



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

**PLANO ESTADUAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
PARA ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS
E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT) DO
AMAPÁ: 2024-2030**

MACAPÁ
2024

GOVERNADOR DO ESTADO DO AMAPÁ

Clécio Luís Vilhena Vieira

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE

Nair Mota Dias

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cássia Oliveira Klein

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cássio Roberto Leonel Peterka

ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO

Cíntia do Socorro Matos Pantoja

Articuladora da Rede de Atenção às Pessoas com
Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Amapá

COLABORAÇÃO E COORDENAÇÃO TÉCNICA

Gabinete de Assistência à Saúde – SESA

Cássia Oliveira Klein
Vanessa Gomes de Souza

Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde - CPAS

Sandra Elisa Pereira Souza
Leidilene Pinheiro Pantoja Alves
Renata Sofia Hamoy
Assunção de Maria Rocha Lima
Rosa Natália Muniz Carneiro Mota
Ingrid Santos Gomes
Rozilene Valadares Martins

Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS

Faye de Oliveira Maciel Ferreira
Michele Maleamar Sfair
Helba dos Santos Farias
Ingrid Clayse Damasceno Martins
Giovana Lopes Bueres
Patrícia da Silva

Coordenação Estadual de Saúde Mental

Amanda Sarah Santos dos Santos
Elcilene de Sousa Oliveira
Ediellen Gardenha Alves Cruz

Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI

Maria Zilvaneide de Paula
Adriana Brandão Ribeiro

Coordenação Estadual de Saúde Indígena - COESI

Isabela Naya Tiriyo Kaxuyana
Alessandra Macial Sfair

Núcleo de Planejamento das Redes de Atenção à Saúde do Amapá - NPRAS

Cíntia do Socorro Matos Pantoja
Janayna Almeida da Silva
Juliana de Oliveira Dantas
Wesley Lieverson Nogueira do Carmo

Secretaria de Justiça e Segurança Pública - SEJUSP

Adria Caroline Pereira Monteiro
Rosângela Costa
Fabiano Rodrigues Maciel
Capitão Ferreira

Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN

Alex Sandro Verçosa
Selma Silva Miranda

Secretaria de Estado da Educação – SEED

Cleide Maria Dias de Oliveira
Clodomir Falcão do Nascimento
Maria Santana Maduro dos Santos
Roseli Maciel de O. dos Santos
Mario Dênis Costa
Ana Carolina Lima de Lima

Instituto de Defesa do Consumidor - PROCON

Marta Magave de França
Brenda Bernadete V. S. Santos
Lana Cristina da Conceição Silva

Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS

Nailane Ribeiro

APRESENTAÇÃO

Fundamentado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde que é responsável pela formulação e implementação de políticas públicas de saúde no Brasil e de acordo com a constituição Federal de 1988 e as leis 8.080/90 e 8.142/90, a Secretaria de Estado da Saúde - SESA tem a honra de apresentar o Plano Estadual de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) do Amapá.

O Plano é resultado de discussões reunindo diversos setores diretamente envolvidos na oferta de assistência aos agravos e doenças crônicas não-transmissíveis no Estado, constituindo assim um Grupo Técnico (GT) de trabalho. A saber, entre os setores envolvidos, estão: Gabinete de Assistência à Saúde, Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde (CPAS) por meio das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Técnicas, Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), UNACON, Coordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação, Coordenadoria de Assistência Farmacêutica e Coordenadoria de Apoio ao Diagnóstico. Na perspectiva da intersetorialidade entre Saúde e Educação, o Plano em tela, teve a participação do NASE/SEED da Secretaria de Estado da Educação, voltado à saúde dos educandos da rede estadual de ensino amapaense.

É importante destacar que este documento foi elaborado em consonância com o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030” do Ministério da Saúde, ajustado às particularidades e especificidades do Estado, tendo em vista a heterogeneidade e diversidade encontradas no país, bem como dialoga com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o pacto global da Agenda 2030.

O Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis para o período de 2024 a 2030, da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá (SESA) tem por objetivo abordar o cenário epidemiológico das doenças crônicas e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco no Amapá, bem como traçar metas e ações estratégicas e prioritárias direcionadas à prevenção e controle dessas doenças e agravos.

Por fim, destaca-se que este plano, por estar em sua primeira edição, pode ser revisado e atualizado conforme as necessidades da gestão, política e gestão financeira, buscando adequar-se a realidade epidemiológica durante sua implementação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Agenda 2030.....	8
2 O ESTADO DO AMAPÁ E SUAS REGIÕES DE SAÚDE.....	10
3 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO AMAPÁ.....	13
4 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ALTA COMPLEXIDADE DO AMAPÁ.....	22
5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO ESTADO DO AMAPÁ.....	26
5.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	26
5.2 NEOPLASIAS E DADOS DE RASTREAMENTO.....	29
5.3 FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NO AMAPÁ.....	47
5.4 DADOS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS.....	74
5.5 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	83
6 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO ESTADO DO AMAPÁ.....	90
6.1 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS.....	91
6.1.1 Mortalidade por Quedas Acidentais.....	93
6.1.2 Mortalidade por Acidentes de transporte.....	97
6.1.3 Homicídios (agressões).....	99
6.1.4 Feminicídio.....	107
6.1.5 Suicídios.....	112
6.2 MORBIDADE POR VIOLÊNCIAS INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	118
6.2.1 Casos Notificados de violências interpessoal/autoprovocada.....	119
6.2.2 Tipologia das Violências notificadas no território.....	123
6.2.3 Morbidade por Violência autoprovocada (Tentativa de suicídio e autolesão)...	126
6.3 DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO.....	128
6.4 SAÚDE INDÍGENA.....	131
7 PLANO DE DANTS: INDICADORES, METAS, AÇÕES E PRAZOS.....	137

8 AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	143
9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	160
REFERÊNCIAS.....	178

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas e agravos não transmissíveis (DANT) são doenças ou injúrias cuja etiologia não está associada diretamente a um agente biológico, mas está relacionada às mais diversas causas que envolvem determinantes e condicionantes sociais de saúde. Inseridas no escopo das DANT, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) caracterizam-se por serem doenças multifatoriais e de longa duração, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo. No grupo das DCNT estão incluídas as doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2021).

As violências e os acidentes de trânsito também integram as DANT e, configuram-se como um problema de relevância em saúde pública, compreendendo um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não ocasionar a morte, por causas evitáveis, ou seja, causas acidentais, e as intencionais. O setor saúde torna-se uma encruzilhada por onde converge a maioria dos agravos, dentre eles os acidentes e as violências, os quais perpassam os mais diversos setores, como por exemplo a segurança pública (MINAYO, 2008; PARANÁ, 2021; SÃO PAULO, 2018).

A saúde mental compartilha das principais características das condições crônicas, quais sejam, ter causa múltipla e complexa, ter evolução gradual com momentos de agudização, evoluir ao longo do ciclo de vida, pode comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais, ser de curso longo ou persistente, poder levar a uma deterioração gradual da saúde, requerer cuidado de longa duração, ser possível a prevenção ou redução das complicações (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

As principais causas de óbito globalmente envolvem as DCNT, que se caracterizam pelo alto índice de mortalidade prematura; perda de qualidade de vida, alto nível de limitação de lazer e trabalho, e impactos econômicos e financeiros, todos estes aspectos se agravam diante da pobreza e das iniquidades. Esse cenário se soma aos diversos aspectos que envolvem os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2022a).

A vigilância das DANT agrega ações que buscam compreender o perfil, a evolução e a relevância dessas doenças e agravos, sendo fundamental também o acompanhamento dos principais fatores de risco utilizando ferramentas de investigação do segmento populacional (SÃO PAULO, 2019).

Neste contexto, são necessárias estratégias de promoção da saúde, prevenção e identificação precoce dessas condições, construção de governança de processos, concepção e fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, estruturação de serviços em rede, territorialização, inovação da gestão, produção de informações baseadas em evidências, entre outras (BRASIL, 2022b).

Assim sendo, produzir saúde de excelência, planejar e executar ações prioritárias de acordo com os interesses da população tem sido um grande desafio para gestores e trabalhadores da saúde. O planejamento e a avaliação são importantes ferramentas que servem de base para a gestão, pela sua capacidade de nortear a tomada de decisão e a operacionalização do processo de trabalho. Portanto, é fundamental o desenvolvimento e a atualização dos instrumentos de planejamento, segundo à realidade local e às características territoriais.

Neste sentido, o Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Plano Estadual de DANT) prevê indicadores, metas e ações estratégicas pautados na Promoção da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Vigilância em Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde. A abordagem tem foco na atuação multidisciplinar, articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e na transversalidade das ações.

1.1 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Agenda 2030

Durante a cúpula do Milênio das Nações Unidas, que ocorreu no ano de 2000, foi lançada a Declaração do Milênio que apresentava oito objetivos globais a serem alcançados até 2015, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹.

A intenção dos ODM em conjunto, era erradicar do planeta a extrema pobreza e a fome, especialmente nos países menos desenvolvidos, associado à efetivação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e proteção ao meio ambiente, e atrelados a uma parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Em 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs aos seus países membros uma agenda de desenvolvimento sustentável para os próximos 15 anos,

denominada de Agenda 2030. É composta por 169 metas distribuídas em 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), integrados e indivisíveis, devendo as estratégias serem implementadas a partir desta ótica. Caracteriza-se como um pacto global de esforços conjuntos entre países, empresas, instituições e sociedade civil.

Os ODS apresentam importante relação com os objetivos deste Plano. Podemos destacar além do Objetivo 3, que está diretamente relacionado à saúde, o ODS 1 – Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares; ODS 2 - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; ODS 3 - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; ODS 10 - Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países; ODS 11 - Tornar as cidades e comunidades mais inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis; ODS 16 – Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis; ODS 17 - Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

No campo da Saúde, a despeito dos avanços observados na vigência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, importantes desafios ainda persistem, especialmente relacionados à saúde reprodutiva, saúde materna, saúde da criança e doenças infecciosas, e deixa mais evidente que é imperativo o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco evitáveis.

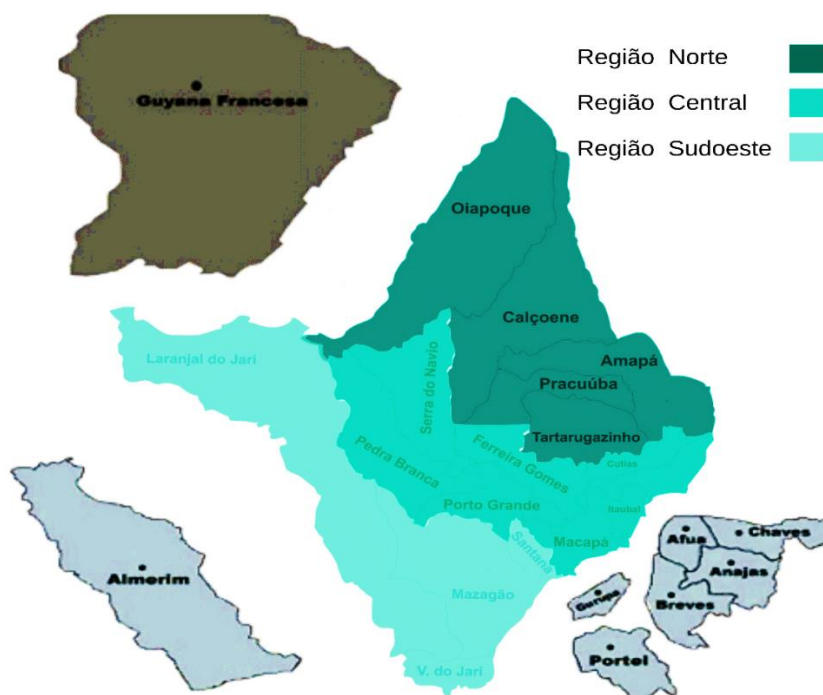
O objetivo 3 dos ODS tem o propósito de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Dentre as propostas, abrange metas que objetivam, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis; Fortalecer a implementação para o Controle do Tabaco; Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool; Reduzir pela metade, até 2020, as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas. Tais metas estão intimamente relacionadas aos objetivos e metas propostos neste Plano.

2 O AMAPÁ E SUAS REGIÕES DE SAÚDE

O Amapá (Figura 1) situa-se a nordeste da região Norte e tem como limites a Guiana Francesa ao norte, o Oceano Atlântico ao leste, o Pará ao sul e oeste e o Suriname a noroeste. Conta atualmente de acordo com o Censo do IBGE 2022 com uma população de 733.759 habitantes e 3 Regiões de Saúde (Norte, Central e Sudoeste). Detém uma das maiores médias nacionais de urbanização (89,8% dos habitantes vivem em zonas urbanas). Possui uma área total de 142.828,520 km², sendo uma média de 4,69 km² por habitante. A capital, Macapá, abriga mais da metade da população estadual: 442.933 habitantes (Tabela 1) (IBGE, 2022).

É o Estado amazônico com maior cobertura florestal e mais bem preservada do país. Possui 17 unidades de conservação (12 federais e 5 estaduais). Sua principal característica se dá por respeito à natureza e suas populações tradicionais. Com 70% do território coberto por áreas protegidas, como: reservas biológicas e extrativistas, parques nacionais e terras indígenas que servem de escudo contra o desmatamento e outras formas de degradação (PANTOJA; CARMO, 2021).

Figura 1: Estado do Amapá e Regiões de Saúde.



Fonte: Pantoja, Távora e cols. (2023).

Quanto ao saneamento básico no Estado do Amapá, este é considerado precário, com apenas 14,8% da população tendo acesso à rede de esgoto ou fossa séptica, 52,8% a rede geral de água e 89,2% a coleta de lixo.

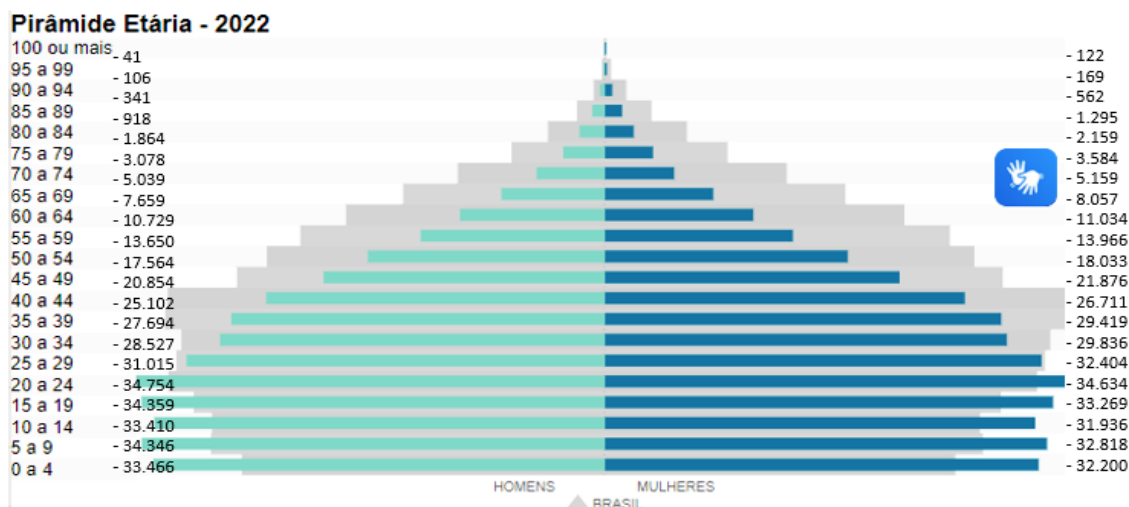
Tabela 1: População Municípios do Estado do Amapá.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ULTIMO CENSO 2022
AMAPÁ	7.943
CALÇOENE	10.612
CUTIAS	4.461
FERREIRA GOMES	6.666
ITAUBAL	5.599
LARANJAL DO JARI	35.114
MACAPÁ	442.933
MAZAGÃO	21.924
OIAPOQUE	27.482
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	12.847
PORTO GRANDE	17.848
PRACUUBA	3.803
SANTANA	107.618
SERRA DO NAVIO	4.673
TARTARUGALZINHO	12.945
VITÓRIA DO JARI	11.291
TOTAL	733.759

Fonte: IBGE 2022.

Ao analisarmos a pirâmide etária do Amapá em 2022, observa-se que a população amapaense é muito jovem quando comparada com a do Brasil (Gráfico 1).

Gráfico 1: Pirâmide etária do Estado do Amapá – 2022.



Fonte: IBGE 2022.

Sobre os territórios quilombolas por sua vez, são destinados às comunidades quilombolas que são grupos étnicos constituídos predominantemente pela população negra rural ou urbana, que possuem “relações específicas com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias”. O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) é o responsável pela titulação dos territórios quilombolas. Atualmente, tem-se 33 processos abertos para titulação de terras quilombolas no Estado do Amapá. Tem-se oito comunidades quilombolas amapaenses tituladas, as quais são apresentadas na Tabela 2 (INCRA, 2022).

Tabela 2: Territórios Quilombolas Amapaenses.

Nº	Territórios Quilombolas	Município	Área (ha)	Nº de Famílias
1	Conceição do Macacoari	Macapá	8.475,63	20
2	Mel da Pedreira	Macapá	2.629,05	14
3	Rosa	Macapá	4.984,48	17
4	São Raimundo da Pirativa	Santana	23,41	13
5	Cunani	Calçoene	36.342,34	38
6	Ambé	Macapá	14.105,89	53
7	São Tomé do Aporema	Tartarugalzinho	2.176,76	18
8	São Pedro dos Bois	Macapá	7.189,32	83
TOTAL			75.926,32	256

Fonte: Adaptado de INCRA (2022).

Sobre a População LGBTQIAPN+, em análise dos indivíduos cadastrados pelo Sistema e-SUS/AB que informaram sua orientação sexual e identidade de gênero estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3: População LGBTQIA+ cadastrada na Atenção Primária em Saúde dos municípios do Amapá.

MUNICÍPIOS	HOMOSSEXUAL (GAY/LÉSBICA)	BISSEXUAL	HOMEM TRANS	MULHER TRANS	TRAVESTI
AMAPÁ	7	0	27	19	0
CALÇOENE	14	1	10	3	1
CUTIAS	24	3	33	1	0
FERREIRA GOMES	7	2	12	0	0
ITAUBAL	16	0	1	2	0
LARANJAL DO JARI	46	26	31	17	2
MACAPÁ	447	58	548	54	6

MAZAGÃO	2	1	34	30	0
OIAPOQUE	24	4	29	3	1
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	4	2	7	2	0
PORTO GRANDE	9	6	36	3	2
PRACUUBA	1	0	9	0	0
SANTANA	119	11	43	32	3
SERRA DO NAVIO	6	1	5	2	0
TARTARUGALZINHO	14	1	12	1	2
VITÓRIA DO JARI	6	0	6	3	0
TOTAL	746	116	843	172	17

Fonte: Sistema e-SUS/AB – Centralizador municipal (2024).

3 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO AMAPÁ

O processo do cuidado integral à saúde é missão básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da promoção da saúde, a redução de risco ou manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação.

A APS é geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida.

A “baixa complexidade da APS”, equivocadamente, instiga sua desvalorização e isso se reflete diretamente nos demais desafios da atenção. Mendes (2011), destaca que essa visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção básica à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis de “maior complexidade”.

Melhorias na ambiência, na capacitação dos profissionais, nos sistemas de informação e no financiamento são medidas imprescindíveis para o aprimoramento e fortalecimento da APS. As pessoas estão na Atenção Primária à Saúde e no momento que elas precisam dos outros níveis de atenção, seja do hospital, ou do especialista, a APS é quem deve ordenar e referenciar estas pessoas para os outros níveis de atenção”. Dessa forma, no novo modelo de atenção à saúde, a APS está centro, comunicando-se com toda a rede – uma rede organizada por área de cuidado em que cada cuidado tenha suas especificidades (CONASS, 2008; MENDES, 2011).

Neste contexto, destaca-se a importância do processo de regionalização em que “a garantia do direito à saúde requer a organização de uma rede que responda

ao perfil epidemiológico e integre as ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, articulando as ações de âmbito local, microrregional, regional, macrorregional estadual, interestadual e nacional, e assegurando a coordenação da gestão descentralizada” (CONASEMS, 2019).

Assim, apresenta-se a seguir o cenário das Regiões de Saúde Estado do Amapá, bem como o cenário da APS estadual, os resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil e as Redes de Atenção à Saúde.

A Região Norte de saúde é constituída por cinco municípios: Tartarugalzinho, Pracuúba, Amapá, Calçoene e Oiapoque, com uma população de 62.785 habitantes, com uma baixa capacidade instalada de recursos tecnológicos, insuficiência de recursos humanos e uma atenção primária deficiente.

Tabela 4: Capacidade Instalada de Pontos de Atenção na Região Norte de Saúde.

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	17
POSTOS DE SAÚDE	31
BASES SAMU	03 (inoperante)
HOSPITAIS	01 Hospital Estadual de Oiapoque
UNIDADES MISTAS DE SAÚDE	03 (Tartarugalzinho, Amapá e Calçoene)
LABORATÓRIOS	01 Laboratório de Fronteira - LAFRON
TRANSPORTE SANITÁRIO	05 Ambulâncias
ACADEMIAS DA SAÚDE	01
CAPS	02 Centros de Atenção Psicossocial do tipo 1 (Oiapoque e Tartarugalzinho)
CER	01 Centro Especializado em Reabilitação tipo II (Motora e Auditiva)
SAÚDE INDÍGENA	03 Polos de Saúde Indígena e 08 UBS Indígena
UOM	01 Unidade Odontológica Móvel
CASAS DE APOIO A SAÚDE INDÍGENA	01 Casa de Apoio à Saúde Indígena
ODONTOMÓVEIS	01 Odontomóvel

Fonte: CNES Estabelecimentos (2024).

A Região Central é constituída por 07 municípios: Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias do Araguari, Itaúbal do Pírim e Macapá, a Região Central de saúde possui 495.027 habitantes, concentra a maioria dos estabelecimentos de saúde, recursos humanos especializados e uma capacidade tecnológica mais elevada, sendo portanto, a referência para os outros municípios do Estado no que concerne aos serviços de saúde, principalmente os atrelados à média e alta complexidade, em especial na capital Macapá como referência para assistência ao parto, cirurgias, especialidades, oncologia, terapia intensiva e terapia substitutiva renal. Exames de apoio ao diagnóstico estão distribuídos na capital Macapá em sua maioria e no município de Pedra Branca do Amapari que possui um Centro de Especialidades e Diagnóstico oferecendo inclusive exames de imagem como tomografia computadorizada e ultrassonografia.

Tabela 5: Capacidade Instalada de Pontos de Atenção na Região Central de Saúde.

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	67
POSTOS DE SAÚDE	35
HOSPITAIS	10 Hospitais (Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima - Nefrologia, UNACON, Ambulatório, Psiquiatria; Hospital da Mulher Mãe Luzia; Maternidade Zona Norte Euclélia Américo; Hospital da Criança e do Adolescente; Hospital de Emergências Oswaldo Cruz; Hospital São Camilo e São Luís; Hospital UNIMED; Hospital Universitário; Hospital do Amor; Hospital Regional de Porto Grande)
UNIDADES MISTAS DE SAÚDE	03 Unidades Mistas de Saúde (Pedra Branca do Amapari, Ferreira Gomes e Serra do Navio)
TRANSPORTE SANITÁRIO	06 Ambulâncias de Transporte Sanitário
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	02 UPAS (Zona Norte/Zona Sul) Atendendo a Demanda Urgência/Emergência
BASES DO SAMU	04 Bases do SAMU (02 descentralizada/01 Central regulação e 01 inoperante)
AMBULÂNCIAS DE SUPORTE BÁSICO (SAMU)	04 Ambulâncias de Suporte Básico – SAMU

CEO	05 Centro de Especialidades Odontológicas
UOM	04 Unidade Odontológica Móvel
AMBULÂNCIAS DE SUPORTE AVANÇADO (SAMU)	02 Ambulâncias de Suporte Avançado – SAMU
CENTROS DE ESPECIALIDADES E DIAGNÓSTICO	01 Centro de Especialidade e Diagnóstico (Pedra Branca) 01 Papaléo Paes (Macapá)
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	01 LACEN
HEMOCENTROS	01 Hemocentro
CENTROS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	02 (CERPIS MACAPÁ-ESTADO E CERPIS MUNICIPAL PRACUUBA)
ACADEMIAS DA SAÚDE	03
CAPS	04 Centros de Atenção Psicossocial (02 CAPS estaduais (III e álcool e drogas) e 02 municipais (CAPS infantil e CAPS 1 Porto Grande))
CER	03 (Centro de Reabilitação do Estado do Amapá - CREAP, Centro de Reabilitação de Macapá, CER de Porto Grande)
CRDT	01 Centro de Referência em Doenças Tropicais
SAÚDE INDÍGENA	04 UBS (Saúde Indígena) 01 Polo de Saúde Indígena
CASAS DE APOIO A SAÚDE INDÍGENA	01 Casa de Apoio à Saúde Indígena
CAF E DAFA	01 Central de Assistência Farmacêutica e 01 Departamento de Assistência Farmacêutica - Macapá
UBS FLUVIAL	01 UBS Fluvial – Macapá
CENTRAL DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO ESTADUAL	01

Fonte: CNES Estabelecimentos (2024).

A Região Sudoeste de Saúde é constituída por 04 municípios, sendo eles: Vitória do Jari, Laranjal do Jari, Mazagão e Santana, com uma população de 175.947 habitantes, apresenta baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos.

Tabela 6: Capacidade Instalada de Pontos de Atenção na Região Sudoeste de Saúde.

EQUIPAMENTOS	QUANTIDADE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	36
POSTOS DE SAÚDE	39 Postos de Saúde
BASES SAMU	03 Bases SAMU (01 – Santana e 02 – Laranjal e Mazagão)
HOSPITAIS	03 Hospitais (Santana, Laranjal e Vila Amazonas)
UNIDADES MISTAS DE SAÚDE	02 Unidades Mistas de Saúde (Vitória do Jari e Mazagão)
CENTROS LABORATORIAIS	02 Centros Laboratoriais (Santana e Mazagão)
CENTROS MUNICIPAIS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	01 Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (TC, USG) em Laranjal do Jari
CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA MULHER	01 em Santana
TRANSPORTE SANITÁRIO	04 Ambulâncias de Transporte Sanitário
ACADEMIAS DE SAÚDE	03 Polos da Academia de Saúde
CAPS	05 CAPS (04 operantes (02 em Santana, 01 em Laranjal do Jari e 01 em Mazagão) e 01 inoperante – Vitória do Jari)
CER	02 CER (Laranjal do Jari e Santana)
CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO	01 Centro Municipal de Reabilitação (Mazagão)
POLICLÍNICAS	02 Policlínicas (Santana)
CEO	01 Centro de Especialidades Odontológicas
UBS FLUVIAL	01 UBS Fluvial – Mazagão
CAF	02 Central de Assistência Farmacêutica – Santana e Laranjal
CENTRAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO MUNICIPAL	02 TFD Municipal – Laranjal do Jari e Vitória do Jari

Fonte: CNES Estabelecimentos (2024).

É importante enfatizar que a APS no Estado do Amapá ainda apresenta fragilidades no quesito infraestrutura física, baixa oferta das carteiras de serviços, alta rotatividade de gestores e profissionais de saúde, processo de trabalho e na implantação de Linhas de Cuidado e Fluxos Assistenciais. Assim, considerando que

a APS representa o primeiro contato do indivíduo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), esta deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão de forma democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, estando a Estratégia Saúde da Família (e-SF) na base como modelo de reorganização. No que se refere aos arranjos organizacionais da APS (Tabela 5), o Estado possui um total de 197 equipes da Estratégia Saúde da Família - eSF, 29 equipes de Atenção Primária – eAP, 04 equipes do tipo Ribeirinhas, 03 equipes de Consultório na Rua, 138 equipes da Estratégia de Saúde Bucal, 1.318 Agentes Comunitários de Saúde e 09 equipes eMulti.

Tabela 7: Arranjos Organizacionais da APS dos municípios, Amapá – 2024.

MUNICÍPIO	NÚMERO DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚMERO DE EQUIPES EAP	NÚMERO DE EQUIPES RIBEIRINHAS	NÚMERO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA	NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	NÚMERO DE EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL	NÚMERO DE EQUIPES E-MULTI
1.MACAPÁ	87	17	01	03	629	43	02
2.PORTO GRANDE	09	0	0	0	66	09	01
3.FERREIRA GOMES	04	0	0	0	22	04	0
4.PEDRA BRANCA DO AMAPARI	05	0	0	0	42	05	01
5.SERRA DO NAVIO	03	0	0	0	14	03	01
6.CUTIAS	02	0	0	0	18	02	0
7.ITAUBAL	02	02	0	0	18	03	0
8.LARANJAL DO JARI	20	0	0	0	99	15	02
9.SANTANA	30	0	0	0	204	21	0
10.MAZAGÃO	08	0	0	0	27	08	0
11.VITÓRIA DO JARI	05	0	02	0	29	07	0
12.OIAPOQUE	07	01	0	0	34	04	01
13.CALÇOENE	04	02	0	0	31	03	0
14.PRACUUBA	03	0	0	0	08	03	0
15.AMAPÁ	03	01	0	0	22	03	0
16.TARTARUGALZINHO	05	06	01	0	55	05	01
TOTAL	197	29	04	03	1.318	138	09

Fonte: e-GESTOR (junho 2024). Disponível

em: <https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/reiFinanciamentoParcela.xhtml>

Na Tabela 8 apresentam-se os dados de coberturas (%) da Atenção Primária em Saúde e Estratégia Saúde da Família dos municípios do Estado. Destaca-se que a cobertura do Estado de APS é de 48,57% e a cobertura da ESF é de 75%. Nota-se, ao se analisar os dados percentuais dos municípios disparidades em sua progressão, possivelmente em função dos diferentes processos de gestão dos municípios, dotados de autonomia para definir prioridades na utilização dos recursos destinados à Saúde, podendo priorizar ou não investimentos na Atenção Básica, principalmente da capital Macapá (31,34%/41%), a necessidade de ampliação dessas coberturas com a criação de novas equipes de ESF e EAP.

O indicador de cobertura de APS reflete o acesso da população aos serviços de atenção básica a partir das necessidades de saúde das pessoas. Ao relacionar esse indicador com as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica, pode-se obter tal mensuração. Destaca-se que a análise da cobertura da eSF nos permite acompanhar não apenas o ritmo das expansões no Estado, mas também identificar os movimentos, dificuldades, potencialidades e organização das regiões no sentido da ampliação dos pontos de APS.

Maiores coberturas da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF) está associado a melhorias nas condições de saúde da população, como a queda da mortalidade infantil, maior cobertura vacinal, redução da desnutrição e aumento nas consultas de pré-natal. Também há evidências de que o aumento da cobertura da estratégia contribui para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Primária e mortalidade cardiovascular.

Tabela 8: Distribuição da Cobertura Populacional da Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica por municípios, Amapá – 2022.

MUNICÍPIO	COBERTURA APS	COBERTURA ESF
1.MACAPÁ	31,34%	41%
2.PORTO GRANDE	72,72%	100%
3.FERREIRA GOMES	77,37%	100%
4.PEDRA BRANCA DO AMAPARI	67,93%	97,88%
5.SERRA DO NAVIO	95,55%	100%
6.CUTIAS	87,61%	100%
7.ITAUBAL	100%	100%
8.LARANJAL DO JARI	75,46%	100%
9.SANTANA	62,64%	83%

10.MAZAGÃO	77,43%	100%
11.VITÓRIA DO JARI	63,48%	100%
12.OIAPOQUE	94,69%	72,55%
13.CALÇOENE	96,38%	100%
14.PRACUUBA	81,82%	100%
15.AMAPÁ	96,68%	95,90%
16.TARTARUGALZINHO	77,44%	75,76%

Fonte: e-GESTOR (2022).

Analisando ainda os percentuais de cobertura de APS, observa-se que há necessidade de qualificar as ações realizadas com vistas ao alcance da resolutividade na continuidade do cuidado ao usuário, a melhora na qualidade da atenção prestada e um percentual menor de pessoas em processo de adoecimento, reduzindo a demanda reprimida para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde. No que diz respeito aos cadastros na APS (Tabela 9), de acordo com o Sistema e-GESTOR AB, o Estado possui um total de 512.943 usuários cadastrados e acompanhados por equipes da APS dos 16 municípios, o que corresponde a 69,9%% da população do Amapá (733.759 habitantes).

Tabela 9: Cadastros da população no Sistema e-SUS pelas equipes da Atenção Básica e ESF por município do Estado do Amapá.

