	Reações adversas	0	2	2	0	10	14

Fontes: 2004 e 2005 – FVS/Gerência de Zoonoses 2006, 2007 e 2008 – SEMSA/DASSA – PPCRH.

⁽¹⁾ Dados informados pela Gerência de Zoonoses, no período de 2004 e 2005 correspondem a soma dos itens 3.1, 3.2 e 3.3; ⁽²⁾ **Outros animais agressores:** Não foram especificados no período de 2004 e 2005; **2006** = caprino (2), equino (1), coelho (1), jaguatirica (1), suíno (3), onça (2), jacaré (1), preguiça (2), pônei (1), não identificado (2); **2007** = suíno (3), ave/curica (1), preguiça (3), bovino (1), não identificado (1); **2008** = suíno (4); hamster (1); iguana (1); tamanduá (1); quati (1).

Analisando o período compreendido entre 2004 a 2008, no item “Pessoas atendidas” constata-se a média de 7.000 pessoas atendidas por ano, média essa que vem se mantendo estável nesses últimos anos.

No item “Pessoas que iniciaram o tratamento” verifica-se que é considerável o percentual de esquemas de tratamentos prescritos, em relação ao número de pessoas atendidas; na maioria dos períodos analisados, esse dado está acima de 50%, atingindo o máximo de 72,8% em 2008. É de fundamental importância, que por ocasião das supervisões, seja feita uma análise criteriosa nas fichas individuais de atendimento, para certificar-se sobre a real necessidade da indicação do esquema de tratamento profilático antirrábico humano em relação ao tipo de exposição e situação do animal agressor.

Vale ressaltar, que por ser a raiva uma doença de evolução fatal, não existe tratamento específico para a mesma depois de instalada, por isso a profilaxia pré ou pós - exposição ou vírus rábico deve ser adequadamente executado.

Em relação ao Abandono de Tratamento, não há um coeficiente ou parâmetro estabelecido que permita avaliar esse índice. Deve-se, no entanto, buscar a realização de um efetivo monitoramento, aliado a um trabalho educativo de conscientização da clientela, procurando manter esse índice em níveis próximos de zero. Na realidade, o que se observa,

são dados preocupantes de pessoas que iniciam o tratamento e não o levam a termo. No período analisado, apenas uma média de 70% das pessoas que iniciaram o tratamento, o concluíram. É de fundamental importância que seja realizada uma avaliação de forma mais criteriosa, associada a um acompanhamento aos E.A.S. com maior intensidade, no sentido de que a clientela inicie e conclua o tratamento, sendo conscientizada também da importância do retorno da informação do animal agressor, após o período de 10 dias de observação - cães e gatos.

No item “Animais agressores de pessoas atendidas”, é predominante o número de cães, com aproximadamente 89,0% em relação ao total; em seguida destacam-se as agressões por gato, com 7,2%. As mordeduras por rato apresentam-se em terceiro lugar com 2,4%, sendo importante destacar também as agressões por macaco com 1,0% e por morcego com 0,3%.

A Raiva é uma zoonose que representa relevante problema de saúde pública, revestindo-se de maior importância biológica, pela sua magnitude, evolução clínica e por apresentar letalidade de 100%.

Após a municipalização das ações de profilaxia e controle da raiva humana (2005), a SEMSA, através do processo de Descentralização para os Distritos de Saúde (2006), vem buscando cada vez mais o fortalecimento e aprimoramento dos serviços em todos os níveis, para a eliminação da raiva humana transmitida por animais domésticos e para a vigilância e controle epidemiológico da raiva silvestre.

Sabe-se que não há registros de casos de Raiva Humana na área urbana de Manaus nos últimos 24 anos, já que os dados demonstram seis casos ocorridos em 1985. Quanto a raiva animal, os dois últimos casos (raiva canina), aconteceram em 1987, no Distrito Leste, mais especificamente no Bairro São José I.

Isso não significa que o município de Manaus seja considerado área controlada para a raiva e, sim, área de risco, tida como silenciosa.

Portanto, ainda necessário se faz a adoção de medidas que visem cada vez mais o atendimento satisfatório as pessoas agredidas por animais, e isso depende basicamente do acesso aos serviços e da qualidade dos mesmos.

NECESSIDADE DE SERVIÇOS PARA A POPULAÇÃO ALVO

- Assegurar e dar prioridade ao atendimento à população agredida por animais transmissores da Raiva, na rede de serviços com o programa implantado, principalmente nas Unidades de Referência para finais de semana e feriados;
- Monitorar os casos de notificação de reações adversas;
- Disponibilizar Protocolo e suprir os E.A.S. com os insumos específicos;
- Sensibilizar os profissionais envolvidos para acolher, atender, orientar e realizar as transferências da clientela com segurança, certificando-se posteriormente da continuidade do tratamento;
- Monitorar a taxa de abandono de tratamento em relação a conduta indicada e intensificar o contato com a clientela para melhoria da informação do resultado da observação do animal (cães e gatos);

- Alertar a população sobre a importância da prevenção da raiva humana, através da divulgação da ação, pelos meios de comunicação, informes educativos e orientações individuais.

REDE INSTALADA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA

DISTRITO NORTE

1. UBS Armando Mendes - SEMSA
2. SPA Arthur Virgílio Filho - SEMSA
3. UBS Áugias Gadelha - SEMSA
4. SPA Balbina Mestrinho - SEMSA (*)
5. SPA Frei Valério Di Carlo - SEMSA
6. SPA Sálvio Belota - SEMSA

DISTRITO SUL

1. CAIC Alexandre Montoril - SUSAM
2. UBS Castelo Branco - SEMSA
3. UBS Japiim - SEMSA
4. *UBS José Rayol dos Santos - SEMSA (*)*
5. UBS Morro da Liberdade - SEMSA
6. UBS Petrópolis - SEMSA
7. UBS Theodomiro Garrido - SEMSA

DISTRITO LESTE

1. SPA Alfredo Campos - SEMSA
2. Hospital Chapot Prevost - SUSAM
3. *SPA Gebes de Medeiros Filho - SEMSA (*)*
4. UBS Geraldo Magela - SEMSA
5. UBS Gilson Moreira - SEMSA
6. UBS José Amazonas Palhano - SEMSA
7. UBS Luiza do Carmo Ribeiro - SEMSA
8. UBS Maria Leonor Brilhante - SEMSA
9. UBS Mauazinho – SEMSA

DISTRITO OESTE

1. UBS Ajuricaba - SEMSA
2. UBS Deodato de Miranda Leão - SEMSA
3. UBS Dr. Djalma Batista - SEMSA
4. UBS Dom Milton Corrêa - SEMSA
5. CAIC José Carlos Mestrinho - SUSAM
6. UBS Leonor de Freitas - SEMSA
7. UBS Luis Montenegro - SEMSA
8. SPA Ponta Negra - SEMSA (*)
9. UBS Santo Antônio - SEMSA
10. UBS Santos Dumont - SEMSA

(*) Unidades de Referência para atendimento em finais de semana e feriados

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NA ÁREA

Tabela 38. Demonstrativo das ações por Distrito de Saúde - Janeiro a Abril 2009

Atividades realizadas	DISTRITOS DE SAÚDE				
	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	TOTAL
Pessoas atendidas	752	526	673	532	2.483
Pessoas que iniciaram o tratamento	564	369	512	429	1.874
- Tratamento com 2 Doses + observação do animal	377	243	312	190	1122
- Tratamento com 5 doses	95	75	63	92	325
- Tratamento com soro e 5 doses	14	28	6	10	58
- Tratamento pré-exposição 3 doses	0	4	0	0	4
Total de pessoas tratadas	486	350	381	292	1.509
Abandono de tratamento	72	8	101	71	252
Total de vacinas aplicadas	1.258	749	1.164	1.218	4.389
Animais observados					
- Cães	507	335	450	278	1.570
- Gatos	32	46	20	20	118
Total de Animais Observados	539	381	470	298	1.688
Animais agressores					
- Cães	685	436	627	464	2.212
- Gatos	50	59	37	48	194
- Macacos	8	6	7	8	29
- Morcegos	1	10	1	1	13
- Ratos	6	7	1	10	24
- Outros animais (especificar)	2	2	0	1	5
Total de Animais Agressores	752	520	673	532	2.477
Transferências	2	2	2	83	89
Reações Adversas	0	0	3	0	3

Fonte: Estatística Mensal (E.A.S. / Distritos de Saúde)

Observações:

Outros animais agressores: DISA Norte: 1 Caititu (espécie de Porco do Mato) e 1 Hamster; DISA Sul: 1 Preguiça e 1 Roedor Silvestre; DISA Oeste: 1 Porco do Mato;

Reações adversas referem-se à reação local.

O número de animais agressores difere do número de pessoas atendidas devido a demanda de 6 pessoas para pré-exposição, (Distrito Sul/Policlínica Castelo Branco), sendo que apenas 4 concluíram o tratamento;

2.10 AÇÕES EM SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Programa Saúde da Pessoa com Deficiência é uma estratégia do Ministério da Saúde e desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde em toda a Rede de Atenção Básica, tendo como eixo central a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria nº 1060 de 05/06/2002).

Propiciar ações estratégicas no contexto saúde oferecendo de forma sistematizada, condições de atenção à Pessoa com Deficiência, referenciando vigilância, assistência, reabilitação e prevenção como eixos norteadores para a preservação de capacidade funcional reduzindo assim a vulnerabilidade dessa população.

Alguns estudos de prevalência de incapacidades, realizados pelo Ministério da Saúde em 1996 em diversos municípios brasileiros, constatam taxas com variação regional de 2,8% a 9,6% (Ministério da Saúde, apud MPAS/SAS/IEE-PUCSP).

Para melhor entendimento da deficiência, utilizaremos os tipos de deficiência adotados no Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 que divide e conceitua as deficiências no capítulo II art.5º § 1º conforme segue:

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

a) deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

b) deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

c) deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60o; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer;
8. trabalho;

e) deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências; e

II - pessoa com mobilidade reduzida, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

Os resultados do Censo Demográfico 2000 apresentam alguns dados sobre a questão da população com deficiências. Declararam-se como pessoas com deficiência um total de 24,5 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. O maior percentual se encontra na Região Nordeste (16,8%) e o menor na Região Sudeste (13,1). As Regiões Norte, Sul e Centro – Oeste têm, respectivamente, 14,7%; 14,35 e 13,9% de pessoas com algum tipo de deficiência na população total. A maior concentração de pessoas que se declararam com deficiências estava nas zonas urbana – 19,8 milhões contra 4,8 milhões nas zonas rurais.

Gráfico 09. Concentração de Pessoas com Deficiência



Fonte: IBGE 2003

Considerando-se a incidência das deficiências por gênero, os resultados do Censo revelam a predominância de deficiências entre as mulheres - 13.179.712, em número absolutos, em contrapartida a 11.420.544 homens. Observou-se que no sexo masculino predominam as deficiências mentais, físicas e auditivas, o que é compatível com o tipo de atividades laborais exercidas pelos homens e ao grau de exposição desse sexo ao risco de acidentes de diversas causas, inclusive a violência. No sexo feminino predominam as deficiências motoras e visuais o que é coerente com a composição por sexo da população idosa, onde predominam as mulheres nas faixas etárias de 60 anos ou mais (SICORDE, 2002).

No Amazonas a população é de 2.961.804 habitantes, distribuídos de forma desigual predominantemente ao longo dos principais rios e o Município de Manaus é o único com mais de 100.000 habitantes - a população estimada pelo IBGE em 2008 é de 1.731.993 - taxa média de crescimento anual de 3,77% - em uma área da unidade territorial de 11.401 km².

No que se refere à população com deficiência, dados do Censo de 2000 do IBGE revelam a incidência da população estimada no Município de Manaus, a partir dos itens levantados “Deficiência mental permanente” e “Deficiência física - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente”. A classificação respondeu à presença de pelo menos uma das ocorrências. O indivíduo com incidência múltipla constou apenas uma vez nos registros. No total registrado em pelo menos uma das deficiências enumeradas, 227.049 pessoas residem em domicílios na área urbana e 828 na área rural, contudo se tomarmos por base o número de inscrições realizadas nas diversas instituições de atendimento a esse segmento da população constatará um número muito maior de pessoas com algum tipo de deficiência.

Diante desse quadro, percebe-se que os números sobre a deficiência produzidos são contraditórios, deixando claro que o dimensionamento da problemática no âmbito municipal, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, é muito difícil em razão da carência de dados estatísticos sobre deficiência e a inexistência de dados epidemiológicos para identificação de causas e prevalência de incapacidades produzidas sistematicamente, que retratem, de forma atualizada, a realidade nesta área e que possam sustentar e orientar o planejamento e a execução de programas e ações de saúde, voltadas para a prevenção de deficiências e para a promoção à saúde, assistência e reabilitação das pessoas com deficiências.

A partir dessa necessidade, o levantamento realizado na área adstrita às Policlínicas de Saúde inicialmente no período de julho a outubro de 2006, nos Distritos Norte, Leste e Oeste, revelou que do total de 1.121 pessoas, 459 tem deficiência física, 63 tem deficiência auditiva, 131 tem deficiência visual, 306 tem deficiência intelectual (mental) e 162 tem múltiplas deficiências.

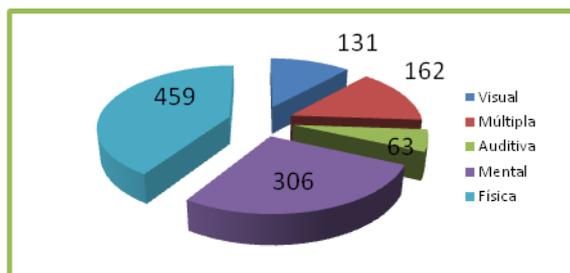


Gráfico 10. Pessoa com Deficiência – Manaus.

Fonte: Semsas / DAB

Nos Distritos Sul e Rural não foi possível a realização do levantamento no mesmo período e formato, uma vez que não havia profissionais que coordenassem os trabalhos.

Somente no período de abril a agosto de 2007 o Distrito Sul realizou o levantamento revelando que do total de 1.606 pessoas com deficiência, 627 tem deficiência física, 351 tem deficiência intelectual, 281 tem deficiência sensorial (auditiva+visual) e 341 tem múltiplas deficiências.

Encerrado o prazo inicial acordado durante o planejamento do levantamento, continuou a dificuldade de realização no Distrito Rural. Após discussões com a equipe, foi proposta a realização do levantamento em data mais próxima possível, contudo ainda não foi realizado. Estima-se que até final de 2009 esteja concluído.

Após a consolidação dos dados levantados nos 04 Distritos de Saúde foram detectados 2.727 pessoas com deficiência necessitando de atendimento diferenciado e especializado.

As ações de saúde à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e mental, ainda em fase de construção visam o atendimento integral desse segmento com vista à prevenção, promoção e recuperação da saúde conforme determina a legislação vigente para a criação das redes de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em diferentes níveis de complexidade, articulada com outros serviços.

Conforme os critérios estabelecidos na legislação, para a criação e funcionamento da rede de atendimento a pessoa com deficiência há a necessidade de instalações físicas adequadas, equipamentos, recursos humanos especializados e a capacitação desses profissionais. O atendimento à Pessoa com Deficiência teve um avanço significativo voltado a deficiência física com a estruturação do serviço fisioterapia em 06 Policlínicas, 03 UBS e 01 Centro de Fisioterapia, estando em pleno funcionamento nos seguinte EAS:

Distrito Norte:

02 Policlínicas: Enfª Anna Barreto e Monte das Oliveiras.

01 UBS: Armando Mendes.

Distrito Sul:

02 Policlínicas: Dr. Antonio Reis e Dr. Castelo Branco.

Distrito Leste:

02 Policlínicas: Enf^a. Ivone Lima dos Santos e Dr. Comte Telles.

01 UBS Dr. Geraldo Magela.

Distrito Oeste:

01 Serviço de Fisioterapia do DISA Oeste

01 UBS Dr. Deodato de Miranda Leão.

Observação: Funcionando como serviço de Referência e Contra-Referência para todas as Unidades do Município, além da demanda livre a usuários que necessitam de fisioterapia.

Uma análise inicial da produção dos serviços da fisioterapia revela que apesar da capacidade instalada existente, a oferta do número de consultas e/ou procedimentos realizados a pessoas com deficiência física são insuficientes tendo em vista a demanda reprimida existente, fato para o qual há a necessidade da ampliação desses serviços.

No que se referem às demais deficiências, a dificuldade para a implantação dos serviços de atendimento é o número insuficiente e/ou a inexistência de especialistas para atender às especificidades de cada uma. Nesse sentido, podemos citar ortopedistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, psiquiatras dentre outros.

Com relação ao sistema de informação, as dificuldades são no sentido de que inexistem campos que registrem todos os tipos de deficiências de forma a gerar números que possam substanciar o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas. O único campo existente no GIL (Gerenciador de Informações Locais) refere-se somente à deficiência física ou mental, o que prejudica o dimensionamento das demais deficiências. No entanto, o Conselho Municipal de Saúde na XV Plenária Nacional de Saúde dos Conselhos Municipais e Estaduais em Novembro/08 – Brasília e ainda na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em Dezembro/08 – Brasília apresentou proposta de adequação desse sistema inserindo os tipos de deficiência de acordo com o Decreto Federal 5296 que divide e conceitua as Deficiências conforme mencionadas no texto(Física,Auditiva,Visual,Intelectual e múltipla) sendo aprovado por unanimidade.

Atividades Desenvolvidas

- Capacitação e sensibilização dos profissionais da Rede Municipal para as ações em saúde da pessoa com deficiência;
- Oficinas e campanhas de sensibilização para inclusão da Pessoa com Deficiência;
- Reuniões sistemáticas com responsáveis técnicos dos distritos de saúde para acompanhamento das ações executadas;
- Atividades Educativas na comunidade e EAS;
- Monitoramento e avaliação das ações;

- Elaboração de relatórios quadrimestrais;
- Supervisão e adequação necessárias dos serviços de Reabilitação da Rede Municipal de Saúde;
- Elaboração do Plano Municipal da Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Participação em reuniões técnicas com superiores e demais programas.

Principais Dificuldades

- Ausência de campos no sistema de informação para registro dos tipos de deficiências;
- Falta de acessibilidade na maioria dos estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Inexistência de dados estatísticos e epidemiológicos sobre deficiência no município de Manaus;
- Insuficiência no quadro de recursos humanos especializados nos EAS.

Vale ressaltar que a partir do reconhecimento das pessoas com deficiência como cidadãos de direitos, o planejamento e implantação das políticas públicas para pessoas com deficiência de uma maneira geral tem sido um grande desafio para gestores federais, estaduais e municipais, principalmente com relação à acessibilidade, não sendo diferente para o Município de Manaus principalmente pelas suas características geográficas. A superação das dificuldades aqui apresentadas deve constituir o compromisso não só do governo municipal mais de toda a sociedade na busca da garantia dos direitos da pessoa com deficiência, na promoção da qualidade de vida e sua inclusão e participação na sociedade.

Capacidade Instalada

As Policlínicas têm boas condições de oferecer o serviço de reabilitação, pois conta com bons equipamentos necessitando de melhorias no espaço físico, o mesmo não acontece com as Unidades de Saúde da Família e Unidade Básicas de Saúde que são menores e de difícil acesso. Em contrapartida, a Maternidade consegue oferecer um serviço de boa qualidade para gestantes e recém-nascidos.

Rede Instalada e Serviços na Área

Distrito de Saúde Oeste

- Serviço de Fisioterapia do Distrito Oeste;
- Maternidade Moura Tapajoz;
- UBS Deodato de Miranda Leão;
- Centro de Especialidades Odontológicas – CEO OESTE.

Serviços na Área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, odontológico, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, campanhas de vacinação, visita domiciliar, teste da orelhinha, pezinho e olhinho.

Distrito de Saúde Leste

- Policlínica Drº Antônio Comtte Teles;
- Policlínica Enfª Ivone Lima dos Santos;
- UBS Geraldo Magela.

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional e campanhas de vacinação.

Distrito de Saúde Norte

- Policlínica Enfª Anna Barreto Perreira;
- UBS Armando Mendes;
- Policlínica José Antonio da Silva (Monte das Oliveiras).

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia, campanhas de vacinação e visita domiciliar.

Distrito de Saúde Sul

- Policlínica Antônio Reis;
- Policlínica Castelo Branco.

Serviços na área

Consultas médicas, consulta de enfermagem, atendimento de serviço social, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional e campanhas de vacinação.

Fatores Condicionantes de Saúde da Pessoa com Deficiência

Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência, atividades de prevenção como campanhas de sensibilização da população. As Policlínicas e UBS desenvolvem atividades educativas informando da importância dos exercícios físicos.

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa com deficiência através da realização de consultas médicas e não médicas (outro profissional de nível superior):

- Acolhimento preferencial nas unidades de saúde;
- Profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais capacitados na área de lesão medular;
- Atendimento odontológico especializado (CEO OESTE).

Para garantir o atendimento qualificado dessa população, contamos com profissionais de nível superior sendo: 26 fisioterapeutas, 05 Terapeutas Ocupacionais, 12 profissionais médicos oftalmologistas que buscam a excelência no atendimento. Os profissionais de nível médio como assistentes em saúde e ACS ainda serão capacitados em saúde da pessoa com deficiência.

Desempenho na Atenção Básica

Por ser uma ação em processo de implantação na rede básica, ainda está muito aquém do desejado, mas houve um sugestivo avanço que foi aprovação do Plano Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência, o mesmo busca a construção de uma política pública comprometida com a efetivação e garantia do direito à saúde das pessoas com deficiências.

Estrutura dos Serviços

Os serviços de saúde da pessoa com deficiência estão disponibilizados na rede de acordo com a capacidade dos estabelecimentos de saúde para atender esse público. Em relação ao serviço de reabilitação o mesmo atende às pessoas com deficiência e também a outros usuários além de fazer referência e contra-referência para as todas as unidades do município.

Necessidades de serviço para a população alvo

- Assegurar e dar prioridade ao atendimento às Pessoas com Deficiência nos EAS;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos para acolher e atender as pessoas com deficiência nos estabelecimentos assistenciais de saúde;
- Normatizar e realizar a dispensação de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção e ainda produtos de incontinência;
- Melhorar nos registros de dados sobre as pessoas com deficiência através do aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS;
- Construir indicadores e parâmetros específicos da Pessoa com Deficiência, conforme deliberação na Reunião no Conselho Municipal de Saúde, de 15 de maio de 2008, resolução nº 019.

2.11 APOIO DIAGNÓSTICO

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS.

1. Quantidade de unidades com Laboratório por Distrito de Saúde

DISA NORTE – 01 Laboratório Distrital e 07 Postos de Coleta

DISA SUL/CENTRO SUL – 12

DISA LESTE – 12

DISA OESTE/CENTRO OESTE – 09, MAIS 01 POSTO DE COLETA, MAIS 01 LAB DE CITOLOGIA

DISA RURAL – 01 (UNIDADE FLUVIAL)

TOTAL – 35 Unidades

2. Laboratórios que realizam atendimento de Urgência:

DISA NORTE

- SPA Arthur Virgílio
- SPA Sálvio Belota
- SPA Frei Valério
- SPA Balbina Mestrinho

DISA LESTE

- SPA Alfredo Campos
- SPA Gebes Medeiros

DISA OESTE

- MATERNIDADE BRIGITA DAOU
- SPA PONTA NEGRA

3. Quantidade de laboratórios em Unidade Básica de Saúde:

- DISA SUL – 11
- DISA LESTE – 06
- DISA OESTE – 07
- DISA RURAL – 01

TOTAL – 25 Unidades

4. Laboratórios Terceirizados:

Distrito de Saúde Oeste

- UBS Ajuricaba (HEMOAM)
- UBS Bairro da Paz (KS Barra)
- UBS Redenção (HEMOAM)
- UBS Santos Dumont (Labvida)
- UBS Deodato de Miranda Leão (Lab. Norte)
- UBS Ida Mentoni (Labvida)

Distrito de Saúde Sul

- UBS Theomário P. da Costa (Laboratório Pasteur)
- UBS José Rayol dos Santos (HEMOAM)
- UBS Bianca de Carvalho (Laboratório Dr. Luiz Montenegro)
- UBS Megumo Kado (Lab. Norte)
- UBS Petrópolis (Laboratório Dr. Luiz Montenegro);

5. Distribuição dos Laboratórios por tipologia:

- Tipo I - Laboratório manual: 35 unidades.
- Tipo II - Laboratório semi automatizado: 04 unidades, sendo: UBS Morro da Liberdade; Policlínica José Raimundo Franco de Sá; Policlínica Comte Telles; SPA Alfredo Campos
- Tipo III - Laboratório automatizado: SPA Balbina Mestrinho – Lab. Manoel Bastos Lira

PROCEDIMENTOS OFERECIDOS PELOS LABORATÓRIOS:

Tabela 39. Procedimentos realizados pelos Laboratórios

Laboratórios	Hematologia	Bioquímica	Urinálise	Parasitologia	Imunologia	Rotina	Urgência
Unidade Básica	X	X	X	X	X	X	
Unidade de Urgência	X	X	X	X	X	X	X

Maternidade	X		X	X	X	X	X
S P A	X	X	X	X	X	X	X
Centro de Referência	X	X	X	X	X	X	

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 40. RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS

PROFISSIONAL	EXISTENTE
Farmacêutico Bioquímico	185
Técnico de Patologia Clínica	216
Auxiliar de Patologia Clínica	227

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 41. UNIDADES QUE REALIZAM RAIOS-X

Policlínicas	UBS	Maternidade
Antônio Reis Anna Barreto Franco de Sá Ivone Lima Comte Telles Castelo Branco Comte Telles	Avelino Pereira	Moura Tapajos

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 42. UNIDADES QUE REALIZAM ULTRASSONOGRAFIA:

Policlínicas	UBS	Maternidade
Antônio Reis Anna Barreto Franco de Sá Ivone Lima Comte Telles Castelo Branco	Waldir Bugalho	Moura Tapajos

Fonte: Semsas / DAB

Tabela 43. UNIDADES QUE REALIZAM ELETROCARDIOGRAMA

Policlínicas / SPA	UBS	Maternidade
Poli Antônio Reis (Disa Sul) Poli Castelo Branco (Disa Sul) Poli Anna Barreto (Disa Norte) Poli José Antônio da Silva (Disa Norte) Poli Franco de Sá (Disa Oeste) Poli Djalma Batista (Disa Oeste) Poli Ivone Lima (Disa Leste) Poli Comte Telles (Disa Leste) SPA Arthur Virgílio (Disa Norte) SPA Balbina Mestrinho (Disa Norte) SPA Frei Valério (Disa Norte) SPA Sálvio Belota (Disa Norte)	Frank Calderon (Disa Sul) Lourenço Borghi (Disa Sul) Lúcio Flávio (Disa sul) Morro da Liberdade (Disa sul) Olavo das Neves (Disa sul) Santa Luzia (Disa Sul) São Francisco (Disa Sul) Vicente Pallotti (Disa Sul) Japiim (Disa Sul) Theodomiro Garrido (Disa Sul) José Rayol (Disa Sul) Augias Gadelha (Disa Norte) Ajuricaba (Disa Oeste) José Amazonas Palhano (Disa Leste) José Avelino Pereira (Disa Leste)	Moura Tapajos

SPA Gebes Medeiros (Disa Leste)		
---------------------------------	--	--

Fonte: Semsa / DAB

SITUAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS MUNICIPAL

- Deficiência de recursos humanos. Distribuição irregular dos servidores na rede;
- Insuficiência de insumos para o abastecimento das unidades;
- Ausência de padronização de insumos;
- Ausência de normas de eliminação de dejetos;
- Algumas unidades necessitando reforma na estrutura física e equipamentos novos;
- A maioria dos laboratórios da rede teve suas estruturas físicas adaptadas;
- Ausência de implantação de políticas de biossegurança;
- Ausência de implantação de controle de qualidade;
- Equipamentos sucateados das unidades não reformadas;
- Produção das unidades abaixo das metas estabelecidas;
- Funcionamento dentro do modelo adotado apenas do Laboratório Manoel Bastos Lira no Distrito Norte;
- Implantação do Sistema de Regulação não permitindo acesso da agenda para marcação de exames laboratoriais na maioria dos EAS da rede SEMSA, promovendo consistente queda da produção laboratorial.
- Insuficiência de equipamentos de informática nos EAS que viabilizem a transmissão de dados, bem como a constituição de guichês de marcação em quantidade compatível com a demanda da Unidade de saúde.

PROPOSTAS A SEREM IMPLEMENTADAS EM APOIO DAIGNÓSTICO

- Implantar 04 (quatro) Laboratórios de Referência Distritais como forma de racionalizar os recursos humanos, materiais e financeiros, agilizando a realização dos procedimentos e reduzindo o retorno dos pacientes à unidade de Saúde;
- Implantar o Laboratório Municipal de Manaus para servir de referência para os procedimentos dispendiosos e de alta complexidade;
- Fortalecer o Laboratório Distrital Norte, melhorando as condições de infraestrutura e proporcionando os insumos e serviços necessários ao seu funcionamento;
- Aperfeiçoar os contratos de terceirização de serviços de RX nas seguintes unidades: Policlínicas Antonio Reis, Anna Barreto, Franco de Sá, José Antonio, Ivone Lima e Comte Telles; Unidades Básicas de Saúde Avelino Pereira e Djalma Batista; SPA Alfredo Campos, Arthur Virgilio, Balbina Mestrinho, Gebes Medeiros, Frei Valério e Sálvio Belota;
- Fortalecer o serviço de Raios-X da Maternidade Moura Tapajós;
- Implantar um serviço de Mamografia por Distrito de saúde;
- Fortalecer a oferta e a qualidade os serviços de Eletrocardiograma nas unidades de saúde;

PROPOSTAS

1. Estabelecer rede de laboratórios de acordo com as normas de organização contida no manual de gestores do SUS: programar laboratórios tipo II e III para receberem e processarem amostras de postos de coleta satélite;
2. Padronizar a estrutura física das unidades a serem instaladas;
3. Melhorar a estrutura física de algumas unidades em funcionamento;
4. Aperfeiçoar e padronizar o abastecimento de insumos;
5. Proporcionar manutenção preventiva e corretiva com substituição do equipamento com defeito;
6. Implantar o laboratório central de referência do município, tornando-o centro executor de procedimentos de média e alta complexidade e irradiador de conhecimentos e tecnologias modernas;
7. Instituir atividades gerenciais nos laboratórios;
8. Realizar treinamentos visando apoiar cada vez mais os programas de controle de endemias;
9. Realizar reuniões bimestrais de caráter técnico-administrativas;
10. Implantar controle de qualidade de procedimentos;
11. Realizar jornada de atualização anual.
12. Dotar a Regulação de sistema de transmissão de dados compatível com o volume de informações a serem transmitidas e os EAS com equipamentos de informática suficientes para instalação de guichês de atendimento necessários ao atendimento da demanda do EAS

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Caracterização da Morbidade Hospitalar

A morbidade hospitalar tem sido considerada importante objeto de análise em serviços de saúde, devido à sua utilidade na mensuração do número absoluto de internações por causas e da proporção de internações hospitalares no SUS, por causas. Através dessa análise, torna-se possível avaliar indiretamente o perfil epidemiológico de uma dada população, custo/benefício da assistência e oferta de serviços no SUS, subsidiando a elaboração de políticas públicas voltadas para a assistência médico-hospitalar e para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro.

Em 2008 foram realizadas um total de 96.245 internações pelo serviço público de saúde e demonstram que as doenças do aparelho respiratório foram a segunda principal causa de internação hospitalar, sendo superada apenas pelas internações relacionadas à Gravidez e ao Parto. Em terceira e quarta posição em número de internações, observam-se as doenças do aparelho digestivo e algumas doenças infecciosas e parasitárias, respectivamente (Tabela 44).

Quanto à proporção de internações por doenças infecciosas em relação ao total de internações no país, não se observa uma tendência de redução na mesma intensidade que a verificada para a mortalidade pelas mesmas causas, principalmente para as doenças que não dispõem de mecanismos eficazes de prevenção e controle.

Esses achados são corroborados por vários estudos que apontam as doenças crônicas como principal causa de incapacidade, justificando a grande demanda dos serviços de saúde e respondendo por parte considerável dos gastos efetuados no setor saúde.

Tabela 44. Internações hospitalares por Capítulo do CID-10, Manaus. 2006 - 2008.

Capítulo CID-10	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.863	7.798	8.570
II. Neoplasias (tumores)	7.218	7.470	6.273
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	503	497	477
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.428	1.630	1.243
V. Transtornos mentais e comportamentais	740	731	684
VI. Doenças do sistema nervoso	897	1.101	1.508
VII. Doenças do olho e anexos	85	62	29
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	150	127	105
IX. Doenças do aparelho circulatório	7.916	7.417	6.728
X. Doenças do aparelho respiratório	14.563	14.099	6.908
XI. Doenças do aparelho digestivo	11.470	11.420	9.322
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.088	1.191	674
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.483	1.339	1.446
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4.532	4.443	4.141
XV. Gravidez parto e puerpério	37.727	36.780	31.573
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.776	2.189	5.394
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	792	774	682
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	542	1.088	862
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	6.328	5.987	4.531
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	29	47	22

XXI. Contatos com serviços de saúde	1.851	1.806	5.073
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	102	0	0
Total	109.083	107.996	96.245

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

Tabela 45. Distribuição Percentual das Internações por grupo de causas e faixa etária segundo local de residência. (CID-10). Manaus. 2007.

Capítulo CID	< 1 a	1-4	5-9	10-14	15-19	20- 49	50- 64	60 e +	Total
XV. Grav. parto e puerpério	-	-	-	15,3	79,4	52,8	0,0	0,1	34,2
X. D. Ap. Respirat.	42,6	44,6	23,3	10,6	1,8	3,1	9,3	14,5	13,0
XI. D. Ap. digestivo	9,7	13,1	13,2	14,0	3,6	9,8	17,3	13,2	10,5
I. Alg. doenças infec. e parasitar.	11,7	18,6	20,4	14,9	1,4	3,8	5,2	4,9	7,1
II. Neoplasias (tumores)	1,3	4,7	8,9	11,2	2,9	7,2	13,5	11,6	7,0
IX. D. Ap. Circulat.	0,1	0,2	0,4	1,4	0,8	5,3	28,0	28,3	6,9
XIX. Lesões envene alg out conseq causas externas	0,6	2,3	8,0	10,4	4,3	6,3	5,8	6,4	5,4
XIV. D. Ap Geniturinário	2,2	3,9	7,4	6,1	1,4	3,7	7,5	7,1	4,1
XVI. Algumas afec orig. perí.perinatal	23,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	-	0,0	2,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,8	2,5	4,5	4,4	0,7	1,2	1,6	1,6	1,7
IV. D. endócrinas nutric. e metaból.	1,5	3,0	3,2	2,4	0,2	0,7	2,7	3,6	1,5
XIII. D. sist osteom e tec conjuntivo	0,1	0,3	1,6	2,7	0,9	1,6	1,5	0,9	1,2
XII. D. pele e tecido subcutâneo	0,6	1,3	1,5	1,0	0,3	0,6	3,4	3,5	1,1
VI. D. Sist. Nervoso	1,2	1,7	2,0	1,7	0,4	0,7	1,5	1,7	1,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,3	0,2	0,3	0,6	0,8	1,3	1,6	1,7	1,0
XVII. Malf cong, deform. E anomalias cromoss	2,2	2,5	3,1	1,7	0,3	0,2	0,1	0,1	0,8
V. Transtornos mentais e comporta	-	-	0,0	0,1	0,5	1,2	0,4	0,1	0,7
III. D. Sangue órgãos hematet ranstimunitár	0,4	0,5	1,2	1,0	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5
VIII. D. do ouvido e apóf mastóide	0,3	0,4	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	-	0,1
VII. D. do olho e anexos	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
XX. Causas externas de morbimortalidade	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
CID10ª Revisão não disp. Não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS

Tabela 46. Principais causas de óbitos – Manaus 2004 a 2008

Capítulo CID-10	2004	2005	2006	2007	2008
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	411	453	407	463	471
II. Neoplasias (tumores)	1.034	1.138	1.184	1.291	13.53
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	41	46	41	36	39
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	320	323	305	362	391
V. Transtornos mentais e comportamentais	31	28	32	35	39
VI. Doenças do sistema nervoso	78	97	102	89	123
VII. Doenças do olho e anexos	0	1	0	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.224	1.245	1.346	1.302	1.526
X. Doenças do aparelho respiratório	630	595	615	633	691
XI. Doenças do aparelho digestivo	297	286	306	371	371

Capítulo CID-10	2004	2005	2006	2007	2008
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	5	14	24	15
XIII. Doenças sist osteo muscular e tec conjuntivo	26	27	42	31	33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	136	134	131	183	181
XV. Gravidez parto e puerpério	25	19	18	26	18
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	295	327	333	311	323
XVII. Mal f. cong deformide anomalias cromossômicas	149	175	182	171	175
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	1.146	1.127	1.067	944	983
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.028	1.029	1.166	1.109	1.255
Total	6.878	7.055	7.291	7.381	7.988

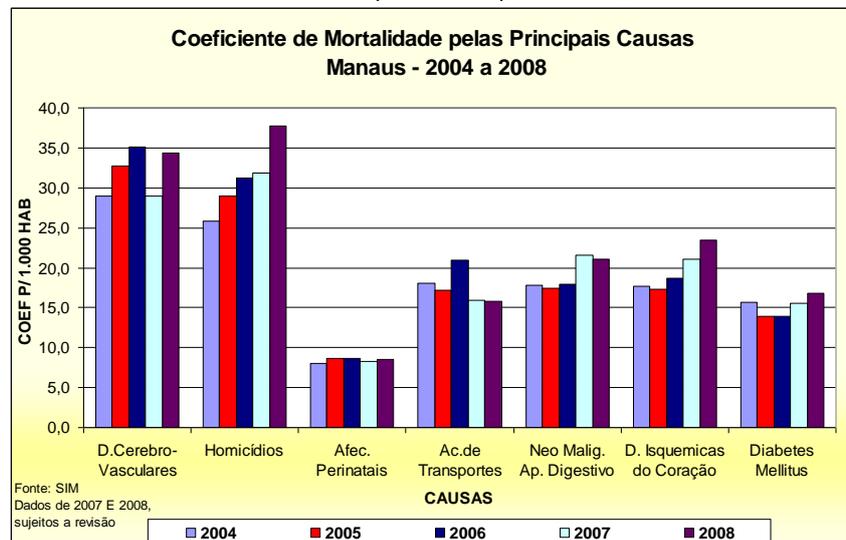
Mortalidade proporcional por idade

Tabela 47. Óbitos por Faixa Etária, Manaus, 2004 a 2008

Faixa Etária	2004	2005	2006	2007	2008
Menor 1 ano	628	674	655	593	609
1 a 4 anos	126	114	150	104	108
5 a 9 anos	77	59	67	60	67
10 a 14 anos	68	59	68	69	61
15 a 19 anos	175	178	193	199	204
20 a 29 anos	530	556	617	610	709
30 a 39 anos	497	573	554	565	573
40 a 49 anos	671	663	691	708	760
50 a 59 anos	848	823	860	923	1.012
60 a 69 anos	952	1.000	1.006	1.045	1.144
70 a 79 anos	1.147	1.158	1.148	1.195	1.358
80 anos e mais	1.137	1.191	1.265	1.283	1.374
Idade ignorada	22	7	17	27	9
Total	6.878	7.055	7.291	7.381	7.988

Fonte:SIM/SEMSA

Gráfico 9. Coeficiente de Mortalidade pelas Principais Causas, Manaus. 2004–2008.



RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

Entende-se como mortalidade materna o conjunto de mortes devidas às complicações de gravidez, parto e puerpério e aborto. É um indicador consistente sobre a saúde da mulher porque retrata a cobertura e a qualidade prestada à mulher na gravidez.

Manaus ainda apresenta-se vulnerável para conter esta situação. No ano de 2002 a taxa de mortalidade materna foi de 60,25 por cem mil nascidos vivos, estando aquém do aceitável, pois em países desenvolvidos a taxa de mortalidade materna varia de 06 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Em 2007 foi de e em 2008.

Conforme pactuação formulada a meta do município é investigar 75% dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil. Em 2008 nos aproximamos dessa meta (53,7%) entretanto a maior dificuldade ainda está na reorganização da logística de transporte para as investigações e na descentralização das ações de vigilância para o nível local.

3.2 Perfil de Morbidade

Dados Situacionais de doenças e agravos de notificação, obrigatórias em Manaus.

Tabela 48. Frequência de doenças e agravos confirmados em Manaus, 2006 a 2008.

DOENÇA/AGRAVO	2006	2007	2008
1º. Diarreia	35.545	60.533	64.380
2º. Malária*	38.796	38.906	18.827
3º. Atend. Antirrábico	3.599	3.147	3.909
4º. Varicela	2.2.43	3.595	3.195
5º. Dengue	472	1.684	7.223
6º. Tuberculose	1.711	1.544	1.668
7º. Hepatites Virais	405	373	473
8º. Leishmaniose Tegumentar Americana	615	596	420
9º. AIDS	344	322	347
10º. Hanseníase	334	381	303

Fonte: SINAN/SIVEP/SEMSA

*Até 2008 Manaus ainda não era certificada para ações de vigilância epidemiológica, o controle da malária ainda estava sob a responsabilidade da Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas cujas informações são adquiridas através do SIVEP-MALÁRIA. As demais informações foram adquiridas do SINAN.

A notificação de doenças e agravos transmissíveis tem sido uma das principais ferramentas de que dispõe o serviço de saúde para controle da cadeia de transmissão de doenças além da identificação de novas, as emergentes e também as reemergentes. Na série histórica das DNC informadas observa-se um aumento no número das notificações realizadas, em 2006 foram notificados 88.844 e confirmados 87.704; saltando em 2008 para 104.814 casos notificados e confirmados 102.230 casos suspeitos de doenças transmissíveis.

Na tabela 48 estão descritos os dez principais casos confirmados das doenças e do número de atendimentos realizados com vistas ao monitoramento da raiva humana e da cólera.

I. MALÁRIA

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

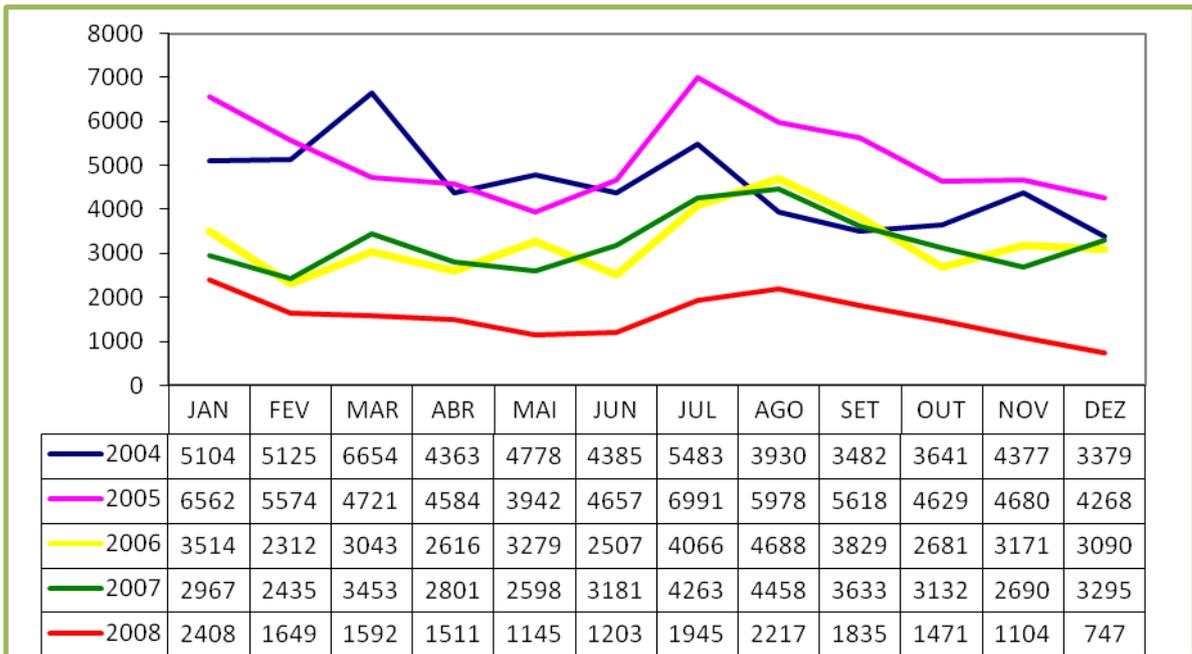
Em 2004 no município de Manaus perpetuaram-se as ocupações desordenadas, invasões que se concentraram nas zonas Oeste, Norte e Leste, que juntamente com as alterações climáticas, contribuíram para a ocorrência de uma nova epidemia, com o registro de 54.701 representando um incremento de 352,3% dos casos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

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

O ano de 2008 foi um ano atípico, pois apresentou grande redução em relação aos anos anteriores, sem podermos responsabilizar alguma ação específica para isso.