MUNICÍPIO	ANO 2023
1.AMAPÁ	8.986
2.LARANJAL DO JARI	39.189
3.CALÇOENE	11.388
4.MACAPÁ	238.698
5.SANTANA	80.148
6.VITÓRIA DO JARI	13.309
7.OIAPOQUE	27.618
8.PORTO GRANDE	16.983
9.PRACUÚBA	4.452
10.SERRA DO NAVIO	5.147
11.ITAUBAL	7.612
12.MAZAGÃO	18.943
13.TARTARUGALZINHO	15.645
14.CUTIAS	5.607
15.PEDRA BRANCA DO AMAPARI	12.721
16.FERREIRA GOMES	6.497
TOTAL	512.943

Fonte: e-GESTOR/maio (2023). Disponível em:

<https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>

As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde, a partir da regionalização da assistência, configuram-se como estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização do sistema de saúde, a fim de facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à atenção integral, bem como fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores.

As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em Saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens (MENDES, 2011).

Brasil (2010) e Brasil (2011) destacam que as RAS representam a organização do conjunto de serviços e ações de saúde com diferentes densidades tecnológicas, estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão que visam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma região de saúde, que por sua vez define-se como um espaço geográfico contínuo, delimitado, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados e que permitem o planejamento e a execução de ações e serviços necessários à população do território.

Dessa forma, estão em processo de implementação e reorganização no Estado do Amapá as Redes de Atenção em Saúde: RAMI – Rede de Atenção Materno-Infantil, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência e Reabilitação.

Seguindo esta premissa, um grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica e dos demais níveis de complexidade é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, considerando a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

É importante deixar claro que as RAS estão inseridas em todo o processo de regionalização em saúde do Amapá por meio de grandes projetos estruturantes, entre os quais estão o Projeto de Governança da RAS, Projeto de Regionalização Integrada e Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS. Neste aspecto, participam de todo o processo de planejamento e construção dos instrumentos de gestão, entre eles o Plano Estadual de Saúde com definições de diretrizes, metas e indicadores a serem trabalhados nos próximos 4 anos.

4 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E ALTA COMPLEXIDADE DO AMAPÁ

A rede hospitalar de média e alta complexidade do SUS, é formada por doze Hospitais em cinco cidades distintas, Macapá (7), Santana (2), Laranjal do Jarí (1), Porto Grande (1) e Oiapoque (1), dos quais dois ofertam a alta complexidade, Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima e o Hospital São Camilo e São Luís, em Serviço de Atenção à Saúde, assim como oito Unidades Mistas de Saúde em sedes municipais de Serra do Navio, Pedra Branca, Ferreira Gomes, Tartarugalzinho, Amapá, Calçoene, Mazagão e Vitória do Jarí. Juntos ofertam 100% dos leitos SUS de internação do estado, no montante de 1.299, impactando em 90,7 % dos totais de leitos de internações existentes no Estado e 92,5% dos leitos complementares (Isolamento, UTI's, UCINCo, UCINCa, UCINp e UCINa) que totalizam 196 leitos.

Desse montante de leitos complementares, mesmo disponíveis e em uso no Estado do Amapá, 96 leitos ainda estão pendentes de habilitações junto ao Ministério da Saúde. Observando que os estabelecimentos considerados tipo Unidades Mistas, por força da alteração na metodologia para cadastramento dos estabelecimentos de

Saúde, conforme previsto na Seção IV, Capítulo IV da Portaria Consolidada GM/MS nº1, de 28 de setembro de 2017, passaram a ser considerados Hospitais Gerais.

Quanto a atenção ambulatorial especializada, ainda sob gestão estadual, os Centros de Referências absorvem grande demanda específica conforme a especialidade, Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP, Centro de Especialidade Odontológica - CEO, Centro de Referências de Doenças Tropicais – CRDT, Centro de Referência em Práticas Integrativas – CERPIS, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O Estado também conta com o Ambulatório do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, responsável pela oferta de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados referenciados pelos Municípios, incluindo os procedimentos de Quimioterapia e de Terapia Renal Substitutiva – TRS.

Na Urgência e Emergência a gestão estadual também está muito presente com a manutenção do funcionamento do único hospital de Emergências do estado, o Hospital de Emergência Oswaldo Cruz, das Portas de Entrada de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento Infantil – PAI, Hospital Estadual de Santana, Hospital Estadual de Laranjal do Jarí, Hospital Estadual de Oiapoque e das Maternidades), das Unidades de Pronto Atendimento – UPA (Zona Norte, Zona Sul e no Município de Laranjal do Jarí), do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Salvamento e Resgate, efetuado pelo Corpo de Bombeiros do Amapá e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

O Estado do Amapá possui habilitações junto ao Ministério da Saúde, na alta complexidade em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise e Diálise Peritoneal, no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, no Hospital São Camilo e São Luís, filantrópico contratualizado com o estado, e na Clínica UNINEFRO Amapá Ltda, prestador privado também contratualizado de forma complementar a rede; em Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima; e em Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista, todas em parceria com o Hospital São Camilo e São Luís.

Complementarmente a rede assistencial, a SESA tem contratos firmados com prestadores privados e prestadores sem fins lucrativos. No que se refere a questão hospitalar, possui contrato com o Hospital São Camilo e São Luís, filantrópico, onde disponibiliza internações para procedimentos cirúrgicos em cirurgias eletivas,

cirúrgicos em cirurgias cardíacas, obstétricos clínicos e cirúrgicos, pediátricos clínicos e cirúrgicos e internações em Unidades de Tratamentos Intensivos Adultos e Neonatais. No Município de Santana contrato com o Hospital de Vila Amazonas, privado, disponibilizando a internação Clínica. A gestão estadual também conseguiu, firmar Contrato com o Hospital Universitário onde nesse primeiro momento foi disponibilizado internações clínicas, pediátricas e internações em terapia intensiva.

Também de forma complementar, a gestão estadual mantém contratos com: - Policlínica: Instituto de Neurologia e Cardiologia do Amapá Ltda, na oferta de Diagnóstico por Radiologia, Diagnóstico por Tomografia, Diagnóstico por Ressonância Magnética e em Métodos Diagnóstico em Especialidades.

- Clínica especializada: UNINEFRO Amapá Ltda na oferta de procedimentos Diagnóstico por Ultrassonografia, Tratamento em Nefrologia e Cirurgias em Nefrologia.

- Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado): Imagem Center ofertando Diagnósticos por Radiologia, Diagnósticos por Ultrassonografia, Diagnósticos por Tomografia e Métodos Diagnósticos em Especialidades; MEGA Clínica na oferta de Diagnósticos por Radiologia, Diagnósticos por Ultrassonografia, Diagnósticos por Tomografia, Diagnósticos por Ressonância Magnética, Diagnósticos por Endoscopia e Métodos Diagnósticos em Especialidades; NEUROCOR – Macapá, na oferta de Diagnósticos por Radiologia, Diagnósticos por Tomografia, Diagnósticos por Ressonância Magnética e Métodos Diagnósticos em Especialidades; e Hospital de Vila Amazonas, ofertando Diagnósticos por Tomografia.

- Hospital/Dia – Isolado: Hospital do Amor Macapá na oferta de Coletas de Materiais, Diagnósticos por Radiologia, Diagnósticos por Ultrassonografia, Métodos Diagnósticos em Especialidades, Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos, Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecidos Subcutâneo e Mucosa.

- E com o Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde: Fraternidade dos Frades Capuchinhos do Amapá na oferta de Diagnósticos por Ultrassonografia, Métodos Diagnósticos por especialidades, Diagnósticos por Testes Rápidos, Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos, Tratamento Clínico Ambulatorial e Cirurgias do Aparelho da Visão

Com a certeza da ascensão da qualidade do serviço prestado pelos hospitais em outras unidades da federação que aderiram à transferência da administração para Organizações Sociais de Saúde (OSS), o Governo do Amapá por intermédio da

Secretaria de Estado da Saúde, vem seguindo esse modelo implementando-o. Estando em vigor na Unidade de Pronto Atendimento – UPA Zona Sul e no anexo do Hospital de Emergência com a administração da OSS Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH e na Maternidade de Risco Habitual Dra. Euclélia Américo pela OSS Instituto Ovídio Machado – IOM. Estando em processo de concorrência com o lançamento do Edital para a contratação de OSS para assumir a gestão Administrativa do Hospital Estadual Regional de Porto Grande.

Tomando por base o último período, ano de 2022, o Estado do Amapá apresenta sob gestão estadual, uma rede assistencial de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar própria e terceirizada atendendo sua população e absorvendo uma grande parte da população do vizinho Estado do Pará, totalizando 54 estabelecimentos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Estabelecimentos de Saúde do Estado do Amapá média e alta complexidade – 2023.

Tipo	Estabelecimento	CNES
1. Centro de Saúde/Unidade Básica (1)	Instituto de Administração Penitenciária – IAPEN	6722679
2. Policlínica (1)	Instituto de Neurologia e Cardiologia do Amapá Ltda	9140344
3. Hospital Geral (9)	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima	2020645
	Hospital Estadual de Santana	2021064
	Hospital Estadual de Laranjal do Jari	2020076
	Hospital Estadual de Oiapoque	2021463
	Hospital de Emergência Oswaldo Cruz	2020653
	Hospital São Camilo e São Luís	2020890
	Hospital de Vila Amazonas	2021765
	Hospital Municipal de Porto Grande	2019736
	Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá	3432076
4. Hospital Geral (Antigas Unidades Mistas de Saúde) (8)	Hospital Geral de Ferreira Gomes	2019663
	Hospital Geral Tartarugalzinho	2019671
	Hospital Geral de Amapá	2019701
	Hospital Geral de Calçoene	2019728
	Hospital Geral de Vitória do Jari	2020149
	Hospital Geral de Mazagão	2020165
	Hospital Geral de Pedra Branca do Amapari	2021218
	Hospital Geral de Serra do Navio	2021382
5. Hospital Especializado (3)	Hospital da Mulher	2020068
	Hospital da Criança e Adolescente	2019647
	Hospital Maternidade Dra. Euclélia Américo	2906635
6. Clínica/Centro de Especialidade (8)	Centro de Especialidade Odontológica CEO 1	2020459
	Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP	2019655
	Centro de Referências de Doenças Tropicais – CRDT	2022192
	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	3297284
	Centro de Referência em Práticas Integrativas – CERPIS	3425002
	Rede Sarah Macapá	3787907
	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional Santana	6685689
	Clínica UNINEFRO Amapá Ltda	9677739

7. Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT Isolado) (3)	Imagem Center	0505692
	MEGA Clínica	0972703
	NEUROCOR - Macapá	9140344
8. Unidade Móvel Terrestre (1)	Corpo de Bombeiro Militar do Estado	2021072
9. Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência (2)	USA 201 SAMU 192	6942040
	USA 202 SAMU 192	6942067
10. Farmácia (1)	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica	6911967
11. Unidade de Vigilância em Saúde (1)	Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS	6561691
12. Hospital/Dia – Isolado (1)	Hospital do Amor Macapá	9866310
13. Central de Gestão em Saúde (1)	Secretaria de Estado da Saúde – SESA	7150296
14. Centro de Atenção Hemoterapia e ou hematológica (1)	Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá – HEMOAP	2020904
15. Centro de Atenção Psicossocial (2)	Centro de Atenção Psicossocial AD – CAPS Álcool e Drogas – Espaço Acolher	3041859
	Centro de Atenção Psicossocial CAPS II – Casa Gentileza	7790287
16. Pronto Atendimento (3)	Unidade de Pronto Atendimento Tipo I – UPA Zona Norte	7709196
	Unidade de Pronto Atendimento Tipo I – UPA Zona Sul	9550291
	Unidade de Pronto Atendimento Tipo I - UPA Laranjal do Jari	9619488
17. Central de Regulação Médica das Urgências (1)	Central de Regulação Médica das Urgências SAMU 192	6931693
18. Laboratório de Saúde Pública (2)	Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	2019639
	Laboratório de Fronteira de Oiapoque – LAFRON	7377584
19. Central de Regulação do Acesso (2)	Unidade Autorizadora de Tratamento Fora Domicílio - PTFD	3004368
	Central de Regulação de Serviço de Saúde	7150318
20. Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual (1)	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado do Amapá	7932103
21. Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde (1)	Fraternidade dos Frades Capuchinhos do Amapá	6817866
22. Central de Abastecimento (1)	Central Estadual de Rede de Frios - CERF	0297992

Fonte: CNES/DATASUS.

5 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO ESTADO DO AMAPÁ

5.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Os dados referentes às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e fatores de risco associados referentes à Região Norte do Amapá, demonstram predomínio da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 4.324 casos, seguido de Diabetes Mellitus com 1.625 casos. Sobre os fatores de risco associados, há destaque para o Etilismo

com 6.674 casos, Excesso de peso com 5.449 casos e Tabagismo com 4.184 casos (Tabela 10).

Tabela 10: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Norte do Amapá (2024).

DCNT/MUNICÍPIO	OIAPOQUE	CALÇOENE	AMAPÁ	PRACUUBA	TARTARU GALZINHO	TOTAL
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	1.434	795	952	275	868	4.324
Diabetes Mellitus (DM)	529	322	312	102	360	1.625
Neoplasias	24	18	18	10	28	98
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	124	97	92	37	94	444
Infarto Agudo Do Miocárdio (IAM)	23	19	14	08	16	80
Tabagismo	1.474	935	575	288	912	4.184
Etilismo	2.420	1.603	521	541	1.589	6.674
Doença Cardíaca	171	122	91	24	72	480
Insuficiência Cardíaca	50	30	13	02	17	112
Excesso De Peso	2.086	1.082	868	531	932	5.499
Asma	238	219	152	24	211	844
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	20	01	09	01	07	38
Doença Renal/Insuficiência Renal	33	09	14	05	14	75
DEPRESSÃO	50	31	56	04	46	187
IDOSOS 60 anos ou mais	1.654	968	854	371	1.351	5.198

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2024).

Em relação aos dados referentes à Região Central do Amapá, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca com 31.042 casos, seguido de Diabetes Mellitus com 10.941 casos. Sobre os fatores de risco associados, há destaque para o Excesso de peso com 33.602 casos, Etilismo com 31.000 casos e Tabagismo com 14.247 casos (Tabela 11).

Tabela 11: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Central do Amapá (2024).

DCNT/MUNICÍPIO	SERRA DO NAVIO	MACAPÁ	PEDRA BRANCA	FERREIRA GOMES	PORTO GRANDE	CUTIAS	ITAUBAL	TOTAL
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	422	26.099	1.014	674	1.865	434	534	31.042

Diabetes Mellitus (DM)	153	9.177	369	246	660	147	189	10.941
Neoplasias	06	1.011	31	24	53	12	20	1.157
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	40	2.155	80	42	162	45	33	2.557
Infarto Agudo Do Miocárdio (IAM)	12	736	15	13	46	14	08	844
Tabagismo	343	10.892	808	460	1.197	284	263	14.247
Etilismo	261	26.641	777	575	1.836	625	285	31.000
Doença Cardíaca	33	2.897	99	72	166	76	67	3.410
Insuficiência Cardíaca	16	624	41	22	43	20	12	778
Excesso De Peso	433	29.266	902	738	1.526	426	311	33.602
Asma	49	3.536	192	117	251	80	103	4.328
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	5	136	9	04	09	08	01	172
Doença Renal/Insuf.Renal	19	345	29	06	37	12	07	455
Depressão	20	1.894	41	17	70	31	14	2.087
Idosos 60 Anos ou Mais	414	33.963	969	712	1.722	456	559	38.795

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2024).

Sobre aos dados referentes à Região Sudoeste do Amapá, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se em primeiro lugar com 12.647 casos, seguido de Diabetes Mellitus com 4.264 casos. Sobre os fatores de risco associados, há destaque para o Excesso de peso com 11.313 casos, Etilismo com 9.064 casos e Tabagismo com 7.235 casos (Tabela 12).

Tabela 12: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Sudoeste do Amapá (2024).

DCNT/MUNICÍPIO	LARANJAL DO JARI	VITÓRIA DO JARI	SANTANA	MAZAGÃO	TOTAL
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	3.381	875	7.850	1.329	12.647
Diabetes Mellitus (DM)	989	249	2.588	438	4.264
Neoplasias	100	13	346	28	487
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	202	46	523	92	863
Infarto Agudo Do Miocárdio (IAM)	52	17	166	31	266
Tabagismo	2.120	545	3.578	992	7.235

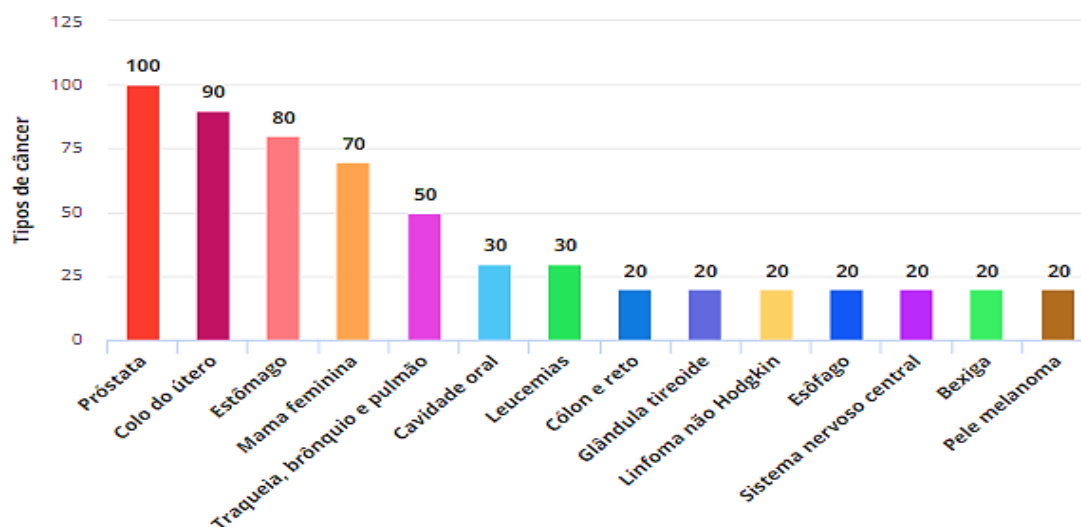
Etilismo	2.700	648	4.054	1.662	9.064
Doença Cardíaca	324	46	923	120	1.413
Insuficiência Cardíaca	73	10	275	23	381
Excesso De Peso	3.280	565	6.458	1.010	11.313
Asma	569	129	1.162	163	2.023
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	35	04	78	9	126
Doença Renal/Insuficiência Renal	47	13	155	27	242
Depressão	131	22	607	31	791
Idosos 60 Anos Ou Mais	3.500	930	10.932	1.360	16.722

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2024).

Se formos considerar os dados que constam no E-SUS/SISAB, temos um público de **16.830 diabéticos** no Estado do Amapá, considerando as três regiões de saúde. Por outro lado, se formos considerar os dados que constam no E-SUS/SISAB, temos um público de **48.013 hipertensos** no Estado do Amapá, considerando as três regiões de saúde.

5.2 NEOPLASIAS E DADOS DE RASTREAMENTO

Segundo a estimativa no triênio 2020-2022 do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2019), o Amapá apresentou em média 860 novos casos de câncer, sendo 52,3% em homens e 47,7% em mulheres. O câncer de próstata foi o que apresentou maior incidência: 100 novos registros por ano, seguido por colo do útero (90), estômago (80) e mama (70) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Estimativa de novos casos de câncer no triênio 2020-2022 no Amapá.

Fonte: INCA (2019).

Por ter a maior concentração populacional do Estado, a capital Macapá concentrou 690 casos anualmente, o equivalente 80% do total conforme a Tabela 6, sendo visualizada a distribuição por sexo conforme a Tabela 13 e 14.

Tabela 13: Estimativas dos anos de 2020-2022 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer na capital Macapá, segundo sexo e localização primária*.

TIPO DE CâNCER	ESTIMATIVA
Próstata	80
Mama feminina	50
Cólon e Reto	** (número de casos menor que 20)
Traqueia, Brônquio e Pulmão	40
Estômago	60
Colo do Útero	70
Cavidade Oral	20
Sistema Nervoso Central	20
Leucemias	20
Esôfago	20
Linfoma não Hodgkin	20
Glândula tireoide	20
Bexiga	20
Laringe	20
Corpo do Útero	** (número de casos menor que 20)
Pele Melanoma	20
Ovário	** (número de casos menor que 20)
Linfoma de Hodgkin	20

Outras localizações	110
Todas as neoplasias, exceto Pele não Melanoma	640
Pele não Melanoma	50
TODAS AS NEOPLASIAS	690

Fonte: Adaptado de INCA (2019).

Tabela 14: Estimativa de Casos Novos por Sexo – Comparativo do Estado do Amapá e a capital Macapá (2020-2022).

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	100	23,82	51,67	80	30,83	68,27	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	70	15,84	22,62	50	20,17	26,80
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	90	22,31	33,00	70	27,57	37,87
Traqueia, brônquio e pulmão	30	8,22	15,98	30	10,47	20,55	20	3,88	6,51	**	5,77	9,11
Cólon e reto	**	3,32	5,83	**	4,25	7,03	**	3,49	5,52	**	4,74	7,03
Estômago	60	13,38	25,51	40	16,55	33,03	20	5,23	8,56	20	6,50	10,19
Cavidade oral	20	5,31	9,32	**	5,92	10,51	**	1,17	1,97	**	1,39	2,13
Laringe	**	3,04	5,40	**	4,02	7,39	**	0,36	0,56	**	0,45	0,69
Bexiga	**	1,17	2,52	**	1,27	2,94	**	0,62	1,09	**	0,89	1,41
Esôfago	**	2,38	4,57	**	2,68	5,09	**	0,21	0,39	**	0,12	0,25
Ovário	-	-	-	-	-	-	**	2,45	3,46	**	3,00	4,25
Linfoma de Hodgkin	**	1,47	1,54	**	1,89	1,86	**	0,54	0,77	**	0,67	0,89
Linfoma não Hodgkin	**	2,52	3,73	**	3,41	5,43	**	2,14	3,52	**	3,07	4,82
Glândula tireoide	**	0,15	0,36	**	0,60	1,38	**	2,02	3,31	**	2,67	3,22
Sistema nervoso central	**	2,62	3,70	**	3,06	4,33	**	2,91	4,18	**	3,75	5,21
Leucemias	20	3,89	5,04	**	3,94	5,34	**	3,32	4,46	**	4,39	5,92
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	**	2,28	3,85	**	2,49	3,89
Pele melanoma	**	1,33	2,43	**	1,83	3,56	**	0,63	0,51	**	1,03	0,80
Outras localizações	90	20,22	35,31	60	24,59	43,31	60	14,41	23,63	40	16,63	25,27
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	410	96,63	169,23	320	129,94	213,77	390	93,17	125,38	320	125,46	144,40
Pele não melanoma	40	8,59	-	20	8,59	-	20	5,45	-	30	9,81	-
Todas as neoplasias	450	106,05	-	340	138,06	-	410	97,95	-	350	137,22	-

Fonte: INCA (2019).

Nota: *Números arredondados para múltiplos de 10. **Número de casos menor que 20.

Os dados da Tabela 15 mostram que o câncer mais prevalente em homens estimado para o período foi o de próstata e em mulheres o de colo do útero.

O Gráfico 6 destaca as estimativas do INCA para o Amapá ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*.

Tabela 15: Estimativa das neoplasias no Estado do Amapá por sexo para o ano de 2023.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Homens			Mulheres			Total		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Mama Feminina	-	-	-	80	16,58	20,04	80	16,58	20,04
Próstata	110	24,01	38,88	-	-	-	110	24,01	38,88
Cólon e Reto	20	3,55	5,42	20	4,76	6,17	40	4,16	5,65
Traqueia, Brônquio e Pulmão	30	5,90	9,37	20	4,27	6,07	50	5,09	7,66
Estômago	50	11,94	17,66	30	6,25	8,18	80	9,10	12,85
Colo do Útero	-	-	-	100	21,86	26,73	100	21,86	26,73
Glândula Tireoide	**	0,64	0,82	**	3,13	3,96	20	1,88	2,39
Cavidade Oral	30	5,90	8,40	**	1,71	2,31	40	3,81	5,25
Linfoma não Hodgkin	**	2,18	2,90	**	1,37	1,82	20	1,78	2,34
Leucemias	20	3,73	4,48	**	3,49	4,06	30	3,61	4,23
Sistema Nervoso Central	**	2,96	3,82	**	1,77	2,24	20	2,37	3,10
Bexiga	**	1,65	2,68	**	0,54	0,87	20	1,10	1,64
Esôfago	**	2,89	4,59	**	0,38	0,58	20	1,64	2,74
Pâncreas	**	2,00	2,95	**	1,51	2,16	20	1,75	2,52
Fígado	**	2,85	4,34	**	2,00	2,78	20	2,43	3,52
Pele Melanoma	**	1,07	1,60	**	0,39	0,47	20	0,73	1,06
Corpo do útero	-	-	-	**	2,08	3,27	**	2,08	3,27
Laringe	**	2,32	3,37	**	0,37	0,50	20	1,34	1,92
Ovário	-	-	-	**	2,60	3,31	**	2,60	3,31
Linfoma de Hodgkin	**	0,45	0,45	**	0,43	0,30	20	0,44	0,37
Outras Localizações	70	15,31	21,54	60	13,00	17,12	130	14,16	19,01
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	430	94,53	133,32	450	99,16	118,89	880	96,84	128,64
Pele não Melanoma	20	4,76	-	70	14,63	-	90	9,69	-
Todas as Neoplasias	450	98,93	-	520	114,58	-	970	106,75	-

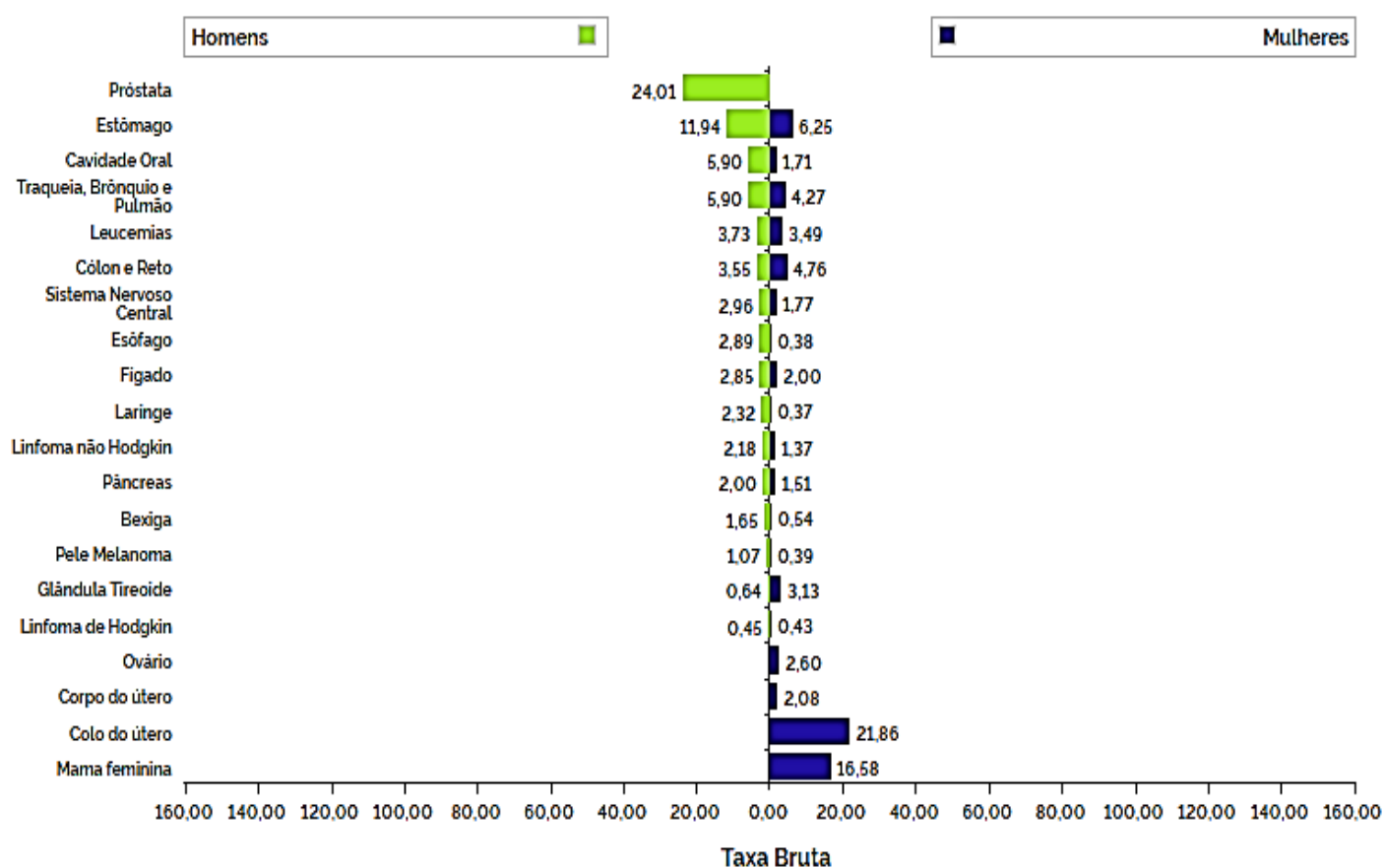
^aPopulação padrão mundial (1950). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Fonte: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/amapa>

Entre as mulheres, para 2023 as maiores incidências estão relacionadas ao câncer de colo do útero com 21,86% (100), seguido pelo câncer de mama com 16,58% (80).

Já entre os homens, destaca-se em primeiro lugar o câncer de próstata com 24,01% (110), seguido pelo câncer de estômago com 11,94% (50).

Gráfico 6: Taxas brutas de incidência estimadas de neoplasias no Amapá para 2023, segundo sexo e localização primária*



*Valores por 100 mil habitantes

Fonte: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/amapa>

No que diz respeito aos pacientes que receberam diagnóstico de neoplasias no Estado, de acordo com uma pesquisa realizada no PAINEL ONCOLOGIA, ferramenta de domínio público, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, observando-se as seguintes variáveis: UF de residência, ano de

diagnóstico, diagnóstico detalhado (tipo de câncer) nos anos de 2021, 2022 e 2023 (janeiro a novembro).

Dessa forma, na Tabela 16 constam os dados referentes ao ano de 2021, em que 575 usuários residentes no Amapá receberam diagnóstico para neoplasia, com destaque para o câncer de colo do útero (127), câncer de mama (91), câncer de próstata (66), câncer de estômago (28) e leucemia linfóide (18).

Tabela 16: Casos de neoplasia por UF de residência, ano de diagnóstico e diagnóstico detalhado, 2021.

Painel-Oncologia – BRASIL	
Casos por UF da residência segundo Diagnóstico Detalhado	
UF da residência:16 Amapá; Ano do diagnóstico:2021;	
Diagnóstico Detalhado	Amapá
Total	575
C01 - Neoplasia maligna da base da língua	1
C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua	3
C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca	1
C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca	4
C07 - Neoplasia maligna da glândula parótida	2
C08 - Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas	1
C09 - Neoplasia maligna da amígdala	4
C10 - Neoplasia maligna da orofaringe	3
C11 - Neoplasia maligna da nasofaringe	3
C15 - Neoplasia maligna do esôfago	2
C16 - Neoplasia maligna do estômago	28
C17 - Neoplasia maligna do intestino delgado	4
C18 - Neoplasia maligna do cólon	9
C19 - Neoplasia maligna da junção retossigmóide	2
C20 - Neoplasia maligna do reto	9
C21 - Neoplasia maligna do ânus e do canal anal	5
C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	3
C23 - Neoplasia maligna da vesícula biliar	1
C25 - Neoplasia maligna do pâncreas	2
C30 - Neoplasia maligna da cavidade nasal e do ouvido médio	1
C31 - Neoplasia maligna dos seios da face	1
C32 - Neoplasia maligna da laringe	6
C33 - Neoplasia maligna da traquéia	1
C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	8
C40 - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros	2
C41 - Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localiz	1
C43 - Melanoma maligno da pele	7

C44 - Outras neoplasias malignas da pele	6
C46 - Sarcoma de Kaposi	1
C48 - Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio	1
C49 - Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	6
C50 - Neoplasia maligna da mama	91
C51 - Neoplasia maligna da vulva	3
C52 - Neoplasia maligna da vagina	1
C53 - Neoplasia maligna do colo do útero	127
C54 - Neoplasia maligna do corpo do útero	3
C56 - Neoplasia maligna do ovário	4
C57 - Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados	1
C60 - Neoplasia maligna do pênis	1
C61 - Neoplasia maligna da próstata	66
C62 - Neoplasia maligna dos testículos	1
C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	3
C65 - Neoplasia maligna da pelve renal	1
C67 - Neoplasia maligna da bexiga	3
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	1
C73 - Neoplasia maligna da glândula tireóide	1
C74 - Neoplasia maligna da glândula supra-renal [glândula adrenal]	2
C76 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas	1
C77 - Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	7
C79 - Neoplasia maligna secundária de outras localizações	3
C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização	1
C81 - Doença de Hodgkin	1
C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)	1
C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso	6
C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado	1
C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	6
C91 - Leucemia linfóide	19
C92 - Leucemia mielóide	4
C93 - Leucemia monocítica	1
C94 - Outras leucemias de células de tipo especificado	1
D01 - Carcinoma in situ de outros órgãos digestivos	1
D05 - Carcinoma in situ da mama	2
D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)	61
D37 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos	1
D46 - Síndromes mielodisplásicas	1
D47 - Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoéti	2
D48 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações	18

Em 2022, conforme a Tabela 17, 847 usuários residentes no Estado receberam diagnóstico para neoplasia, com destaque por CID-10 para neoplasias de

comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações (340), câncer de mama (122), câncer de próstata (70), câncer de colo do útero (46), câncer de estômago (37) e outras neoplasias malignas da pele (19).