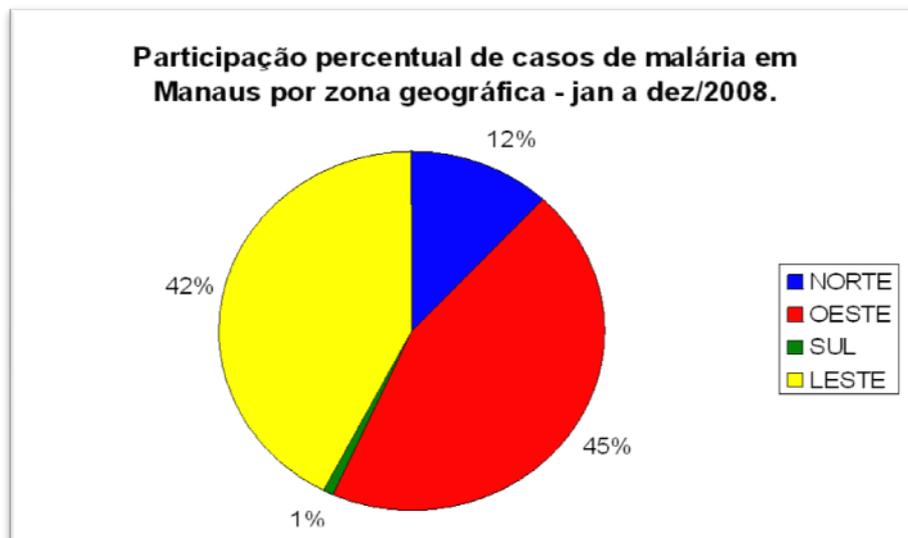
Em 2009 Manaus foi certificada para as ações de vigilância em saúde, o que inclui as endemias, esse é um grande desafio para a SEMSA e tem sido alvo de grandes discussões e planejamentos que buscam dar continuidade a redução apresentada no ano de 2008 para malária, evitar novas epidemias de dengue por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

Gráfico 10. Malária em Manaus: distribuição mensal de casos autóctones entre janeiro de 2004 e novembro de 2008 - local de infecção



Fonte: SIVEP - Malária - atualizado até 20/01/2009

Gráfico 11. Malária em Manaus: distribuição mensal de casos autóctones por Zona Geográfica. Manaus, 2008.

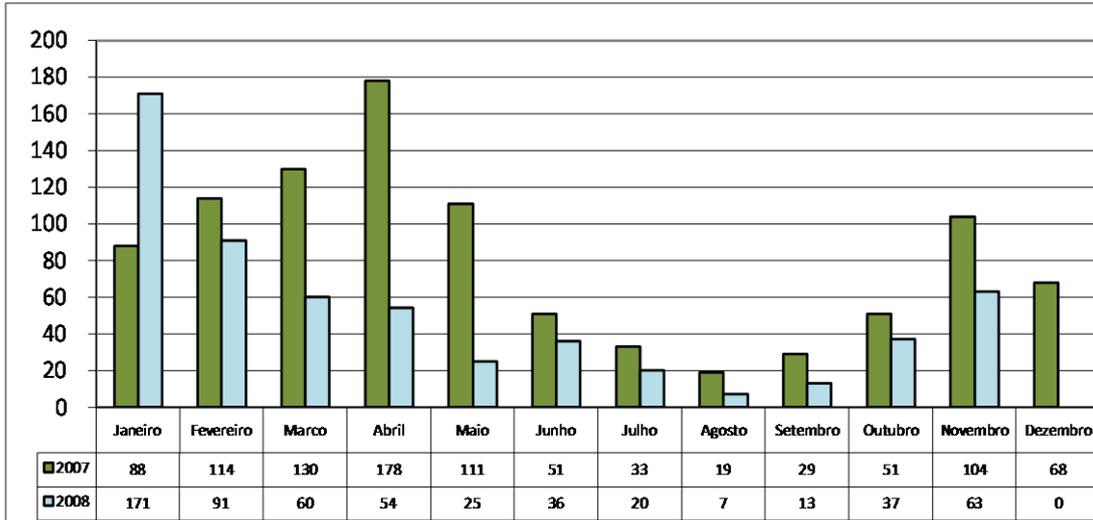


II. LEISHAMNIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

De acordo com os dados abaixo podemos observar que, em 2007 os casos de leishmaniose tegumentar americana, apresentaram significativo nos meses de janeiro a abril, reiniciando uma nova subida a partir de agosto até o fim do ano, já em 2008 o número de casos iniciou alto e foi reduzindo até maio e semelhante ao ano anterior os casos aumentaram a partir de agosto.

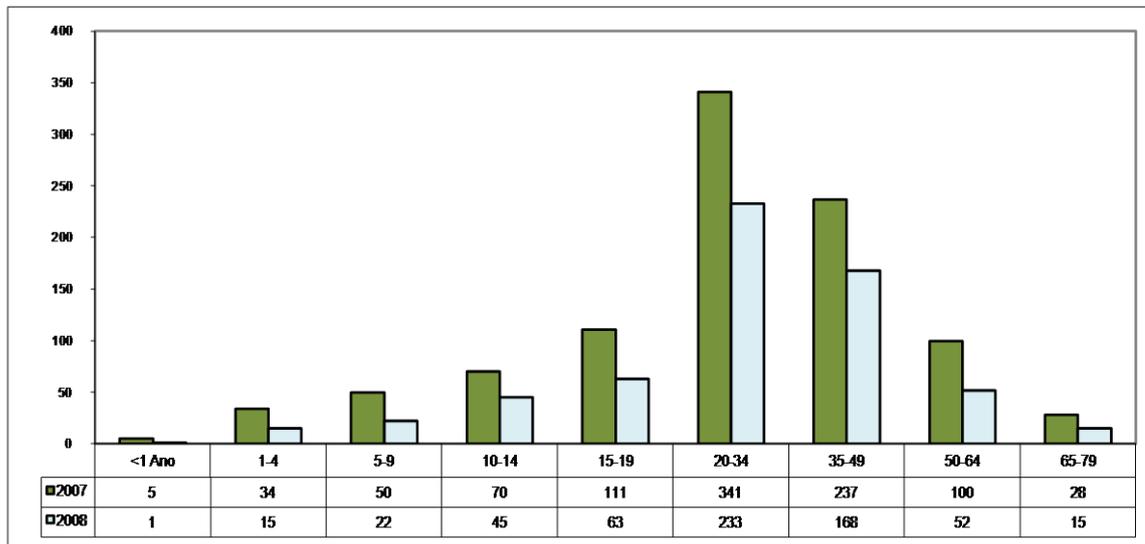
A faixa etária mais atingida corresponde aos adultos que estão em período produtivo economicamente e desenvolvem atividades, frequentemente extrativistas, em áreas de risco para transmissão de leishmaniose.

Gráfico 12. Leishmaniose Tegumentar Americana em Manaus: frequência por mês de diagnóstico dos casos autóctones JAN/2007 a NOV/2008.



Fonte: Sinan - NET - atualização até 10.12.2008

Gráfico 13. Leishmaniose Tegumentar Americana em Manaus: distribuição por faixa etária - JAN/2007 a DEZ/2008.



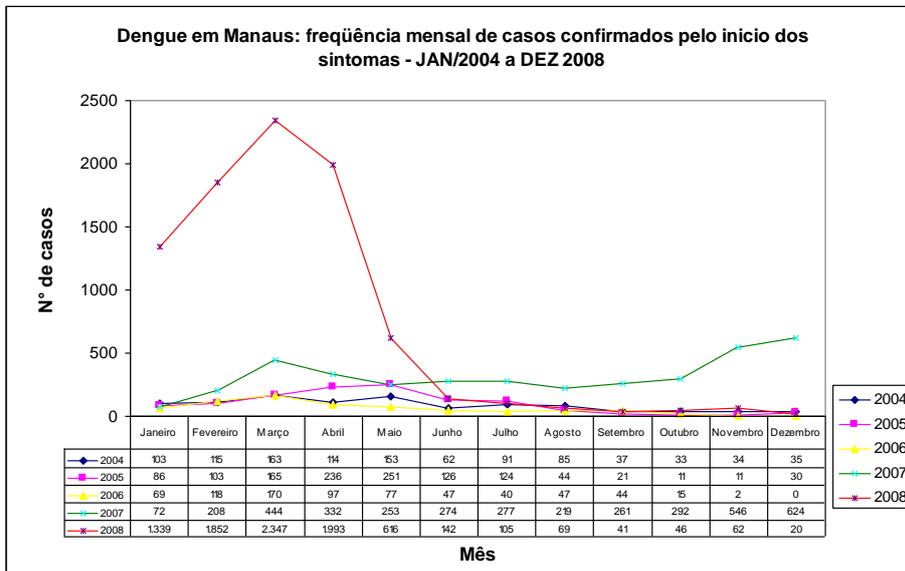
Fonte: Sinan - NET atualização até 07.01.09

III. DENGUE

Analisando os números do gráfico observamos a epidemia de dengue no ano de 2008, fato que já vinha sendo anunciado pelos casos de 2007. Uma das medidas de intensificação realizada foi a Operação Impacto contra a Dengue que mobilizou muitos parceiros e grande parte da população de Manaus.

Ressaltamos que a subnotificação dos casos de dengue em nosso município dificulta muito a análise do panorama real deste agravo.

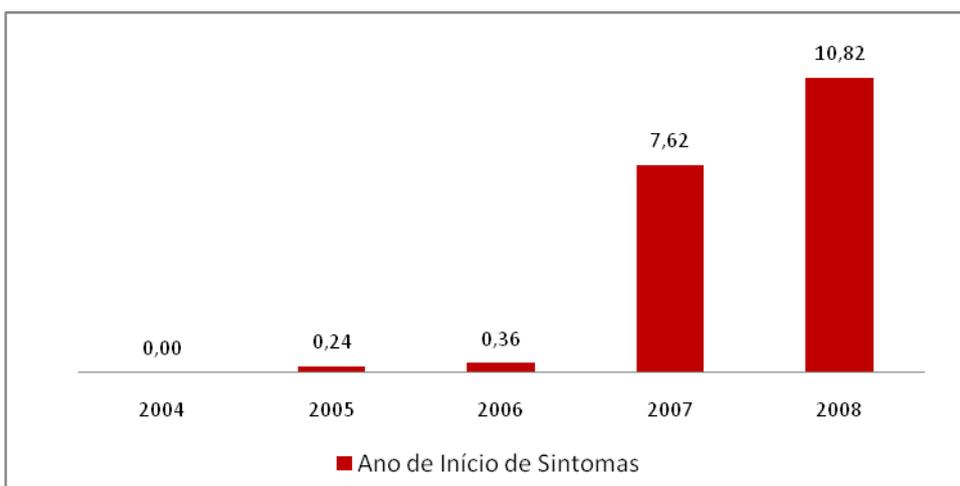
Gráfico 14. Casos de Dengue em Manaus, 2004 a 2008.



IV. FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE

Nos casos de febre hemorrágica do dengue notificados no SINAN, no município de Manaus, nos anos de 2004 a 2008, observa-se que realizando a análise temporal, no ano de 2004 não houve registro de nenhum caso. Nos anos de 2005 a 2006 a incidência permaneceu baixa, 0,24 e 0,36 casos por 100.000 habitantes/ano respectivamente. Porém no ano de 2007, a incidência passou para 7,62 casos por 100.000 habitantes e no ano seguinte, 2008 a incidência apresentou um incremento, aumentando para 10,82.

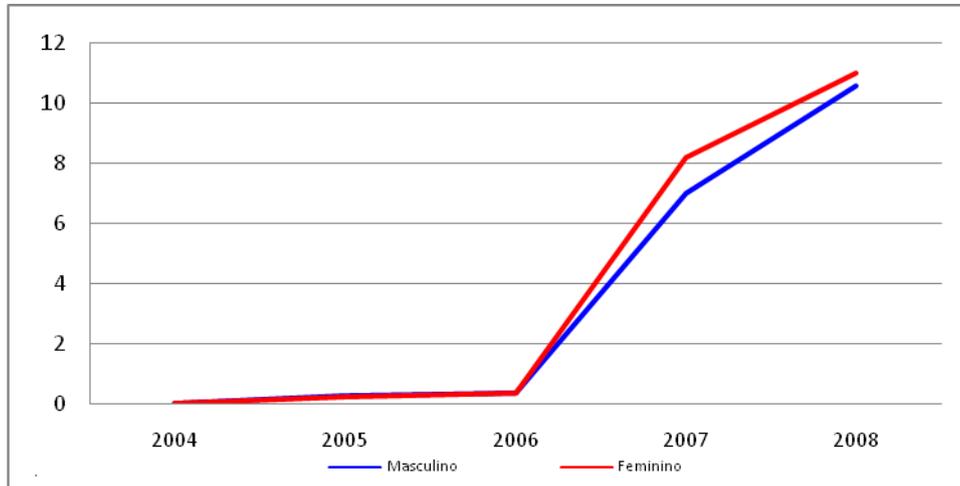
Gráfico 15. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Ano de Início de Sintomas. MANAUS 2004 - 2008



Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA. Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação à distribuição dos casos de febre hemorrágica do dengue quanto ao gênero, nos anos de 2005 a 2006 a distribuição foi pareada, não havendo diferença significativa. No ano de 2007, a incidência dos casos aumentou no sexo feminino, comportamento que se manteve no ano de 2008.

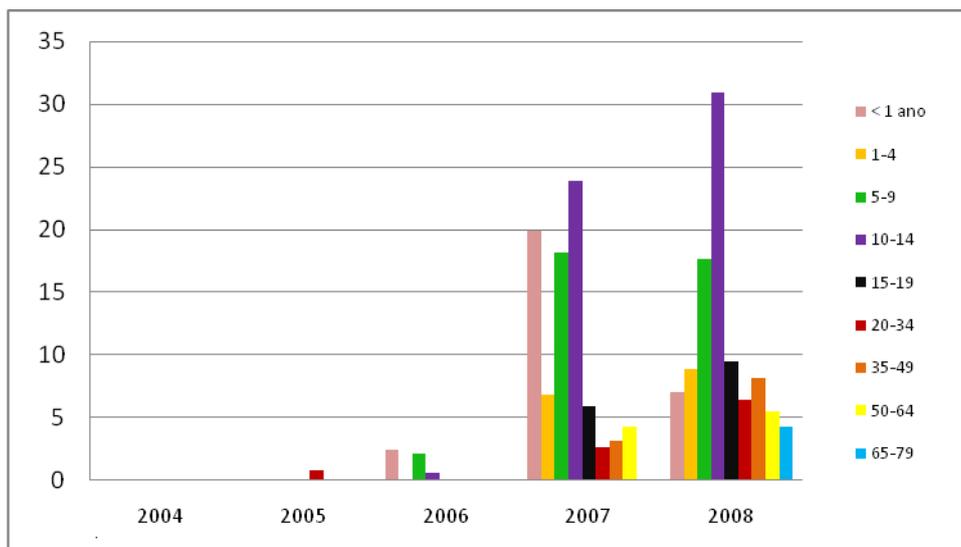
Gráfico 16. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Sexo. MANAUS 2004 – 2008.



Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação à faixa etária mais acometida, nos casos de febre hemorrágica do dengue, observa-se que no ano de 2006 foi a de < de 1 ano de idade. A partir de 2007 houve uma mudança para a faixa etária de 10 a 14 anos, comportamento que se manteve também no ano de 2008, fato este que aponta para uma população mais vulnerável para este agravo.

Gráfico 17. Incidência de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Faixa Etária. MANAUS 2004 - 2008

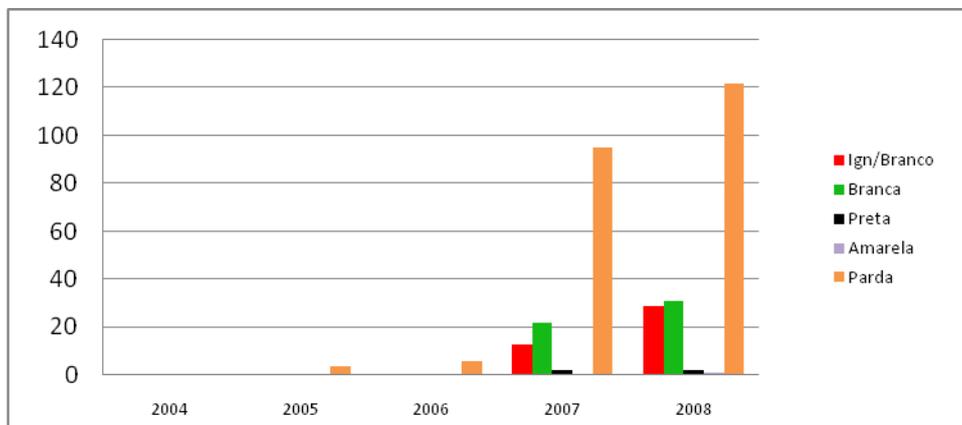


Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

Em relação a distribuição dos casos de febre hemorrágica do dengue, levando em consideração a distribuição por raça, não dispomos da população de Manaus com a distribuição desta variável, por isso a análise se deu apenas através do número de casos absolutos.

Observa-se que a raça mais acometida em todos os anos é a raça parda. Levando-se em conta que a maior parte da população do município de Manaus está inserida nesta classificação de raça.

Gráfico 18. Casos de Febre Hemorrágica do Dengue segundo Raça. MANAUS, 2004 - 2008

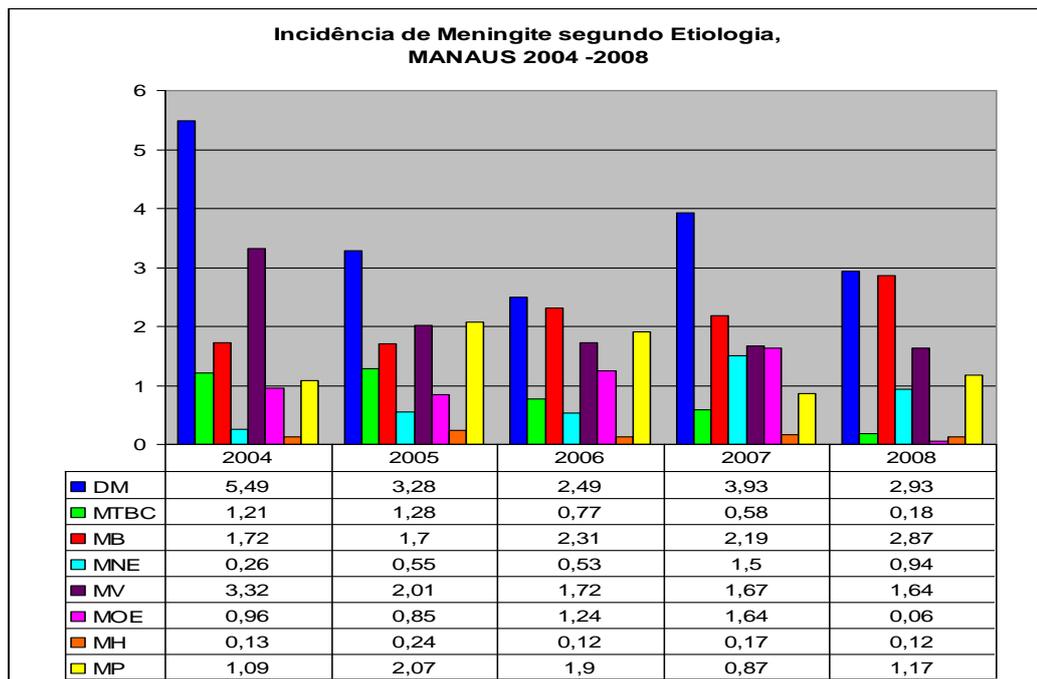


Fonte: SINANNET/SERER/SEMSA Dados até 08/06/2009, sujeitos à revisão.

V. MENINGITES

Na distribuição dos casos de meningite ocorridos no município de Manaus, no período de 2004 a 2008, observa-se que a Doença Meningocócica (DM) apresenta uma maior incidência em relação aos demais tipos de meningite em todos os anos analisados.

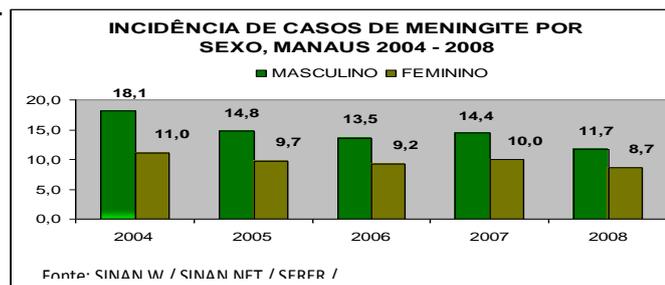
A Doença Meningocócica é a única que pode causar epidemia e apresenta-se sob três formas clínicas: Meningite Meningocócica, Meningococemia e Meningite Meningocócica associada à Meningococemia, merecendo um monitoramento com ações de prevenção e controle pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica.



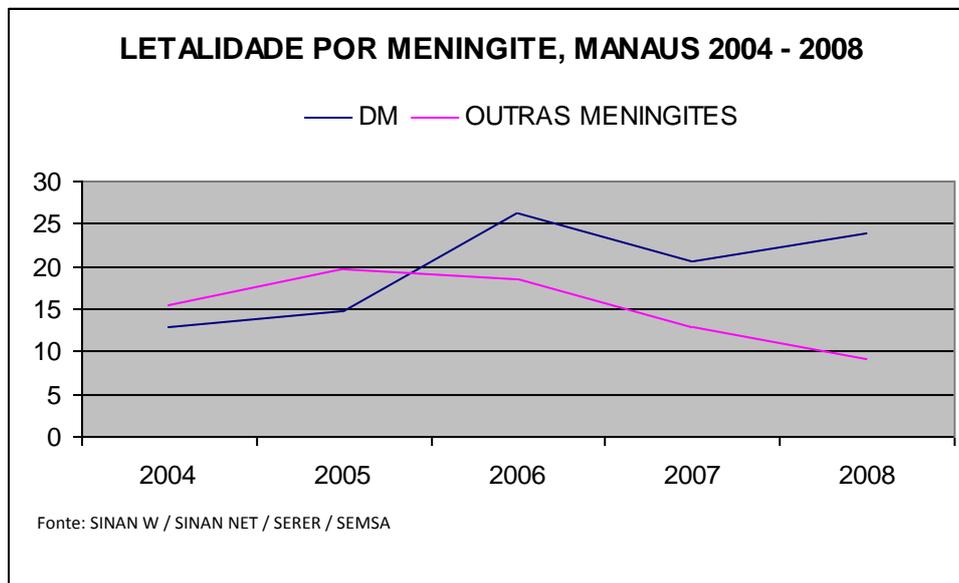
Fonte: SINAN W / SINAN NET / SERER / SEMSA

Na análise temporal a Doença Meningocócica apresentou uma redução levando em conta os anos 2004 a 2006, porém ainda aparece como a meningite de maior incidência em comparação as demais. A partir do ano de 2007 a incidência de doença meningocócica voltou a crescer, com um aumento para 3.93 casos por 100.000 habitante/ano.

No ano seguinte, 2008, a doença meningocócica apresentou incidência de 2.83 por 100.000 habitante/ano, seguida pela Meningite causada por outras bactérias (2.87 por 100.000 habitante/ano).



Na análise da distribuição por sexo, no período de 2004 a 2008, observa-se que o masculino é o mais acometido nas diversas formas clínicas da meningite, mantendo um comportamento padrão em todos os anos analisados.



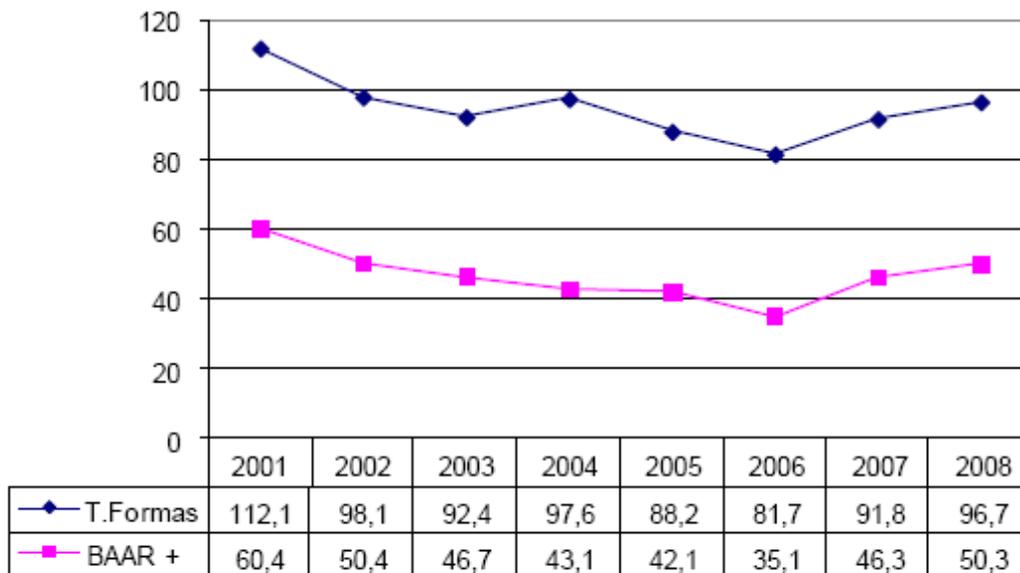
Na análise da letalidade por meningite observamos que nos anos de 2004 e 2005 a letalidade por outras meningites foi mais elevada em comparação as doenças meningocócicas. No ano de 2006 a letalidade por doença meningocócica chegou a 26,19% a mais alta registrada em todos os anos analisados suplantando a meningite por outras causas, a partir de 2007 a letalidade por doença meningocócica permaneceu superior apresentando um incremento em 2008, chegando a faixa de 24%.

VI. TUBERCULOSE

Na distribuição dos casos novos de tuberculose em 2008, se destacam as elevadas taxas de incidência na população de 15 e mais anos, principalmente de TB todas as formas, pulmonar e pulmonar bacilífera, assim como os percentuais de detecção que foram todos acima de 100% nesse grupo. Estudo realizado sobre os casos de tuberculose em Manaus, no período de 2000 a 2005, demonstrou que os casos se concentram principalmente entre os adolescentes e adultos jovens (cerca de 50% na faixa etária de 15 a 34 anos). A taxa de incidência a partir de 55 anos é praticamente o dobro, quando comparada com a taxa de incidência da faixa etária de 15 a 24 anos, justificando a adoção de estratégias que alcancem esse grupo mais exposto ao risco de ocorrência de tuberculose. Quanto à evolução da taxa de incidência de TB todas as formas e TB bacilífera na população geral, verifica-se um declínio importante nos anos de 2005 e 2006. Porém, em 2007, retorna-se aos níveis do ano de 2002, anterior à descentralização das ações de controle da Tuberculose, ocorrida em 2003. Mesmo desconhecendo a intensidade das atividades de busca de casos no município de Manaus em 2007 e 2008, as metas de diagnóstico baseadas no incremento de atividades foram alcançadas em 100%, considerando os casos estimados para todas as formas e pulmonar bacilífera.

Ressalta-se que o número de casos detectados tem sido consideravelmente maior do que o esperado pela programação baseada na população, o que leva a manter a programação de casos baseada no incremento de atividades.

Incidência da TB todas as formas e TB bacilífera Manaus, 2001 a 2008



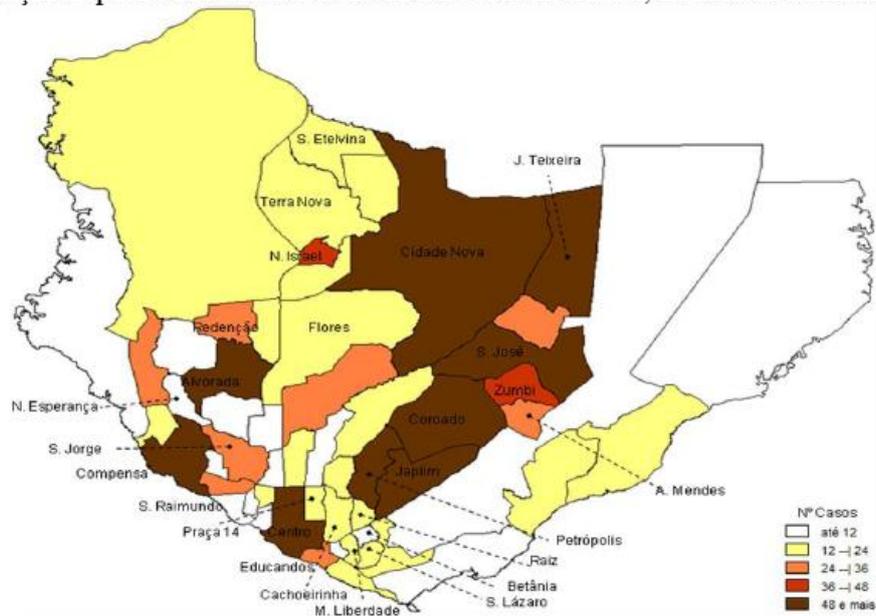
Fonte: SINAN/SEMSA. Inc/100.000 hab. Dados sujeitos a revisão.

A taxa de mortalidade de tuberculose é outro indicador que demonstra a gravidade da doença em Manaus. A taxa do Brasil vem se mantendo abaixo de 3/100.000 hab. Estudos realizados sobre a padronização dessa taxa para Manaus indicam valores acima de 4/100.000 hab. Embora o último dado disponível do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, seja do ano de 2006 (figura 4), de acordo com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, na coorte de 2008, foram encerrados 112 casos por óbito. Destes, 95 foram atribuídos à tuberculose e ocorreram principalmente nas instituições de referência, principalmente em co-infectados com HIV/TB.

A taxa de incidência de TB todas as formas é praticamente igual nos Distritos Leste, Sul e Oeste, sendo todas acima de 100/100.000 hab. e a de TB bacilífera, acima de 50/100.000 hab.

Dos 56 bairros de Manaus, 57% apresentaram taxa de incidência de TB todas as formas acima de 100/100.000 hab. e 36% entre 50 a 99/100.000 hab. (figura). Os percentuais de bairros nestas faixas de incidência são semelhantes ao estudo realizado para avaliar a distribuição da doença no período de 2000 a 2005. Os bairros destacados são os que foram definidos como prioritários para a implementação das ações do PCT, por apresentarem os critérios de maior número de casos, maiores taxas de incidência e menores taxas de cura no referido estudo.

Distribuição Espacial dos Casos Novos de TB todas as formas, Bairros de Manaus, 2008.



VII. HEPATITE

As hepatites virais continuam sendo um grave problema de Saúde Pública no município de Manaus, refletindo as baixas condições sanitárias e de hábitos de higiene da população, se apresentado sempre de forma endêmica.

O inquérito epidemiológico e as informações continuam deficientes impossibilitando uma visão mais abrangente e real dos casos existentes.

A vigilância epidemiológica em Manaus desde 2003 tem investigado os casos notificados de hepatites virais. Em 2004 foram notificados 3.122 casos de hepatites virais, destes, 2.325 foram confirmados, sendo 2.176 hepatite tipo A; 79 para hepatite tipo B; 55 para o tipo C; 07 do tipo B/D; 03 eram B/C e 05 como Outras Hepatites Virais, além dos 797 casos que estavam sem diagnóstico.

VIII. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS.

A epidemia da AIDS no estado do Amazonas está concentrada basicamente na Capital, com cerca de 83,8% total de casos notificados. Os números apontam para a feminização, onde a razão entre os sexos vem diminuindo gradativamente, atingindo em 2008 1,83 homens para 1 mulher infectada e revela a importante vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV. Em relação às faixas etárias, nos últimos cinco anos houve uma estabilização entre pessoas de 20 a 34 anos (55,2%) e um crescimento dos casos nas faixas mais jovens, de 15 a 19 anos (2,8%) e acima de 50 anos (8,70%). Neste caso, o alerta maior está para os jovens que estão se infectando cada vez mais precocemente, culminando com a iniciação da vida sexual de forma desprotegida. A categoria de exposição ao HIV predominante ainda é a via sexual (87,3%), reforçando a prática sexual desprotegida da população de Manaus.

A mortalidade por AIDS é um dado preocupante, pois o Amazonas encontra-se em segundo lugar em número de óbitos da região Norte, com 172 casos registrados só em 2007, sendo 43,0% em Manaus. O diagnóstico tardio tem sido um fator preponderante para o aumento da mortalidade, uma vez que as pessoas chegam às unidades de referência com a imunidade comprometida e na maioria das vezes co-infectadas, sendo a tuberculose a principal causa de óbito nesses pacientes.

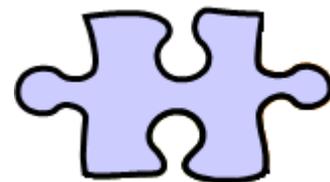
A taxa de incidência de AIDS em menores de cinco anos de idade teve um crescimento na Região Norte (2,9), mantendo-se em 2,8 em Manaus. O número de casos de Gestantes sororreagentes para HIV e Sífilis e os casos de sífilis congênita na cidade de Manaus (119, em 2008), registrados principalmente nas maternidades, reflete a necessidade de melhoria da cobertura do pré-natal na rede municipal, para evitar o disparo do número de casos de crianças infectadas pelo vírus da AIDS em Manaus, além de altos custos com tratamento e internações hospitalares e UTI das crianças com mal formações decorrentes da sífilis congênita.

Tabela 49. Casos Notificados de DST e AIDS no município de Manaus em 2004 – 2008

Agravo	2004	2005	2006	2007	2008
SIFILIS EM ADULTOS (EXCLUIDA A FORMA PRIMÁRIA)	147	131	72	86	67
INFECÇÃO GONOCÓCICA	0	167	380	44	38
HERPES GENITAL	104	57	0	259	173
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	338	234	250	1.019	1.119
SINDROME DA ULCERA GENITAL (EXCL. HERPES GENITAL)	40	23	0	191	15
SINDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	402	512	9	240	413
SIFILIS EM GESTANTE	36	87	214	138	71
SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL	170	64	0	530	123
TOTAL	1.742	1.993	1.908	2.507	2.019

Fonte: SINAN NET / SEMSA

Em relação às outras DST, os sistemas de vigilância do município tentam identificar todos os casos, no entanto, deve-se considerar que a notificação é realizada de forma não compulsória e não segue critérios uniformemente estabelecidos, o que dificulta o perfil epidemiológico das mesmas. Sabe-se que DST como Hepatite B, infecções pelo HPV e outras têm crescido na capital, entretanto, a Equipe Municipal de Ações de DST e AIDS enfrenta dificuldades para traçar seu perfil em virtude da falta de registro por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, o número de casos de AIDS reflete indiretamente a exposição sexual às outras DST.



EIXO I:

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Município de Manaus propõe a implementação das diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais com vistas a uma política municipal transversal, integrada e intersetorial junto aos diversos setores da sociedade a fim de compor redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população. Assim são desafios desta Gestão promover a alimentação saudável; incentivar a prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; contribuir com a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; acidentes e violências; estimular a cultura de paz e o desenvolvimento sustentável.

DIRETRIZ

1.1 PROMOVER A QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR VULNERABILIDADE E RISCOS À SAÚDE RELACIONADOS AOS SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.

OBJETIVO 1 - DESENVOLVER UM CONJUNTO DE AÇÕES ARTICULADAS E SISTEMATIZADAS, DE MODO A CONTRIBUIR PARA A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A ADOÇÃO DE COMPORTAMENTOS E DE AMBIENTES SEGUROS E SAUDÁVEIS.	INSTITUIR COMITÊ INTERINSTITUCIONAL QUE INTEGRE E ESTIMULE POLÍTICAS PÚBLICAS DE AMBIENTES SEGUROS E SAUDÁVEIS.	X			
	ELABORAR UM PLANEJAMENTO INTEGRADO POR ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO CONTINUADA DA POPULAÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS E A ATUAÇÃO FRENTE A SUA OCORRÊNCIA, EM PARCERIA COM ESCOLAS, LOCAIS DE TRABALHO, LAZER E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E MÍDIA.	X	X	X	X
	PRODUZIR MATERIAL EDUCATIVO ACERCA DA PREVENÇÃO DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS DESTINADOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO.	X	X	X	X
	ESTIMULAR O USUÁRIO A PRÁTICA CORPORAL/ATIVIDADE FÍSICA E A CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - PROMOVER A SAÚDE DO ESCOLAR REALIZANDO AÇÕES QUE GARANTAM ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS O CUIDADO COM A SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER AÇÕES INTERSETORIAIS, ESTIMULANDO OS ESCOLARES A PRÁTICA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS.	IMPLEMENTAR O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, NO MÍNIMO EM 50% DAS ESCOLAS PÚBLICAS INTEGRANTES DO PROGRAMA MAIS EDUCAÇÃO/MEC.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - ESTABELECEMOS POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO NA SAÚDE PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR UM PLANO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.	X			
	EXECUTAR 100% DAS CAMPANHAS EDUCATIVAS E DE DIVULGAÇÃO PERMANENTE SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA DA REDE MUNICIPAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 - IMPLEMENTAR A POLÍTICA NACIONAL DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
EXPANDIR AS AÇÕES DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.	DISPONIBILIZAR E PADRONIZAR INSUMOS ADEQUADOS AO PLANEJAMENTO FAMILIAR A FIM DE AUXILIAR A TER FILHOS OU PARA EVITAR GRAVIDEZ, EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
REDUZIR O ÍNDICE DE GRAVIDEZ INDESEJADA.	REALIZAR AÇÕES INTERSETORIAIS (SAÚDE - EDUCAÇÃO) EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE ENSINO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL.	X	X	X	X
	DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - FORTALECER AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ACOMPANHAR OS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL, EM	ATENDER 80% DOS BENEFICIÁRIOS PRIORITÁRIOS DO PROGRAMA ATÉ 2013, SENDO 70% (2010), 73% (2011), 76% (2012) E 80% (2013).	X	X	X	X

RELAÇÃO À CONDICIONALIDADE DA SAÚDE EM CONJUNTO COM O ÓRGÃO GESTOR DO PROGRAMA.	ELABORAR UM PLANO APLICATIVO DO ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA - IGD PARA EXECUÇÃO FINANCEIRA PELO ÓRGÃO GESTOR DO PROGRAMA (SEMASDIH), GARANTINDO RH, EQUIPAMENTOS ANTROPOMÉTRICOS E DE INFORMÁTICA PARA A COORDENAÇÃO NA SEMSA E NOS EAS.	X	X	X	X
	ELABORAR UM PROJETO DE DIVULGAÇÃO DAS CHAMADAS DAS FAMÍLIAS, PARA EXECUÇÃO DURANTE A VIGÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO NOS SEMESTRES.	X	X	X	X
	ARTICULAR COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA EXECUÇÃO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
REDUZIR DOENÇAS CRÔNICAS EM DECORRÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL.	PROMOVER AÇÕES INTERSETORIAIS ESTIMULANDO A PRÁTICA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM 100% DOS ESTABELECIMENTOS MUNICIPAIS DE ENSINO.	X	X	X	X
PROMOVER O ACESSO DA POPULAÇÃO A SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO.	REDUZIR EM 5% A INCIDÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA ATÉ 2013.	X	X	X	X
	RASTREAR NOVOS CASOS DE ANEMIAS FERROPRIVA E MEGALOBLÁSTICA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	INSCREVER 100% DAS GESTANTES NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO.	X	X	X	X
	DISPENSAR SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO E ÁCIDO FÓLICO PARA 100% DE GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS.	X	X	X	X
INCENTIVAR A POPULAÇÃO AS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.	ESTIMULAR A POPULAÇÃO AS AÇÕES DE EMPODERAMENTO PARA O ENTENDIMENTO E USO PRÁTICO DA ROTULAGEM GERAL E NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS	X	X	X	X

	ESTIMULAR A POPULAÇÃO A PRÁTICA DE CONSUMO DE ALIMENTOS ORGÂNICOS.	X	X	X	X
ESTABELECEER PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO PRECOCE E CONTROLE DOS AGRAVOS NUTRICIONAIS.	UM PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ESTABELECIDO.	X			
IMPLEMENTAR O SISTEMA DE VIGILANCIA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO/SISVAN PARA MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E GESTANTES.	IMPLEMENTAR SISVAN NOS 5 DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X		
GARANTIR RH NECESSÁRIO PARA AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.	GARANTIR RH EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
REALIZAR O LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO.	UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - REDUZIR A PREVALENCIA DO TABAGISMO E A MORBIMORTALIDADE CAUSADA PELO MALEFÍCIO DO TABACO NA POPULAÇÃO DE MANAUS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO.	ELABORAR 01 PROGRAMA.	X			
	IMPLANTAR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO E FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.	X	X		
	PROMOVER A CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL E MEDICAMENTOSA PARA COMPOSIÇÃO DE EQUIPES NOS EAS.	X	X		
	IMPLANTAR O SERVIÇO EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

	AMPLIAR A CAPACIDADE DE ATENDIMENTO AO FUMANTE NO MODELO DE ABORDAGEM INTENSIVA E BREVE.	X	X	X	X
	DISTRIBUIR MATERIAL EDUCATIVO, INSTRUCIONAL E DISPENSAR MEDICAMENTOS REFERENTES AO PROGRAMA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO TABAGISMO.	X	X	X	X



EIXO II:

ATENÇÃO À SAÚDE

A definição das ações de Atenção Integral à Saúde deve considerar a interferência na conquista e melhoria da qualidade de vida, produzida pelo emprego, salário, alimentação, moradia, saneamento, educação, meio ambiente, transporte, acesso e uso da terra, distribuição de renda e lazer.

Devemos romper com o modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica e implantar a Atenção Integral à Saúde, através da articulação de todas as ações e do cumprimento dos preceitos constitucionais e da legislação do SUS. Devem ser assegurados o repasse do poder e dos recursos até o nível local, a regionalização, a hierarquização e a equidade, garantindo às populações urbanas e rurais o acesso a todos os níveis de atenção e a qualquer ação de que necessitem.