Tabela 17: Casos de neoplasia por UF de residência, ano de diagnóstico e diagnóstico detalhado, 2022.

Painel-Oncologia - BRASIL	
Casos por UF da residência segundo Diagnóstico Detalhado	
UF da residência:16 Amapá; Ano do diagnóstico:2022.	
Diagnóstico Detalhado	Amapá
Total	847
C01 - Neoplasia maligna da base da língua	2
C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua	1
C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca	4
C05 - Neoplasia maligna do palato	1
C09 - Neoplasia maligna da amígdala	3
C10 - Neoplasia maligna da orofaringe	5
C11 - Neoplasia maligna da nasofaringe	1
C13 - Neoplasia maligna da hipofaringe	1
C15 - Neoplasia maligna do esôfago	3
C16 - Neoplasia maligna do estômago	37
C17 - Neoplasia maligna do intestino delgado	2
C18 - Neoplasia maligna do cólon	11
C20 - Neoplasia maligna do reto	5
C21 - Neoplasia maligna do ânus e do canal anal	6
C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	4
C23 - Neoplasia maligna da vesícula biliar	2
C24 - Neoplasia maligna de outras partes, e de partes não especificadas das vias biliares	1
C25 - Neoplasia maligna do pâncreas	2
C26 - Neoplasia maligna de outros órgãos digestivos e de localizações mal definidas no aparelho dig	3
C31 - Neoplasia maligna dos seios da face	1
C32 - Neoplasia maligna da laringe	1
C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	11
C40 - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros	2
C41 - Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localiz	3
C43 - Melanoma maligno da pele	5
C44 - Outras neoplasias malignas da pele	19
C46 - Sarcoma de Kaposi	1
C48 - Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio	3
C49 - Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	6
C50 - Neoplasia maligna da mama	122
C53 - Neoplasia maligna do colo do útero	46

C54 - Neoplasia maligna do corpo do útero	5
C56 - Neoplasia maligna do ovário	9
C60 - Neoplasia maligna do pênis	2
C61 - Neoplasia maligna da próstata	70
C62 - Neoplasia maligna dos testículos	2
C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	4
C67 - Neoplasia maligna da bexiga	3
C69 - Neoplasia maligna do olho e anexos	1
C70 - Neoplasia maligna das meninges	1
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	6
C73 - Neoplasia maligna da glândula tireóide	3
C76 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas	2
C77 - Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	7
C78 - Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos	1
C79 - Neoplasia maligna secundária de outras localizações	8
C81 - Doença de Hodgkin	7
C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)	1
C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso	6
C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas	1
C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado	7
C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	6
C91 - Leucemia linfóide	11
C92 - Leucemia mielóide	4
C95 - Leucemia de tipo celular não especificado	1
D04 - Carcinoma in situ da pele	5
D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)	3
D09 - Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas	2
D37 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos	1
D39 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais femininos	1
D43 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo e do sistema nervoso central	4
D44 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das glândulas endócrinas	5
D47 - Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoéti	4
D48 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações	340

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def

Na Tabela 18 constam os dados referentes ao ano de 2023, em que 717 usuários residentes no Amapá receberam diagnóstico para neoplasia de janeiro a novembro, com destaque para as neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações (239), câncer de mama (48), câncer de próstata (45), câncer de estômago (38), câncer de colo do útero (34), Outras neoplasias malignas da pele (37) e câncer maligno de colon (26).

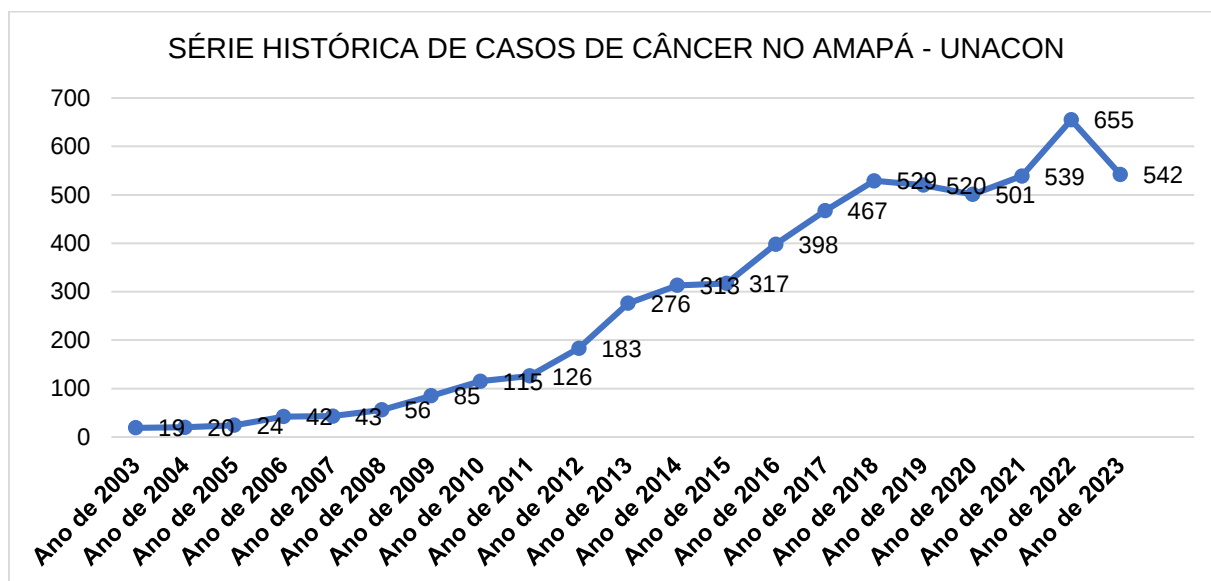
Tabela 18: Casos de neoplasia por UF de residência, ano de diagnóstico e diagnóstico detalhado, 2023.

Painel-Oncologia - BRASIL	
Casos por UF da residência segundo Diagnóstico Detalhado	
UF da residência:16 Amapá; Ano do diagnóstico:2023;	
Diagnóstico Detalhado	Amapá
Total	717
C01 - Neoplasia maligna da base da língua	1
C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua	5
C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca	1
C05 - Neoplasia maligna do palato	1
C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca	1
C09 - Neoplasia maligna da amígdala	1
C10 – Neoplasia maligna de orofaringe	3
C15 – Neoplasia maligna de esôfago	11
C16 - Neoplasia maligna do estômago	38
C18 – Neoplasia maligna de colon	26
C20 - Neoplasia maligna do reto	10
C21 - Neoplasia maligna do ânus e do canal anal	1
C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	2
C25 – Neoplasia maligna do pâncreas	4
C26 - Neoplasia maligna de outros órgãos digestivos e de localizações mal definidas no aparelho dig	3
C32 - Neoplasia maligna da laringe	7
C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	15
C40 – Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros	5
C41 - Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localiz	5
C43 – Melanoma maligno da pele	4
C44 – Outras neoplasias malignas da pele	37
C48 - Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio	2
C49 – Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	10
C50 - Neoplasia maligna da mama	48
C51 - Neoplasia maligna da vulva	1
C53 - Neoplasia maligna do colo do útero	34
C54 – Neoplasia do corpo do útero	3
C56 - Neoplasia maligna do ovário	10
C57 - Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados	1
C60 - Neoplasia maligna do pênis	1
C61 - Neoplasia maligna da próstata	45
C62 – Neoplasia maligna de testículos	2
C63 - Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos e dos não especificados	1
C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	9
C67 - Neoplasia maligna da bexiga	5

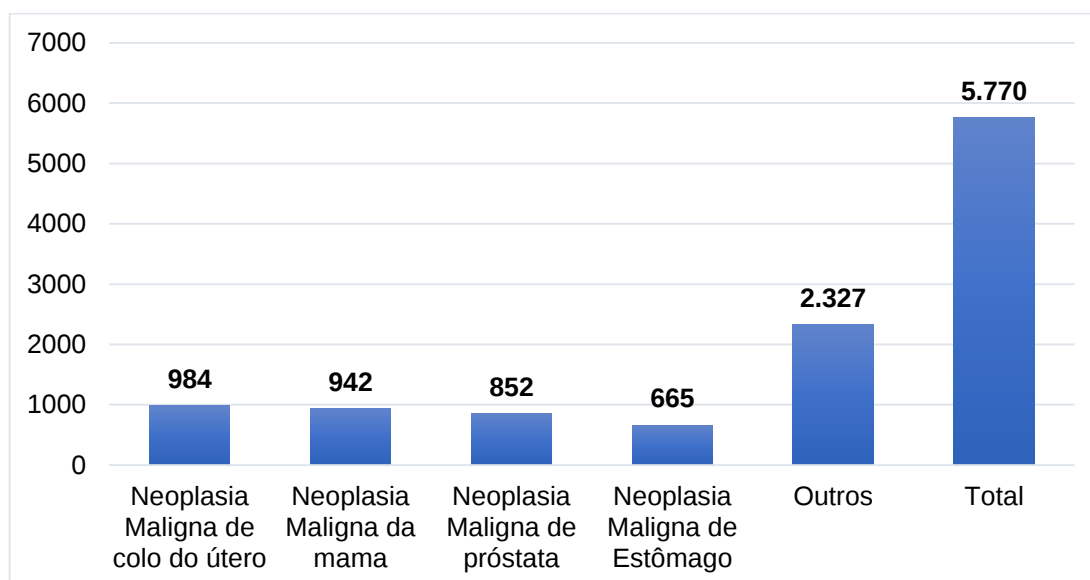
C69 - Neoplasia maligna do olho e anexos	14
C71 – Neoplasia maligna de encéfalo	6
C72 - Neoplasia maligna da medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nerv	1
C73 – Neoplasia maligna de glândula tireóide	9
C74 - Neoplasia maligna da glândula supra-renal [glândula adrenal]	1
C76 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas	1
C77 - Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	3
C78 – Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivo	1
C79 - Neoplasia maligna secundária de outras localizações	4
C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização	4
C81 – Doença de Hodgkin	5
C82 – Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)	2
C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso	3
C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas	1
C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado	1
C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	10
C91 - Leucemia linfóide	12
C92 - Leucemia mielóide	6
D03 - Melanoma in situ	2
D04 - Carcinoma in situ da pele	6
D05 - Carcinoma in situ da mama	1
D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)	1
D09 - Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas	1
D37 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos	2
D39 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais femininos	3
D40 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais masculinos	1
D41 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos urinários	1
D43 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo e do sistema nervoso central	5
D44 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das glândulas endócrinas	17
D47 - Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoéti	1
D48 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações e de localizações n	239

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def

Sobre os casos identificados e acompanhados pela UNACON, em uma série histórica de 2003 a 2023, verificou-se um total de 5.770 casos, com maior registro no ano de 2022 com 655 casos e a prevalência das neoplasias de colo do útero (984), mama (942), próstata (852) e estômago (665).

Gráfico 7: Série Histórica número de casos de câncer no Amapá - UNACON – 2003 a 2023.

Fonte: UNACON (2023).

Gráfico 8: Série Histórica por tipos de câncer UNACON – 2003 a 2023.

Fonte: UNACON (2023).

- Rastreamento do Câncer de Mama e Câncer de Colo do Útero no Amapá

A produção de mamografia no SUS engloba mamografia de rastreamento (código 0204030188 no SIA-SUS), indicada para mulheres de 50 a 69 anos sem sinais e sintomas de câncer de mama, uma vez a cada dois anos; e mamografia (código 0204030030 no SIA-SUS), indicada principalmente para avaliar alterações mamárias suspeitas em qualquer idade, em mulheres e homens.

Dessa forma, conforme a Tabela 19, no Estado do Amapá em um recorte temporal referentes aos anos de 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 foram realizadas 14.052 mamografias de rastreamento em mulheres de 50-69 anos.

Tabela 19: Quantitativo de mamografias de rastreamento em mulheres de 50-69 anos no Amapá – 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Total	182	4.354	5.352	379	1.144	2.641	14.052
160005 SERRA DO NAVIO	1	2	5	0	2	0	10
160010 AMAPA	5	12	315	2	6	1	341
160015 PEDRA BRANCA DO AMAPARI	5	3	10	8	2	12	40
160020 CALCOENE	3	4	211	5	1	5	229
160021 CUTIAS	0	5	101	1	3	4	114
160023 FERREIRA GOMES	2	4	198	2	0	5	211
160025 ITAUBAL	0	4	9	1	0	8	22
160027 LARANJAL DO JARI	17	663	169	18	166	851	1.884
160030 MACAPA	104	3.264	3.594	294	895	1.544	9.695
160040 MAZAGAO	1	9	32	4	3	7	56
160050 OIAPOQUE	5	6	18	5	3	5	42
160053 PORTO GRANDE	10	33	61	5	6	13	128
160055 PRACUUBA	0	4	88	1	0	0	93
160060 SANTANA	26	159	487	30	42	90	834
160070 TARTARUGALZINHO	0	4	23	2	1	2	32
160080 VITORIA DO JARI	3	178	31	1	14	94	321

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?siscan/mamografia_residap.def

Já o número de mamógrafos em uso pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado do Amapá possui um total de 11 equipamentos, sendo 03 mamógrafos com comando simples, 03 com estereotaxia e 05 computadorizados (Tabela 20).

Tabela 20: Número de estabelecimentos com mamógrafo do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo tipo (comando simples, estereotaxia e computadorizado) e regiões/unidades da Federação. CNES, maio, 2023.

Região / Unidade da Federação	Mamógrafo com comando simples	Mamógrafo com estereotaxia	Mamógrafo computadorizado	Total
Região Norte	137	26	84	247
Acre	2	1	4	7
Amapá	3	3	5	11
Amazonas	59	6	32	97
Pará	46	8	25	79
Rondônia	7	4	10	21
Roraima	2	2	1	5
Tocantins	18	2	7	27

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2023.

Em relação ao exame citopatológico, conforme os dados do SISCAN referentes aos anos de 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, o Estado do Amapá realizou um total de 77.449 exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (Tabela 21).

Tabela 21: Quantitativo de exames citopatológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no Amapá segundo o município de residência no Amapá – 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

MUNICÍPIO DE RESIDENCIA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Total	14.109	16.205	4.955	7.523	14.582	20.075	77.449
SERRA DO NAVIO	1	48	1	2	6	9	67
AMAPA	20	16	16	4	17	29	102
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	8	16	10	9	168	84	295
CALCOENE	47	258	84	5	22	13	429
CUTIAS	36	203	4	3	7	15	268
FERREIRA GOMES	6	9	5	4	26	13	63
ITAUBAL	31	123	11	8	12	33	218
LARANJAL DO JARI	114	92	53	76	72	102	509

MACAPÁ	13.059	14.529	4.488	7.032	11.037	12.606	62.751
MAZAGÃO	72	67	9	16	25	66	255
OIAPOQUE	31	18	11	15	64	55	194
PORTO GRANDE	66	59	31	27	45	68	296
PRACUUBA	7	4	2	3	8	5	29
SANTANA	497	682	197	279	3.013	6.910	11.578
TARTARUGALZINHO	28	46	12	8	20	26	140
VITÓRIA DO JARI	86	35	21	32	40	41	255

Fonte: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?SISCAN/cito_colo_residap.def

Os dados disponibilizados sobre as neoplasias com foco no rastreamento dos cânceres de colo do útero e mamas de usuários dos 16 municípios referentes ao ano de 2023 são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22: Dados de atendimentos individuais de usuários para rastreamento de câncer de colo de útero e mamas dos municípios do Amapá (2023).

RASTREAMENTO DE CA DE COLO E MAMA		
MUNICÍPIOS	MAMAS	COLO DO ÚTERO
AMAPÁ	3	17
LARANJAL DO JARI	18	18
MACAPÁ	789	3.023
SANTANA	9	712
VITÓRIA DO JARI	0	2
OIAPOQUE	1	20
PORTO GRANDE	6	34
PRACUUBA	2	7
MAZAGÃO	12	22
TARTARUGALZINHO	22	259
SERRA DO NAVIO	18	60
ITAUBAL	34	128
CUTIAS	1	2
PEDRA BRANCA DO AMAPARÍ	2	6
FERREIRA GOMES	0	2
TOTAL DE CASOS	917	4.312

Fonte: E-GESTOR/MACAPÁ (2023).

- Câncer Infanto-Juvenil e Fluxo de Atendimento

O câncer infanto-juvenil é a primeira causa de morte por doença em crianças de 1-19 anos no Brasil e é um problema de saúde pública no nosso país. Considerada doença crônica, sua linha do cuidado engloba várias etapas: prevenção, diagnóstico precoce, encaminhamento para tratamento, cuidado paliativo e seguimento dos pacientes em controle a longo prazo. A cura não é o único objetivo do tratamento e devemos ter atenção também à qualidade de vida dos pacientes com câncer. Entretanto, os sistemas de atenção à saúde em várias partes do mundo ainda são voltados mais a condições de saúde agudas, não sendo eficientes no caso de condições crônicas, como o câncer (BRASIL, 2021).

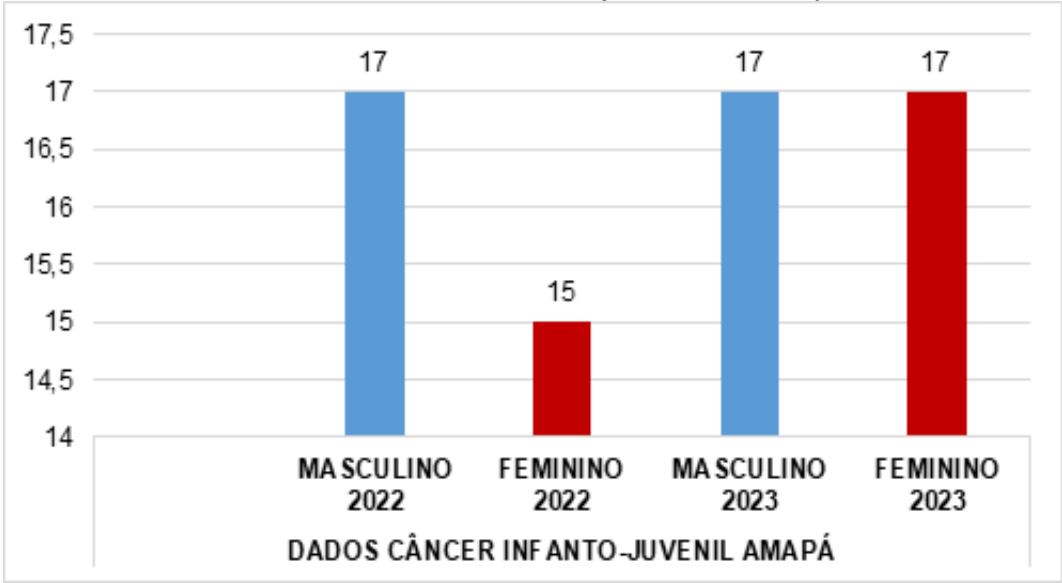
A abordagem do câncer infanto-juvenil deve ser desenvolvida de acordo com o modelo de atenção crônica, através de sistemas de rede de atenção à saúde. Para isto, é necessário que as redes de atenção primária, secundária e terciária atuem de forma proativa, integrada, coordenada e com ampla intercomunicação, com o objetivo de prestar continuidade no cuidado a esses pacientes. O planejamento conjunto do cuidado possibilitará a otimização dos recursos da rede e contemplará o ciclo completo da atenção ao câncer infanto-juvenil. Desta forma, será possível oferecer atenção multidisciplinar integral aos pacientes através da promoção de saúde, prevenção, tratamento curativo, reabilitação e cuidado paliativo (BRASIL, 2021).

No Amapá, a situação do câncer infanto-juvenil apresenta agravantes relacionados à atenção especializada (Oncopediatria) pela ausência do especialista na rede assistencial e estes casos são encaminhados via Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para outros Estados.

Sobre os dados relacionados ao câncer infanto-juvenil, estes foram disponibilizados pelo Hospital da Criança e do Adolescente – HCA que é a referência para atendimentos, internações e encaminhamentos.

O Gráfico 9 traz os dados referentes ao número de casos de câncer infanto-juvenil de acordo com o sexo nos anos de 2022 e 2023 até a presente data. Dessa forma, observa-se que houve registro de 32 casos em 2022, sendo 17 no sexo masculino e 15 no sexo feminino, enquanto que em 2023 houve o registro de 34 casos, sendo 17 no sexo masculino e 17 no sexo feminino.

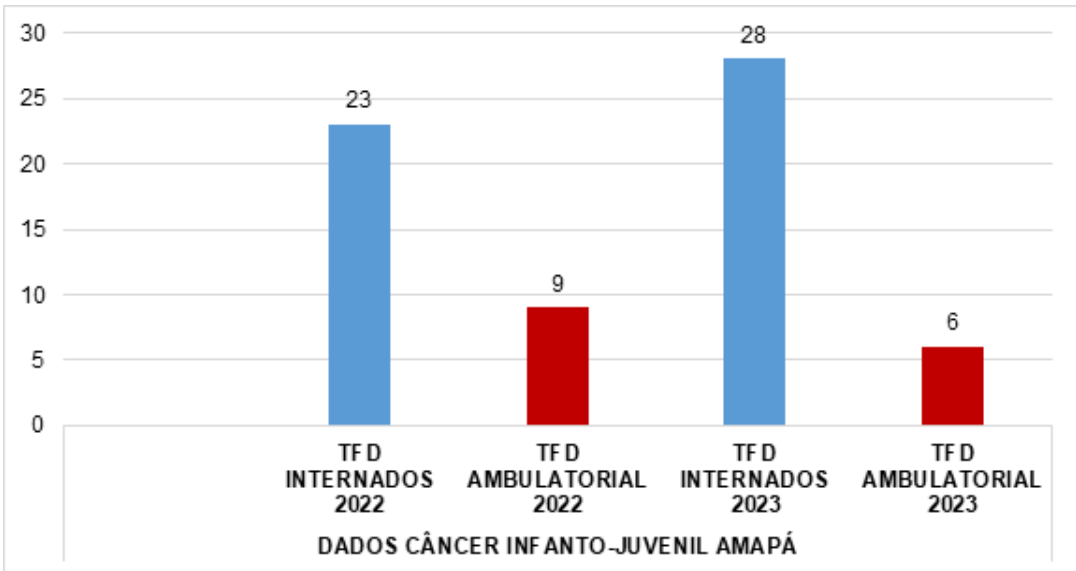
Gráfico 9: Número de casos de câncer infanto-juvenil no Amapá, 2022-2023.



Fonte: Hospital da Criança e do Adolescente, 2023.

Sobre os casos de câncer infanto-juvenil que foram encaminhados para TFD, o HCA atendeu 23 casos de internados em 2022 e 28 em 2023, além de atender 09 casos ambulatoriais em 2022 e 06 em 2023 (Gráfico 10).

Gráfico 10: Número de casos de câncer infanto-juvenil encaminhados para TFD pelo HCA – Internados e Ambulatoriais, 2022 e 2023.

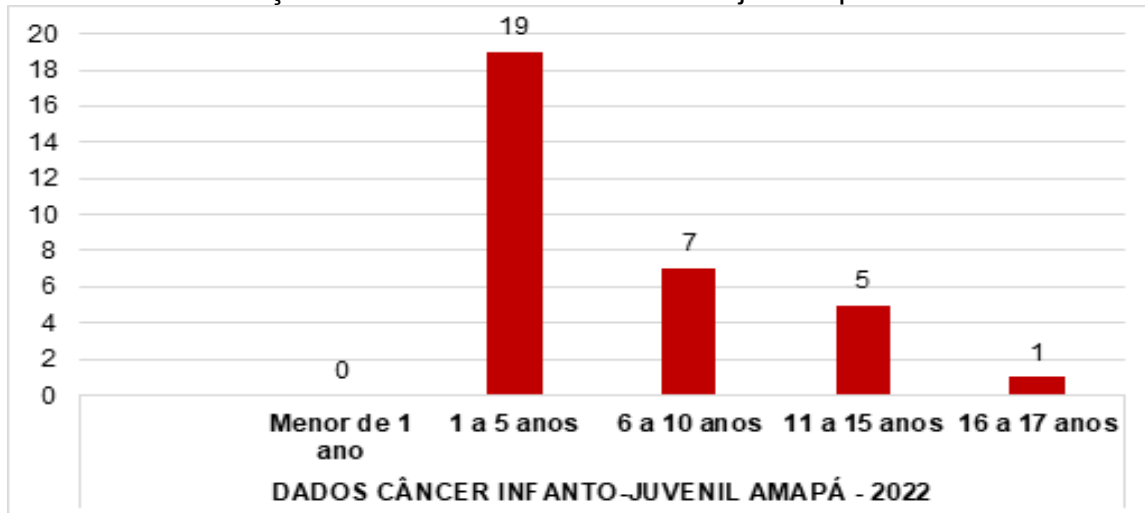


Fonte: Hospital da Criança e do Adolescente, 2023.

Em relação à faixa etária, os dados mostram que a maior prevalência no ano de 2022 ocorreu entre as crianças de 1 a 5 anos com 19 casos, seguido da faixa etária

de 6 a 10 anos com 07 casos, e 11 a 15 anos com 05 casos. Houve apenas 01 caso em adolescentes de 16 a 17 anos e nenhum caso em menores de 1 ano (Gráfico 11).

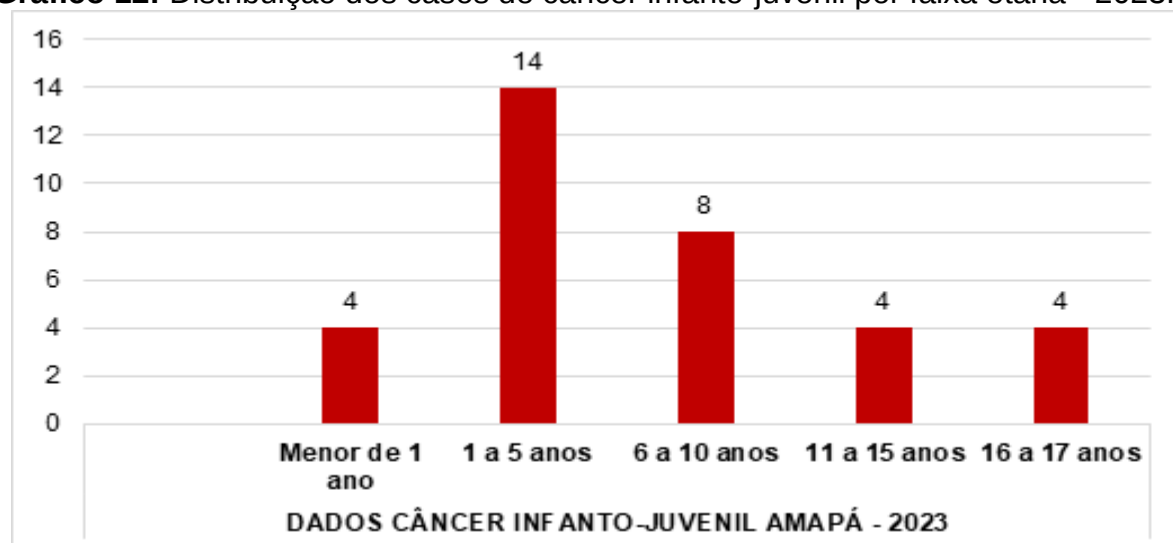
Gráfico 11: Distribuição dos casos de câncer infanto-juvenil por faixa etária - 2022.



Fonte: Hospital da Criança e do Adolescente, 2023.

Os dados referentes ao ano de 2023 mostraram maior prevalência de câncer na faixa etária de 1 a 5 anos com 14 casos, seguido por 08 casos na faixa etária de 6 a 10 anos, o que mostra uma tendência acompanhando os resultados do ano de 2022. Destaca-se que neste ano houve registro de 04 casos em menores de 1 ano de idade (Gráfico 12).

Gráfico 12: Distribuição dos casos de câncer infanto-juvenil por faixa etária - 2023.



Fonte: Hospital da Criança e do Adolescente, 2023.

5.3 FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

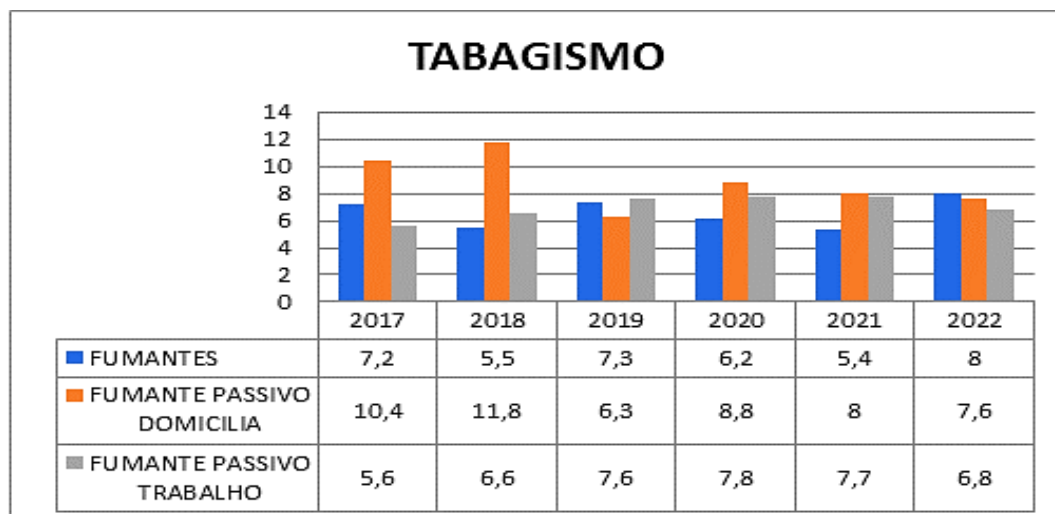
De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por doenças crônicas não-transmissíveis e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades.

A Secretaria de Vigilância em Saúde/MS em 2006 implantou nas capitais brasileiras e Distrito Federal o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), cujo objetivo é monitorar na população adulta a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT, contribuindo na formulação de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Destaca-se que a pesquisa Vigitel é realizada com acompanhamento contínuo dos fatores de risco modificáveis em comum as DCNT, nesta análise faremos citação ao tabagismo, excesso de peso e obesidade, inatividade física e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além do diagnóstico médico referenciados de hipertensão arterial e diabetes.

5.3.1- Tabagismo

No Brasil a frequência de adultos (≥ 18 anos) fumantes em 2022 foi de 8%. Independentemente do número de cigarros e da duração do hábito de fumar no período de 2017 a 2022, sendo assim houve um aumento de 2,6% (Gráfico 13).

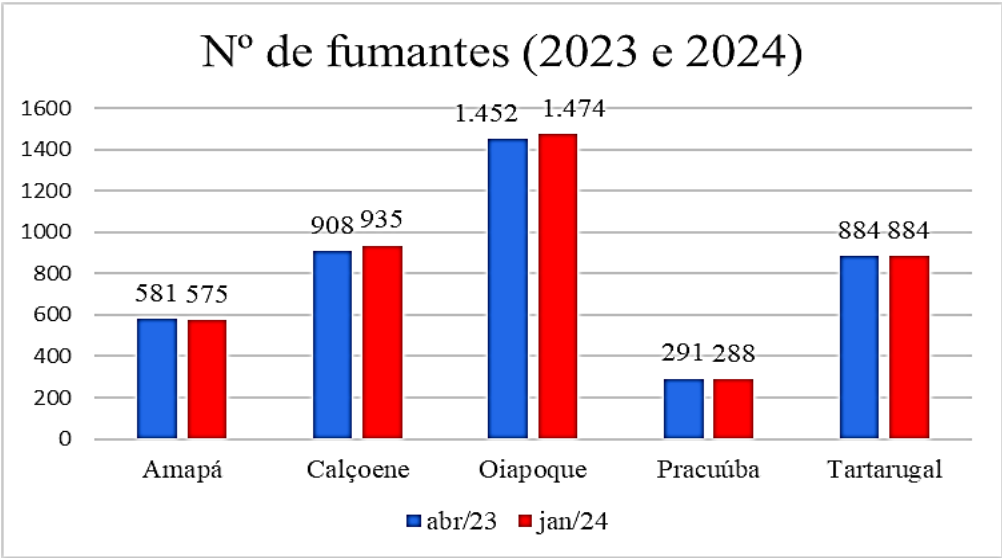
Gráfico 13: Percentual de adultos (>18 anos) fumantes – Macapá/AP, 2017 a 2022.



Fonte: Vigitel/MS.

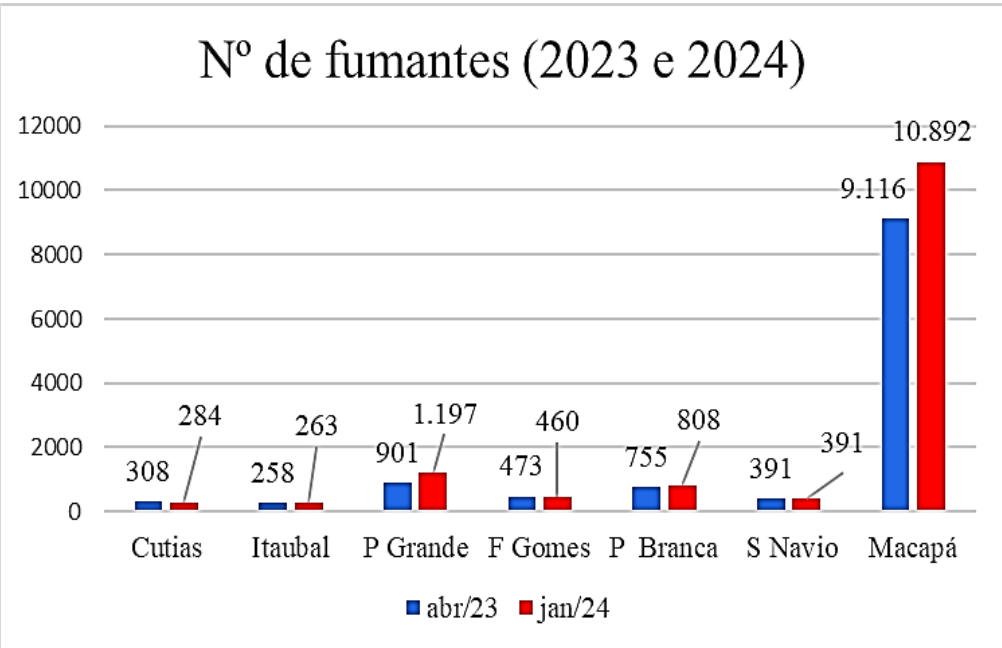
No que diz respeito aos dados de usuários fumantes cadastrados pela APS nos municípios por região de saúde, destacam-se abaixo:

Gráfico 14: Região Norte do Amapá - Número de fumantes cadastrados no Sistema e-SUS/AB em 2023 e 2024.



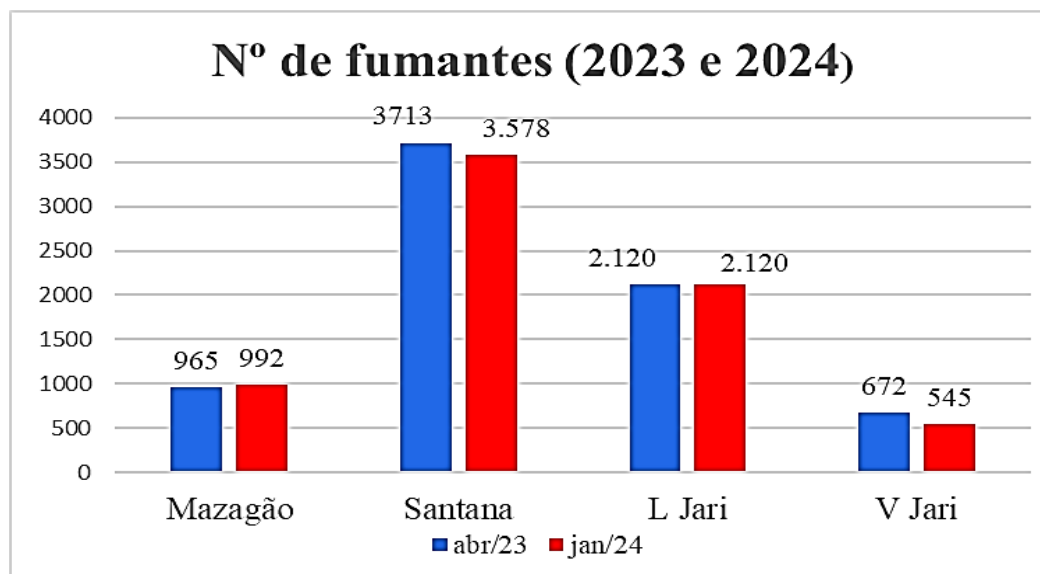
Fonte: e-SUS/AB – Centralizador dos municípios.

Gráfico 15: Região Central do Amapá - Número de fumantes cadastrados no Sistema e-SUS/AB em 2023 e 2024.



Fonte: e-SUS/AB – Centralizador dos municípios.

Gráfico 16: Região Sudoeste do Amapá - Número de fumantes cadastrados no Sistema e-SUS/AB em 2023 e 2024.

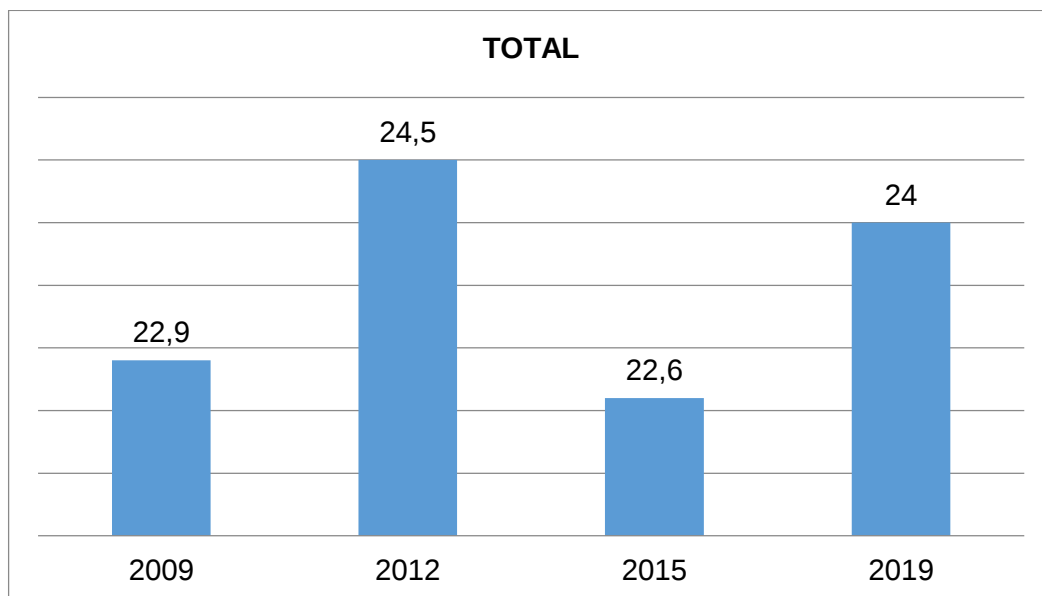


Fonte: e-SUS/AB – Centralizador dos municípios.

Com relação à Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar - PeNSE, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e com apoio do Ministério da Educação, desde 2009 aos escolares adolescentes do 9º ano do ensino fundamental, que ocorre de 03 em 03 anos, onde investiga informações que permite conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares.

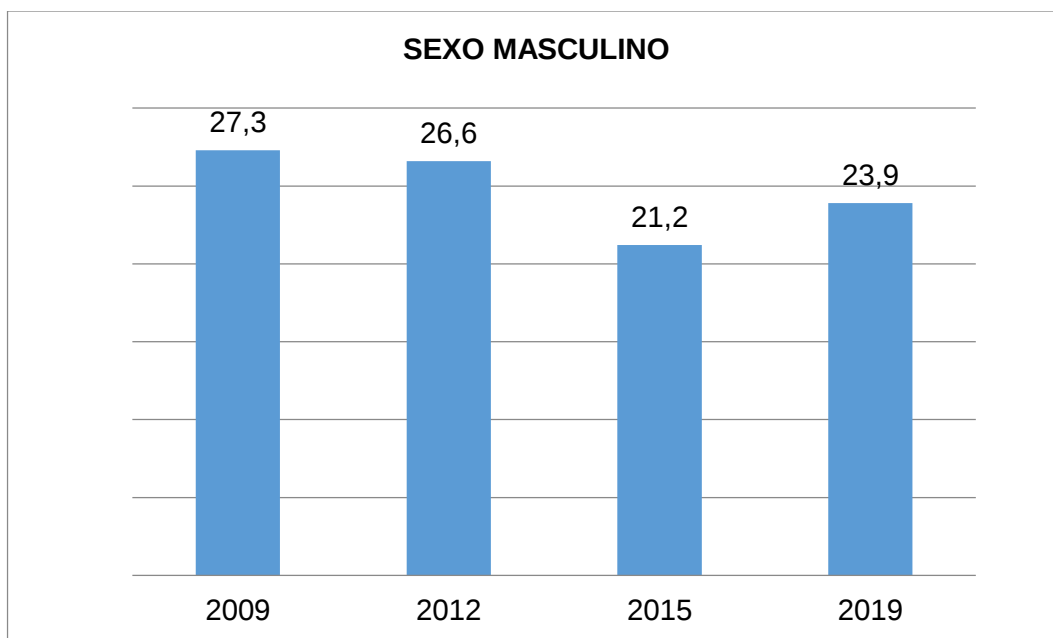
Avaliando os valores dos adolescentes da Capital Macapá, entre os anos de 2009, 2012, 2015 e 2019, percebemos crescimento expressivo na pergunta (se o adolescente já fumou pelo menos uma vez na vida), de 22,9% em 2009 para 24% em 2019. Observando uma redução nos homens de 27,3% em 2009 para 23,9% em 2019. Com as mulheres no mesmo período podemos observar um aumento de 19,2% em 2009 para 24,2% em 2019. Com relação à escola pública de 23,6% em 2009 aumentou para 26,6% em 2019. Em relação as escolas privadas observamos uma redução de 15,4% em 2009 para 6,1% em 2019.

Gráfico 17: Percentual de adolescentes do 9º ano que fumaram pelo menos uma vez na vida.



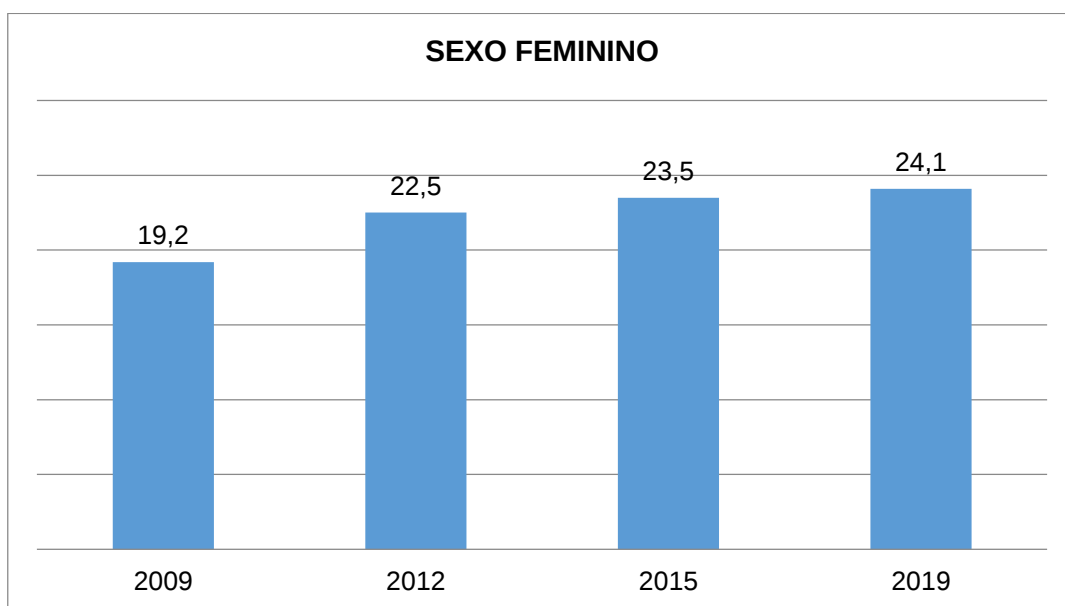
Fonte: PeNSE/MS.

Gráfico 18: Percentual de adolescentes do 9º ano que fumaram pelo menos uma vez na vida – Sexo masculino.



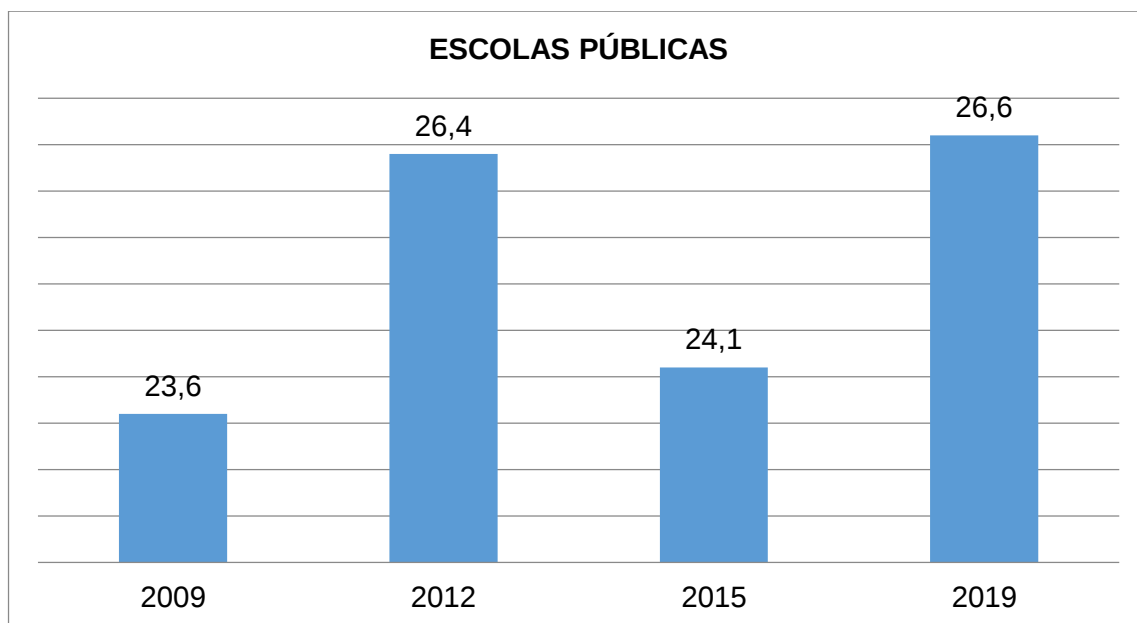
Fonte: PeNSE/MS.

Gráfico 19: Percentual de adolescentes do 9º ano que fumaram pelo menos uma vez na vida – Sexo feminino.



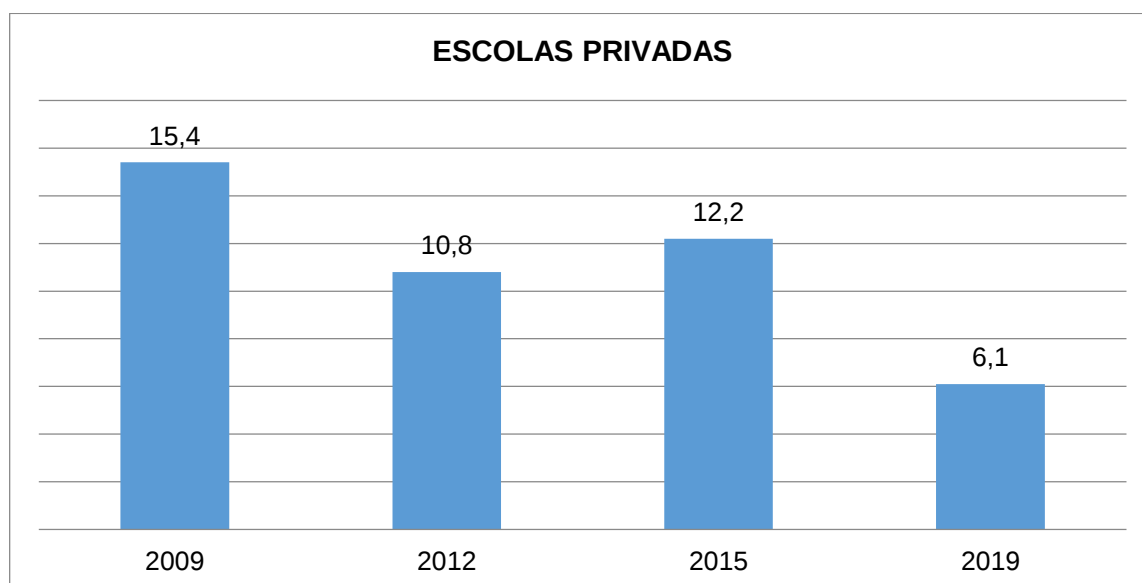
Fonte: PeNSE/MS.

Gráfico 20: Percentual de adolescentes do 9º ano que fumaram pelo menos uma vez na vida – em Escolas Públicas.



Fonte: PeNSE/MS.

Gráfico 21: Percentual de adolescentes do 9º ano que fumaram pelo menos uma vez na vida – em Escolas Privadas.

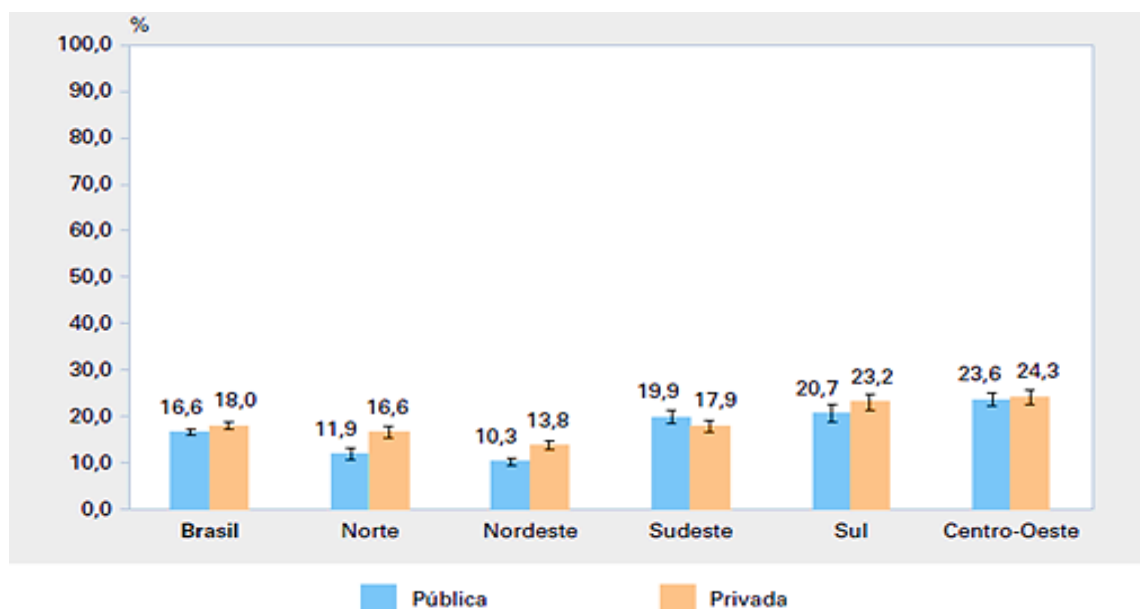


Fonte: PeNSE/MS.

Tabaco e os dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs)

Embora não seja considerado formalmente como um produto do tabaco os dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs) conhecidos também como cigarros eletrônicos ou *e-cigarettes*, são aparelhos criados com o objetivo de substituir o cigarro convencional. Possuem diferentes formatos e mecanismos. Em sua maioria, contêm aditivos com sabores, inúmeras substâncias tóxicas e nicotina – droga que causa dependência, adoecimento e morte. Existe uma falsa ideia de que os cigarros eletrônicos (DEFs) façam menos mal à saúde ou sejam mais seguros do que os cigarros convencionais, porém, segundo o INCA (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, [2019]), estudos mostram que os níveis de toxicidade podem ser tão prejudiciais como os do cigarro convencional. Como combinam substâncias tóxicas com outras que muitas vezes mascaram os efeitos danosos e estimulam a sua utilização, como sabores sedutores, aromas e formatos, os cigarros eletrônicos têm ampliado muito a sua utilização no mundo.

Gráfico 22: Percentual de escolares de 13 a 17 anos que alguma vez na vida experimentou cigarro eletrônico (e-cigarette) com indicação do intervalo de confiança de 95% por dependência administrativa da escola, segundo as grandes regiões – 2019.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019.

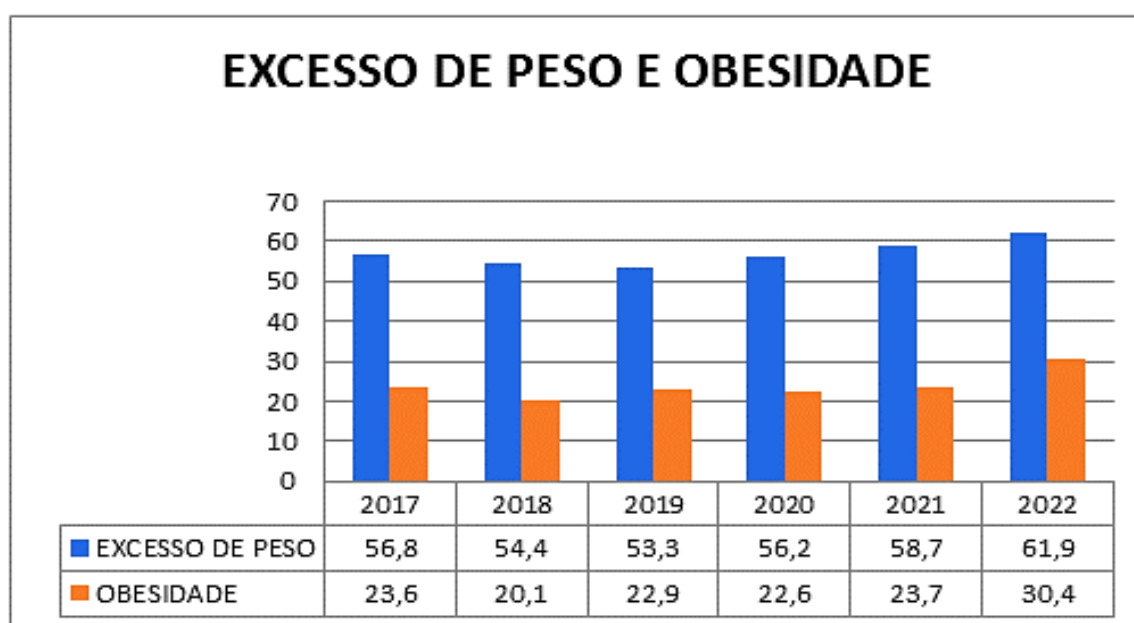
A partir do Gráfico 22, a experimentação de *e-cigarette*, teve variação quanto ao sexo, demonstrou uma experimentação maior para os homens (18,1%) do que para as mulheres (14,6%), sendo essa predominância mantida em todas as regiões. Já quanto a dependência administrativa da escola, embora o indicador não apresente diferença estatisticamente significativa (se mantém dentro do intervalo de confiança) para o País, ficando em 18,0% para os alunos nas escolas privadas e 16,6% para os das escolas públicas ele se comporta de forma diferente para as Grandes Regiões, ficando os escolares da rede privada com um percentual maior de experimentação nas Regiões Norte (16,6%) e Nordeste (13,8%), do que os da rede pública (11,9% e 10,3% respectivamente), mantendo-se estatisticamente indiferenciados nas demais Grandes Regiões.

5.3.2- Excesso de peso e obesidade

O excesso de peso e a obesidade são diagnosticados quando o Índice de Massa Corporal (IMC) alcança valores iguais ou superiores a 25 kg/m² e 30 kg/m², respectivamente.

Em Macapá em 2022 a prevalência de adultos com excesso de peso foi de 61,9% com aumento de 3,2% comparado a 2021, a obesidade no mesmo período houve um aumento de 6,7% (Gráfico 23).

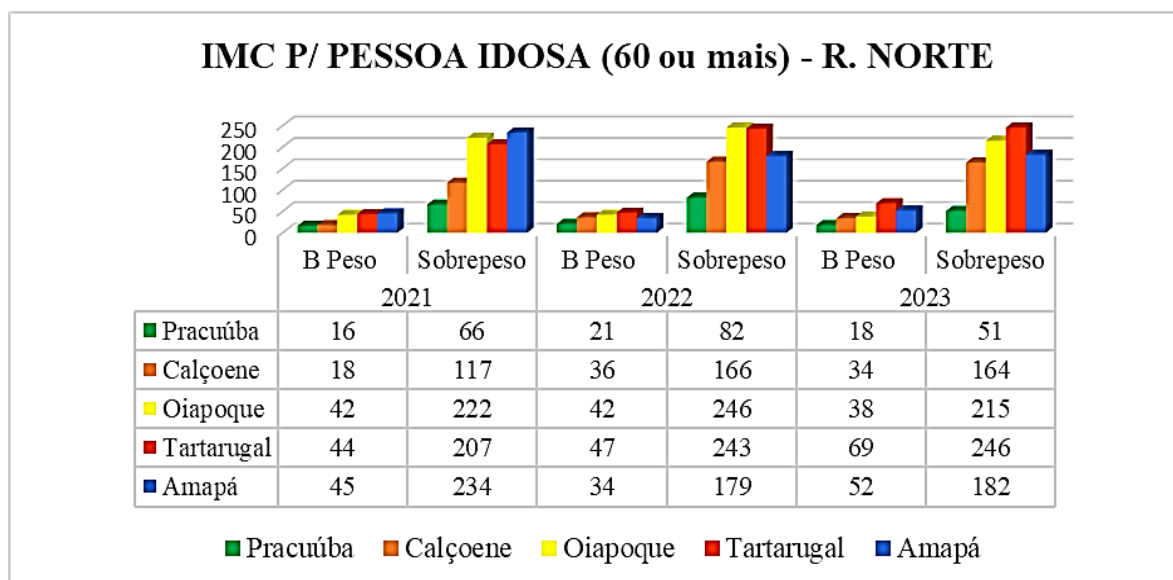
Gráfico 23: Percentual de adultos com excesso de peso e obesidade – Macapá/AP, 2017 a 2022.



Fonte: Vigitel/MS.

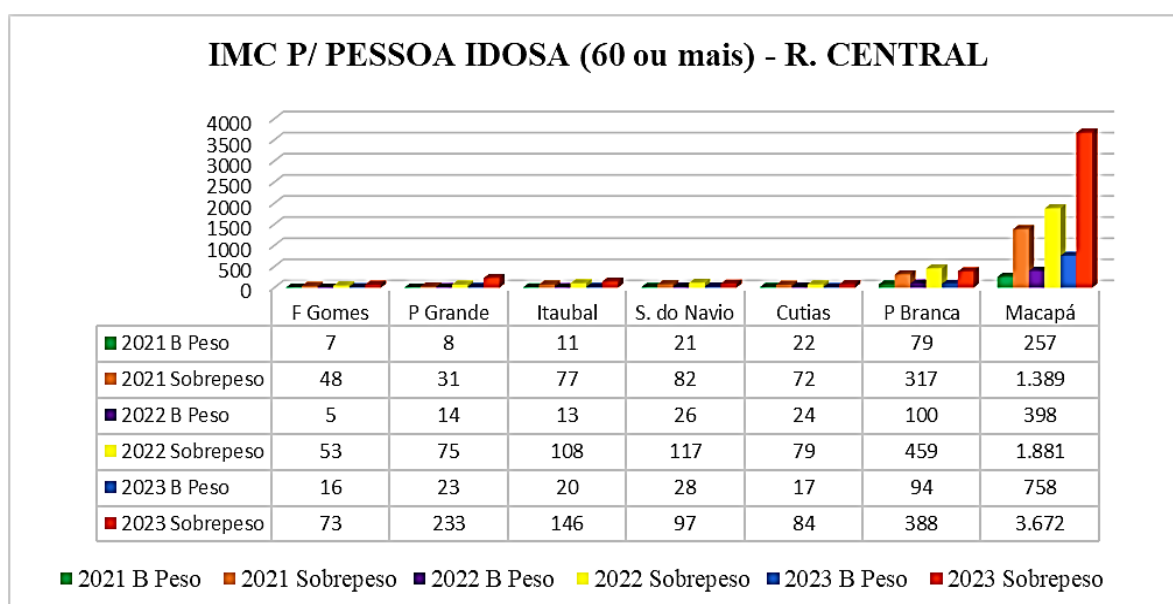
Na pessoa idosa (acima de 65 anos), o Vigitel comparou as informações colhidas do período de 2018 e 2023 e encontrou número de casos de sobrepeso respectivamente (62,9% e 61,2%) e obesidade (22,7% e 21,1%), demonstrando ainda que este público alvo se encontra com o peso acima do normal.

Na Região Norte, o Município do Amapá, vem demonstrando na faixa etária 60 ou mais, uma diminuição do número de casos de sobrepeso, de 2021 (234) e 2022 (179), voltando a aumentar discretamente em 2023. Entretanto, em Tartarugalzinho os dados subiram de 2021 a 2023, já em Oiapoque houve aumento de 2021 para 2022 e deste diminuiu em cerca de 12% no ano de 2023.

Gráfico 24: Região Norte (Pessoa Idosa com Baixo Peso e Sobrepeso - 60 ou mais).

Fonte: SISVAN, (2023).

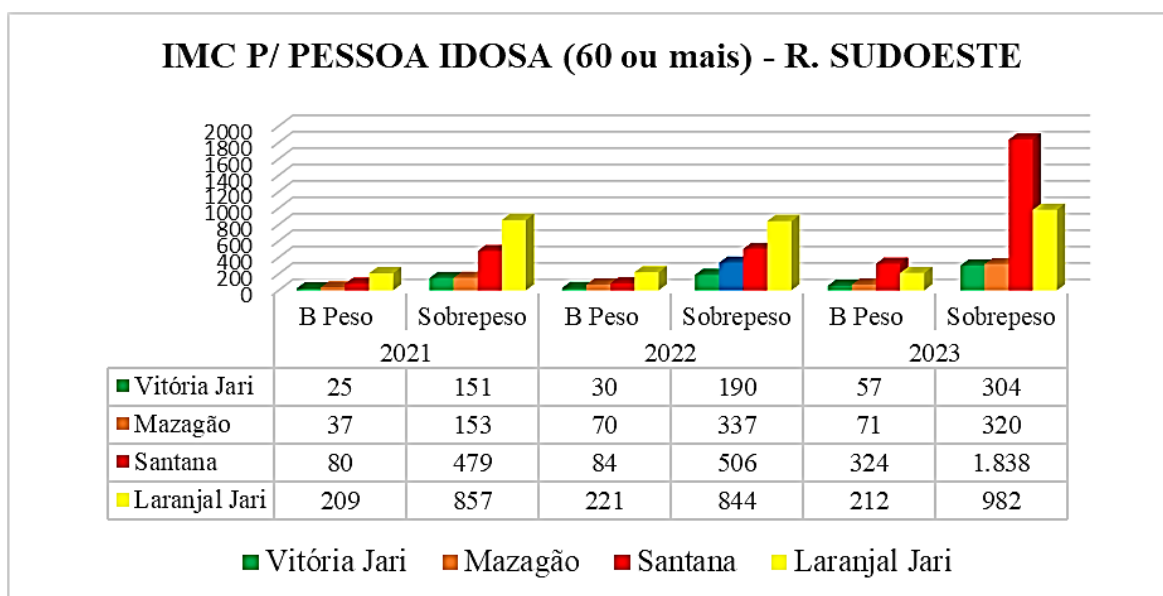
Quanto à Região Central, o Município de Macapá lidera o ranking de pessoas idosas, com sobrepeso, descritos no gráfico abaixo, mostrando que os casos duplicaram de 2022 (1.881) para 2023 (3.672). O Município de Pedra Branca do Amapari, indicou através da sua inserção de dados, que essa população foi bastante atingida em 2022 com 459 casos, reduzindo em 2023 para 388 casos, demonstrando intervenção nesse cenário pela APS local.

Gráfico 25: Região Central (Pessoa Idosa com Baixo Peso e Sobrepeso - 60 ou mais).

Fonte: SISVAN, (2023).

Na Região Sudoeste, os dados são elevados em Laranjal do Jari para a população (60 anos ou mais), público vulnerável, que do ano de 2022 para 2023 elevou-se em quase 20%. No entanto, no segundo maior Município do Estado, os dados são assustadores nos últimos dois anos, pois aumentou mais de 250%, requerendo uma atenção dos gestores locais, com essa população vulnerável, através da implementação de políticas públicas pré-existent.

Gráfico 26: Região Sudoeste (Pessoa Idosa com Baixo Peso e Sobrepeso - 60 ou mais).