DIRETRIZ**2.1 EXPANDIR E EFETIVAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA, CONSOLIDANDO O MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.****OBJETIVO 1 – CONSOLIDAR O MODELO DE ATENÇÃO ATRAVÉS DE AÇÕES INTEGRADAS.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR PLANEJAMENTO INTEGRADO PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E ASSISTÊNCIA EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA COM A ASSISTÊNCIA.	INTEGRAR AS BASES TERRITORIAIS DAS AÇÕES DOS ACS E AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS-ACE ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X			
DEFINIR A ADSCRIÇÃO DA CLENTELA SEGUNDO TERRITÓRIOS DE ATENÇÃO.	ESTABELECEER DESENHO DE TERRITORIALIZAÇÃO EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE EM CONJUNTO COM A VIGILÂNCIA, ATÉ 1º TRIMESTRE DE 2010.	X			

OBJETIVO 2 – QUALIFICAR E AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA, OBEDECENDO AS NORMAS VIGENTES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	AMPLIAR O NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE 178 EM 2009 PARA 270 ATÉ 2013.	X	X	X	X
	PROMOVER AÇÕES DE SAÚDE EM ÁREAS DE DIFÍCIL ACESSO, AQUIRINDO VEÍCULOS TIPO VANS PARA AS EQUIPES.	X	X	X	X
ESTRUTURAR A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	IMPLANTAR 90 MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PRIORITARIAMENTE NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM VAZIOS ASSISTENCIAIS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR 20 NÚCLEOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF 1.	X	X	X	X
	EQUIPAR 100% DOS MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONSTRUÍDOS.	X	X	X	X

	MODIFICAR, 40%, NO MÍNIMO, O ATUAL MODELO DE UBS (TRADICIONAL) PARA O MODELO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X
--	---	---	---	---	---

OBJETIVO 3 - ESTRUTURAR OS SERVIÇOS DO DISTRITO DE SAÚDE RURAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE SAÚDE NA ÁREA RURAL	ELABORAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO INTERSETORIAL COM ENFOQUE NA POLÍTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E AGENDA 21 LOCAL.	X	X		
PROPICIAR ADEQUADO TRANSPORTE DOS SERVIDORES DO DISTRITO RURAL DA ÁREA RIBEIRINHA E TERRESTRE E MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO.	ADQUIRIR 01 BARCO AMBULATORIAL E 08 LANCHAS PARA ASSISTENCIA NA ÁREA RIBEIRINHA E 02 AMBULANCIAS NA ÁREA TERRESTRE (BR-174 E AM-010), COM SISTEMA DE COMUNICAÇÃO VIA RÁDIO.	X	X		
	02 LANCHAS E 02 VEÍCULOS (TIPO MICRO-ONIBUS) PARA O TRANSPORTE DOS SERVIDORES E CONSELHEIROS.	X	X		

OBJETIVO 4 - INSTITUIR E INSTITUCIONALIZAR A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NA SEMSA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER A PRÁTICA DO USO DE PROTOCOLOS; MONITORAR A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS E SUA EFETIVIDADE.	INSTITUIR O USO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS COMO ROTINAS DE TRABALHO EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - ESTABELECEER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INSTITUCIONALIZAR FLUXO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL, URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E HOSPITALAR EM CONJUNTO COM O ESTADO.	CRIAR E IMPLANTAR 01 MANUAL DE FLUXO (03 EIXOS) EM CONJUNTO COM O ESTADO NAS DIVERSAS ESPECIALIDADES E EIXOS DE ATENÇÃO.	X			
ESTRUTURAR SOFTWARE CONTEMPLANDO CADASTRO	CRIAR E IMPLANTAR BANCO DE DADOS COM INFORMAÇÕES DOS	X	X	X	X

ÚNICO NO ÂMBITO DO SUS, FACILITANDO O ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DO PACIENTE.	USUÁRIOS COM ACESSO UNIVERSAL POR TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE, INDEPENDENTE DE SUA COMPLEXIDADE.				
MELHORAR A CONECTIVIDADE DOS EAS COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO.	DOTAR 100% DOS EAS DE MEIOS QUE FACILITEM A TRANSMISSÃO DE DADOS.	X			

OBJETIVO 6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INSERIR E IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE ACUPUNTURA, FITOTERAPIA E PLANTAS MEDICINAIS, TERMALISMO, E HOMEOPATIA COMO PRÁTICAS DE SAÚDE INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE FORMA MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR DE ACORDO COM A PORTARIA MS 971/2006.	APRESENTAR UM PLANO MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.	X			
	DISPONIBILIZAR OS SERVIÇOS NOS EAS CREDENCIADOS E NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF.	X	X		
IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS.	CRIAR A COMISSÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS COM COMPOSIÇÃO INTERSETORIAL.	X			
	APRESENTAR PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DESSA POLÍTICA NO SUS MUNICIPAL.	X			
	DISPONIBILIZAR PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS NOS EAS E FARMÁCIAS ESPECIFICAMENTE CREDENCIADOS PARA ESSE FIM.		X		

OBJETIVO 7 - FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA PESSOA IDOSA.	X			
EMITIR CADERNETAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA COM ABORDAGEM DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, RISCOS E AGRAVOS.	DISTRIBUIR CADERNETAS AOS IDOSOS RECÉM INGRESSOS NA FAIXA ETÁRIA A PARTIR DE 60 ANOS COM PROJEÇÃO DE 11.000 UNIDADES POR ANO.	X	X	X	X
QUALIFICAR COMO CUIDADOR DE IDOSO PESSOAS DA FAMÍLIA E POTENCIAIS CUIDADORES	QUALIFICAR CUIDADORES, NO MÍNIMO 300/ANO, PARA ATENDIMENTO DE IDOSOS NA	X	X	X	X

PARA O MERCADO DE TRABALHO.	FAIXA ETÁRIA A PARTIR DE 60 ANOS.				
REDUZIR O ÍNDICE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PESSOAS IDOSAS POR FRATURA DE FÊMUR.	REDUZIR EM 2% O INDICADOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR FRATURA DE FÊMUR ATÉ 2010, E 6% ATÉ 2013.	X	X	X	X
INTENSIFICAR AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.	ATENDER 60% DOS IDOSOS NA REDE BÁSICA ATÉ 2011 E 70% ATÉ 2013.	X	X	X	X
	ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO DO IDOSO, PRINCIPALMENTE NAS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E DO CÂNCER BUCAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DE ADOLESCENTE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.	X			
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA CRIANÇA.	IMPLEMENTAR ASSISTÊNCIA NEONATAL (SEGMENTO DOS RN DE RISCO) NOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR A REDE NORTE NORDESTE DE SAÚDE PERINATAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR A FICHA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI A PUERPERA E RECEM - NASCIDOS.	X	X		
	AMPLIAR A OFERTA DO TESTE DO PEZINHO.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AS CONSULTAS DE PUERICULTURA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS EAS.	X	X	X	X

	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - AIDPI NEONATAL, COM CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA, SAMU E MMT, EM 25% AO ANO.	X	X	X	X
	FORTALECER A REDE DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE COM ENFOQUE NA SAÚDE DA CRIANÇA.	X	X	X	X
	ESTABELECER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA O RASTREAMENTO PRECOCE DE ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM DIARRÉIA E INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA.	X	X		
	REDUZIR A MORBIDADE POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA - IRA E DIARRÉIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR E AMPLIAR POSTOS DE COLETA DE LEITE HUMANO NOS DISTRITOS DE SAÚDE COM DIVULGAÇÃO NA MÍDIA.	X	X	X	X
	CAPACITAR AS EQUIPES PARA A REALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA COLETA DE LEITE.	X	X	X	X
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO ADOLESCENTE.	IMPLEMENTAR A CADERNETA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AS AÇÕES EDUCATIVAS, ABORDANDO SAÚDE REPRODUTIVA E PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	EXPANDIR A CAPACITAÇÃO CONTINUADA DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA SAÚDE DO ADOLESCENTE.	X	X	X	X
	ESTIMULAR A CULTURA DE PAZ E A PREVENÇÃO DAS VIOLÊNCIAS.	X	X	X	X

	MANTER ATUALIZADO O CADASTRO DOS ADOLESCENTES EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
PROMOVER AS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR.	FORTALECER AS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER.	X			
REDUZIR A MORBIMORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	IMPLANTAR UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.	X	X		
	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA GINECOLÓGICA.	X	X		
	REDUZIR A INCIDÊNCIA DE CARCINOMA DE COLO DE ÚTERO NA POPULAÇÃO DE RISCO, OFERTANDO 400.000 EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS.	X	X	X	X
AMPLIAR A ATENÇÃO A MULHER DURANTE O CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.	ESTABELECER UM PROTOCOLO DE ATENÇÃO AO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	OFERTAR CONSULTA E EXAMES SEGUNDO PROTOCOLO ESTABELECIDO.	X	X	X	X

OBJETIVO 10 – REDUZIR A MORBIMORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – PHPN.	IMPLEMENTAR EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	OBEDECER AO QUE DISPÕE A RDC DA ANVISA Nº 36, DE 03/06/2006 SOBRE REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTRÉTRICA E NEONATAL.	X	X	X	X

ELABORAR E IMPLANTAR O PROJETO MÃE CANGURU FASE 3.	ELABORAR E IMPLANTAR O PROJETO.	X			
CONSTRUIR E EQUIPAR O BANCO DE LEITE HUMANO – BLH NA MMT.	IMPLANTAR UM BANCO DE LEITE HUMANO NA MATERNIDADE MOURA TAPAJOS.	X	X		
OFERECER A PRIMEIRA CONSULTA DO PUERPÉRIO E A PRIMEIRA CONSULTA DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.	ATENDER 100% DAS PUÉRPERAS E NEONATOS PARA A PRIMEIRA CONSULTA.	X	X	X	X
FORTALECER AS AÇÕES DO COMITÊ MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL.	ESTRUTURAR O COMITÊ MUNICIPAL.	X	X		
AMPLIAR O NÚMERO DE LEITOS DE UTI E UCI NEONATAL.	AMPLIAR EM 100% A OFERTA DE LEITOS DE UTI NEONATAL E 300% DE LEITOS UCI NEONATAL NA MMT.	X	X	X	X
AMPLIAR A CAPTAÇÃO DE GRÁVIDAS EM ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL PELA ESF E UBS.	AMPLIAR A CAPTAÇÃO DE GRÁVIDAS EM 50% AO ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR UTI MATERNA.	IMPLANTAR 5 LEITOS DE UTI MATERNA NA MMT.	X			
IMPLEMENTAR A OFERTA DE CAMPO DE ESTÁGIO NA ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.	IMPLEMENTAR PARCERIAS COM AS UNIVERSIDADES APOIANDO O ENSINO E A PESQUISA.	X	X	X	X

OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA TANTO NA ÁREA URBANA (ÍNDIOS DESALDEADOS) QUANTO NAS ALDEIAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.	DOTAR O SETOR RESPONSÁVEL DE RECURSOS NECESSÁRIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.	X			
IDENTIFICAR A POPULAÇÃO INDÍGENA EM ÁREA URBANA E EM ALDEIAS.	REALIZAR 01 CENSO PARA IDENTIFICAR O PÚBLICO ALVO.	X	X		
GARANTIR A INSERÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE	INTEGRAR ESSA AÇÃO COM AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.	X	X		

TRABALHADORES DE SAÚDE, EM ARTICULAÇÃO COM A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.					
IMPLEMENTAR O BANCO DE DADOS SOBRE A POPULAÇÃO INDÍGENA.	IMPLEMENTAR 01 BANCO DE DADOS.	X	X	X	X
ARTICULAR INTRA / INTERINSTITUCIONALMENTE PARA A EXECUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA.	ARTICULAR COM OS PARCEIROS.	X	X	X	X
REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO INDÍGENA.	REALIZAR 04 SEMINÁRIOS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	ESTABELECEER 01 FLUXO.	X	X	X	X
	INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA SEMSA.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, EM CONSONÂNCIA COM O PACTO PELA SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES TRIMESTRALMENTE.	X	X	X	X
INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PLANOS DAS AÇÕES DA SEMSA.	INCLUIR TRANSVERSALMENTE NAS AÇÕES EXPLICITADAS NO PACTO PELA SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 12 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A REDE DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE.	INSTITUCIONALIZAR O TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM 100% DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE NAS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR TESTE TUBERCULÍNICO E TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NOS SAES (DST/AIDS).	X	X		
	IMPLANTAR A COLETA DE ESCARRO EM 100% DOS POSTOS DE COLETA DE EXAMES	X	X	X	X

	LABORATORIAIS.				
	FORTALECER A REDE DE PREVENÇÃO E ATENÇÃO À COINFEÇÃO TB/HIV.	X	X	X	X
FORTALECER AS AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE.	PROMOVER ATUALIZAÇÕES PERIÓDICAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ELABORAR E REPRODUZIR MATERIAL EDUCATIVO PARA APOIAR AS ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS UNIDADES DE SAÚDE/COMUNIDADES.	X	X	X	X
	REALIZAR A CAMPANHA DE COMBATE A TUBERCULOSE.	X	X	X	X
	APOIAR AS ATIVIDADES DO COMITÊ MUNICIPAL DE COMBATE À TUBERCULOSE	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE TUBERCULOSE VOLTADAS PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS.	APOIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM 100% DAS UNIDADES PRISIONAIS ATÉ 2013.	X	X	X	X
FORTALECER O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.	REALIZAR FÓRUM ANUAL DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.	X	X	X	X

OBJETIVO 13 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA DERMATOLOGIA SANITÁRIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DERMATOSES SIMPLES E CÂNCER DE PELE.	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO IMPLEMENTADOS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA, DOTANDO OS EAS DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS E A POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE.	X	X	X	X

	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DE LESHIMANIOSE TEGUMENTAR.	X	X	X	X
--	--	---	---	---	---

OBJETIVO 14 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR O DIAGNÓSTICO PRECOZE E INTENSIFICANDO AS AÇÕES PARA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.	ELABORAR E EXECUTAR PLANO MUNICIPAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE.	X	X	X	X
	EFETIVAR OS FLUXOS DE ATENDIMENTO, ESTRUTURANDO AS POLICLÍNICAS PARA O ATENDIMENTO REFERENCIADO.	X	X	X	X
	AUMENTAR EM 1% AO ANO A PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS E À POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA DE COMBATE À HANSENÍASE.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE ELIMINAÇÃO DE HANSENÍASE.	X	X	X	X

OBJETIVO 15 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE DST E AIDS.	ELABORAR PLANO MUNICIPAL DAS AÇÕES DE CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.	X			
PROMOVER AS AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS.	IMPLEMENTAR AS ATIVIDADES EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NOS EAS DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
	GARANTIR OS INSUMOS (MEDICAMENTOS, PRESERVATIVOS E GEL LUBRIFICANTE) PARA O ATENDIMENTO ÀS DST/HIV/AIDS.	X	X	X	X

	ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA E PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS DST/HIV/AIDS.	X	X		
AMPLIAR O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV.	IMPLANTAR 02 SAEs, SENDO 01 NO DISTRITO OESTE E 01 NO DISTRITO SUL.	X	X		

OBJETIVO 16 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS.	ELABORAR PLANO MUNICIPAL CONFORME PORTARIA Nº 2080/GM.	X			
	CRIAR UM COMITÊ TÉCNICO PARA COMBATER AS HEPATITES VIRAIS.	X	X		
	ESTRUTURAR OS EAS PARA O ACOLHIMENTO DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HEPATITES.	X	X		
	REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA TRABALHADORES DA SAÚDE E COMUNIDADE EM GERAL.	X	X	X	X

DIRTRIZ**2.2 AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.****OBJETIVO 1 - OTIMIZAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR E ESTRUTURAR UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAs.	IMPLANTAR 04 UPAs SENDO INICIALMENTE 02 EM 2010 E AS DEMAIS NOS ANOS SUBSEQUENTES.	X	X	X	X
	EQUIPAR E READEQUAR PROFISSIONAIS PARA AS UPAs.	X	X	X	X

	CAPACITAR PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NAS UPAs, ATRAVÉS DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA.	X	X	X	X
	ADQUIRIR 100% DOS RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO DAS UPAs.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA.	AMPLIAR EM 30% A OFERTA DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NAS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
	READEQUAR QUADRO DE PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.	X	X		
	DOTAR AS POLICLÍNICAS DE EQUIPAMENTOS PERMANENTES E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O PLENO FUNCIONAMENTO.	X	X		
	QUALIFICAR OS PROFISSIONAIS DA REDE ESPECIALIZADA.	X	X	X	X
	GARANTIR A MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 – PRESTAR ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR COM REGULAÇÃO MÉDICA NAS ÁREAS DE OBSTETRÍCIA, CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA E TRAUMA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR E DIVULGAR AS PREMISSAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.	IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DO SAMU.	X	X	X	X
	ELABORAR E DIVULGAR O PLANO DE MÍDIA.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DO SAMU.	CONSTRUIR 01 SEDE PRÓPRIA, DOTANDO-A DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.	X	X		
	CONSTRUIR, NO MÍNIMO, 04 NOVAS BASES DO SAMU, SENDO 03 TERRESTRES E 01 FLUVIAL.	X	X	X	X
	MANTER E/OU AMPLIAR A ESTRUTURA FÍSICA DAS BASES EXISTENTES.	X	X	X	X

	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NA FROTA DE VEÍCULOS, MOTOS E LANCHAS.	X	X	X	X
	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NOS EQUIPAMENTOS EM GERAL	X	X	X	X
FORTALECER A CAPACIDADE DA GESTÃO DE PESSOAS	AMPLIAR E MANTER O QUADRO DE RECURSOS HUMANOS.	X	X	X	X
	CAPACITAR PROFISSIONAIS DAS EQUIPES PARA ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPITALAR.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELO SAMU, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 2048/2005 - MS.	IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO EM 100% DAS BASES DO SAMU.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO SAMU.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO SAMU.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - OFERECER SERVIÇO DE TRANSPORTE A PACIENTES COM DIFICULDADES DE LOCOMOÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O SERVIÇO S.O.S. VIDA.	CONSTRUIR, NO MÍNIMO, 02 NOVAS BASES DO S.O.S. VIDA.	X	X		
	FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA NA FROTA DE VEÍCULOS.	X	X	X	X
	AMPLIAR E REPOR A FROTA DE VEÍCULOS.			X	X
	ATENDER 100% DAS DEMANDAS, IDENTIFICADAS NO PERFIL ESTABELECIDO.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO S.O.S. VIDA.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO S.O.S. VIDA.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 - FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	IMPLANTAR 100% DAS AÇÕES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	X	X	X	X
	QUALIFICAR CUIDADORES, MEMBROS DA FAMÍLIA E/OU POTENCIAIS CUIDADORES PARA O MERCADO DE TRABALHO, PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS.	X	X	X	X
AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE ÓRTESE E PRÓTESE NA REDE MUNICIPAL.	X	X		
	PADRONIZAR CADASTRO E CADASTRAR 100% DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, ASSEGURANDO INSERÇÃO E INCLUSÃO NOS SERVIÇOS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - PROMOVER A SAÚDE AUDITIVA, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA AUDITIVA DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A COBERTURA DO TESTE DA ORELHINHA PARA OS RECÉM-NASCIDOS.	ATINIGIR 100% DOS RECÉM-NASCIDOS NA MMT.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA E DE OTORRINOLARINGOLOGIA NA REDE DE SERVIÇOS.	IMPLANTAR DOIS SERVIÇOS AO ANO DE FONOAUDIOLOGIA E DE OTORRINOLARINGOLOGIA.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - PROMOVER A SAÚDE OCULAR, PREVENINDO E REDUZINDO A DEFICIÊNCIA VISUAL DE GRUPOS PRIORITÁRIOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR SERVIÇOS DE SAÚDE OCULAR NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR 01 PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OCULAR.	X			
	IMPLANTAR 05 SERVIÇOS, SENDO 01 POR DISTRITO.	X	X	X	X

	REALIZAR OS SERVIÇOS, ATENDENDO, PRIORITARIAMENTE, RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA, PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL.	X	X	X	X
	REDUZIR RETINOPATIA PRIORITARIAMENTE EM CRIANÇAS E DIABÉTICOS.	X	X	X	X
ELABORAR PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE OCULAR NAS ESCOLAS DE ENSINO FUNDAMENTAL.	ELABORAR E IMPLANTAR 01 PROJETO.	X	X		

OBJETIVO 7 – EFETIVAR A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS.	X	X		
	IMPLANTAR 100% DAS AÇÕES ESTABELECIDAS NA POLÍTICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.	IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, ALCOOL E OUTRAS DROGAS EM, PELO MENOS, 50% DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X
IMPLANTAR CAPS TIPO III, “ad”, “i”, CENTROS DE CONVIVÊNCIA, RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS E OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA.	IMPLANTAR 12 CAPS, SENDO 03 CAPS (TIPO III, “ad” e “i”) POR DISTRITO DE SAÚDE NA ÁREA URBANA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 CENTROS DE CONVIVÊNCIA, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.	X	X	X	X
	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 04 OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA, SENDO 01 POR DISTRITO DE SAÚDE/URBANA.	X	X	X	X

ESTRUTURAR A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.	IMPLANTAR, NO MÍNIMO, 02 ALBERGUES TERAPÊUTICOS PARA ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL.	X	X	X	X
IMPLANTAR EQUIPES DE SAÚDE MENTAL COMPOSTA POR PSICÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSIQUIATRA OU MÉDICO CAPCITADO EM SAÚDE MENTAL EM UBS E POLICLÍNICAS NA PROPORÇÃO DE 01 EQUIPE DE SAÚDE MENTAL PARA 06 DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	IMPLANTAR INICIALMENTE 31 EQUIPES DE SAÚDE MENTAL.	X	X	X	X
	GARANTIR A IMPLANTAÇÃO DE MAIS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL À MEDIDA QUE NOVAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SURJAM, RESPEITANDO-SE A PROPORÇÃO DE 01 ESM PARA CADA 06 ESF.	X	X	X	X
ARTICULAR O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PELO SAMU, DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 2048/2005 – MS.	IMPLEMENTAR O ATENDIMENTO EM 100% DAS BASES DO SAMU.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 - EFETIVAR A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR REDE DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS, VISANDO REDUZIR OS DANOS NAS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS EM PARCERIA COM A SAÚDE MENTAL.	IMPLANTAR POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NA ÁREA DE DST/AIDS EM PARCERIA COM A SAÚDE MENTAL E A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 - FORTALECER AS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.	X			
	IMPLANTAR COMITÊ MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL.	X			
	IMPLEMENTAR UMA POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE BUCAL EM 100% DOS EAS.	X	X		