Fonte: SISVAN, (2023).

A obesidade também é um problema grave em crianças e adolescentes, é resultado de uma série complexa de fatores genéticos, individuais/comportamentais e ambientais que atuam em múltiplos contextos: familiar, comunitário, escolar, social e político, favorecendo consequências nocivas em todo o ciclo de vida e ainda eleva os custos para o SUS relacionados ao tratamento do agravo e suas complicações.

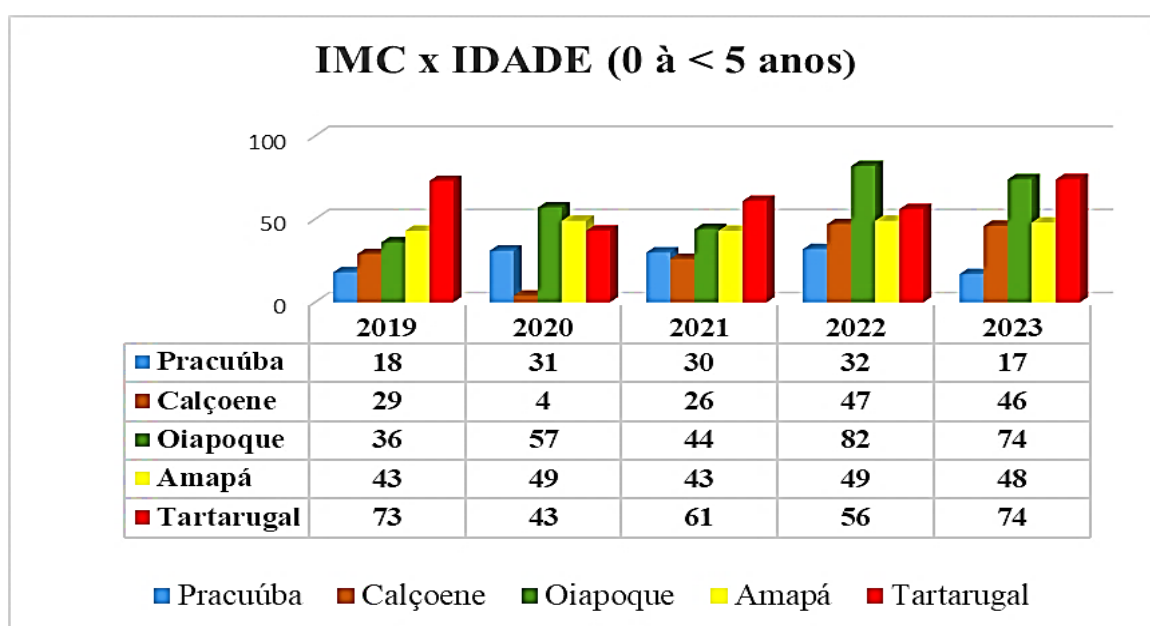
A ausência do aleitamento materno exclusivo, desmame precoce, o excesso de consumo alimentar ultraprocessado, altamente calóricos e ricos em gorduras, açúcares e sódio, a inatividade física, o aumento do comportamento sedentário e sono inadequado, são fatores que contribuem de forma individual/comportamental com a obesidade no público infantil e nos adolescentes.

Em relação ao Estado Nutricional, de acordo com o SISVAN (2023), não foi identificado registro sobre o Aleitamento Materno em crianças de 0 a 6 meses,

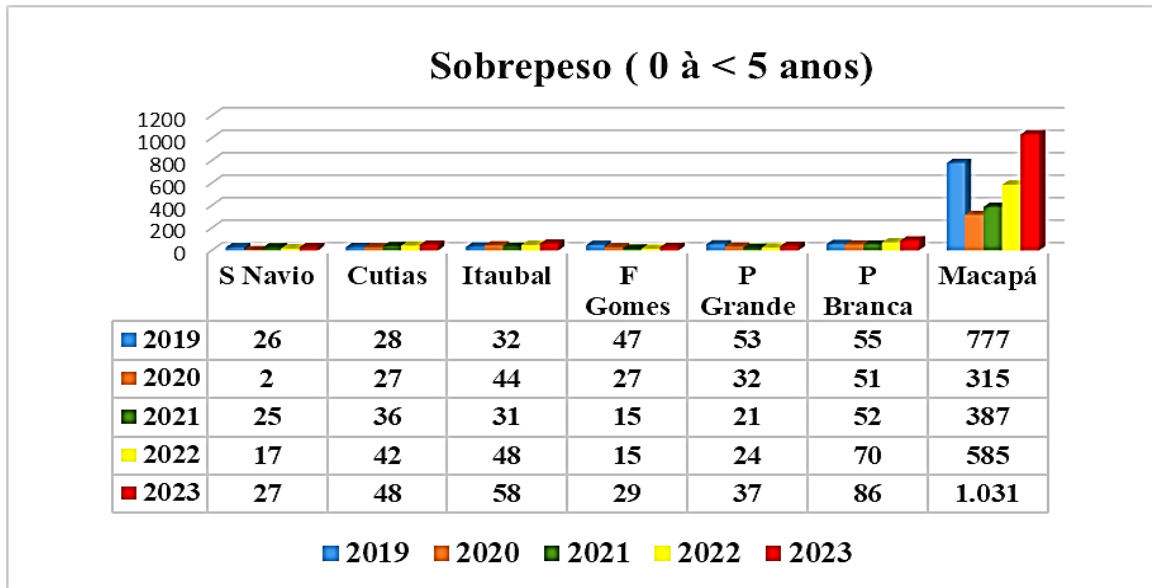
ocorrendo a subnotificação maciça pelos Municípios, mostrando que as Estratégias do Aleitamento devem ser potencializadas desde o Pré-Natal, fato este que nos remete a pensar, no desmame precoce, no leite ofertado para esse público, culminando com desnutrição, alergias, infecções diarreicas e respiratórias, além do sobrepeso, conforme os gráficos demonstrados a seguir por região de saúde. No entanto, o sobrepeso corrobora com a obesidade infantil.

Na região Norte do Estado (Gráfico 27), de acordo com a série histórica, entre 2019-2023, o número de crianças com sobrepeso de (0 à < 5 anos), se destacaram nos anos de 2022, com 82 casos em Oiapoque e 74 no Município de Tartarugalzinho em 2023. Na região Central (Gráfico 22), Macapá, por ser a capital, teve número elevado em 2019 (777 crianças), e 2023 (1.031 crianças), demonstrando uma possível subnotificação nos 3 anos em houve diminuição de casos.

Gráfico 27: Região Norte (Crianças com Sobrepeso - 0 à < 5 anos).

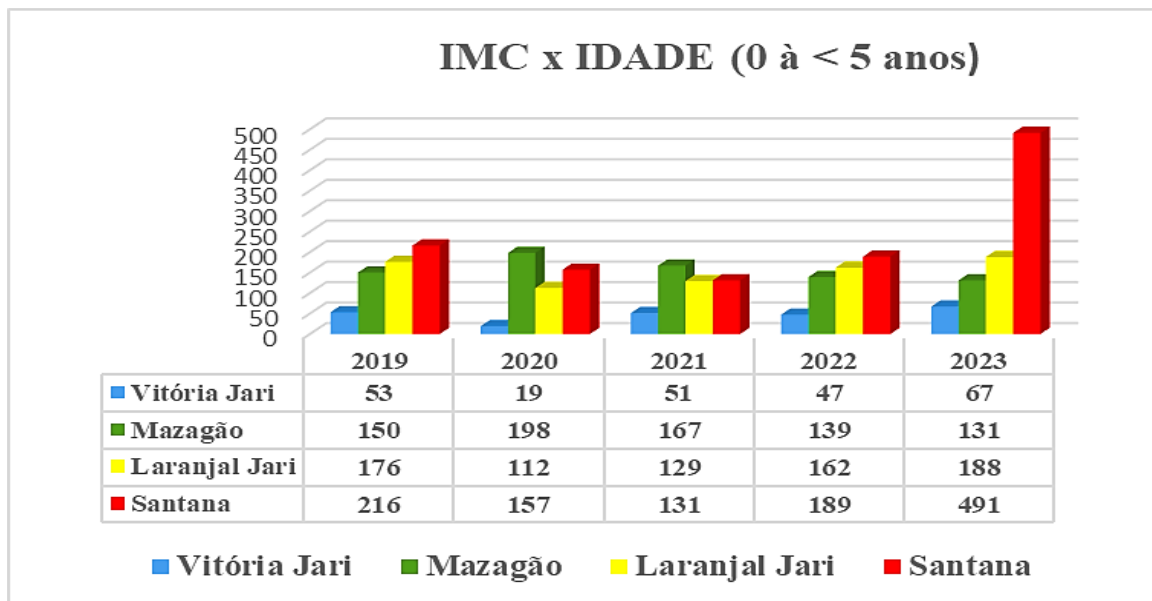


Fonte: SISVAN, (2023).

Gráfico 28: Região Central (Crianças com Sobrepeso 0 à < 5 anos).

Fonte: SISVAN, (2023).

Quanto à Região Sudoeste (Gráfico 29), evidenciou 216 crianças com sobrepeso na faixa etária (0 à < de 5 anos) com aumento para 491 em 2023, sendo que nos anos que diminuíram o número de casos, houve intervenção ou subnotificação.

Gráfico 29: Região Sudoeste (Crianças com Sobrepeso - 0 à < 5 anos)

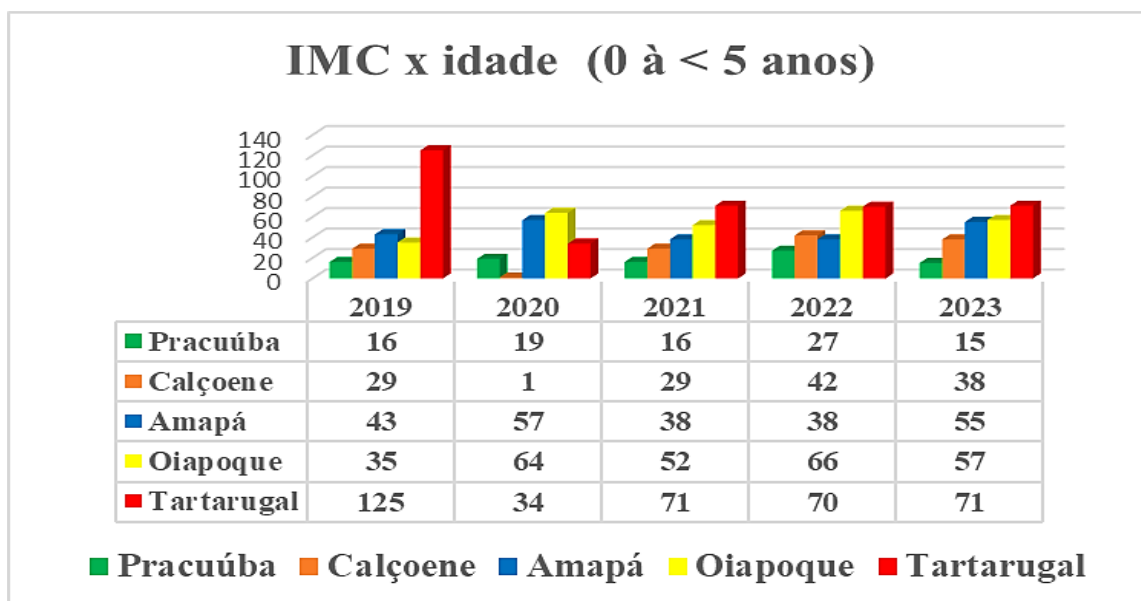
Fonte: SISVAN, (2023).

O Ministério da Saúde e o Governo Brasileiro se comprometeram nacionalmente e internacionalmente em diminuir o avanço da obesidade na infância. O Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacou-se nacionalmente e apresentou como meta “Reduzir prevalência de obesidade em crianças e adolescentes” e “Deter o crescimento da obesidade em adultos”; a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade; a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos; a publicação do Guia de Atividade Física para a População Brasileira.

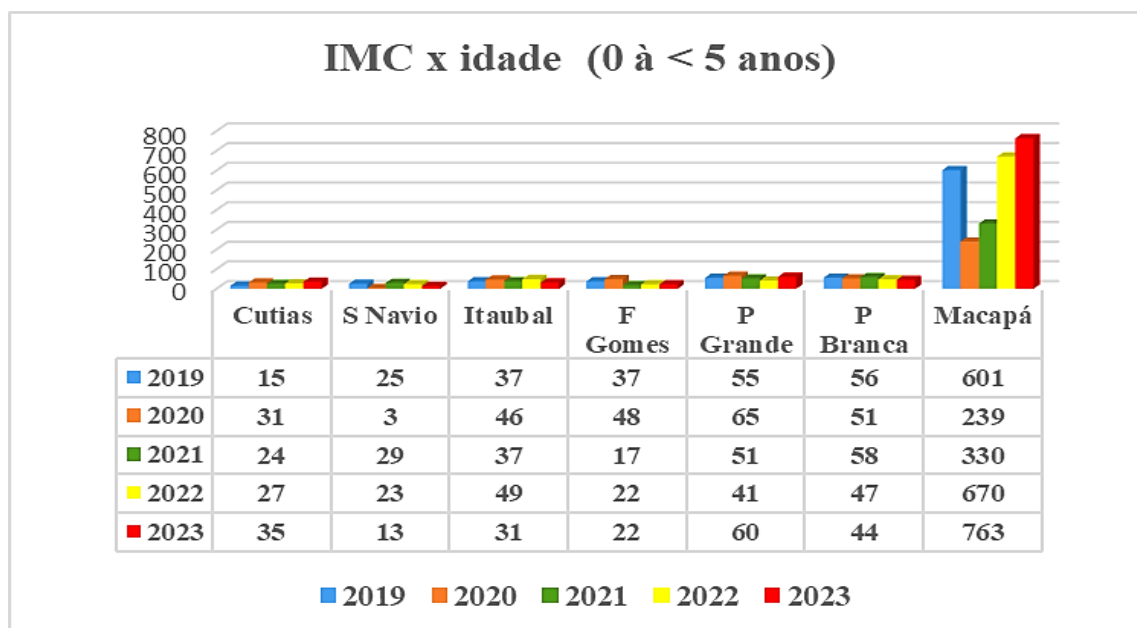
Na Região Norte conforme o cálculo de IMC x idade foi identificado que o Município de Tartarugalzinho teve um pico elevado de crianças obesas com 125 casos em 2019, na faixa etária de 0 a < de 5 anos e apresentou uma redução de cerca de 73% para o ano seguinte, todavia aumentou novamente nos anos consecutivos, conforme o Gráfico 30.

Quanto à Região Central, a capital demonstrou por meio do Gráfico 31, para o ano de 2019, um quantitativo de 601 crianças com o quadro de obesidade, para a faixa etária acima, diminuiu nos anos de 2020 e 2021, e voltou a aumentar o número de casos em 2022 (670) e 2023 (763).

Gráfico 30: Região Norte (Crianças com obesidade - 0 à 5 anos);

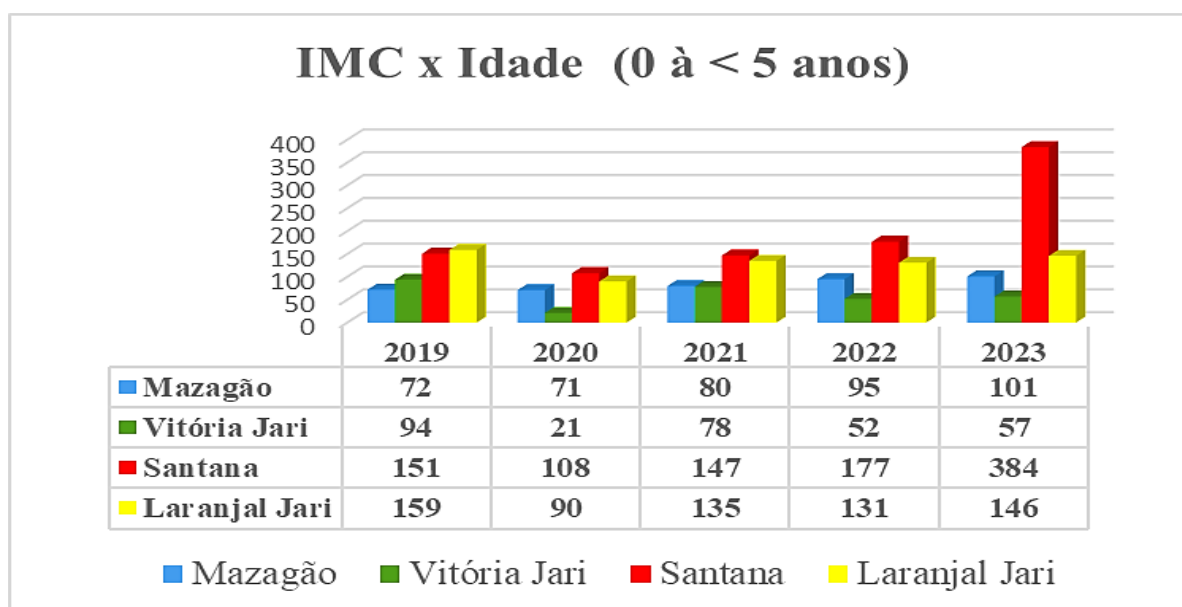


Fonte: SISVAN, (2023.)

Gráfico 31: Região Central (Crianças com obesidade - 0 à 5 anos).

Fonte: SISVAN, (2023).

Na Região Sudoeste, o Município de Laranjal do Jari, apresentou em 2019, 159 crianças obesas, nas faixas etárias de 0 a < de 5 anos e Santana em 2019 mostrou 151 casos de obesidade, para essa mesma idade, observou-se uma diminuição em 2020, porém do ano 2022 (177 casos), 2023 (384), aumentando em mais de 100% de um ano para o outro, conforme o Gráfico 32.

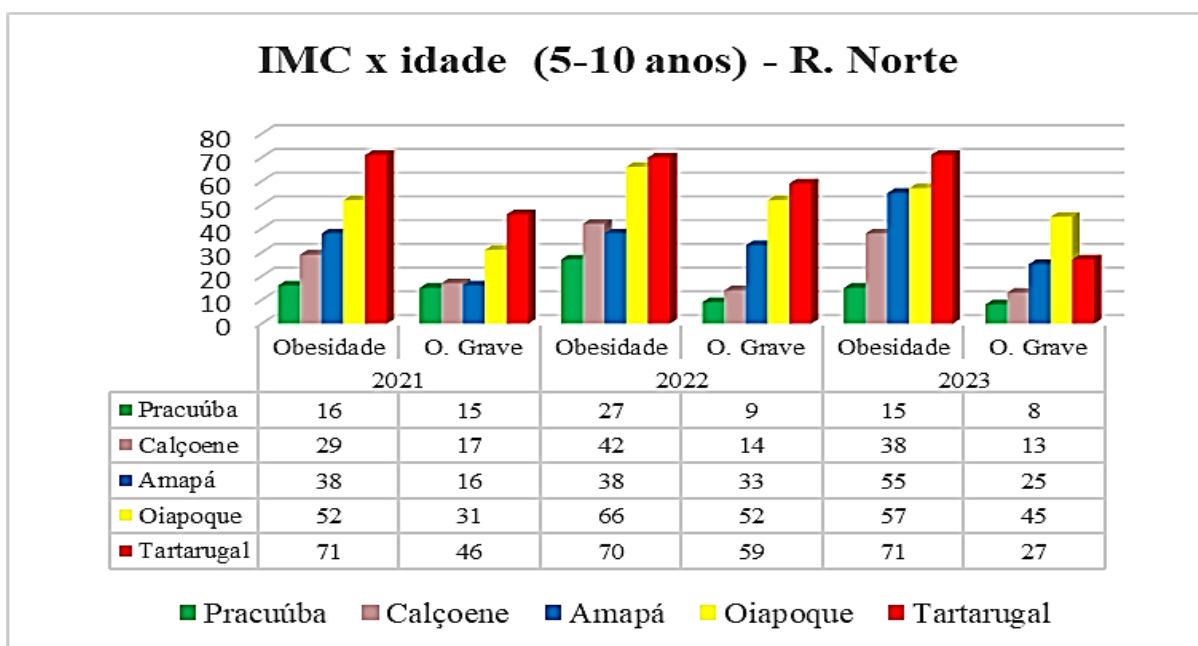
Gráfico 32: Região Sudoeste (Crianças com obesidade - 0 à 5 anos).

Fonte: SISVAN, (2023).

O cenário do Estado do Amapá, nos chama atenção para a segunda infância, pois parte das crianças com obesidade que não foram acompanhadas e/ou tratadas, apresentam-se com obesidade grave, sendo demonstrados nos gráficos abaixo por região de saúde.

Na Região Norte, as crianças de 5 a 10 anos do município de Tartarugalzinho, vem apresentando o quadro de obesidade entre 70 e 71 ao longo dos 03 (três) últimos anos, sendo que para Obesidade grave, nesta clientela em 2021 (46 casos, correspondendo a 65% da obesidade) e 2022 (59, o que alcançou cerca de 83%). Depois dele o município de Oiapoque se destaca em 2022, com 66 casos de crianças obesas e 52 crianças com obesidade grave. Em 2023, os indicadores ilustrados no gráfico passaram por intervenção ou subnotificação, pois nos mostram 57 crianças com obesidade e 45 obesidades grave, dados relevantes para essa região.

Gráfico 33: Região Norte (Crianças com obesidade e Obesidade Grave de 5 à 10 anos).

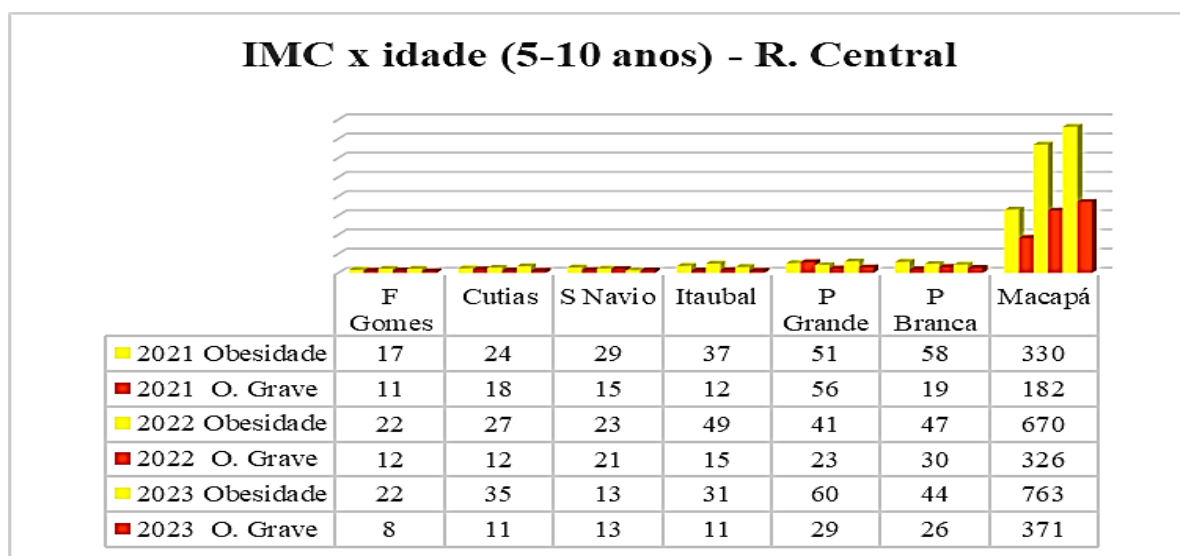


Fonte: SISVAN, (2023).

Em relação a Região Central, foi observado na capital, que o número de crianças com obesidade infantil nas faixas etárias de 05 a 10 anos, dobrou do ano de 2021 (330) para 2022 (670) e ainda aumentou em 14% em 2023 (763). Quanto à obesidade grave, o município de Macapá tem, os casos estão aumentando no último triênio.

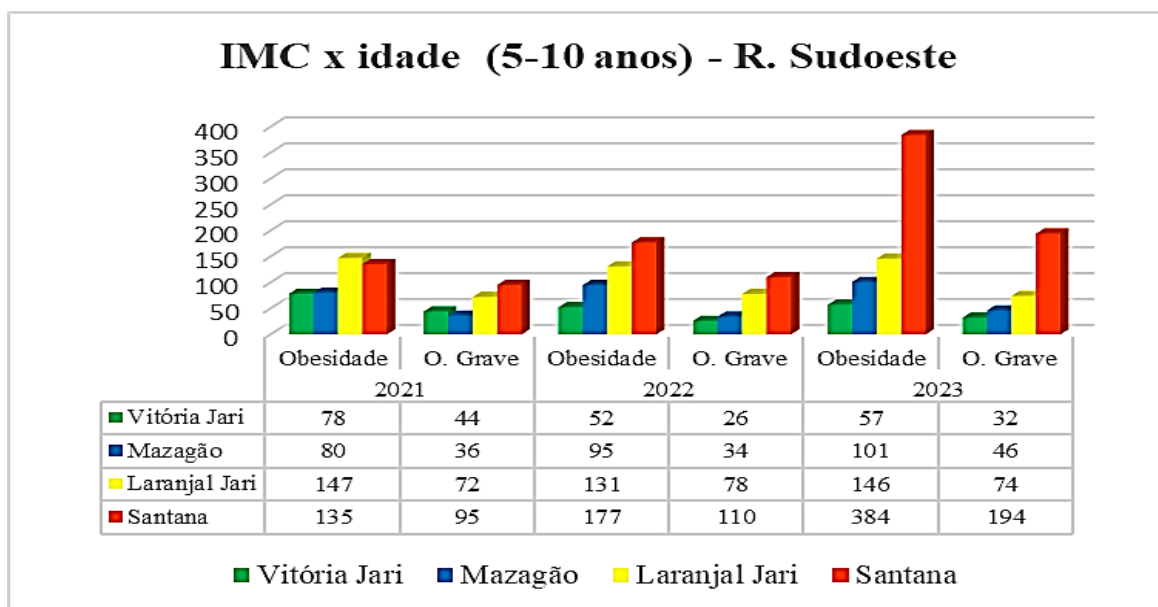
Em 2021, para as faixas etárias de 05 a 10 anos do município de Porto Grande, para crianças obesas (51) e obesidade grave (56), ultrapassaram em 10%, significando a não intervenção, frente a gravidade do problema instalado, culminando com agravos, dislipidemia, problemas circulatórios, entre outros. Em 2022 (41) crianças com obesidade infantil, com redução de 47% para obesidade grave e 2023 (60) para a obesidade, e 29 casos de obesidade grave, representando cerca de 50% de redução, nos remetendo a levantar hipótese das subnotificações, pela demonstração dos últimos anos. Havendo necessidade dessa forma de Avaliação e Monitoramento no território in loco.

Gráfico 34: Região Central (Crianças com obesidade e Obesidade Grave de 5 à 10 anos).



Fonte: SISVAN, (2023).

No que tange a Região Sudoeste, o número de crianças com obesidade infantil nas faixas etárias de 5 a 10 anos, período de 2020 a 2023, aumentou em mais de 120% de 2022 (177) para 2023 (384), no município de Santana. E a obesidade grave nesse público, também aumentou significativamente no último biênio. Quanto a Laranjal do Jari, percebeu-se no último triênio que obesidade grave vem reduzindo em torno de 50% dos casos de crianças com obesidade infantil, o que pode ser considerado uma intervenção da equipe de APS.

Gráfico 35: Região Sudoeste (Crianças com obesidade de 5 à 10 anos).

Fonte: SISVAN, (2023).

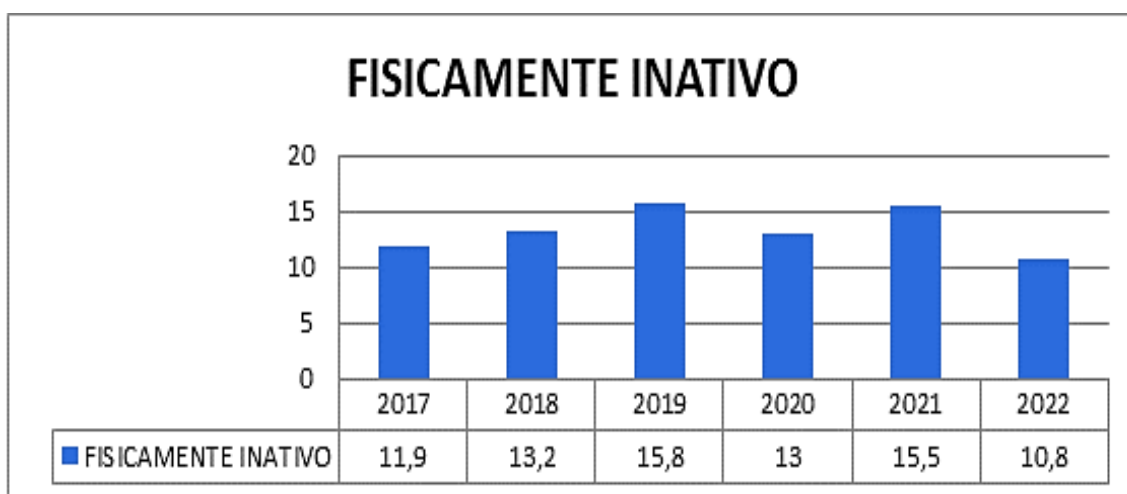
Diante do cenário instalado no Estado quanto ao público infantil, torna-se imprescindível, somar esforços para a qualificação do cuidado frente a essa clientela, com sobrepeso e obesidade, já com dados que chamam a atenção para obesidade grave, que fatalmente contribuirão com desfecho negativo, para o público em questão. Dessa forma é necessário elaborar e implementar protocolos clínicos de manejo, potencializar o conhecimento dos profissionais na puericultura, e instituir medidas efetivas de prevenção e de controle na APS, e outras ações intersetoriais, como PSE, SELO UNICEF, Criança FELIZ, Pastoral da Criança, com destaque para a parceria com a educação.

5.3.3- Inatividade física

A OMS considera fisicamente inativo o adulto que não praticou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não realizou esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou curso/escola caminhando ou de bicicleta perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa.

No Estado do Amapá em 2022 o percentual de indivíduos fisicamente inativos foi de 10,8%, porém se comparado ao ano de 2021, houve um declínio de 4,7% (Gráfico 36).

Gráfico 36: Percentual de adultos (> 18 anos) fisicamente inativos – Macapá/AP, 2017 a 2022.



Fonte: VigiteI/MS.

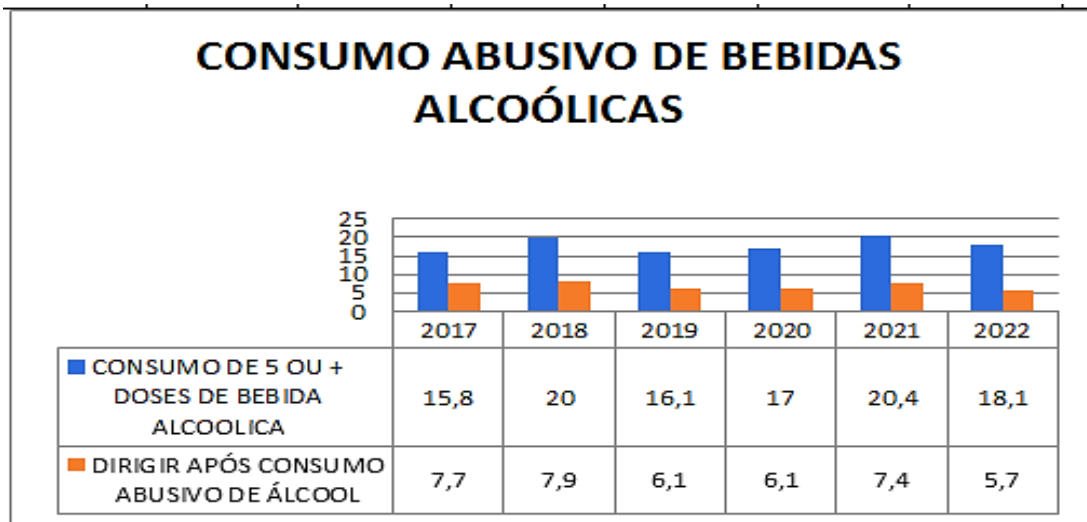
5.3.4- Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

Segundo a OMS, considera-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses para homens ou quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias; uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

No Amapá, no ano de 2022 apresentou um percentual de 18,1% no consumo de 5 ou mais doses de bebida alcoólica. O menor percentual no período foi em 2017 com 15,9%.

No mesmo período o Estado teve 5,7% de pessoas dirigindo após consumo de bebida alcoólica (Gráfico 37).