	PROMOVER DISCUSSÃO EM 100% DOS CONSELHOS LOCAIS E DISTRITAIS DE SAÚDE, BUSCANDO A CORRESPONSABILIDADE QUANTO À SAÚDE E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	X	X	X	X
	REALIZAR LEVANTAMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO DA ÁREA URBANA E RURAL.	X	X	X	X
DESENVOLVER AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS EM SAÚDE BUCAL.	FOMENTAR PROJETOS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	PROMOVER A SEMANA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL, UMA VEZ AO ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL ANUALMENTE EM CONJUNTO COM A CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO IDOSO.	X	X	X	X
	CONFECCIONAR E DISTRIBUIR MATERIAL EDUCATIVO E INSTRUCIONAL EM SAÚDE BUCAL EM ESCOLAS E COMUNIDADE.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM 100% DAS ESCOLAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM PARCERIA COM AS SECRETARIAS DE EDUCAÇÃO.	X	X	X	X
	VIABILIZAR AÇÕES DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES E MULTIPLICADORES EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AÇÕES PREVENTIVAS E CURATIVAS DE SAÚDE BUCAL A TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS DA POPULAÇÃO DA ÁREA URBANA E RURAL.	GARANTIR A EQUIDADE NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DESDE A PREVENÇÃO À RECUPERAÇÃO.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AÇÕES DE SAÚDE BUCAL JUNTO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS E CARCERÁRIAS.	X	X	X	X
	PROMOVER A MANUTENÇÃO DAS PRÓTESES DENTÁRIAS DOS IDOSOS ACOMPANHADOS DE EXAME DA CONDIÇÃO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA.	X	X	X	X

	INSERIR O CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE REFERÊNCIA PARA PACIENTES COM HIV.	X	X	X	X
PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.	CRIAR PÓLOS DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.	X	X		
	CAPACITAR 100% DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL PARA REALIZAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA E OUTRAS DOENÇAS BUCAIS.	X	X	X	X
	ARTICULAR COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, CENTROS FORMADORES DO SUS E ENTIDADES ODONTOLÓGICAS PARA OFERTA DE CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA E DA FAMÍLIA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	CAPACITAR 100% DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL PARA REALIZAR O SB-BRASIL 2010 E ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS.	X	X	X	X
	REALIZAR CAPACITAÇÃO PERMANENTE DE 100% DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA DESENVOLVER A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE BUCAL.	X	X	X	X
	IMPLANTAR PROTOCOLOS E FLUXOS DE ATENDIMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA, URGÊNCIA E ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL.	IMPLANTAR EM 100% DOS EAS.	X	X	
	REFORÇAR OS MECANISMOS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA.	X	X	X	X
INSERIR EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM 100% DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PACS EXISTENTES OU QUE VENHAM A EXISTIR.	100% DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PACS COM EQUIPES DE SAÚDE BUCAL INSERIDAS.	X	X	X	X
AMPLIAR O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO MÓVEL.	ADQUIRIR 10 UNIDADES MÓVEIS, SENDO 02 POR DISTRITO DE SAÚDE EM ÁREA URBANA E RURAL.	X	X	X	X

AMPLIAR A ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL.	IMPLANTAR 05 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs).	X	X	X	X
	IMPLANTAR 04 LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA (LRPDs), SENDO 01 POR DISTRITO DE SAÚDE DE ÁREA URBANA.	X	X	X	X
	IMPLANTAR SERVIÇOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL VOLTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.	DOTAR DE RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS EM 100% DOS EAS (CEOs, LRPDs, ESFs, UMOs, UBSs, UPAs e ESCOLAS).	X	X	X	X
ESTIMULAR E OTIMIZAR PARCERIAS COM FACULDADES DE ODONTOLOGIA.	PROPICIAR ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL, NO MÍNIMO EM 30% DOS EAS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL.	ADQUIRIR E IMPLANTAR SOFTWARE DE GERENCIAMENTO ODONTOLÓGICO DA POPULAÇÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO A CADA DOIS ANOS PARA AVALIAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL.		X		X
DIVULGAR AS AÇÕES E INFORMAÇÕES EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO.	CRIAR E ATUALIZAR UMA HOME PAGE SOBRE SAÚDE BUCAL DENTRO DO PORTAL DA PREFEITURA.	X	X	X	X
	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMENSTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X

OBJETIVO 10 – FORTALECER E AMPLIAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES.	IMPLANTAR UM CENTRO DE REFERÊNCIA.	X	X	X	X

IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES NOS EAS, AMPLIANDO O ACESSO E PROPICIANDO O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS PACIENTES CADASTRADOS E EM TRATAMENTO.	IMPLEMENTAR 100% DAS AÇÕES NOS EAS.	X	X	X	X
	RASTREAR E CADASTRAR NOVOS CASOS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	DISPONIBILIZAR ATENDIMENTO CURATIVO PARA PESSOAS COM DIABETES COM COMPLICAÇÕES VASCULARES.	X	X	X	X
	REALIZAR EXAMES DE SENSIBILIDADE E DISPONIBILIZAÇÃO DE INSUMOS ESPECÍFICOS (MONOFILAMENTOS E CURATIVOS) PARA PORTADORES DE DIABÉTICOS MELLITUS.	X	X	X	X
	CAPACITAR PROFISSIONAIS PARA REALIZAÇÃO DE EXAME NEUROSENSIBILIDADE.	X	X	X	X
	PROMOVER A EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS NAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES E DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL.	X	X	X	X
	PROMOVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A POPULAÇÃO EM GERAL NAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES E DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL.	X	X	X	X
	MONITORAR E ACOMPANHAR AS PESSOAS EM TRATAMENTO.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DE HIPERTENSÃO E DIABETES.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA E PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DIABETES.	PROTOCOLO ASSISTENCIAL IMPLANTADO.	X			
	FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA ESTABELECIDOS.	X	X	X	X
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA AOS EAS PARA EXECUÇÃO DAS	DOTAR 100% DOS EAS DE RECURSOS MATERIAIS E DE INSUMOS NECESSÁRIOS.	X	X	X	X

AÇÕES DE CONTROLE DE HIPERTENSÃO E DIABETES.	QUALIFICAR A DISPENSAÇÃO E O ACESSO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PÉ NEUTRÓFICO.	IMPLEMENTAR O PROGRAMA EM 04 POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
MANTER ATUALIZADO O CADASTRAMENTO DOS USUÁRIOS NO GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÃO LOCAL - GIL.	REALIZAR ATUALIZAÇÃO MENSAL DO CADASTRO.	X	X	X	X

OBJETIVO 11 – AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AMPLIAR A REDE DE POSTOS DE COLETA PARA EXAMES LABORATORIAIS.	IMPLANTAR POSTOS DE COLETA EM 100% DOS EAS, DE ACORDO COM A RDC 302.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO.	AMPLIAR EM 50% A OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS.	X	X	X	X
AMPLIAR A REDE DE SERVIÇOS E DE PROCEDIMENTOS POR IMAGEM.	IMPLANTAR O SERVIÇO NOS SPAs.	X	X	X	X
	AMPLIAR EM 30% OS PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA E ECG AO ANO.	X	X	X	X
	GARANTIR EXAMES DE RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MAXILARES.	X	X	X	X
IMPLANTAR OU IMPLEMENTAR LABORATÓRIOS DISTRITAIS E CENTRAL MUNICIPAL DE EXAMES.	IMPLANTAR OU IMPLEMENTAR 04 SERVIÇOS, SENDO 01 POR DISTRITO, A EXCEÇÃO DO DISTRITO RURAL, E UMA CENTRAL MUNICIPAL, UTILIZANDO TECNOLOGIA DE AUTOMAÇÃO E FERRAMENTAS DE INFORMATIZAÇÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR 100% DOS EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM DO PRÉ-NATAL E REALIZAR TRATAMENTO DE ACORDO COM A POLÍTICA ESTABELECIDADA.	X	X	X	X
OFERTAR EXAMES MICROBIOLÓGICOS PARA OS SERVIÇOS DE UTI E UCI MATERNA	REALIZAR 100% DOS EXAMES MICROBIOLÓGICOS NECESSÁRIOS PARA OS	X	X	X	X

E NEONATAL.	SERVIÇOS DE UTI E UCI DA MMT.				
OFERTAR EXAMES DE MAMOGRAFIA.	OFERTAR EXAME ESPECIALIZADO - MAMOGRAFIA PARA A POPULAÇÃO DE RISCO, ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.	X	X	X	X
AMPLIAR O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE) ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV.	IMPLANTAR 02 SAEs, SENDO 01 NO DISTRITO OESTE E 01 NO DISTRITO SUL.	X	X	X	X

OBJETIVO 12 - AMPLIAR O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO ENFOCANDO A PROMOÇÃO, A PREVENÇÃO, A PRESERVAÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO SER HUMANO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
INTEGRAR AS AÇÕES DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA ÀS PRÁTICAS MULTIDISCIPLINARES E ÀS AÇÕES IMPLEMENTADAS PELA SEMSA.	ELABORAR, APRESENTAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO COM ENFOQUE NA SAÚDE COLETIVA.	X	X		
ESTREITAR A INTERAÇÃO COM AS VIGILÂNCIAS (SANITÁRIA, EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, NUTRICIONAL, DO TRABALHADOR) PARA IDENTIFICAR E ACOMPANHAR PROBLEMAS QUE REQUEREM ATENÇÃO CONTÍNUA, AÇÃO SOBRE OS TERRITÓRIOS DEFINIDOS E AÇÕES ARTICULADAS.	AÇÕES INTERAGIDAS, PROMOCIONAIS, PREVENTIVAS CURATIVAS E REABILITADORAS.	X	X	X	X
	REALIZAR CONTROLE DE DANOS E CONTROLE RISCOS.	X	X	X	X
PARTICIPAR DE EVENTOS EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A COMUNIDADE EM GERAL, PROMOVIDOS PELA SEMSA.	PARTICIPAR DE EVENTOS REALIZADOS PELA SEMSA COM ÊNFASE EM FISIOTERAPIA.	X	X	X	X
AMPLIAR O NÚMERO DE RH NECESSÁRIO PARA MELHOR IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES.	NÚMERO DE RH AMPLIADO.	X			
AMPLIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA.	IMPLANTAR UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AO ANO EM CADA DISTRITO DE SAÚDE DA ÁREA URBANA.	X	X	X	X
IMPLANTAR NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO CAMPOS QUE REGISTREM TODOS OS TIPOS DE DEFICIÊNCIAS PARA MELHOR SUBSTANCIAR, MONITORAR E	CAMPOS IMPLANTADOS.	X			

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
AVALIAR AS AÇÕES DESENVOLVIDAS.					
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES EM RELATÓRIOS PARCIAIS E ANUAL.	RELATÓRIOS ELABORADOS E APRESENTADOS TRIMESTRALMENTE E ANUALMENTE.	X	X	X	X

DIRETRIZ

2.3 - ESTABELECEER REDE DE PROTEÇÃO INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COM BASE NA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO A MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS.

OBJETIVO 1 - INSTITUIR POLÍTICA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PROMOVER E PARTICIPAR DE POLÍTICAS E AÇÕES INTERSETORIAIS E DE REDES SOCIAIS QUE TENHAM COMO OBJETIVO A PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS, ACIDENTE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	INSERIR A SEMSA E DEMAIS PARCEIROS NA REDE NACIONAL DE NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	X			
	ELABORAR A POLÍTICA MUNICIPAL INTEGRADA DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E SEUS AGRESSORES ATÉ 2010 E PACTUAR COM OS DEMAIS SETORES ENVOLVIDOS ATÉ 2013.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O COMITÊ MUNICIPAL DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS DE FORMA INTERSETORIAL.	X	X		
ADEQUAR EAS PARA REALIZAR ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA GARANTINDO O ATENDIMENTO ADEQUADO PARA CRIANÇAS,	AMPLIAR O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR ATÉ A RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS NOS EAS.	X	X	X	X

ADOLESCENTES, MULHERES, IDOSOS E HOMENS.	INSTITUIR O USO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS EM 100% DOS EAS.	X	X		
--	---	---	---	--	--

OBJETIVO 2 - OTIMIZAR POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO E COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA E GARANTINDO ATENÇÃO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR POLÍTICA INTERSETORIAL DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA, ABRANGENDO EDUCAÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA.	ELABORAR E IMPLANTAR UMA POLÍTICA INTERSETORIAL DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DOMÉSTICA.	X	X		
ADEQUAR UNIDADES PARA REALIZAR ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA GARANTINDO O ATENDIMENTO ADEQUADO PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES, MULHERES, IDOSOS E HOMENS.	AMPLIAR O ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS NAS UBS, SENDO 25% AO ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR ATENDIMENTO AOS AGRESSORES PELAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL COMPOSTA POR PISICOLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSIQUIATRA OU MÉDICO CAPACITADO EM SAÚDE MENTAL.	CAPACITAR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA IMPLANTAR O SERVIÇO ESPECIALIZADO PARA ATENDER AGRESSORES EM TODAS AS POLICLÍNICAS.	X	X	X	X
IMPLANTAR NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE.	AMPLIAR REDE DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE DAS UBS NAS ESCOLAS.	X	X	X	X

DIRETRIZ

2.4 - IMPLEMENTAR AÇÕES INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PRISIONAL.

OBJETIVO 1 - GARANTIR ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO ATRAVÉS DE PARCERIA INTERINSTITUCIONAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
------	------	------	------	------	------

PACTUAR COM A SUSAM E SEJUS O ATENDIMENTO AOS RESIDENTES PRISIONAIS.	01 PLANO ELABORADO E PACTUADO.	X	X		
	CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA E ESTÍMULO A CULTURA DE PAZ NO SISTEMA PRISIONAL.	X	X	X	X

DIRETRIZ**2.5 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM****OBJETIVO 1 - IMPLANTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NO MUNICÍPIO.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM.	ELABORAR O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO HOMEM, PARA APRECIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X		
	DEFINIR RESPONSABILIDADES POR NÍVEL DE HIERARQUIA E POSTERIOR PACTUAÇÃO.	X	X		
	REALIZAR LEVANTAMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA.	X	X		
	REALIZAR OFICINAS PARA DEFINIÇÃO DE FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO INTEGRAL.	X	X		
	REALIZAR SEMINÁRIO DE LANÇAMENTO/IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.	X	X		
FORTALECER AS AÇÕES DE SAÚDE DO HOMEM ATRAVÉS DA INTERSETORIALIDADE.	ESTRUTURAR A REDE PARA ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL.	X	X	X	X
	REALIZAR ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E INTERMUNICIPAL VISANDO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO HOMEM.	X	X		

	FIRMAR PARCERIAS COM ESTADO E ENTIDADES DA SOCIEDADE CIVIL PARA GARANTIR ACESSO E INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO À SAÚDE DO HOMEM.	X	X	X	X
	ESTABELECEER INTERFACE COM AS DEMAIS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE.	X	X	X	X
QUALIFICAR EM 100% OS PROFISSIONAIS PARA ATUAREM NA POLÍTICA DE SAÚDE PROPOSTA.	REALIZAR CAPACITAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO CONTÍNUA E PERMANENTE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESTABELECIMENTOS ASSISTÊNCIAIS DE SAÚDE PARA DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
PARTICIPAR EM 100% DOS EVENTOS DENTRO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM.	ELABORAR CRONOGRAMA DE EVENTOS MUNICIPAIS.	X	X	X	X
	REALIZAR CAMPANHA MUNICIPAL DO DIA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM- 27 DE AGOSTO.	X	X	X	X
REALIZAR MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM 100% DAS AÇÕES REALIZADAS.	CONSTRUIR FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA.	X	X	X	X
	REALIZAR ANÁLISE DE PRODUÇÃO A PARTIR DOS CÓDIGOS DE PROCEDIMENTO EXISTENTES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO OFICIAL.	X	X	X	X
DIVULGAR A POLÍTICA E AÇÕES A SEREM REALIZADAS	ELABORAR MATERIAL INSTRUCIONAL.	X	X	X	X
PACTUAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA CIB.	POLÍTICA PACTUADA E IMPLANTADA.	X			

DIRETRIZ**2.6 - IMPLANTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA****OBJETIVO 1 - IMPLANTAR O ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO MUNICÍPIO.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IDENTIFICAR A POPULAÇÃO NEGRA NA ÁREA URBANA E	REALIZAR 01 CENSO PARA IDENTIFICAR O PÚBLICO.	X	X		

RURAL DO MUNICÍPIO DE MANAUS.					
ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	01 PLANO ELABORADO.	X	X		
ARTICULAR INTRA/INTERINSTITUCIONALMENTE PARA A EXECUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	CRIAR UMA REDE SOCIAL COM PARCEIROS E OS MOVIMENTOS SOCIAIS.	X	X	X	X
GARANTIR A INSERÇÃO DOS OBJETIVOS DO PLANO NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE TRABALHADORES DE SAÚDE, EM ARTICULAÇÃO COM A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.	INTEGRAR ESSA AÇÃO COM AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.	X	X	X	X
CRIAR E ALIMENTAR O BANCO DE DADOS SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA.	CRIAR 01 BANCO DE DADOS.	X	X		
REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.	REALIZAR 04 SEMINÁRIOS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER FLUXO DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO.	ESTABELECEER 01 FLUXO.	X	X		
	INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA SEMSA.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR A IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO À SAÚDE NEGRA, EM CONSONÂNCIA COM O PACTO PELA SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES TRIMESTRALMENTE.	X	X	X	X
INCLUIR ESSA POLÍTICA NOS PLANOS DAS AÇÕES DA SEMSA.	INCLUIR TRANSVERSALMENTE NAS AÇÕES EXPLICITADAS NO PACTO PELA SAÚDE.	X	X	X	X

DIRETRIZ**2.7 – EXPANDIR, EFETIVAR E INTEGRAR AS AÇÕES E SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.**

OBJETIVO 1 – IMPLANTAR E IMPLEMENTAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL PELA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
DIFUNDIR E CRIAR INTERCÂMBIO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.	REALIZAR SEMINÁRIOS ANUAIS NAS ÁREAS TEMÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM CONJUNTO COM O COMITÊ INTERINSTITUCIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO E DO GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
APRESENTAR ANUALMENTE UM PLANO DE AÇÃO.	APRESENTAR PLANO DE AÇÃO ANUALMENTE PARA DELIBERAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X
ESTRUTURAR SETOR ESPECÍFICO PARA O CONTROLE SANITÁRIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS.	CRIAR UMA UNIDADE ADMINISTRATIVA PARA GERENCIAR O RISCO SANITÁRIO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS.	X	X		
AMPLIAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS, SERVIÇOS E AMBIENTES.	REALIZAR INSPEÇÕES, AÇÕES EDUCATIVAS, PREVENTIVAS E COERCITIVAS PARA O CONTROLE DO RISCO SANITÁRIO.	X	X	X	X
	ADQUIRIR MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS PARA O SUPORTE DAS AÇÕES SUPRA.	X	X	X	X
	EXECUTAR E AMPLIAR AS AÇÕES COM AS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR.	X	X	X	X
	FORTALECER AS AÇÕES INTERSETORIAIS.	X	X	X	X
	EQUIPAR O LABORATÓRIO DO DVISA PARA O CONTROLE SANITÁRIO DE PRODUTOS E AMBIENTES.	X	X		
	SOLICITAR O PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE DE 25% DOS EAS/ANO.	X	X	X	X
	REVISAR O CÓDIGO	CÓDIGO REVISADO EM 100%.	X	X	

SANITÁRIO DE MANAUS.					
REALIZAÇÃO DO CADASTRO SANITÁRIO DE MANAUS.	CADASTRO REALIZADO.	X	X		
PROTEGER A POPULAÇÃO E IDENTIFICAR O RISCO EM ALIMENTOS.	ESTRUTURAR O SERVIÇO DA VISA-MANAUS PARA CADASTRAR E FISCALIZAR ALIMENTOS VEICULADORES DE DOENÇAS EM 15%/ANO. IMPLANTAR O MONITORAMENTO DOS ALIMENTOS.	X	X	X	X

OBJETIVO 3- FORTALECER E AMPLIAR A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO TRABALHADOR.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR.	REALIZAR 100% DAS AÇÕES CONTEMPLADAS NO PLANO DE AÇÃO DO CEREST.	X	X	X	X
	INSERIR NO PLANO A ESTRATÉGIA DE AMBIENTES DE TRABALHO SAUDÁVEIS EM PARCERIA COM ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES AFINS.	X			
IMPLANTAR AS NOTIFICAÇÕES COMPLUSÓRIAS DAS DOENÇAS E DOS AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR NOS EAS.	IMPLANTAR E IMPLEMENTAR EM 40% DOS EAS AS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR, SENDO 10%/ANO.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO CEREST.	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DO CEREST.	X	X	X	X
GARANTIR APOIO LOGÍSTICO PARA REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR-CIST.	APOIAR 100% DAS AÇÕES DA CIST, DE ACORDO COM O SEU REGIMENTO.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 – FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.	EQUIPARAR A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL.	X			
	ELABORAR E IMPLANTAR O PLANO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL DO MUNICÍPIO.	X	X		

GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, DE ACORDO COM VIGIÁGUA.	CADASTRAR OS SISTEMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA (REDE PÚBLICA E RESOLUÇÕES ALTERNATIVAS).	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE AMOSTRAGEM PARA A VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO - SISÁGUA.	X	X		
GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DO SOLO, DE ACORDO COM A VIGISOLO.	CADASTRAR AS FONTES GERADORAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS (INDÚSTRIAS E SERVIÇOS).	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE AMOSTRAGEM PARA VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DO SOLO.	X	X	X	X
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DO SOLO - SISOLO.	X	X		
	IMPLEMENTAR O PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PGRS NOS EAS, INCLUINDO A COLETA SELETIVA, CONFORME O QUE PRECONIZA O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 5.940 DE 25.10.2006.	X	X	X	X
GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DO AR, DE ACORDO COM VIGIAR.	IMPLANTAR UM PROGRAMA MUNICIPAL DE VIGIAR.	X			
	IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA QUALIDADE DO AR - SISAR.	X	X		
	REALIZAR UM SEMINÁRIO ANUAL DE POLUIÇÃO DO AR, NA SEMANA NACIONAL DO TRÂNSITO.	X	X	X	X
CRIAR UM SISTEMA DE MONITORAMENTO E CONTROLE DE INTOXICAÇÃO HUMANA E AMBIENTAL POR AGROTÓXICOS NO MUNICÍPIO.	IMPLANTAR O SISTEMA SEGUNDO O QUE ORIENTA O MANUAL DE VIGILÂNCIA DA POPULAÇÃO EXPOSTA A AGROTÓXICOS, DO MS E OPAS.	X	X		

	CAPACITAR OS TRABALHADORES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL NO ATENDIMENTO AOS INTOXICADOS.	X	X		
	IMPLEMENTAR AS NOTIFICAÇÕES DAS INTOXICAÇÕES NAS POLICLÍNICAS.	X	X		
DESENVOLVER AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NAS ESCOLAS - VISA ESCOLA.	IMPLANTAR AS AÇÕES EM 25% DAS ESCOLAS PÚBLICAS POR ANO.	X	X	X	X
IMPLANTAR A COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS PROVENIENTES DAS EAS.	COLETAR RESÍDUOS SÓLIDOS EM 100% DAS EAS.	X	X	X	X
PROMOVER CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL E NORMAS DE BIOSSEGURANÇA AOS TRABALHADORES DA SAÚDE, COLETORES DO SERVIÇO DE LIMPEZA E À POPULAÇÃO EM GERAL, PROMOVIDO PELA VIGILÂNCIA AMBIENTAL.	REDUZIR EM 25%/ANO, O RISCO DE ACIDENTES COM RESÍDUOS E MATERIAIS PÉRFURO-CORTANTES EM TRABALHADORES DE SAÚDE, COLETORES DE LIXO E POPULAÇÃO EM GERAL.	X	X	X	X
	DOTAR OS EAS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL-EPI.	X	X	X	X
REALIZAR AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	REALIZAR AÇÕES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO EM GERAL, INCLUSIVE EM ESCOLAS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE AMBIENTAL.	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES.	X	X	X	X
	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMENSTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - DIMINUIR A INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ALCANÇAR COBERTURA DE 95% DAS VACINAS CONTRA HEPATITE B, TETRAVALENTE, TRÍPLICE VIRAL, POLIOMIELITE, DTP E ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO E COM 1 ANO.	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 95% DE 2010 A 2013.	X	X	X	X
ALCANÇAR COBERTURA DE 100% COM AS VACINA BCG E ANTIAMARÍLICA EM CRIANÇAS	ALCANÇAR COBERTURA VACINAL DE 100%.	X	X	X	X

MENORES DE 01.					
IMPLEMENTAR PORTARIAS.	ESTABELECEER, ATRAVÉS DE PORTARIA, QUE NO ATO DE QUALQUER ATENDIMENTO PRESTADO NAS UBS SEJAM SOLICITADO A APRESENTAÇÃO DO CARTÃO DE VACINAÇÃO, INDEPENDENTE DA IDADE E DO SEXO, OPORTUNIZANDO A ATUALIZAÇÃO IMEDIATA DA SITUAÇÃO VACINAL.	X			
	IMPLEMENTAR PORTARIA PARA PADRONIZAÇÃO DO REGISTRO CORRETO E COMPLETO DAS DOSES APLICADAS NO CARTÃO DE VACINAÇÃO, ITEM INDISPENSÁVEL PARA GARANTIR A VERACIDADE DOS DADOS.	X			
IMPLEMENTAR O PROJETO RELACIONADO AO CENSO VACINAL NA ÁREA DE ABRAGÊNCIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSF).	IMPLEMENTAR EM 100% DAS UBSF.	X	X	X	X
ESTABELECEER PARCERIAS COM EMPRESAS PARA GARANTIR QUE SEJA EXIGIDO O CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO DO CANDIDATO A CONTRATAÇÃO E DE SEUS DEPENDENTES.	ESTABELECEER PARCERIAS COM 100% DAS EMPRESAS DO MUNICÍPIO DE MANAUS.		X	X	X
ESTABELECEER PARCERIAS COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO PÚBLICO E PARTICULARES PARA QUE SEJA SOLICITADO O CARTÃO DE VACINAÇÃO ATUALIZADO NO ATO DA MATRÍCULA.	ESTABELECEER PARCERIAS EM 100% DAS ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES.	X	X	X	X
INCENTIVAR A CRIAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA CONTROLE NOMINAL "ON LINE" DA SITUAÇÃO VACINAL DE CADA USUÁRIO.	CRIAR E IMPLANTAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.	X	X	X	X
ESTABELECEER PARCERIA COM A SEJUS PARA IMPLANTAÇÃO DE SALA DE VACINA NAS UNIDADES PRISIONAIS.	IMPLANTAR 01 SALA DE VACINA (REFERÊNCIA) POR ZONA EM UNIDADES PRISIONAIS.	X			
IMPLANTAR NOS DISTRITOS DE	ESTRUTURAR OS ESPAÇOS FÍSICOS DOS DISTRITOS DE	X			

SAÚDE A REDE DE FRIO.	SAÚDE.				
	ADQUIRIR OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS (GRUPO GERADOR, CARRO CLIMATIZADO, REFRIGERADORES DOMÉSTICOS, CONDICIONARES DE AR).	X	X		

OBJETIVO 6 - IMPLANTAR OS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR A AÇÃO DE ENTOMOLOGIA E CONTROLE VETORIAL.	UM SERVIÇO DE ENTOMOLOGIA E CONTROLE VETORIAL IMPLANTADO.	X			
	APRESENTAR, ANUALMENTE, UM PLANO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR A INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE VIGILÂNCIA COM A ASSISTÊNCIA.	INTEGRAR AS BASES TERRITORIAIS DAS AÇÕES DOS ACS E AGENTES DE ENDEMIAS - ACE, VINCULANDO O AGENTE DE ENDEMIA ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X		
	REDUZIR A INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES.	X	X	X	X
AMPLIAR O ALCANCE DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE VETORIAL.	ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL VISANDO A COLABORAÇÃO NAS AÇÕES DE CONTROLE DE ENDEMIAS.	X	X		
REALIZAR MANUTENÇÃO E REFORMA PREDIAL E DE MANUTENÇÃO NO PARQUE DE EQUIPAMENTOS.	ELABORAR O1 PLANO DE REFORMA PREDIAL E DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS.	X			

OBJETIVO 7 - PREVENIR E CONTROLAR DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS À POPULAÇÃO - DANTS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR E IMPLEMENTAR PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DANT.	O1 PLANO DE AÇÃO IMPLANTADO E AÇÕES IMPLEMENTADAS NA SEMSA.	X	X		
PROPICIAR A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA O CONTROLE DAS DANTS,	INFRAESTRUTURA IMPLEMENTADA.	X	X		

DOTANDO A GERÊNCIA CENTRAL E AS COORDENAÇÕES DOS DISTRITOS DE SAÚDE DE RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS.					
FORTALECER AS PARCERIAS INTERSETORIAIS PARA A VIGILÂNCIA DAS DANTS.	PARCERIAS FORTALECIDAS.	X	X		
ELABORAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL PARA A POPULAÇÃO EM GERAL.	MATERIAL ELABORADO E DISTRIBUÍDO.	X	X	X	X
REALIZAÇÃO DE PALESTRAS EDUCATIVAS NAS ESCOLAS E COMUNIDADES.	PALESTRAS REALIZADAS.	X	X	X	X
PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO.	EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADA.	X	X	X	X
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DANTS.	AVALIAR TRIMESTRALMENTE AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA DAS DANTS.	X	X	X	X

OBJETIVO 8 - ESCLARECER AS CAUSAS DE ÓBITO ESTABELECENDO REAL PERFIL DE MORTALIDADE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLANTAR O SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO EM PARCERIA COM A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO AMAZONAS.	IMPLANTAR O SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO.	X	X		
DESCENTRALIZAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC.	IMPLANTAR O SINASC NAS MATERNIDADES, CRIANDO UMA REDE.	X	X	X	X
ESTABELECER ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO.	REALIZAR REUNIÕES INTERSETORIAIS. ARTICULAR COM O COMITÊ DE PREVENÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL PARA CONTRIBUIR COM A ANÁLISE E MELHORIA DA INFORMAÇÃO.	X	X	X	X
REDUZIR O PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL	REDUZIR EM 20%/ANO O PERCENTUAL DE ÓBITOS POR	X	X	X	X

DEFINIDAS.	CAUSA MAL DEFINIDA.				
AMPLIAR A COBERTURA DE CAPTAÇÃO DE ÓBITOS E NASCIMENTOS, PARA FORTALECER AS NOTIFICAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE - SIM.	IDENTIFICAR O SUB-REGISTRO DE ÓBITOS ATRAVÉS DA COMPARAÇÃO DO QUANTITATIVO DE ÓBITOS INFORMADOS PELA FONTE OFICIAL E OUTRAS FONTES NOTIFICADORAS COMO A ESF. COMPARAR OS REGISTROS DE ÓBITOS FEITOS PELOS CARTÓRIOS E CEMITÉRIOS, COM O SIM.	X	X	X	X
AMPLIAR A OFERTA DE CAPACITAÇÃO PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE DA REDE PÚBLICA E PRIVADA.	CAPACITAR COM VISTAS À MELHORIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO, DESDE A COLETA ATÉ A ANÁLISE DOS DADOS.	X	X		
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS.	AÇÕES MONITORADAS E AVALIADAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 9 - FORTALECER AS AÇÕES DO CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE E REDUZIR RISCOS DE DANOS E LESÕES GRAVES POR MORDEDURA DE ANIMAIS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR O CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE.	CONSTRUIR E EQUIPAR O CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE.	X	X		
IMPLANTAR O PROGRAMA DE CONTROLE DE NATALIDADE DE CÃES E GATOS PELO CCZ E DISTRITOS DE SAÚDE, EM CUMPRIMENTO DA LEI Nº 161/05 (CASTRACÃO).	ESTERELIZAR 80% DE CÃES E GATOS INCLUSIVE OS ABANDONADOS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE ZOOSE.	IMPLANTAR REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO ELETRÔNICA DE 80% DA POPULAÇÃO DE CÃES E GATOS.	X	X	X	X
	AMPLIAR AS AÇÕES DE ZOOSE.	X	X	X	X
MANTER OS NÍVEIS ATUAIS DE CONTROLE DA RAIVA ANIMAL.	MANTER INEXISTENTE O NÚMERO DE CASOS DE RAIVA EM MANAUS.	X	X	X	X
IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE VACINAÇÃO DOS SUSCETÍVEIS CANINOS E FELINOS.	VACINAR CANINOS E FELINOS, 80% ANO.	X	X	X	X
REALIZAR CAPTURA DOS SUSCETÍVEIS CANINOS.	CAPTURAR SUSCETÍVEIS CANINOS EM ABANDONO EM 100%.	X	X	X	X

IMPLANTAR O SERVIÇO DE MONITORAMENTO DA RAIVA EM QUIRÓPTEROS (MORCEGOS).	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS PARA A CAPTURA.	X	X		
	REALIZAR CAPTURA E COLETA DE AMOSTRAS POR MÊS	X	X	X	X
IMPLANTAR O SERVIÇO DE CONTROLE DE ROEDORES.	REALIZAR O CONTROLE DE ROEDORES NAS ÁREAS DE RISCO.	X	X	X	X
IMPLANTAR O PROGRAMA DE PROFILAXIA E CONTROLE DA RAIVA HUMANA - PPCRH, NAS UBSF.	PROGRAMA IMPLANTADO, MONITORADO E AVALIADO EM 100% DAS AÇÕES.	X	X		
REALIZAR VACINAÇÃO PREVENTIVA E ORIENTAR AS PESSOAS AGREDIDAS POR ANIMAIS.	PESSOAS VACINADAS E ORIENTADAS EM 100% ANO.	X	X	X	X
ESTABELECEER PROTOCOLO CLÍNICO DE ATENDIMENTO E FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA A PROFILAXIA DA RAIVA HUMANA NOS DISTRITOS DE SAÚDE.	IMPLANTAR O PROTOCOLO CLÍNICO E O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM 100% DOS EAS QUE DESENVOLVEM O PROGRAMA.	X	X		
APRIMORAR O PROCESSO DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DO PROGRAMA DA RAIVA.	DAR AGILIDADE AO FLUXO DE INFORMAÇÕES EM 100% DOS EAS ONDE O PROGRAMA ESTÁ IMPLANTADO.	X	X	X	X
PROMOVER ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS AÇÕES DE CONTROLE DA RAIVA HUMANA AOS TRABALHADORES DA SAÚDE.	PROMOVER AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS EAS.	X	X	X	X
REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ESCOLAS E COMUNIDADE EM GERAL.	REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS.	X	X	X	X
DIVULGAR AS AÇÕES DO CCZ.	AÇÕES DIVULGADAS EM 100%.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR AS AÇÕES DO CCZ.	AÇÕES MONITORADAS E AVALIADAS EM 100% DOS EAS ONDE O PROGRAMA ESTÁ IMPLANTADO.	X	X	X	X



EIXO III:

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

O modelo de gestão democrática e participativa no SUS constitui um ganho expressivo da sociedade brasileira que tem conferido estabilidade institucional e legitimidade ao SUS.

Como diretrizes da gestão é necessário fortalecer e aperfeiçoar a gestão descentralizada do SUS e ampliar as responsabilidades das três esferas de governo quanto aos resultados da saúde, tendo como instrumentos centrais o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e os processos de pactuação intergestores tripartite e bipartite. Outra diretriz é estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS e que permitam que as instituições de saúde operem com maior eficiência e qualidade, pactuando compromissos com resultados.

DIRETRIZ**3.1 ESTABELECEER MODELO DE GESTÃO QUE PROPICIE MAIOR EFICIÊNCIA, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE.****OBJETIVO 1 - QUALIFICAR A GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE PARA PRÁTICAS DE SAÚDE MAIS HUMANIZADAS.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR O PLANO MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO.	IMPLEMENTAR A POLÍTICA MUNICIPAL DE HUMANIZAÇÃO EM 100% DOS DISTRITOS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO EM 100% DAS UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL.	X	X	X	X
	QUALIFICAR EM 100% OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA REDE DE HUMANIZAÇÃO (GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO / APOIADORES DA PNH, GRUPOS LOCAIS DE HUMANIZAÇÃO).	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO IMPLEMENTADAS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - FOMENTAR O PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E ASCENDENTE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR PROGRAMAÇÃO ANUAL BASEADA NO PLANO PMS E DEMAIS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.	ELABORAR 1 PROGRAMAÇÃO POR ANO.	X	X	X	X

OBJETIVO 3- IMPLEMENTAR O SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA DO SUS.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
REALIZAR AÇÕES DE AUDITORIA NOS EAS PRÓPRIOS, CONVENIADOS E CONTRATADOS.	REALIZAR AUDITORIA EM 100% DOS EAS ATÉ 2013.	X	X	X	X

REALIZAR AUDITORIA DE DENÚNCIAS DE USUÁRIOS DO SUS.	AUDITAR 100% DAS DENÚNCIAS A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
MONITORAR E FISCALIZAR A APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PROVENIENTES DA TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO.	ACOMPANHAR 100% DOS RECURSOS TRANSFERIDOS AO FMS E AUDITAR OS CONTRATOS E CONVÊNIOS ATÉ 2013.	X	X	X	X
AUDITAR OS CONTRATOS E CONVÊNIOS COM PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE.	AUDITAR 100% CONTRATOS E CONVÊNIOS, A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
APRESENTAR RELATÓRIOS AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMESTRALMENTE AO CMS.	X	X	X	X

OBJETIVO 4 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
CONTRATUALIZAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO, CONFORME O TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL.	CONTRATAR 40% DAS NECESSIDADES DA REGULAÇÃO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
REGULAR A REFERÊNCIA DE USUÁRIOS DO SUS ORIUNDOS DE OUTROS MUNICÍPIOS, CONFORME PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA-PPI, ATRAVÉS DA COGESTÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO.	REGULAR 100% DAS REFERÊNCIAS INTERMUNICIPAIS, ATÉ 2013.	X	X	X	X
ATUALIZAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE CADASTRAMENTO E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DO SUS (SCNES, SIA, SIH, ETC) E REMETER AO DATASUS/MS.	MANTER 100% DOS SISTEMAS ATUALIZADOS, A CADA ANO ATÉ 2013.	X	X	X	X
DEFINIR A PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA DOS EAS SOB GESTÃO MUNICIPAL.	ATUALIZAR A PROGRAMA FÍSICO ORÇAMENTÁRIA DE 100% DOS EAS, A CADA ANO, ATÉ 2013.	X	X	X	X
IDENTIFICAR E CADASTRAR OS EAS PÚBLICOS E PRIVADOS VINCULADOS E NÃO VINCULADOS AO SUS SOB RESPONSABILIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL.	CADASTRAR E MANTER ATUALIZADO OS CADASTROS EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X

PROCESSAR E AVALIAR A PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DOS EAS DA SEMSA.	PROCESSAR E AVALIAR MENSALMENTE A PRODUÇÃO DE 100% DOS EAS.	X	X	X	X
IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O SETOR DE PROCESSAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR (SIHD).	IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O SERVIÇO.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ADOTAR E/OU ELABORAR E IMPLEMENTAR OS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO, DE ACORDO COM A PACTUAÇÃO ESTABELECIDADA.	INSTITUIR TRÊS PROTOCOLOS, CONFORME A ESPECIALIDADE CLÍNICA, A CADA ANO, CONFORME PACTUAÇÃO.	X	X	X	X
EXECUTAR O CONTROLE DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS ÀS CONSULTAS, TERAPIAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DE MANAUS, CONFORME PACTUAÇÃO ESTABELECIDADA.	ESTRUTURAR UMA GERÊNCIA OPERACIONAL COM SISTEMA INFORMATIZADO, INTERLIGADO À REDE EAS, CONFORME PACTUAÇÃO.	X	X		
	MANTER O PLENO FUNCIONAMENTO DA GERÊNCIA OPERACIONAL.	X	X	X	X
EXECUTAR O CONTROLE DE LEITOS HOSPITALARES SOB GESTÃO MUNICIPAL, CONFORME TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO.	CONTROLAR 100% DOS LEITOS SOB GESTÃO MUNICIPAL.	X	X	X	X
COMPOR O COMITÊ GESTOR DE IMPLEMENTAÇÃO / ACOMPANHAMENTO DO COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO AMAZONAS.	DESIGNAR TÉCNICOS PARA COMPOR UM COMITÊ GESTOR DE IMPLEMENTAÇÃO.	X			
REALIZAR O CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS UTILIZANDO O SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG).	CADASTRAR 100% DOS USUÁRIOS DO SUS QUE BUSCAR O SERVIÇO DE AGENDAMENTO DE PROCEDIMENTOS NOS EAS.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - ESTABELECE O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA PARA GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR 01 PLANO DE AÇÃO.	ELABORAR UM PLANO DE AÇÃO E IMPLANTAR FLUXO.	X			

OBJETIVO 7- INSTITUCIONALIZAR AS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTABELECE DIRETRIZES E MÉTODOS PARA EXECUÇÃO DAS AÇÕES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.	DESENVOLVER MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO SISTEMÁTICOS EM 100% DOS EAS ATÉ 2013.	X	X	X	X
IMPLANTAR SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR.	ADQUIRIR E IMPLANTAR UM SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO HOSPITALAR ATÉ 2010.	X			

OBJETIVO 8 - DESENVOLVER O SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO, INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTABELECE CONTRATO DE DESEMPENHO COM OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM BASE NO PACTO DOS INDICADORES, TCGM E PMS.	PACTUAR CONTRATO DE DESEMPENHO COM 100% DOS ESTABELECIMENTOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X
IMPLANTAR SISTEMA INFORMATIZADO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SUS.	1 SISTEMA IMPLANTADO.	X	X		

OBJETIVO 9 - INSTITUIR POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE, ATRAVÉS DE IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO QUE PROPONHA A INTEGRAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS DIVERSAS ÁREAS, DA GESTÃO À ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR E UNIFICADA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR EAS COM EQUIPAMENTOS ADEQUADOS PARA O SISTEMA.	EQUIPAR OS EAS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE COM EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA NECESSÁRIOS, SEGUNDO PADRONIZAÇÃO.	X	X		

ADQUIRIR SOFTWARE(S) DE GESTÃO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE; VISANDO A PADRONIZAÇÃO DOS DADOS GERADOS PELAS ÁREAS, GARANTINDO CONECTIVIDADE DE TODOS OS EAS PARA A INTEGRAÇÃO COM OS SISTEMAS ESPECÍFICOS EXISTENTES OU QUE VIEREM A EXISTIR ORIUNDOS DO MS.	IMPLANTAR SISTEMA EM 100% DOS EAS.	X	X	X	
--	------------------------------------	---	---	---	--

OBJETIVO 10 - POSSIBILITAR A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA ENTRE OS ENTES POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE ATENÇÃO A SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
REACTUAR O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, CONSIDERANDO A DIVISÃO DO TERRITÓRIO MUNICIPAL	REALIZAR UMA PACTUAÇÃO.	X			

OBJETIVO 11 - DEFINIR DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DA SAÚDE A PARTIR DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
PARTICIPAR DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO E PACTUAR A NOVA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA - PPI DA ASSISTÊNCIA.	1 PPI ELABORADA.	X			
ELABORAR PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017.	ELABORAR UM PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.				X