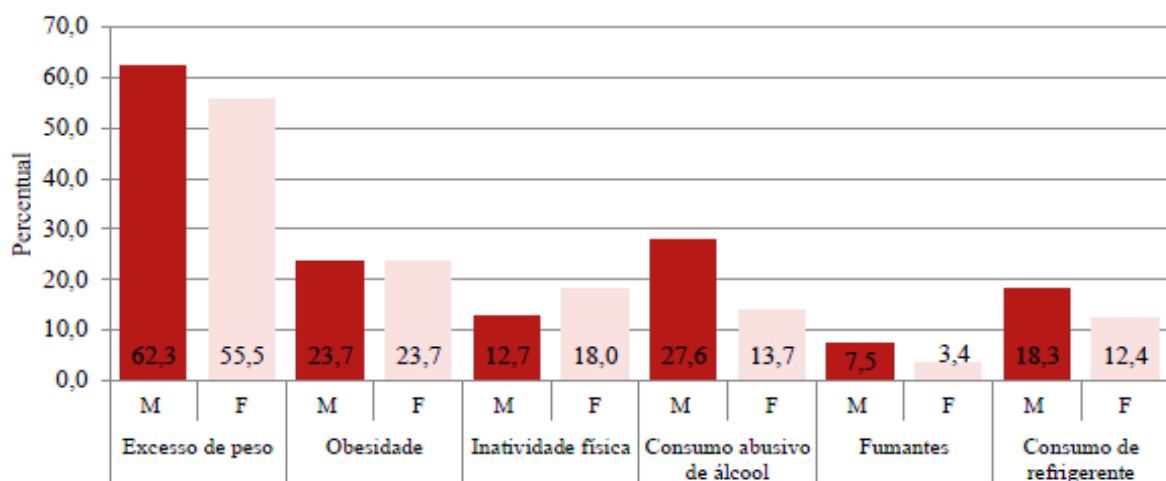
Gráfico 37: Percentual de adultos com consumo abusivo de bebida alcoólica e que dirigiram após ingestão de qualquer quantidade de bebida alcoólica – Macapá/AP, 2017 a 2022.



Fonte: Vigitel/MS.

Segundo o Vigitel de 2021, considerando o conjunto de fatores de risco para as DCNTs o excesso de peso apresentou o maior percentual e não há diferença significativa entre os sexos; com relação ao consumo abusivo de álcool, fumantes e consumo de refrigerantes é maior no sexo masculino, já no sexo feminino prevalece a inatividade física, a obesidade apresentou o mesmo percentual; com relação ao consumo de refrigerante (Gráfico 38).

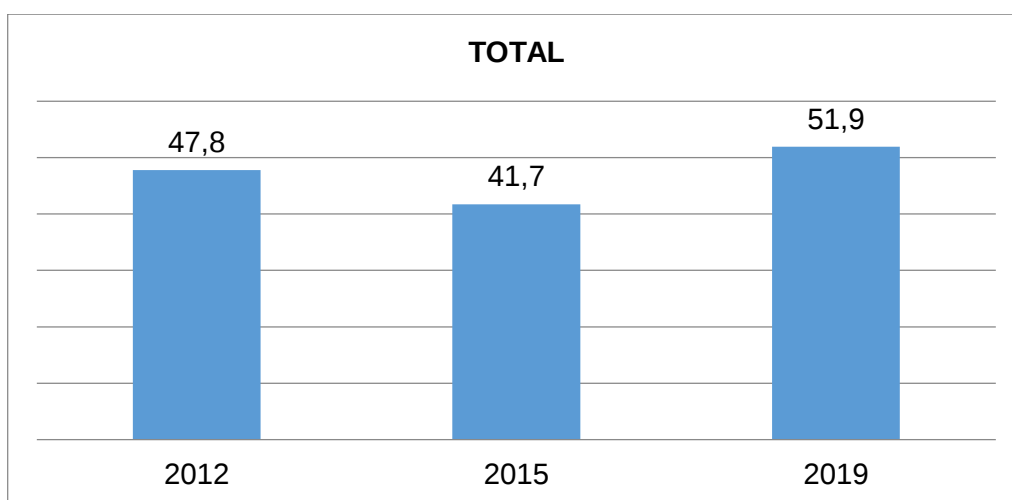
Gráfico 38: Conjunto de fatores de risco para as DCNTs de acordo com o sexo – Macapá/AP, 2021.



Fonte: Vigitel/MS.

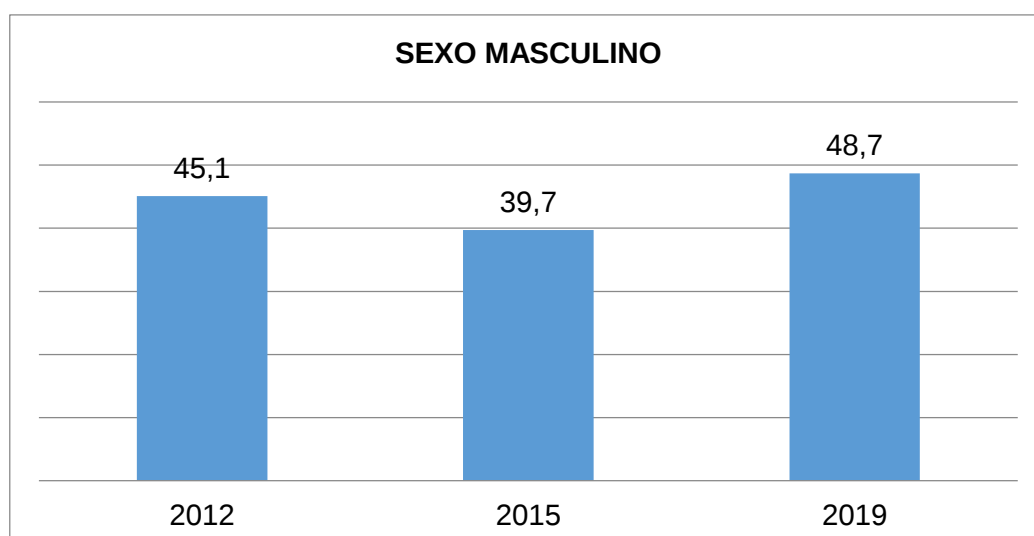
Com relação a PeNSE ' ao percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida, observasse crescimento geral no período de 2012 de 47,8% para 51,9% em 2019. Entre os homens esse crescimento ficou em 2009 com 45,1% para 48,7% em 2019. As mulheres em 2009 de 50,3% foi para 54,9% em 2019. Em relação às escolas públicas em 2009 de 23,6% aumentou para 26,6% em 2019. Nas escolas privadas em 2009 foi de 38,2% para 42,9% em 2019.

Gráfico 39: Percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida.



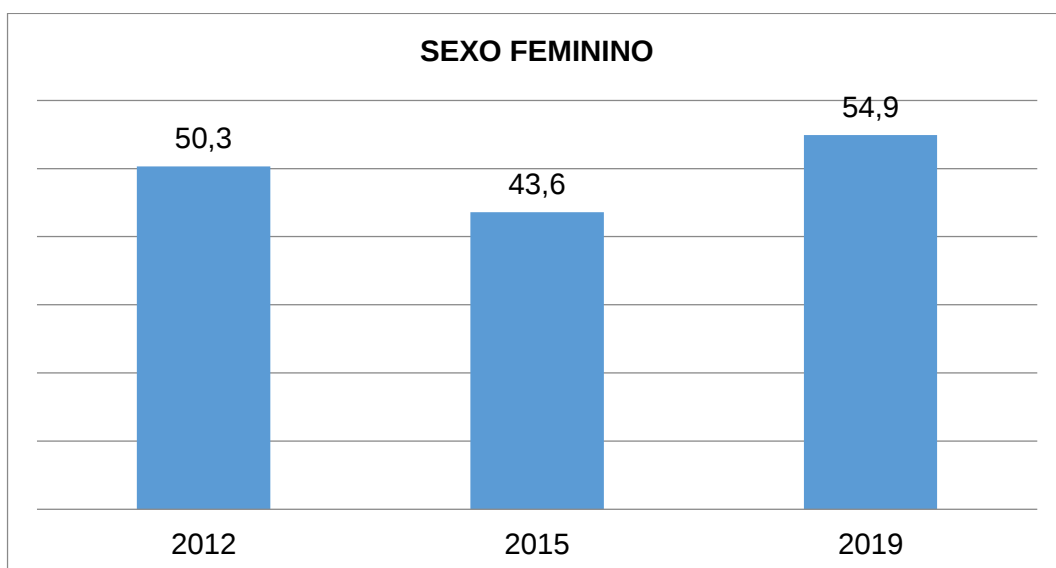
Fonte: PenSE/MS.

Gráfico 40: Percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida – sexo masculino.



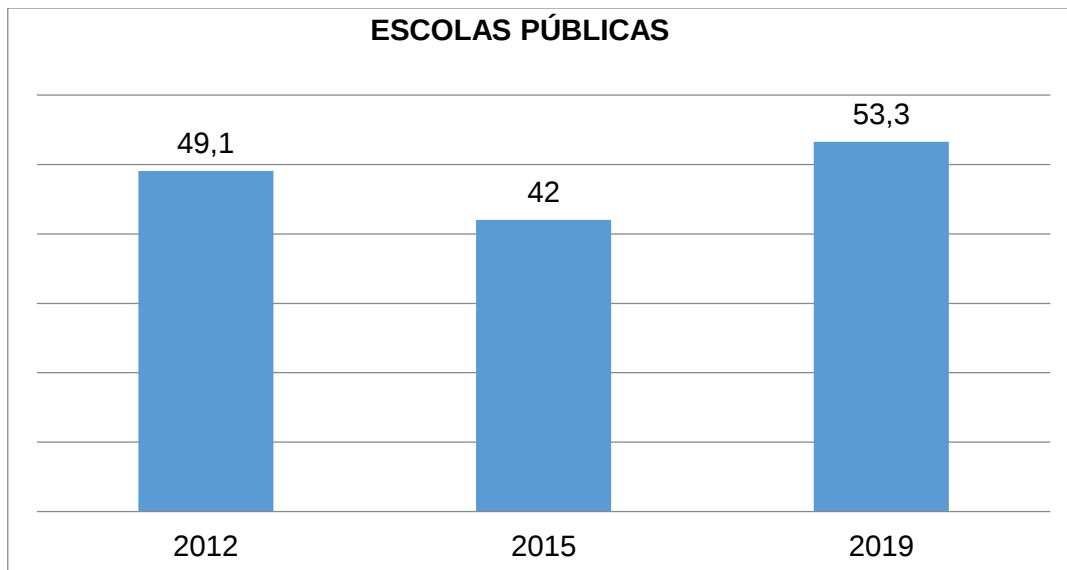
Fonte: PenSE/MS.

Gráfico 41: Percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida – Sexo feminino.



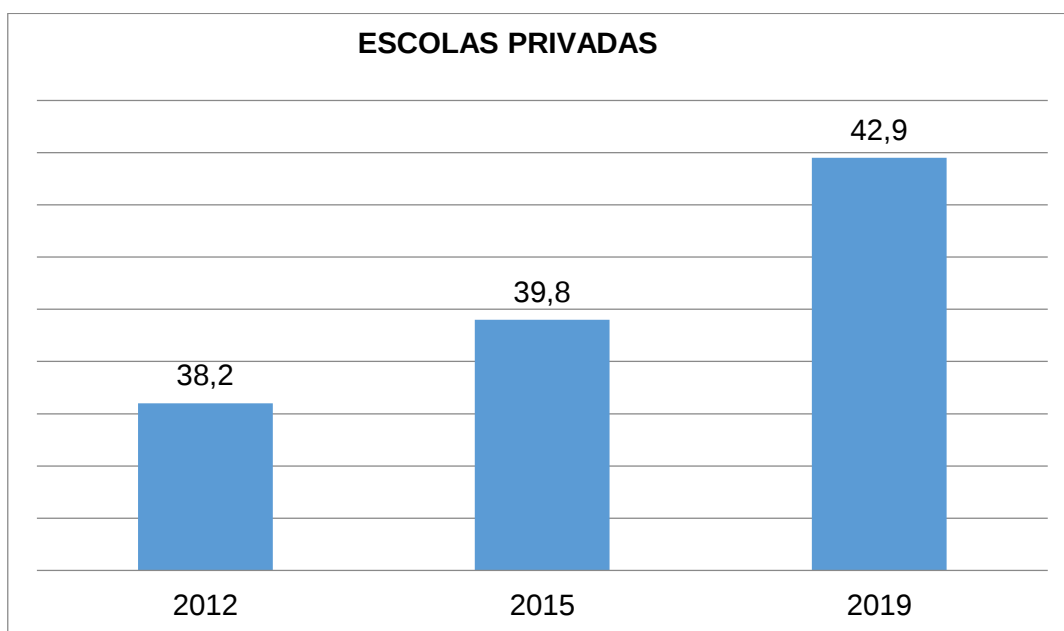
Fonte: PenSE/MS.

Gráfico 42: Percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida – em Escolas Públicas.



Fonte: PenSE/MS.

Gráfico 43: Percentual de adolescentes 9º ano que tomaram um copo ou uma dose de bebida alcoólica alguma vez na vida – em Escolas Privadas.



Fonte: PenSE/MS.

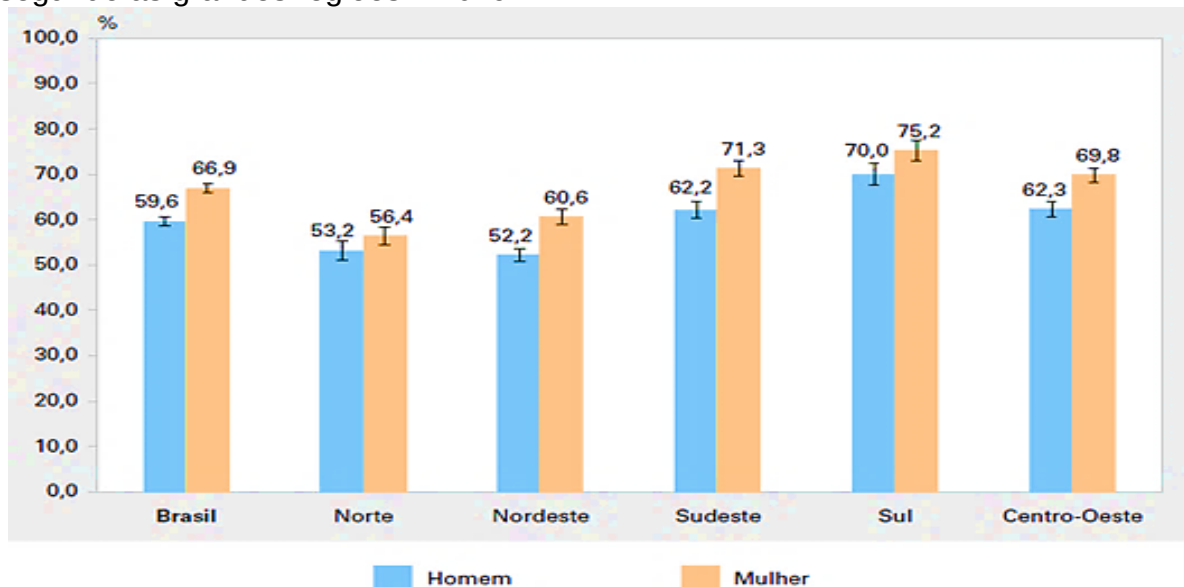
Experimentação de bebidas alcoólicas nos escolares

No que diz respeito à experimentação de bebidas alcoólicas foi de 63,3% para os escolares de 13 a 17 anos, variando de 55,9% nos escolares de 13 a 15 anos, atingindo 76,8% nos escolares de 16 e 17 anos. Esse indicador não mostrou diferenças estatisticamente significativas em relação aos dados apurados em 2015 para os escolares de 13 a 15 anos, apresentando um pequeno aumento para os escolares de 16 e 17 anos, que foi de 73,0% em 2015.

Esse mesmo indicador de experimentação entre os escolares de 13 a 17 anos foi de 62,9% para as mulheres e 60,0% para os homens na PeNSE 2015. A dependência administrativa das escolas onde os escolares estudam pode refletir diferenças socioeconômicas importantes na determinação de exposição a fatores de risco e proteção à saúde. Os escolares das redes pública e privada apresentaram valores sem diferenciação estatística significativa para o conjunto dos adolescentes pesquisados quanto a experimentação de bebidas alcoólicas, sendo significativa apenas para os de 16 e 17 anos, com o predomínio nos escolares da rede privada com 79,5% enquanto os da rede pública ficaram com 76,4% (IBGE). Esse

comportamento foi semelhante ao observado em 2015, quando esse indicador foi de 79,0% e 72,1%, respectivamente, para mesma faixa de idade.

Gráfico 44: Percentual de escolares de 13 a 17 anos que experimentarem bebida alcoólica alguma vez, com indicação do intervalo de confiança de 95%, por sexo, segundo as grandes regiões – 2029.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019.

Ao se analisar o consumo abusivo de álcool (4 doses ou mais) entre os escolares que consumiram álcool alguma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa, os valores mudam para 34,5%, sendo de 36,3% para os homens e de 33,0% para as mulheres, entre os escolares de 13 a 17 anos. Não sendo estatisticamente significativas as diferenças regionais e dependência administrativa da escola (Tabela 6.7.1, disponíveis no portal do IBGE). Calculado com 5 doses ou mais, as diferenças regionais são maiores, sendo que são as Regiões Norte (27,7%) e Centro-Oeste (27,5%), que apresentam os maiores valores para esse indicador. Por outro lado, a Região Sul, que apresenta maiores valores de experimentação e consumo recente de bebida alcoólica, apresenta o menor valor do percentual de escolares que beberam 5 ou mais doses de bebida alcoólica, em um mesmo dia, nos 30 dias anteriores à pesquisa (22,5%) (IBGE).

- Papiloma Vírus Humano (HPV)

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é responsável por uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) mais comuns entre homens e mulheres em todo o mundo, apresentando maior prevalência entre os jovens de 13 a 20 anos. Além disso, é também um precursor para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, verrugas genitais e papilomatose respiratória, afetando diferencialmente as faixas etárias mais jovens (adolescentes) (MAGALHÃES et al., 2021).

Neste aspecto, apresentam-se abaixo os dados disponibilizados pelo sistema SI-PNI/RNDS/MS do Estado do Amapá referentes aos anos de 2019, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 (Tabela 23, 24, 25 e 26) no que diz respeito às coberturas das 1ª e 2ª doses da vacina HPV no sexo feminino e masculino.

Tabela 23: Coberturas da 1ª dose da vacina contra o HPV aplicadas no sexo feminino de 2018 a 2023.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023
SERRA DO NAVIO	164,31	154,42	151,59	122,61	107,07	82,33
AMAPA	110,78	121,33	116,51	117,89	114,91	106,42
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	86,50	85,28	75,05	65,34	65,34	66,97
CALCOENE	107,52	109,91	96,24	84,27	75,73	75,56
CUTIAS	129,72	121,94	110,28	98,06	82,78	75,00
FERREIRA GOMES	102,34	99,07	97,20	97,20	91,82	100,70
ITAUBAL	72,22	70,83	83,68	100,35	103,13	112,50
LARANJAL DO JARI	76,74	78,98	72,99	66,23	66,53	64,32
MACAPA	79,22	76,99	68,87	62,29	55,63	54,50
MAZAGAO	65,92	61,99	65,69	68,39	74,25	78,18
OIAPOQUE	60,67	60,74	61,80	55,93	53,06	56,99
PORTO GRANDE	81,01	85,76	79,11	64,56	60,68	54,59
PRACUUBA	105,28	101,98	110,89	115,18	109,24	95,38
SANTANA	88,66	84,87	75,13	69,93	62,01	61,30
TARTARUGALZINHO	108,27	108,99	107,76	104,29	100,41	84,58
VITORIA DO JARI	88,79	81,84	81,17	88,00	93,61	88,68

Total	82,25	80,36	73,31	67,33	61,86	60,41
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Fonte: RNDs, 2024. Ministério da Saúde.

Tabela 24: Coberturas da 2ª dose da vacina contra o HPV aplicadas no sexo feminino de 2018 a 2023.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023
SERRA DO NAVIO	75,38	65,35	69,30	61,40	59,27	55,02
AMAPA	87,33	94,54	89,86	88,50	89,08	84,99
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	58,25	55,96	50,61	44,82	45,96	48,07
CALCOENE	81,89	81,74	72,46	66,13	60,38	56,26
CUTIAS	114,63	103,36	92,57	86,81	74,58	69,06
FERREIRA GOMES	75,20	70,33	67,48	61,59	60,98	64,84
ITAUBAL	36,20	37,09	46,88	59,64	66,77	71,22
LARANJAL DO JARI	51,92	49,11	47,71	45,10	43,18	44,98
MACAPA	59,73	55,66	49,52	45,62	39,53	38,40
MAZAGAO	39,27	38,47	42,73	46,27	53,53	56,27
OIAPOQUE	44,72	42,80	42,75	39,39	36,03	36,73
PORTO GRANDE	59,89	59,35	55,28	47,97	43,90	43,97
PRACUUBA	77,18	72,39	77,46	74,37	67,89	60,00
SANTANA	64,47	53,47	45,76	45,60	43,67	41,83
TARTARUGALZINHO	68,37	76,71	72,67	71,44	71,35	63,71
VITORIA DO JARI	51,79	51,79	53,14	58,55	58,94	68,31
Total	59,99	55,72	50,60	47,67	43,50	42,70

Fonte: RNDs, 2024. Ministério da Saúde.

Tabela 25: Coberturas da 1ª dose da vacina contra o HPV aplicadas no sexo masculino de 2018 a 2023.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023
SERRA DO NAVIO	95,24	85,71	67,20	44,44	34,27	51,05
AMAPA	57,51	69,08	50,00	42,20	28,49	32,31
PEDRA BRANCA DO AMAPARI	63,13	57,06	45,37	41,58	35,24	47,05

CALCOENE	91,50	80,09	55,93	41,83	29,01	32,11
CUTIAS	131,40	118,60	78,10	47,93	25,95	30,27
FERREIRA GOMES	56,10	53,05	39,94	43,90	29,86	48,90
ITAUBAL	45,18	50,00	55,26	57,89	35,34	54,60
LARANJAL DO JARI	45,61	43,47	37,32	35,41	39,28	50,35
MACAPA	41,26	43,41	36,21	35,88	23,35	31,78
MAZAGAO	38,78	37,36	38,27	38,98	36,30	48,56
OIAPOQUE	43,26	43,59	36,81	27,96	18,48	29,61
PORTO GRANDE	49,78	49,35	37,15	24,29	19,18	31,07
PRACUUBA	75,64	68,80	62,82	49,15	36,11	39,44
SANTANA	28,84	32,20	28,21	30,75	22,50	29,03
TARTARUGALZINHO	78,19	68,72	52,67	44,17	41,27	42,61
VITORIA DO JARI	53,91	52,17	36,52	34,35	36,86	53,99
Total	43,78	44,73	37,08	35,49	25,72	34,50

Fonte: RND5, 2024. Ministério da Saúde.

Tabela 26: Coberturas da 2ª dose da vacina contra o HPV aplicadas no sexo masculino de 2018 a 2023.

Município	2018	2019	2020	2021	2022	2023
160005 - SERRA DO NAVIO	16,80	19,67	20,08	20,08	20,82	25,81
160010 - AMAPA	25,06	37,12	28,54	21,35	25,00	25,82
160015 - PEDRA BRANCA DO AMAPARI	22,79	23,15	20,76	17,66	20,12	26,15
160020 - CALCOENE	34,12	39,75	31,03	22,14	20,18	18,90
160021 - CUTIAS	82,24	67,43	51,32	33,55	30,32	23,61
160023 - FERREIRA GOMES	12,44	14,93	13,68	17,41	17,45	28,45
160025 - ITAUBAL	12,77	17,73	24,11	21,63	18,91	26,87
160027 - LARANJAL DO JARI	13,24	15,29	17,42	18,79	21,51	29,57
160030 - MACAPA	14,38	17,51	15,51	15,28	13,92	17,02

160040 - MAZAGAO	8,60	10,07	13,60	17,53	20,36	26,20
160050 - OIAPOQUE	15,57	18,11	16,04	10,70	9,84	15,09
160053 - PORTO GRANDE	17,51	18,21	14,71	9,46	9,81	16,08
160055 - PRACUUBA	33,92	30,42	30,07	27,62	25,00	27,67
160060 - SANTANA	10,46	12,12	10,37	12,12	12,47	15,08
160070 - TARTARUGALZINHO	18,38	21,15	17,50	18,05	20,22	21,92
160080 - VITORIA DO JARI	16,94	19,65	15,65	18,00	19,52	32,03
Total	15,03	17,62	15,78	15,43	15,03	18,82

Fonte: RND5, 2024. Ministério da Saúde.

A série mostra que as coberturas vacinais para HPV são maiores no sexo feminino se comparadas ao masculino, e vale destacar que as maiores coberturas são relacionadas a 1ª dose da vacina.

5.4 DADOS DE MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

O Quadro 02 apresenta os números de óbitos prematuros por DCNT para os municípios com menos de 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade prematura por DCNT para o Estado e os municípios com mais de 100 mil habitantes (Macapá e Santana).

Observa-se que a **região da CIR Norte** teve um crescimento no número de óbitos prematuros por DCNT, no ano de 2018 houve 37 óbitos enquanto no ano de 2022 houve 45 óbitos. Dentre os 05 municípios que a compõe: 02 aumentaram o número de óbitos prematuros por DCNT são eles: Oiapoque e Pracuúba. Os municípios do Amapá e Calçoene no período analisado apresentaram uma redução dos óbitos. A cidade de Tartarugalzinho no ano de 2022 apresentou 08 mortes e no ano de 2018 foi o mesmo número.

Na região da CIR Central a taxa de mortalidade prematura por DCNT no ano de 2018 foi de 199,7 e no ano de 2022 a taxa aumentou para 234. Avaliando o ano de 2022 e o ano de 2018 dos 07 municípios: 04 aumentaram os números/taxas de mortalidade prematura por DCNT são eles: Cutias, Macapá, Itaubal e Serra do Navio.

(Quadro 01). Os municípios de Ferreira Gomes e Pedra Branca do Amapari aparecem com mesmo número de óbitos no ano de 2018 e 2022 e Porto Grande com uma pequena redução de 09 para 08 óbitos.

Na **região da CIR Sudoeste** a taxa de mortalidade prematura por DCNT apresentou um declínio de 195,4 óbitos por 100 mil habitantes, no ano de 2018, para 184,8 óbitos por 100 mil habitantes, em 2021. Dos 04 municípios que a compõe: 03 reduziram o número de óbitos neste período, são eles: Laranjal do Jari, Mazagão e Santana. O município de Vitória do Jari apresentou o mesmo número de óbitos em 2018 e 2022, ou seja, 06 mortes.

O Estado do Amapá, no intervalo dos anos de 2018 a 2020, apresentou crescentes taxas de mortalidade prematura pelos quatros grupos de DCNT, porém, entre o ano de 2020 e o ano de 2021, a taxa foi de 232,4 para 221, respectivamente, assim a taxa teve uma redução de aproximadamente 5% de um ano para outro. No entanto, comparando os anos de 2018 e 2022, verificou-se um incremento de 18% na taxa de mortalidade prematura por DCNT (2018 a taxa estava em 214,1 e saltou para 252 em 2022). Este aumento significativo deve-se ao fato de que para o cálculo da taxa de 2022 foi utilizado à população do ano de 2022 do censo do IBGE (310.711), a mesma apresentou uma diminuição significativa comparada com a população estimada pelo CGIAE/MS do ano de 2021 (361.010).

As DCNT são um problema de saúde pública no mundo, no Brasil e também no estado do Amapá, figurando como uma das principais causas de morbidade e mortalidade prematura na população. A vigilância das DCNT e dos seus fatores de riscos reafirma o propósito de conhecer a situação epidemiológica destes grupos de doenças, afim de que sejam utilizadas essas informações para tornar mais efetivo o controle delas e reduzir as consequências econômicas, sociais, familiares e consequentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O enfrentamento das DCNT tem se tornado prioridade em nível mundial e no Brasil, ações de prevenção e controle são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis, portanto, é indiscutível que os gestores e intersectorialidade devem organizar e planejar estratégias de enfrentamento para as DCNT conforme situação epidemiológica de cada região.

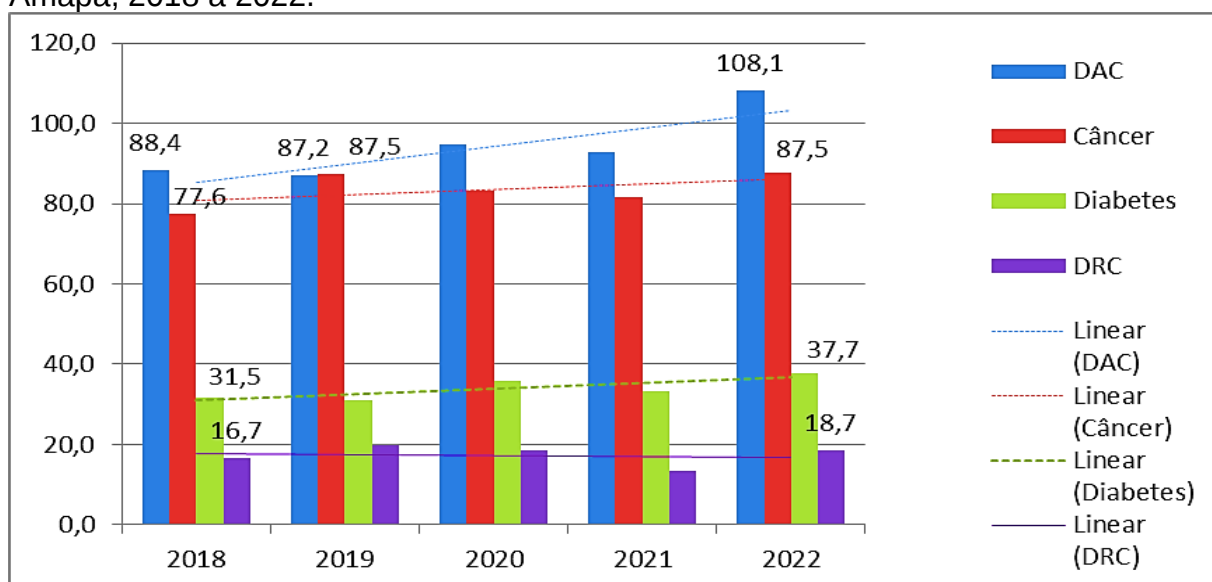
Quadro 2: Números e taxas de mortalidade prematura por DCNT segundo município residência-AP, 2018 a 2022.

Município de Residência	Números de óbitos					Taxas de mortalidade				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
AMAPÁ	8	7	2	4	7	-	-	-	-	-
CALÇOENE	9	7	8	9	4	-	-	-	-	-
OIAPOQUE	12	17	17	22	22	-	-	-	-	-
PRACUÚBA	0	0	4	0	4	-	-	-	-	-
TARTARUGALZINHO	8	11	6	7	8	-	-	-	-	-
NORTE	37	42	37	42	45	-	-	-	-	-
CUTIAS	3	5	2	2	5	-	-	-	-	-
FERREIRA GOMES	3	3	7	9	3	-	-	-	-	-
ITAUBAL	1	4	0	6	2	-	-	-	-	-
MACAPÁ	469	496	556	555	550	234,4	238,9	258,4	249,4	247,2
PEDRA BRANCA	9	10	7	4	9	-	-	-	-	-
PORTO GRANDE	9	10	13	16	8	-	-	-	-	-
SERRA DO NAVIO	1	5	2	2	3	-	-	-	-	-
CENTRAL	495	533	587	594	580	199,7	231	245	240	234
LARANJAL DO JARI	47	52	55	41	36	-	-	-	-	-
MAZAGÃO	10	18	8	17	11	-	-	-	-	-
SANTANA	98	107	118	92	105	211,95	223,07	237,41	178,84	204,11
VITÓRIA DO JARI	6	5	5	12	6	-	-	-	-	-
SUDOESTE	161	182	186	162	158	210,2	228,9	225,6	189,5	184,8
ESTADO	693	757	810	798	783	214,1	225,3	232,4	221,0	252,0

Fonte: SIM/SVS-AP. DO03042024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS, o ano de 2022 foi utilizada a população de 2021 (CGIAE/MS) para os municípios e para o estado do AP foi utilizado o censo do IBGE 2022.

De acordo com a Gráfico 45 observa-se que as DAC em todos os anos tiveram a maior taxa de mortalidade prematura dentre os quatros principais grupos das DCNT, exceto o ano de 2019 que ficou com uma taxa ligeiramente menor do que a taxa de mortalidade do câncer, ou seja, DAC teve taxa de 87,2 e o câncer a taxa foi de 87,5. Verifica-se que o câncer aparece neste período como a segunda causa de mortalidade, exceto no ano de 2019 que ficou como primeira causa de mortalidade entre as DCNT. É importante ressaltar que os três grupos de DCNT (DAC, câncer e diabetes) estão demonstrados uma tendência de crescimento nas taxas de mortalidade, as DRC apresentam uma tendência discreta de redução nas taxas de mortalidade.

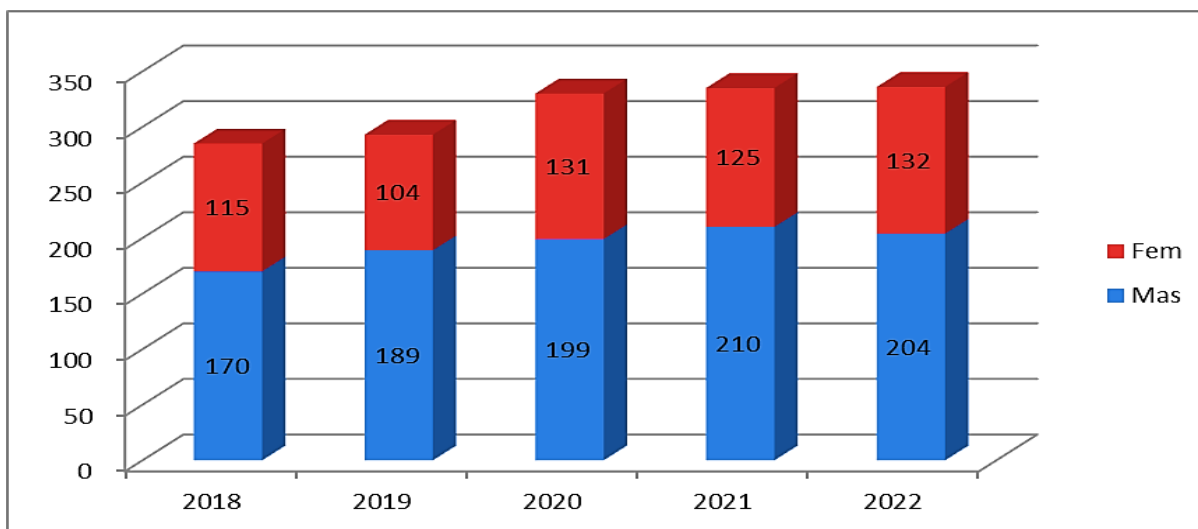
Gráfico 45: Taxas de mortalidade prematura por grupos de causas pelas DCNT no Amapá, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03042024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS, o ano de 2022 foi utilizada a população de 2021 (CGIAE/MS) para os municípios e para o estado do AP foi utilizado o censo do IBGE 2022.

Os homens apresentaram maiores números de óbitos prematuros por DAC do que as mulheres em todos os anos do período analisado, de 2018 a 2022.

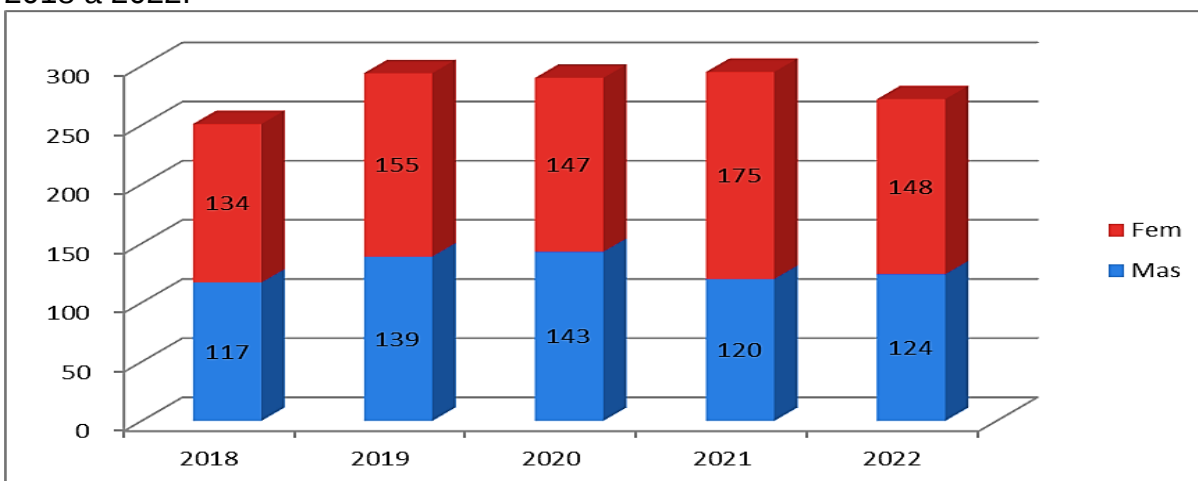
Gráfico 46: Números de óbitos prematuros por DAC (Doenças do Aparelho Circulatório) no Amapá, segundo o sexo, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF.

As mulheres apresentaram maiores números de óbitos prematuros por câncer do que os homens em todo período analisado, de 2018 a 2022.

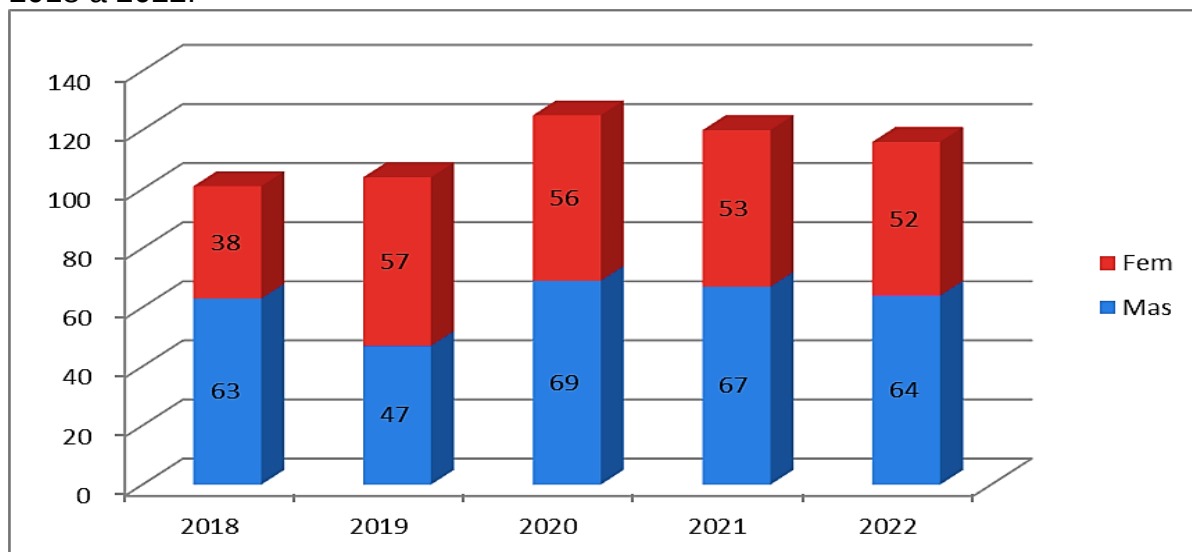
Gráfico 47: Números de óbitos prematuros por Câncer no Amapá, segundo o sexo, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF.

Neste período de 2018 a 2022, os homens apresentaram maiores números de óbitos prematuros por diabetes em 04 anos (2018, 2020, 2021 e 2022). Somente no ano de 2019 as mulheres apresentaram maior número de óbitos prematuros por diabetes do que os homens.

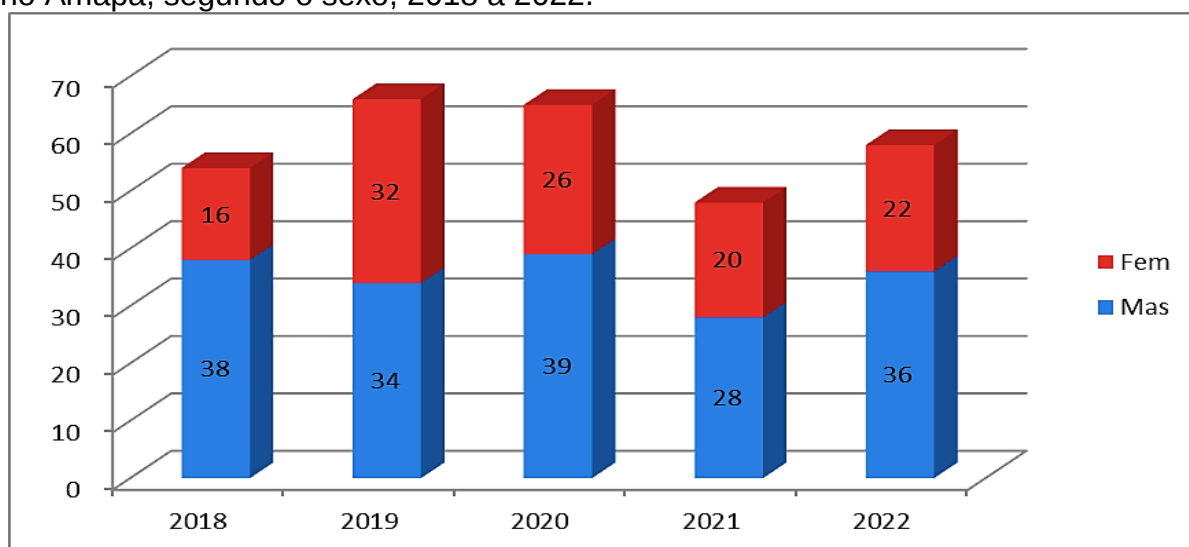
Gráfico 48: Números de óbitos prematuros por diabetes no Amapá, segundo o sexo, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF.

Os homens apresentaram maiores números de óbitos prematuros por DRC em todos os anos do período de 2018 a 2022.

Gráfico 49: Números de óbitos prematuros por DRC (Doença Respiratória Crônica) no Amapá, segundo o sexo, 2018 a 2022.

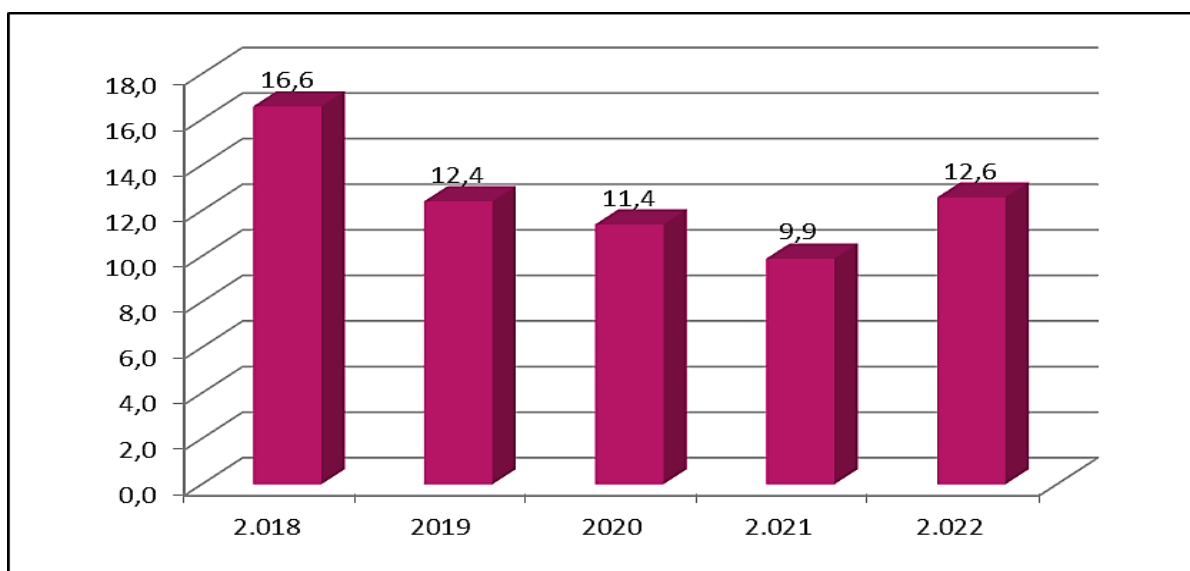


Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF.

As taxas de mortalidade prematura por câncer de mama no período de 2018 a 2021 apresentaram redução nestes últimos cinco anos, em 2018 a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama era de 16,6 óbitos a cada 100 mil mulheres e no ano de 2022 a taxa está em 12,6 óbitos por 100 mil mulheres. Observa-

se que houve um aumento na taxa do ano de 2022 em relação ao ano de 2021, este fato foi decorrente da população do censo do IBGE 2022, ou seja, a população do censo do ano de 2022 está abaixo das estimativas do CGIAE/MS que foi utilizada para cálculos das taxas dos anos de 2018 a 2021. O câncer de mama no Brasil, exceto o câncer de pele não melanoma, é o mais incidente em todas as regiões (INCA, 2022). A taxa de mortalidade prematura por câncer de mama no Brasil em 2021 foi de 21,8 a cada 100 mil mulheres, bem maior do que as taxas dos anos de 2021 e 2022 do estado do Amapá (BRASIL, 2024).

Gráfico 50: Taxas de mortalidade prematura por câncer de mama no Amapá, 2018 a 2022.



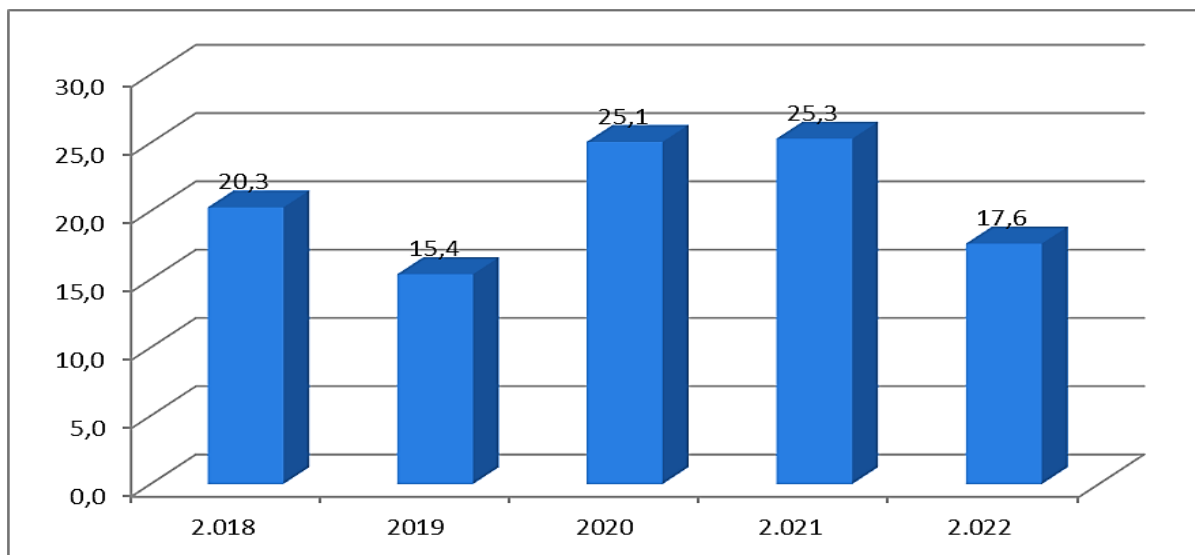
Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS, o ano de 2022 foi utilizado o censo do IBGE 2022 (população sexo feminino e faixa etária de 30 a 69 anos).

Observa-se que no ano de 2018 a taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero era de 20,3 por 100 mil mulheres e no ano de 2022 a taxa foi de 17,6 a cada 100 mil mulheres. Os anos de 2020 e 2021 apresentaram as maiores taxas de mortalidade prematura por câncer de colo do útero: 25,1 e 25,3, respectivamente neste período analisado.

A taxa de mortalidade por câncer de colo do útero do Brasil em 2021 foi de 9,0 por 100 mil mulheres (BRASIL, 2024), em 2021 no Amapá a taxa foi de 25,3 e no ano de 2022 houve uma redução da taxa para 17,6 a cada 100 mil mulheres, destaca-se

que a taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero no estado do Amapá está superior à taxa de mortalidade do Brasil.

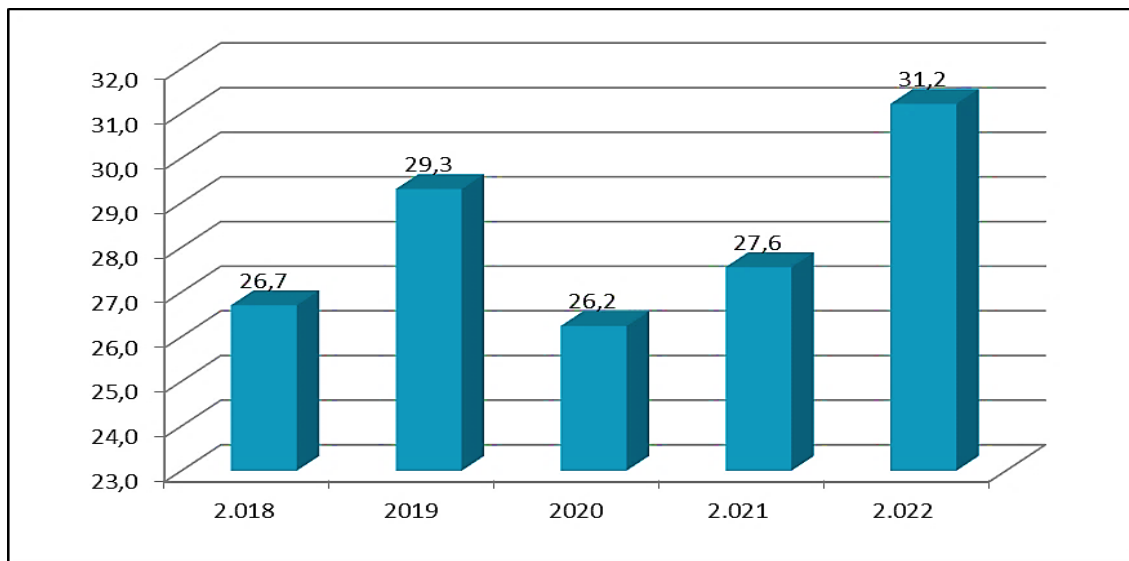
Gráfico 51: Taxas de mortalidade prematura por câncer de colo do útero no Amapá, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03.04.2024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS, o ano de 2022 foi utilizado o censo do IBGE 2022 (população sexo feminino e faixa etária de 30 a 69 anos).

Os óbitos por câncer do aparelho digestivo que foram extraídos do sistema de mortalidade foram os seguintes códigos do CID 10: C15-C25, C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2, C78.4-C78.8, de acordo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. O Gráfico 52 apresenta as taxas de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo para o período de 2018 a 2022, observa-se uma tendência de crescimento nestas taxas de mortalidade no Estado do Amapá nestes últimos cinco anos.

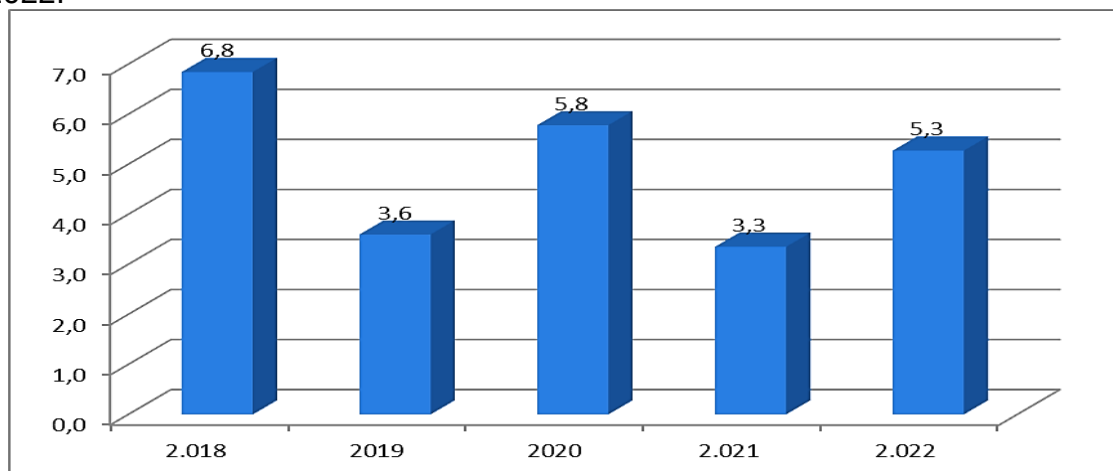
Gráfico 52: Taxas de mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo no Amapá, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03042024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS, o ano de 2022 foi utilizada a população de 2021 (CGIAE/MS) para os municípios e para o estado do AP foi utilizado o censo do IBGE 2022.

As taxas de mortalidade prematura por câncer de próstata no período de 2018 a 2022 apresentaram redução nestes últimos cinco anos, em 2018 a taxa de mortalidade prematura por câncer de próstata era de 6,8 a cada 100 mil homens e no ano de 2022 a taxa está em 5,3.

Gráfico 53: Taxas de mortalidade prematura por câncer de próstata no Amapá, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS-AP. DO03042024.DBF, DOAP15N4.DBF, DOAP16N4.DBF, DOAP17N4.DBF, DOAP18N4.DBF, DOAP19N4.DBF, DOAP20N4.DBF, DOAP21N4.DBF, DOAP22N4.DBF. População utilizada do ano de 2018 a 2021 são da estimativa do CGIAE/MS o ano de 2022 foi utilizado o censo do IBGE 2022 (população sexo masculino e faixa etária de 30 a 69 anos).

5.5 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

- Pé Diabético

O pé diabético é uma complicação crônica grave do Diabetes Mellitus (DM). Consiste em lesões nos tecidos profundos associadas a distúrbios neurológicos e doença vascular periférica nos membros inferiores. A incidência de pé diabético aumentou devido à prevalência mundial de DM e à expectativa de vida prolongada de pacientes diabéticos (BURIHAN et al., 2020).

O diabetes e suas complicações têm alcançado proporções epidêmicas no mundo. Trata-se de uma pandemia mundial que tem extrapolado barreiras econômicas e sociais. Globalmente, estima-se que cerca de 422 milhões de adultos viviam com diabetes em 2014, comparados a 108 milhões em 1980. A prevalência do diabetes ajustada pela idade quase dobrou desde 1980, aumentando de 4,7% para 8,5% na população adulta. Na última década, a prevalência do diabetes aumentou rapidamente nos países mais pobres. O diabetes causou 1,5 milhão de mortes em 2012. O aumento da glicemia acima dos níveis considerados ideais foi responsável por um adicional de 2,2 milhões de mortes, aumentando risco cardiovascular e outras doenças. Quarenta e três por cento das 3,7 milhões de mortes ocorrem antes dos 70 anos (WHO, 2016).

Em uma revisão sistemática recente, a prevalência global do pé diabético foi de 6,3%, e a prevalência na América do Norte, Ásia, Europa, África e Oceania foi de 13,0%, 5,5%, 5,1%, 7,2% e 3,0% respectivamente. A afecção é mais comum em homens que mulheres, e em pacientes com DM 2 do que naqueles com DM 1. Os pacientes com pé diabético eram mais velhos, apresentavam menor índice de massa corporal, maior tempo com a doença e apresentavam hipertensão, retinopatia diabética e histórico de tabagismo do que pacientes sem a patologia (ZANG et al., 2017).

O diabetes parece aumentar dramaticamente o risco de amputação da extremidade em função de infecções em úlceras que não cicatrizam no pé. As taxas de amputação na população com diabetes são cerca de 10 a 20 vezes as da população de não diabéticos. De todas as amputações em pacientes diabéticos, 85% são precedidas por ulceração do pé que, posteriormente, se deteriora por gangrena

ou infecção grave. Estima-se que um membro inferior é amputado em decorrência de diabetes a cada 30 segundos (APELQVIST, 2012; BOULTON et al., 2005; LEPCANTALO et al., 2011).

Esses pés com ulcerações em geral mostram-se comprometidos principalmente por isquemia e neuropatia. A associação de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) afeta amplamente os resultados do tratamento do pé diabético em relação à cicatrização de úlceras, amputações de membros inferiores e mortalidade. A DAOP, à semelhança da doença cardiovascular, é uma comorbidade causada, principalmente, pela aterosclerose (BURIHAN et al., 2020).

O diabetes é um dos fatores de risco individuais mais importantes da DAOP, estando associada a uma prevalência 20 vezes maior em pacientes com diabetes. Além disso, a probabilidade de amputação dentro de um ano após a primeira úlcera ou gangrena foi de 34,1% e a taxa de mortalidade foi de 5,5%. As informações sobre a epidemiologia da DAOP associada ao pé diabético provavelmente serão cruciais para prever a progressão futura da doença e estabelecer um orçamento adequado para os cuidados de saúde (OLINIC et al., 2018; WON et al., 2014).

O manejo destes pacientes implica o controle dos fatores de risco associados. A proporção de pacientes com diabetes que alcançam os níveis recomendados de hemoglobina glicada (HbA1C), pressão arterial (PA) e colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) permaneceu estagnada nos últimos anos. Entre 2013 e 2016, 64% dos adultos com diagnóstico de diabetes atingiram níveis-alvo individualizados de HbA1C, 70% alcançaram o controle recomendado da PA, 57% atingiram o nível-alvo de LDL-colesterol e 85% não eram fumantes. Apenas 23% atingiram as metas de glicemia, PA e colesterol, além de cessar tabagismo. A HbA1C média nos EUA entre as pessoas com diabetes aumentou ligeiramente, de 7,3% em 2005 a 2008 para 7,5% em 2013 a 2016, com base na *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), sendo adultos mais jovens, mulheres e negros não hispânicos os indivíduos com menor probabilidade de atingir as metas de tratamento (KAZEMIAN et al., 2019).

Sobre os dados de DM no Estado do Amapá, de acordo com o sistema e-SUS-AB, o número de usuários cadastrados e acompanhados pela Atenção Primária em Saúde somam um total de 16.830 em 2024.

- **Estatística dos casos de amputação de pé diabético no Hospital de Emergências em 2023**

Os dados de Amputações de Pé Diabético relacionam-se aos procedimentos realizados no Hospital de Emergências Doutor Oswaldo Cruz – Setor de Cirurgia Vascular ocorridas no ano de 2023 por 07 cirurgiões registrados via sistema de informação e estatística do hospital.

O quantitativo registrado soma um total de 89 amputações conforme a Tabela 27 e Gráfico 54, com maior registro no mês maio. Destaca-se que não houve registro de casos em janeiro, fevereiro e março de 2023, devido mudança de gestão e implementação do registro de casos por especialidade.

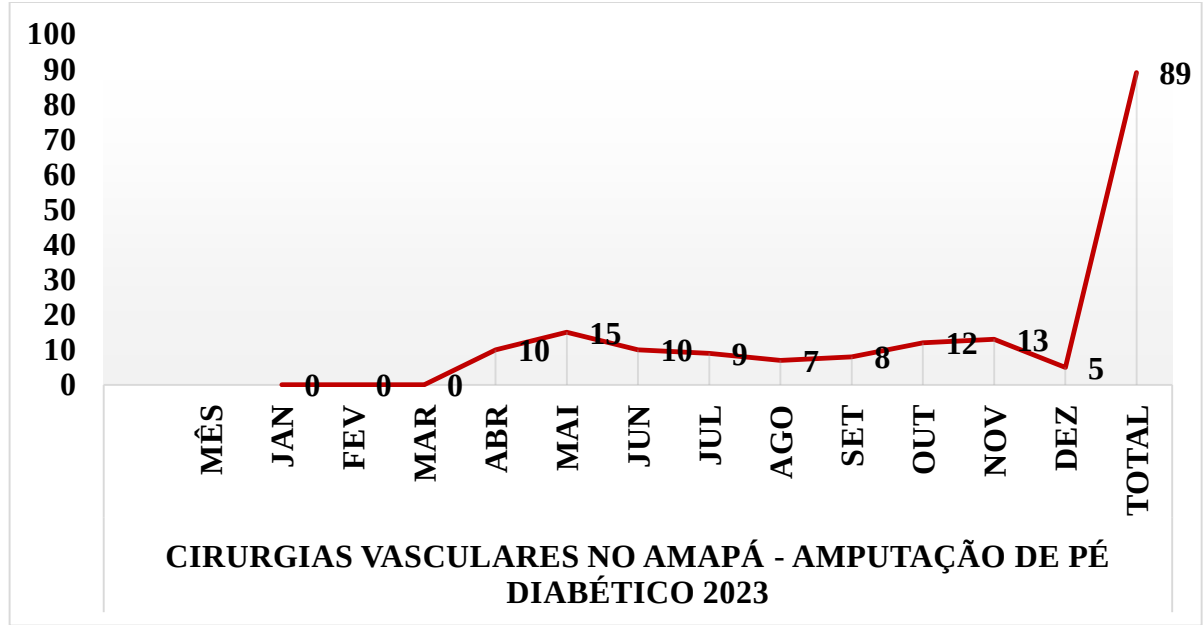
Ressalta-se ainda, que os casos são procedentes de todos os municípios do Estado do Amapá.

Tabela 27: Quantitativo de Amputações de Pé Diabético no H.E em 2023.

CIRURGIAS VASCULARES NO AMAPÁ – AMPUTAÇÃO DE PÉ DIABÉTICO NO H.E EM 2023	
MÊS	QUANTITATIVO
JAN	0
FEV	0
MAR	0
ABR	10
MAI	15
JUN	10
JUL	9
AGO	7
SET	8
OUT	12
NOV	13
DEZ	5
TOTAL	89

Fonte: Hospital de Emergências (2023).

Gráfico 54: Quantitativo de Amputações de Pé Diabético no H.E em 2023.



Fonte: Hospital de Emergências (2023).

Quanto ao Sexo, houve predomínio dos procedimentos de amputação em homens com 59 (66%) casos, enquanto que em mulheres houve 31 (34%) casos (Gráfico 55).

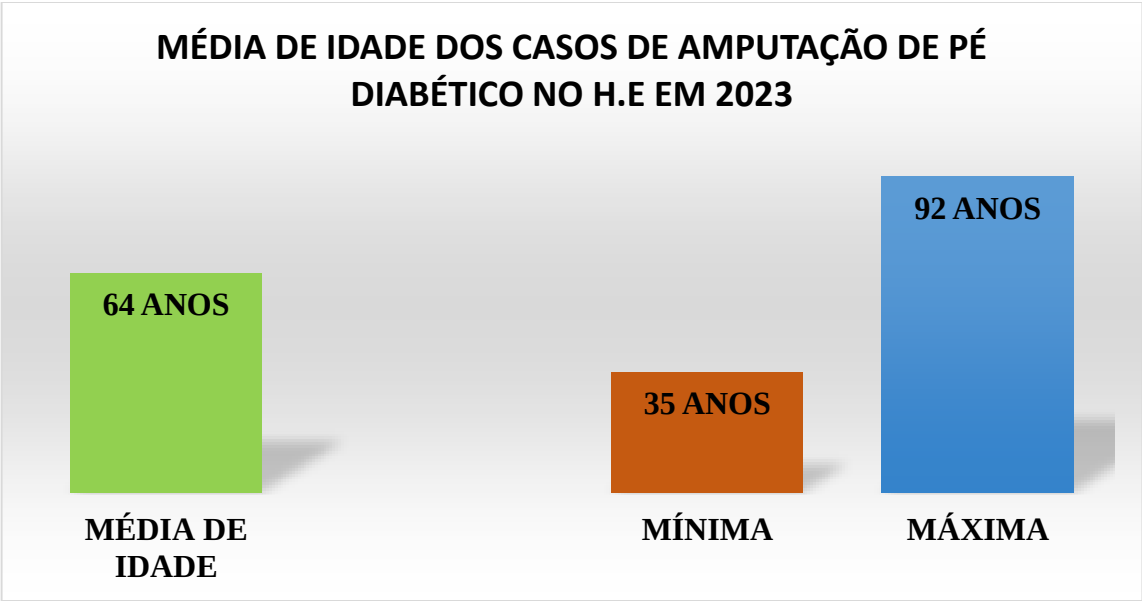
Gráfico 55: Distribuição das Amputações de Pé Diabético no H;E em 2023 por Sexo.



Fonte: Hospital de Emergências (2023).

A média de idade dos casos de amputação de pé diabético foi de 64 anos, com uma idade mínima de 35 anos e máxima de 92 anos (Gráfico 56).

Gráfico 56: Média de idade dos casos de amputação de pé diabético no H.E em 2023.



Fonte: Hospital de Emergências (2023).

• **Estatística dos casos de debridamento cirúrgico de pé diabético no Hospital de Emergências em 2023**

Em relação aos procedimentos de debridamento cirúrgico em pé diabético, foram realizados um total de 33, com maior registro no mês de julho de 2023 (Tabela 28 e Gráfico 57).