OBJETIVO 12 - AVALIAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUBSIDIAR A TOMADA DE DECISÃO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR RELATÓRIOS TRIMESTRAIS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA E ENCAMINHAR PARA APRECIÇÃO DO CMS.	ELABORAR 04 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS, AO ANO, PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMSA.	X	X	X	X
ELABORAR O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E ENCAMINHAR PARA APRECIÇÃO DO CMS.	ELABORAR 01 RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO.	X	X	X	X

DIRETRIZ

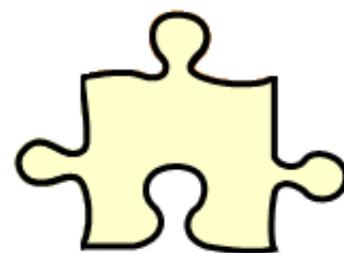
3.2 QUALIFICAR E AMPLIAR O ACESSO DA POPULAÇÃO A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

OBJETIVO 1 - IMPLANTAR MODELO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MODO A GARANTIR O ACESSO, A NECESSÁRIA SEGURANÇA, EFICÁCIA E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ELABORAR 01 PLANO DE AÇÃO, CONTEMPLANDO A PARTICIPAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS DAS ÁREAS MEIO, FIM E DO CONTROLE SOCIAL.	ELABORAR 01 PLANO.	X			
DOTAR OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE ESTRUTURA FÍSICA, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS E RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS AO CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE E NECESSIDADES DO SUS - LEI 5991/73, 11.913/ 2009, PORTARIA 802/98 E RDC 44 E 47/2009 - ANVISA).	ESTRUTURAR E ADEQUAR 30% DOS EAS POR ANO, FINALIZANDO COM 100% NA GESTÃO SUBSEQUENTE.	X	X	X	X
	CONSTRUIR E EQUIPAR A CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO.	X			
	INSERIR O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO EM TODAS AS FARMÁCIAS E EAS DISPENSADORES DE MEDICAMENTOS.	X	X		
	AQUISIÇÃO OU DESENVOLVIMENTO DE SOFTWARE DE GERENCIAMENTO DE ESTOQUE QUE ATENDA À CENTRAL, AS FARMÁCIAS E OS EAS.	X	X		
CRIAR A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR E DIVULGAR A RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUNE) PARA 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	REVISAR A REMUNE A CADA DOIS ANOS.	X		X	
ASSEGURAR A SELEÇÃO, PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE COM A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL E SEGURO.	REALIZAR ANUALMENTE A PROGRAMAÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X
	INSERÇÃO DA PRÁTICA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA SEMSA.	X	X	X	
	CONSTRUIR 5 FARMÁCIAS GRATUITAS DISTRITAIS.	X			
ESTABELECEER INDICADORES FARMACÊUTICOS DE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E CONTROLE.	APRESENTAR OS INDICADORES NOS RELATÓRIOS DE GESTÃO.	X	X	X	X
	REALIZAR SEMINÁRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.	X	X	X	X

EIXO III: QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

	APRESENTAR RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X
--	--	----------	----------	----------	----------



EIXO IV:

FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A saúde tem uma dimensão interpessoal do cuidado, que jamais permitirá sua automatização. Por mais máquinas que haja não haverá produção do cuidado sem o TRABALHADOR DA SAÚDE que, mais que curar, deve cuidar daqueles que sofrem. Mesmo a incorporação de maquinário e tecnologia, ao invés de dispensar incorpora, paradoxalmente, mais trabalhadores.

Este é um setor onde cresceu o emprego nos últimos anos, tendência que se manterá no futuro, especialmente pelo envelhecimento da população e consequente demanda por mais serviços de saúde. É um enorme contingente de mão de obra mais qualificada que a média e extremamente diversificada, incorporando dos agentes comunitários de saúde aos especialistas.

Ampliar e qualificar a força de trabalho em saúde é um investimento essencial para a perspectiva de evolução do SUS.

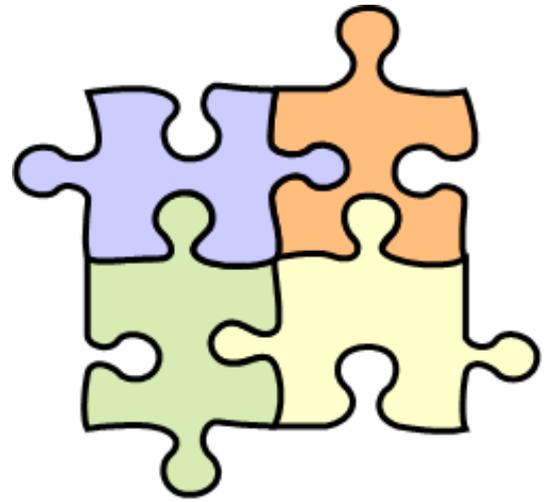
DIRETRIZ**4.1 – AMPLIAR, QUALIFICAR E ESTIMULAR A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.****OBJETIVO 1 - AMPLIAR A FORÇA DE TRABALHO POTENCIALIZANDO AS AÇÕES DE SAÚDE.**

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IDENTIFICAR A NECESSIDADE DE SERVIDORES EM CADA EAS NA PERSPECTIVA DA GESTÃO PLENA.	DEFINIR E GARANTIR O QUADRO BÁSICO DE SERVIDORES EM CADA TIPO DE EAS.	X	X	X	X
REALIZAR CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS E SUPRIR NOVAS DEMANDAS DA SAÚDE SEGUNDO AS PRIORIDADES ESTABELECIDAS POR ESTE PLANO.	REALIZAR 01 CONCURSO PÚBLICO PARA A SAÚDE.	X	X		

OBJETIVO 2 – ESTIMULAR A MELHORIA DO DESEMPENHO, DA EFICIÊNCIA E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DO SERVIDOR MUNICIPAL DE SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS SERVIDORES DE SAÚDE.	X	X		
	CAPACITAR E APERFEIÇOAR 100% DOS SERVIDORES.	X	X	X	X
	GARANTIR O DESENVOLVIMENTO DAS ÁREAS TEMÁTICAS DE GÊNERO, RAÇA, PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA, DIREITOS HUMANOS, ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO NOS EVENTOS DE CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIDORES.	X	X	X	X
	AVALIAR OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM 100% DOS EVENTOS REALIZADOS.	X	X	X	X
	IMPLEMENTAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO INDIVIDUAL PARA 100% SERVIDORES.	X	X		
FORTALECER AS AÇÕES DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÕES PERMANENTE DO SUS.	GARANTIR AS CONDIÇÕES PARA FUNCIONAMENTO DA MESA EM CONSONÂNCIA COM AS DIRETRIZES DO SUS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DAS AÇÕES	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DESENVOLVIDAS AO CMS/MAO.				
	REVISAR O PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SUBSÍDIOS DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM AS DIRETRIZES DO SUS.	X	X		
IMPLANTAR A POLÍTICA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS.	ELABORAR O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS.	X			
	IMPLANTAR EM 100% DOS EAS.	X	X		
	GARANTIR AS CONDIÇÕES ADEQUADAS DE TRABALHO QUANTO AO ESPAÇO FÍSICO, MATERIAL DE CONSUMO, PERMANENTE E DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM 100% DOS EAS.	X	X	X	X
	ELABORAR E ATUALIZAR O PERFIL PROFISSIONOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO (PPP) DE 100% DOS SERVIDORES DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR INDENIZAÇÃO AOS SERVIDORES PELO EXERCÍCIO DE ATIVIDADES INSALUBRES E PERIGOSAS CONFORME JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO (TST).	X	X	X	X
IMPLANTAR O SERVIÇO DE TELESSAÚDE EM COOPERAÇÃO COM ENTIDADES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICAS E PRIVADAS.	INTERLIGAR 100% DOS MÓDULOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	X	X	X	X



EIXO V:

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

As conquistas populares no Brasil tem apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Destaque para a diretriz de fortalecimento à participação e controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde.

DIRETRIZ

5.1 – FORTALECER A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.

OBJETIVO 1 - DOTAR O CMS/MAO DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR O CUMPRIMENTO DA LEI 1.094/2007 REFERENTE AO RECURSO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO DO CMS/MAO.	GARANTIR 100% DO PERCENTUAL DEFINIDO EM LEI.	X	X	X	X
ESTRUTURAR O CMS/MAO.	GARANTIR AO CMS/MAO, INSTALAÇÕES FÍSICAS, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.	X	X	X	X
GARANTIR APOIO LOGÍSTICO.	GARANTIR ASSESSORIA ADMINISTRATIVA.	X	X	X	X
	CONTRATAR CONSULTORIA JURÍDICA.	X	X	X	X
	CONTRATAR CONSULTORIA CONTÁBIL.	X	X	X	X
	CONTRATAR E GARANTIR OS DIVERSOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO.	X	X	X	X
	ALOCAR, NO MÍNIMO, 02 VEÍCULOS PARA AS AÇÕES DO CONTROLE SOCIAL.	X	X	X	X
	ALOCAR 01 SERVIÇO DE MOTOBOY PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS.	X	X	X	X
GARANTIR E INTENSIFICAR A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DO CMS/MAO.	ELABORAR E IMPLANTAR PLANO DE INFORMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL.	X	X		
	CONFECCIONAR MATERIAIS EDUCATIVOS E DE EXPEDIENTE (CARTILHA, INFORMATIVO, FOLDERES, FLY, BANNERS, FAIXAS E PASTAS PERSONALIZADAS).	X	X	X	X
	CRIAR E ATUALIZAR NA INTERNET O PORTAL DO	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	CONTROLE SOCIAL.				
	GARANTIR A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E DELIBERAÇÕES DO CMS/MAO EM TODOS OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS PELA GESTÃO.	X	X	X	X
GARANTIR OS PROCESSOS ELEITORAIS	CUSTEAR 100% DOS PROCESSOS ELEITORAIS PARA COMPOSIÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS).	X	X	X	X
	GARANTIR AOS CONSELHEIROS DE SAÚDE SUA DISPENSA DO TRABALHO QUANDO OCORREREM REUNIÕES, CAPACITAÇÕES, BEM COMO OUTRAS AÇÕES ESPECÍFICAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE, CONFORME RESOLUÇÃO 333 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E DECRETO MUNICIPAL 9.807/2008.	X	X	X	X
APOIAR OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO EXERCÍCIO PLENO DE SUAS FUNÇÕES.	GARANTIR A INCLUSÃO DIGITAL DE 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE TITULARES POR MEIO DE NOTEBOOK INDIVIDUAL E CURSOS DE INFORMÁTICA.	X	X		
	GARANTIR VALE TRANSPORTE A 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR VALE ALIMENTAÇÃO A 100% DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	CONTRATAR SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO PARA 100% DAS REUNIÕES, ASSEMBLÉIAS E EVENTOS.	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	GARANTIR EM 100% DA CONCESSÃO DE DIÁRIAS E PASSAGENS PARA A PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM EVENTOS DE IMPORTÂNCIA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS NAS ESFERAS MUNICIPAL, ESTADUAL, NACIONAL E INTERNACIONAL.	X	X	X	X

OBJETIVO 2 - APOIAR O PROCESSO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS, LOCAIS E MOVIMENTOS SOCIAIS PARA O CONTROLE SOCIAL E A AÇÃO PARTICIPATIVA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
IMPLEMENTAR A EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE.	ELABORAR E IMPLANTAR PROJETO ESPECÍFICO, INCLUINDO MOVIMENTOS SOCIAIS.	X	X		
	PROMOVER E COORDENAR 02 CURSOS ANUAIS DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ESTIMULAR O APRIMORAMENTO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS, DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE. NO SEGMENTO QUE REPRESENTA.	X	X	X	X

OBJETIVO 3 - DOTAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE DE CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA DESENVOLVER DE FORMA EFETIVA O CONTROLE SOCIAL EM CONSONÂNCIA COM O CMS/MAO.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR OS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE	PROVER 100% DAS AÇÕES DOS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	GARANTIR AOS CONSELHOS DISTRITAIS E LOCAIS DE SAÚDE INSTALAÇÕES FÍSICAS, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.				

OBJETIVO 4 – AMPLIAR O DEBATE SOBRE A POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO PARTICIPATIVA.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR A REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL EM MANAUS.	ARTICULAR COM OS PARCEIROS (SUSAM, SEMSA, CES, CONASEMS E CIB) PARA REVISÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO-PDR.	X			
	GARANTIR A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS NA DISCUSSÃO, FORMULAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO, EXECUÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL A SER DESENVOLVIDO NA SAÚDE.	X	X	X	X
	REALIZAR 12 ASSEMBLÉIAS ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS, QUANDO NECESSÁRIAS, NOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS).	X	X	X	X
	REALIZAR 05 REUNIÕES ITINERANTES DO CMS/MAO, SENDO UMA POR DISTRITO DE SAÚDE.	X	X	X	X
	REALIZAR INTERCÂMBIO ENTRE OS CONSELHOS DE SAÚDE, POR MEIO DE UMA REDE INTERATIVA DE COMUNICAÇÃO E DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO ESPAÇO REGIONAL.	X	X	X	X
	REALIZAR 04 EVENTOS DA SEMANA DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE DE MANAUS, SENDO 01 POR ANO.	X	X	X	X
	REALIZAR 05 EVENTOS DA PRÉ-CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SENDO 01 EM CADA		X		

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	DISTRITO DE SAÚDE.				
	REALIZAR 02 FÓRUMS MUNICIPAIS DE SAÚDE, SENDO 01 ANO PARA AVALIAR O PDR, O PPA E A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS.	X		X	
	REALIZAR A VI CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.		X		
	GARANTIR 100% O CUMPRIMENTO DAS DELIBERAÇÕES DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DAS ASSEMBLÉIAS DO CMS.	X	X	X	X

OBJETIVO 5 - IMPLEMENTAR AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
ESTRUTURAR A OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	DOTAR E MANTER A OUVIDORIA DE RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS PARA O FUNCIONAMENTO PLENO.	X	X	X	X
	AMPLIAR EM 100% AS AÇÕES DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X

OBJETIVO 6 - MONITORAR E AVALIAR OS ÓRGÃOS E ENTIDADES VINCULADAS AO SUS EFETIVANDO O CONTROLE SOCIAL.

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
GARANTIR AO CMS/MAO AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO EM TODAS AS MESAS DE NEGOCIAÇÃO E DEBATES RELACIONADOS À GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS POR MEIO DE APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS.	X	X	X	X
	MONITORAR E AVALIAR 100% DAS AÇÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (CIST) POR MEIO DE APRESENTAÇÃO DE	X	X	X	X

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	RELATÓRIO TRIMESTRAL AO CMS.				
ELABORAR E APLICAR PESQUISAS DE OPINIÃO PÚBLICA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E REDE CONVENIADA DO SUS.	CRIAR O COMITÊ MUNICIPAL DE ÉTICA E PESQUISA COM PARTICIPAÇÃO DO CMS/MAO.	X			
	REALIZAR, PERIODICAMENTE, POR INTERMÉDIO DOS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS) PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES.	X	X	X	X
	GARANTIR A AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO, ACESSO A EXAMES DE REFERÊNCIA, OBTENÇÃO DE MEDICAMENTOS, QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E IMPACTOS DOS SERVIÇOS OFERTADOS NOS EAS.	X	X	X	X
	DIVULGAR 100% DOS RESULTADOS.	X	X	X	X
MONITORAR E AVALIAR A GESTÃO EM SAÚDE.	IMPLEMENTAR AS AÇÕES DAS COMISSÕES DO CMS/MAO PARA O PLENO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.	X	X	X	X
	GARANTIR QUE OS CONSELHOS DE SAÚDE (MUNICIPAL, DISTRITAIS E LOCAIS) ACOMPANHEM E DISCUTAM OS INDICADORES DE SAÚDE PERIODICAMENTE.	X	X	X	X
	GARANTIR APRESENTAÇÃO DE 04 RELATÓRIOS TRIMESTRAIS E 01 ANUAL AO CMS/MAO.	X	X	X	X
	REPROGRAMAR OS PLANOS ANUAIS DE SAÚDE.	X	X	X	X
	ACOMPANHAR A EXECUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, POR MEIO DAS APRESENTAÇÕES DOS RELATÓRIOS TRIMESTRAIS DAS AÇÕES ESPECÍFICAS, DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO DA SEMSA E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.	X	X	X	X

EIXO V: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

AÇÃO	META	2010	2011	2012	2013
	MONITORAR OS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS, CONSIDERANDO AS ORIENTAÇÕES ESTABELECIDAS PELA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL.	X	X	X	X

REFERÊNCIAS

- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006 – 2009;
- TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL;
- RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DA SEMSA- 2009;
- PAINEL DE INDICADORES DO SUS Nº. 5 – PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E CULTURA DE PAZ;
- POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE;
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL;
- MAIS SAÚDE;
- INSTRUTIVO DA PACTUAÇÃO DE PRIORIDADES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PACTO PELA VIDA E DE GESTÃO PARA O BIÊNIO 2010 – 2011;
- POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS;
- ANÁLISE SITUACIONAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013;
- CARTILHA DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO SUS;
- OUTRAS POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

REFERÊNCIAS

- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006 – 2009;
- TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL;
- RELATÓRIO DE GESTÃO 1º QUADRIMESTRE DA SEMSA- 2009;
- PAINEL DE INDICADORES DO SUS Nº. 5 – PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E CULTURA DE PAZ;
- POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE;
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL;
- MAIS SAÚDE;
- INSTRUTIVO DA PACTUAÇÃO DE PRIORIDADES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PACTO PELA VIDA E DE GESTÃO PARA O BIÊNIO 2010 – 2011;
- POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS;
- ANÁLISE SITUACIONAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010-2013;
- CARTILHA DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO SUS;
- OUTRAS POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

RESOLUÇÃO Nº 002 DE 28 DE JANEIRO DE 2010

Dispõe sobre substituição de conselheiro no CMS/MAO.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094, de 09 de janeiro de 2007, em sua **1ª Assembléia Geral Ordinária**, realizada no dia 28 de janeiro de 2010, **considerando**:

1. o disposto na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990;
2. o disposto na Lei Federal nº 8.142 de 28.12.90 que legitima a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde;
3. o disposto no Decreto nº 8.947 de 29 de março de 2007 que compõe o Conselho Municipal de Saúde de Manaus para o triênio 2007-2010 e dá outras providências, combinado com a Errata de 18.04.07, publicada no DOM nº 1704 de 20.04.07 e suas alterações;
4. o disposto no Art. 7º do Cap. IV do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 9.807 de 13.11.08;
5. o disposto no Ofício nº. 278/2009 ESA/UEA de 06.10.09 que indicou o Sr. Jair Machado Santos da Rocha, para ocupar a função de conselheiro titular representante de Universidade do Estado do Amazonas, em substituição ao Sr. Nicolás Esteban Heufemann.
6. o disposto no Ofício nº.8556/2009 – GSUSAM de 21.12.09 que indicou a Sra. Lubélia Sá Freire da Silva, para ocupar a função de conselheira suplente representante da Fundação de Vigilância em Saúde, em substituição ao Sr. Bernardino Cláudio de Albuquerque;
7. a discussão e a votação ocorridas nesta Plenária;

Resolve:

1. Homologar, por unanimidade, a indicação:

- a) da Universidade do Estado do Amazonas - UEA que indicou o Sr. Jair Machado Santos da Rocha, para ocupar a função de conselheiro titular representante da UEA, em substituição ao Sr. Nicolás Esteban Heufemann;
- b) da Secretaria de Estado da Saúde que indicou a Sra. Lubélia Sá Freire da Silva, para ocupar a função de conselheira suplente representante da Fundação de Vigilância em Saúde, em substituição ao Sr. Bernardino Cláudio de Albuquerque;

Manaus, 28 de janeiro de 2010.


Francisco Deodato Guimarães
Presidente


Marlene Pereira da Silva
Vice-Presidente


Gilson Apurina Peixoto da Silva
1º Secretário Executivo


Ronaldo André Bacry Brasil
2º Secretário Executivo

Homologo a Resolução nº 002/10, de 28 de janeiro de 2010, nos termos do parágrafo 2º, Art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, combinado com o Decreto nº 7.871 de 27 de abril de 2005.


Dr. Francisco Deodato Guimarães
Secretário Municipal de Saúde

RESOLUÇÃO Nº 003 DE 28 DE JANEIRO DE 2010

Dispõe sobre o Parecer do Plano Municipal de Saúde de Manaus 2010 -2013.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Manaus, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº. 066 de 11 de Junho de 1991, alterada pela Lei nº. 1.094 de 09 de janeiro de 2007, em sua **1ª Assembleia Geral Ordinária**, realizada no dia 28 de janeiro de 2010, **considerando**:

1. o disposto na Lei Federal nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990;
2. o disposto na Lei Federal nº. 8.142 de 28.12.90 que legitima a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde;
3. o Plano Municipal de Saúde de Manaus 2010 – 2013;
4. o disposto no Memo nº 001/2010 de 20.01.2010 das Comissões de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde e Planejamento, Orçamento e Finanças, que encaminhou o Parecer conjunto de Análise do Plano Municipal de Saúde de Manaus e o Relatório de Análise das Propostas de Emenda para o PPA 2010 - 2013;
5. as discussões e a votação ocorridas nesta Plenária.

Resolve:

1. Aprovar, por unanimidade, o Parecer Conjunto de Análise das Comissões de Fiscalização de Ações e Serviços de Saúde e Planejamento, Orçamento e Finanças que recomendou aprovação do **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2010 – 2013**.

Manaus, 28 de janeiro de 2010.


Francisco Deodato Guimarães
Presidente


Marlene Pereira da Silva
Vice-Presidente


Gilson Apurina Peixoto da Silva
1º Secretário Executivo


Ronaldo André Bacry Brasil
2º Secretário Executivo

Homologo a Resolução nº. 003/2010, de 28 de janeiro de 2010, nos termos do parágrafo 2º, Art. 1º da Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, combinado com o Decreto nº. 7.871 de 27 de abril de 2005.


Dr. Francisco Deodato Guimarães
Secretário Municipal de Saúde