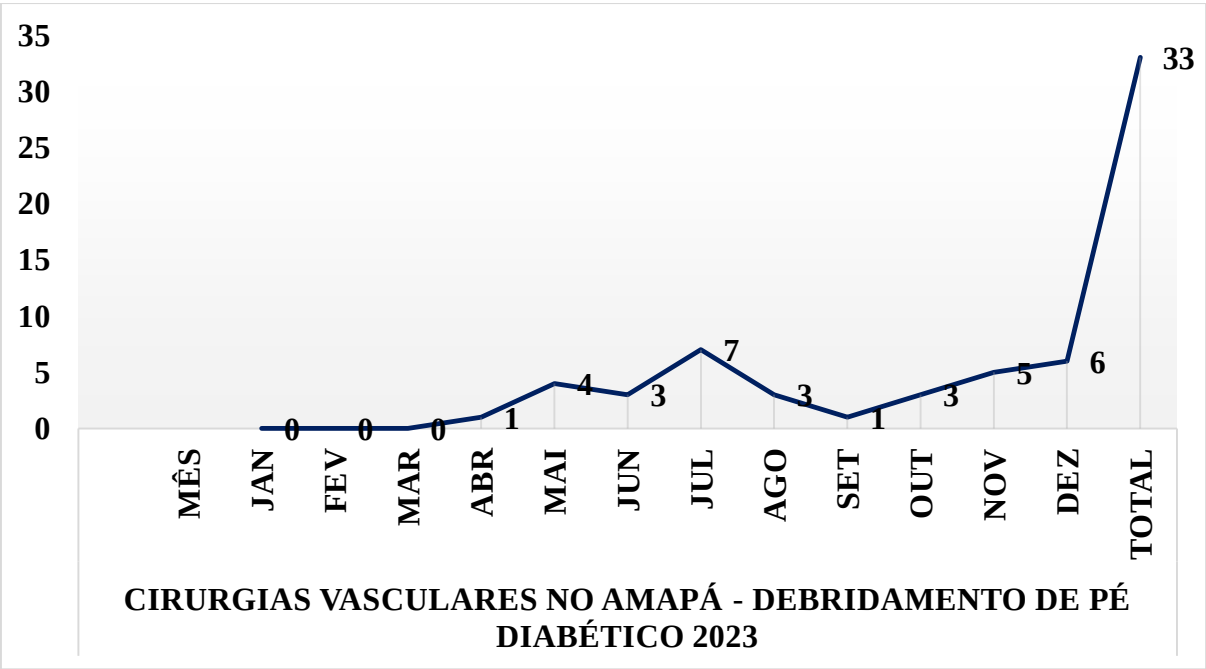
Tabela 28: Quantitativo de Debridamento Cirúrgico de Pé Diabético no H.E em 2023.

CIRURGIAS VASCULARES NO AMAPÁ – DEBRIDAMENTO DE PÉ DIABÉTICO NO H.E EM 2023	
MÊS	QUANTITATIVO
JAN	0
FEV	0
MAR	0
ABR	1
MAI	4
JUN	3
JUL	7
AGO	3

SET	1
OUT	3
NOV	5
DEZ	6
TOTAL	33

Fonte: Hospital de Emergências (2023).

Gráfico 57: Quantitativo de Debridamento Cirúrgico de Pé Diabético no H.E em 2023.



Fonte: Hospital de Emergências (2023).

Fatores relacionados às amputações de pé diabético

- A idade avançada influencia o aparecimento de complicações crônicas do diabetes, figurando como fator de risco, uma vez que contribui para a etiologia dos pés insensíveis e isquêmicos, isto é, vulneráveis a infecções, que se manifestam pelas úlceras, caracterizando o pé diabético;
- O conhecimento sobre a procedência dos pacientes em relação ao agravo pé diabético e à amputação propicia uma maior reflexão sobre as condições sociais da população em risco, ao mesmo tempo em que permite interrogar sobre a situação do referido agravo no interior do Estado, que necessita de maiores investigações;

- O conhecimento da doença (DM) somente após o desenvolvimento de problemas nos pés atesta para existência, ainda, de dificuldades quanto ao diagnóstico e ao acompanhamento do diabetes mellitus. Sabendo-se que a ocorrência do pé diabético está associada à longa duração da doença e ao mau controle metabólico, essas ações prestadas pela Atenção Básica têm relação direta com a prevalência de amputações por pé diabético;
- O tempo de ocorrência do problema atual, seja a primeira ou a continuação de um processo de muitos anos (em torno de 10 anos de convivência com a doença), e pode expressar tanto a necessidade de assistência como as dificuldades de acesso e utilização do serviço de saúde. Úlcera no pé em período superior a um mês tem uma probabilidade três vezes maior de chegar a uma amputação do que aqueles que detectam seu problema em menos tempo, constituindo-se, dessa forma, fator de risco para amputação;
- A presença de 'gangrena à admissão' indica a gravidade do caso ao ser atendido por unidade de atenção à saúde de maior nível de complexidade, de modo que aqueles que apresentam gangrena à admissão hospitalar têm uma chance três vezes maior de serem submetidos a uma amputação quando comparados àqueles sem esta condição. Este achado pode sugerir, a princípio, a falta de acesso ou adesão por parte destes pacientes à atenção básica e soma-se a outros fatores de risco para amputação, como tempo de conhecimento da doença e tempo de ocorrência do problema atual.
- O mau controle glicêmico favorece a instalação e o desenvolvimento das complicações crônicas, e aumenta o risco de neuropatia, um dos fatores preponderantes para o desencadeamento de lesão/ulceração nos pés. Existe evidência consistente de que qualquer melhora no controle da glicemia diminui o risco e a progressão das complicações microvasculares e neuropáticas.
- O reconhecimento da responsabilização, assim como da necessidade de desenvolvimento de autonomia e protagonismo do indivíduo com Diabetes, a partir do estabelecimento de vínculos solidários entre profissionais da Atenção Básica e usuários, tem o potencial para melhorar o autocuidado, por causa do provável efeito positivo de satisfação do mesmo na adesão ao tratamento. Por outro lado, o paciente que não adere ao tratamento tem probabilidade 50 vezes maior de ulcerar o pé e 20 vezes maior de ser amputado do que aqueles que seguem corretamente as orientações.

- A não realização do exame dos pés no último ano com vistas à prevenção ou ao controle do pé diabético somado a falta de orientação quanto aos cuidados com os pés aumenta a probabilidade destes pacientes serem submetidos a uma amputação.

6 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO AMAPÁ

As causas externas de morbidade e mortalidade são constituídas pelos acidentes e violências no geral, e são representadas pela Classificação Internacional de Doenças através do CID-10. Os acidentes correspondem a quedas, envenenamento, afogamento, queimaduras, acidentes de trânsito, entre outros; enquanto as violências são definidas como eventos considerados intencionais, dentre eles: agressão, homicídio, violência sexual, negligência/abandono, violência psicológica e lesão autoprovocada (BRASIL, 2018).

Estas têm impactado o setor saúde, levando milhares de indivíduos às hospitalizações, atendimentos ambulatoriais, de emergência, reabilitação ou até ao óbito. Em muitos casos, os pacientes que sobrevivem às lesões oriundas desse tipo de agravo têm que enfrentar sequelas físicas e/ou psicológicas potencialmente incapacitantes (MARQUES et al., 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência afeta a população do mundo inteiro, e seu desfecho pode desencadear o consumo elevado de álcool e de drogas, o abandono escolar, transtornos mentais como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, suicídio, problemas sociais como a falta de emprego, além disso, aumento das diferenças sociais, sobretudo nos países que estão em precariedade financeira (BRASIL, 2021).

Em decorrência de sua magnitude e da complexidade, os desafios ao enfrentamento dos acidentes e violências têm sido alvo de preocupação de gestores e profissionais de saúde. Tratando-se de mortes evitáveis, alcançando uma população jovem, prescinde de um aparato de proteção, cuidado e prevenção que extrapola esta política pública e envolve outros segmentos como educação, assistência social, justiça, segurança pública etc.

6.1 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

A mortalidade por causas externas, figura como principal causa de óbito da população de 01 a 59 anos e está estratificada em todo o estado do Amapá, com concentração na região de saúde Central – onde reside maior parte da população, seguida da região Sudoeste (Figura 2).

Figura 2: Número de óbitos de residentes por causa capítulo CID 10 e ciclos de vida – AMAPÁ/BR.

Fetal	Não fetais						
	Menor de 1 ano			01 a 09	10 a 19	20 a 59	60 e +
	< 7 d	07 – 27 d	28 d < 1 a				
Total (214)	Total (135)	Total (60)	Total (104)	Total (67)	Total (185)	Total (1.872)	Total (2.323)
Algumas afec originad no período perinatal 207	Algumas afec originad no período perinatal 113	Algumas afec originad no período perinatal 47	Malf congen deformid e anomalias cromossômico 28	C. externas de morbidade e mortalidade 19	C. externas de morbidade e mortalidade 137	C. externas de morbidade e mortalidade 563	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 674
Malf cong deformid e anomalias cromossômico 6	Malf congen deformid e anomalias cromossômico 20	Malf congen deformid e anomalias cromossômico 9	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 23	Doenças do aparelho respiratório 10	Neoplasias (tumores) 10	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 514	Doenças do aparelho circulatório 532
Algumas doenças infecciosas e parasitárias 1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 1	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 4	Doenças do aparelho respiratório 15	Neoplasias (tumores) 8	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 10	Neoplasias (tumores) 210	Neoplasias (tumores) 286
	Sint sinais e achados anorm ex clín e laborat 1		Sint sinais e achados anorm ex clín e laborat 9	Algumas doenças infecciosas e parasitárias 6	Sint sinais e achados anorm ex clín e laborat 9	Doenças do aparelho circulatório 189	Doenças do aparelho respiratório 247

Fonte: Análise de situação de saúde/SVS/AP, 2022.

A identificação das causas externas que mais afetam cada ciclo de vida é de suma importância, para que as intervenções e políticas de prevenção e cuidado sejam implementadas. Conforme pode ser verificado na Quadro 3, crianças entre zero e nove anos de idade morrem mais por afogamento, na faixa etária entre 10 e 59 anos, os homicídios são a principal causa, seguido dos suicídios. Em idosos com idade entre 60 e 69 anos, predominam as mortes por acidente de transporte e, a partir dos 70 anos, as quedas são a principal causa externa de mortalidade. Na sequência deste informativo estaremos explorando separadamente cada um destes agravos.

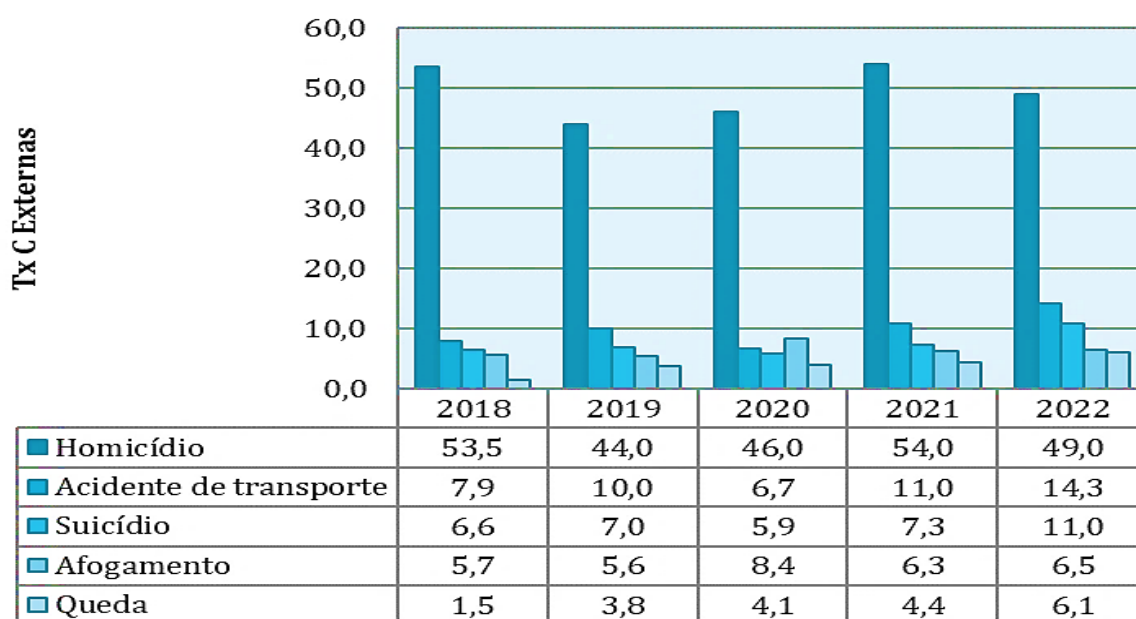
Quadro 3: Ranking da mortalidade pelos 5 principais grupos de causas Externas segundo a faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2022.

< 01 a 09	10 A 19	20 A 29	30 A 59	60 A 69	70 E +
AFOGAMENTO 68	HOMICÍDIO 438	HOMICÍDIO 909	HOMICÍDIO 617	ACIDENTE DE TRANSPORTE 42	QUEDAS 91
	SUICÍDIO 68	SUICÍDIO 118	ACIDENTE DE TRANSPORTE 278	HOMICÍDIO 36	
	AFOGAMENTO 27	ACIDENTE DE TRANSPORTE 104	SUICÍDIO 112		

Fonte: SIM/MS/SVS/AP. Extraído em 04.03.2024.

As principais causas de mortalidade por violências são os homicídios, seguido dos acidentes de trânsito e suicídios. Conforme pode ser verificado no Gráfico XX, as taxas de óbitos por 100.000 habitantes no período de 2018 a 2022, evidenciam um crescimento progressivo nos índices de acidentes, suicídios e quedas, o que pode sinalizar a necessidade de avaliação das ações de prevenção e cuidado voltadas para esses agravos. Outro fator importante é a utilização dos dados do censo IBGE 2022, que apresenta a população do Estado abaixo das projeções do próprio instituto, o que pode resultar na elevação das taxas (Gráfico 58).

Gráfico 58: Coeficiente de mortalidade por causas externas – Amapá/BR, 2018 a 2022*.



Fonte: SIM/MS/SVS/AP - extraído em 04.03.2024.

6.1.1 Mortalidade por Quedas Acidentais

As quedas acidentais vêm sendo identificadas como a principal causa externa de morbidade e mortalidade entre idosos em todo o mundo, sendo considerado um importante indicador de piora da qualidade de vida entre eles, bem como, da qualidade dos serviços de atenção à saúde de referência para essa faixa etária, tendo ainda, expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. Pessoas com 60 anos e mais, correspondem à faixa etária mais frequente entre as vítimas fatais de quedas acidentais, concentrando 78,4% dos óbitos em 2019 (n=12.182) (BRASIL, 2021).

Estimativas apontam que a cada ano, no Brasil, cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez, dos quais 50% ficam com a mobilidade reduzida, gerando lesões que vão requerer vigilância contínua (BRASIL, 2021).

O aumento global do número de idosos pressupõe que haja um aumento da frequência de quedas, considerando que grande parte destes apresentam multimorbidades, polifarmácia, mobilidade reduzida, acamados, sem apoio familiar/social para a realização das atividades da vida diária, entre outras fragilidades (PARANÁ, 2022).

Além da mortalidade, as quedas podem gerar sequelas, limitações na capacidade funcional da pessoa idosa, comprometendo sua independência e autonomia, exigindo cuidados contínuos de familiares, cuidadores formais e do Estado, podendo acarretar até mesmo a morte. Importante mencionar o impacto nos custos sociais e econômicos, tanto para os idosos, seus familiares, quanto para os serviços de saúde (BRASIL, 2021; NOVAES et al., 2023).

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) são gastos mais 51 milhões de reais anuais com tratamentos de fraturas decorrentes de queda em idosos e 483 milhões com internações. Isso implica na necessidade de direcionar políticas públicas para essa população e os problemas a que estão expostos (BRASIL, 2021).

Figura 4: Panorama de morbimortalidade por quedas acidentais no Brasil.



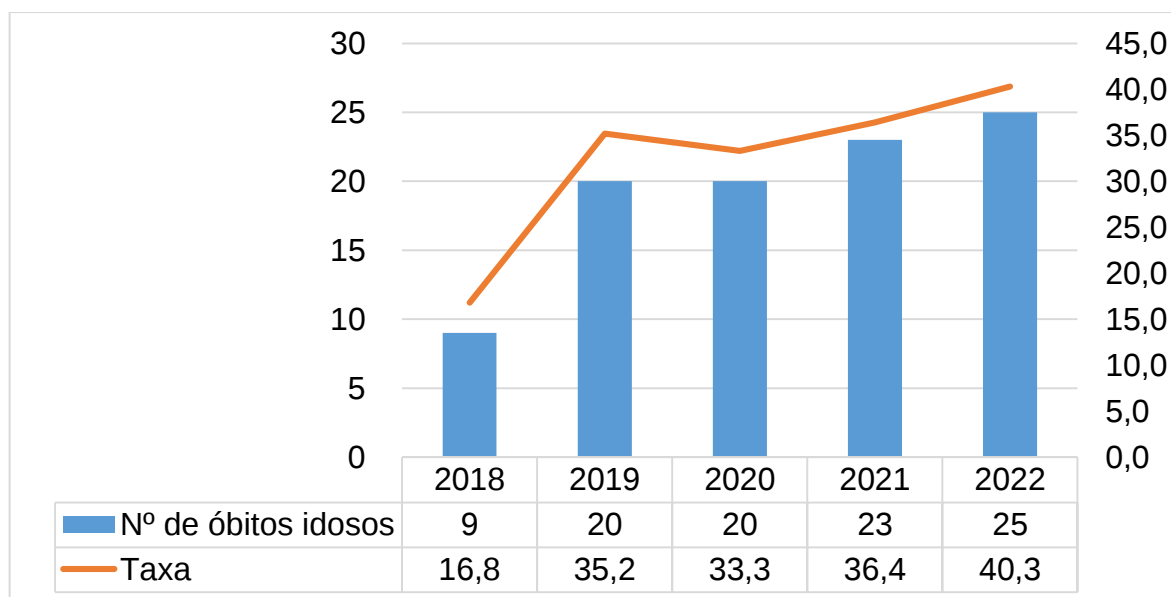
Fonte: Plano de enfrentamento às DCNT e Agravos não transmissíveis, 2021.

As quedas representam um dos principais motivos de internação no Brasil, especialmente entre a população idosa, representando um problema de saúde pública em ascensão. Segundo a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, proporção que se eleva conforme o avançar da idade, alcançando entre 32% e 42% em pessoas com mais de 70 anos.

A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade. Idosos que vivem em casas de repouso, caem com maior frequência se comparados àqueles que vivem na comunidade. Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes. A Região Norte está em 3º lugar no Brasil com taxa de 5,5 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2021).

No Estado do Amapá, a partir do ano de 2019, é possível observar no Gráfico 58, um aumento no coeficiente de óbitos por quedas de 3,8/100.000 habitantes, para 6,1/100.000 habitantes no ano de 2022, seguindo tendência crescente, situação que se agrava na população idosa, revelando taxas de mortalidade muito elevadas e crescentes, alcançando 40,3/100.000 habitantes em 2022, conforme pode ser verificado no Gráfico 59 abaixo.

Gráfico 59: Coeficiente de mortalidade por quedas em idosos residentes no Amapá/BR, 2018 a 2022.

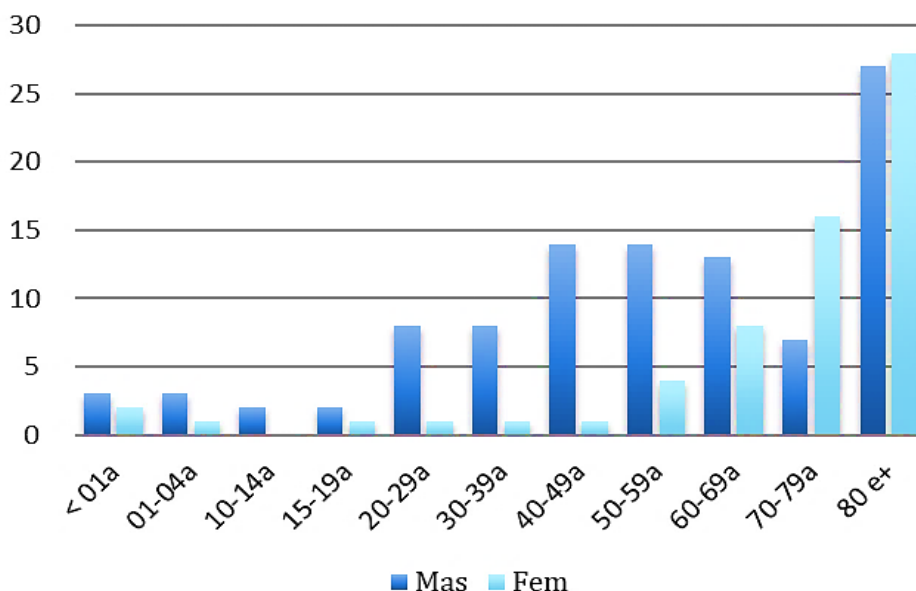


Fonte: SIM/MS/SVS. Quedas correspondem às CID10: W00-W19. População a partir de 60 anos de idade e mais, IBGE.

Tal fato se confirma na estratificação sobre o índice de mortes por quedas em relação à faixa etária no período estudado. É possível identificar que a mortalidade é mais precoce no sexo masculino, ocorrendo a partir de 60 anos, e no sexo feminino, a partir dos 70 anos. Nas faixas entre 40 e 59 anos os óbitos são mais frequentes no

sexo masculino, o que pode estar ligado a atividades laborais que oferecem risco (Gráfico 60).

Gráfico 60: Número de óbitos por queda na população residente de acordo com sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2022*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP - extraído em 04.03.2024.

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), demonstrou que os fatores associados às quedas são multidimensionais, destacando o sexo feminino, faixa etária igual ou superior a 75 anos, medo de cair devido a defeitos nos passeios, medo de atravessar a rua, artrite ou reumatismo, diabetes e depressão (BRASIL, 2022).

Estudos apontam que a mortalidade mais elevada entre os homens pode estar associada à maior tendência de envolvimento em atividades intensas, de risco e com maior consumo de bebidas alcoólicas. Outra questão está relacionada à negligência do homem nos cuidados com a saúde, no enfrentamento às doenças, além de sua baixa compreensão sobre a importância das práticas preventivas e baixa adesão aos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2022).

A síndrome pós-queda se refere às consequências ao idoso após uma queda, incluindo a perda da autonomia e da independência, gerando um ciclo vicioso que leva a perda da capacidade funcional e aumenta o risco de novas quedas (FALSARELLA et al., 2014).

Para atuar de forma eficaz na prevenção de quedas em pessoas idosas, no âmbito da APS, é importante realizar a identificação precoce das pessoas idosas com risco de quedas por meio de uma avaliação multifatorial. É imprescindível que os profissionais da saúde conheçam os preditores para queda a fim de intervir no ambiente e nas condições de saúde da pessoa idosa, além de orientar e apoiar seus cuidadores e familiares (BRUCKMAN et al., 2008).

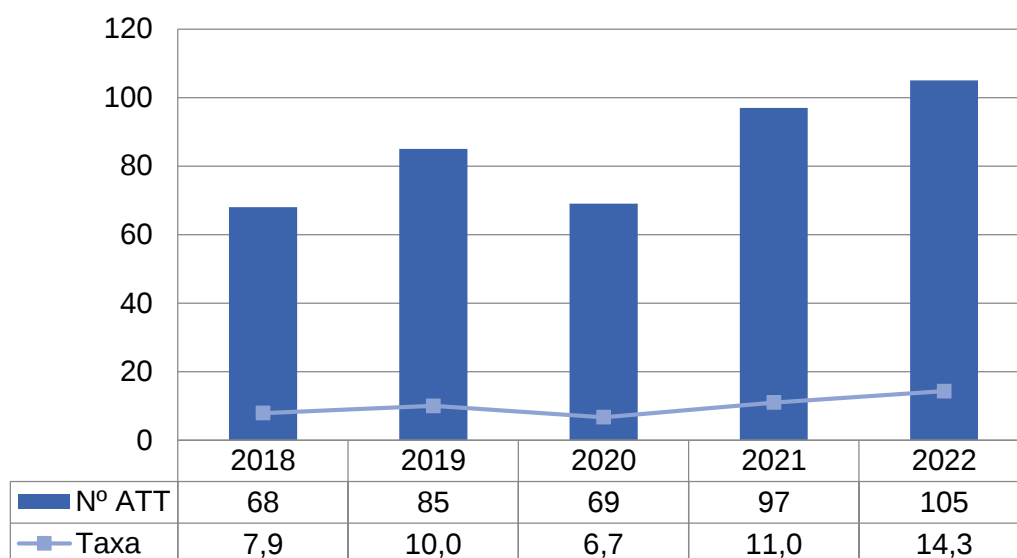
6.1.2 Mortalidade por Acidentes de transporte

No Brasil no ano de 2023, 32.507 óbitos (taxa 14,2/100.000 hab) foram resultantes de acidentes de transporte, em sua maioria, ocasionados por lesões no trânsito. Além da mortalidade, as condições de morbidade levaram a 193 milhões de internações no referido ano - exames de alto custo, procedimentos invasivos, reabilitação resultaram em 287 milhões de reais gastos para o SUS (dados de 2019). Além de custos para o SUS, existem ainda os custos e prejuízos pessoais, familiares, sociais e econômicos que nem sempre podem ser dimensionados, sendo os investimentos em prevenção de acidentes, infinitamente menores (Brasil, 2021).

Segunda causa de morte violenta no Estado do Amapá, apresenta taxas estáveis, com exceção do período pandêmico (ano de 2020), onde as medidas adotadas como o lockdown - fechamento de muitos serviços e espaços de entretenimento: bares, boates, proibição de festas para evitar aglomerações etc. Houve ainda proibição de venda de bebidas alcoólicas (lei seca) e, consequente redução da circulação de pessoas e veículos – medidas que resultaram na redução das taxas de acidentes de trânsito.

No Estado do Amapá, entre os anos de 2018 a 2022, as taxas de acidente de trânsito, vêm aumentando gradativamente, alcançando 14,3/100.000hb no ano de 2022, conforme Gráfico 61.

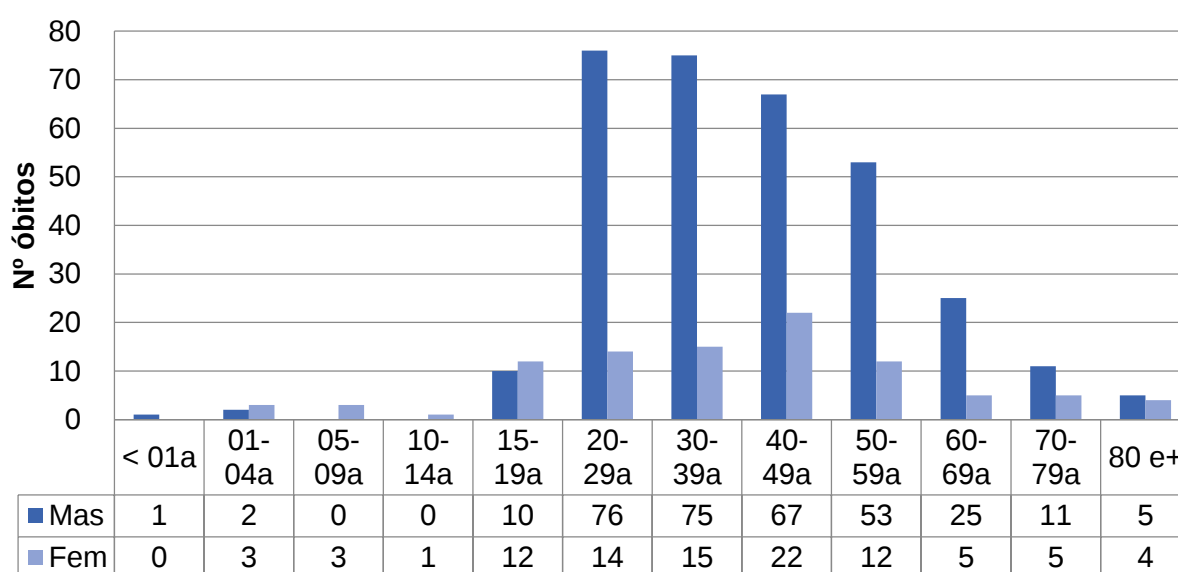
Gráfico 61: Coeficiente de Mortalidade por acidente de transporte no Estado do Amapá/BR, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP- extraído em 04.04.2024.

Em relação ao perfil de mortalidade por sexo encontrado no Amapá, segue a tendência nacional, onde a maioria das vítimas são do sexo masculino (79%) na faixa etária entre 20 e 39 anos conforme pode ser verificado no Gráfico 62.

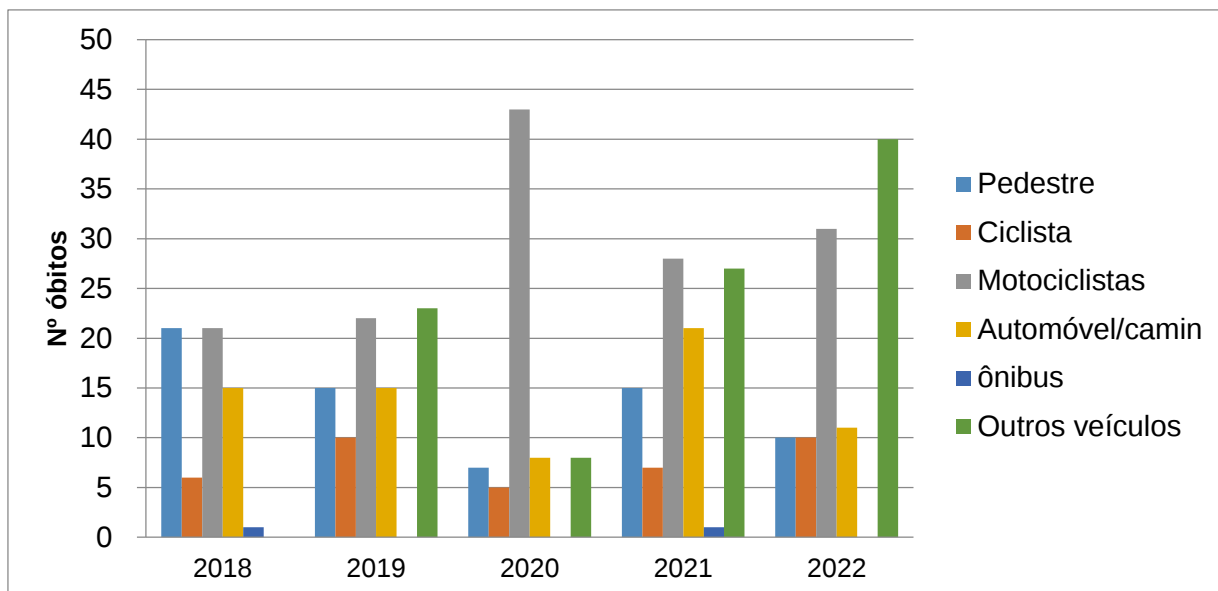
Gráfico 62: Mortalidade por acidentes de trânsito segundo o sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP - extraído em 04.06.2024.

O Gráfico 63 mostra a mortalidade por acidente conforme o tipo de transporte envolvido.

Gráfico 63: Mortalidade por acidentes de trânsito segundo a modalidade, AP/BR, 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP - extraído em 04.06.2024.

Os motociclistas representam quase um terço das vítimas fatais em acidentes de transporte, mantendo em média 30% do total da mortalidade, com exceção do ano de 2020 (pandemia) que a mortalidade alcançou 60% enquanto todas as demais categorias obtiveram redução. Tal fato está ligado ao lockdown, onde as limitações na circulação de pessoas, gerou uma explosão nas demandas por serviços de entrega (*delivery*). O ano de 2022 registrou significativa redução na mortalidade de pedestre, ciclistas e condutores de automóveis/caminhões que podem estar ligados às melhorias nas condições das vias, ampliação das ciclovias, na sinalização, maiores atividades de educação e fiscalização.

6.1.3 Homicídios (agressões)

De acordo com o artigo 121 do Código Penal Brasileiro, quanto aos crimes contra pessoa, o homicídio configura em tirar a vida de alguém, seja por homicídio simples, culposo ou qualificado (BRASIL, 1984). Conforme o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, os homicídios são fenômenos multicausais, qualificados como

Mortes Violentas Intencionais (MVI), incluindo os homicídios dolosos, latrocínios (roubos seguidos de morte), lesões corporais seguidas de morte e mortes decorrentes de intervenções policiais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os homicídios vitimaram em 2019, mais de 1,5 milhões de adolescentes e jovens adultos com idades entre 10 e 24 anos no mundo, o que corresponde a cerca de 5.000 óbitos por dia. Embora a maioria dos países registre uma redução das taxas de mortalidade nesse segmento populacional, esta vem se mantendo crescente na faixa entre 15 e 19 anos, do sexo masculino, nas regiões do mediterrâneo oriental e das Américas, onde se insere o Brasil (WHO, 2021).

A mortalidade por agressões (homicídios) é monitorada a partir das informações registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo considerados como homicídios de acordo com MS os óbitos cuja causa básica tenha sido classificada com os códigos X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) da CID-10.

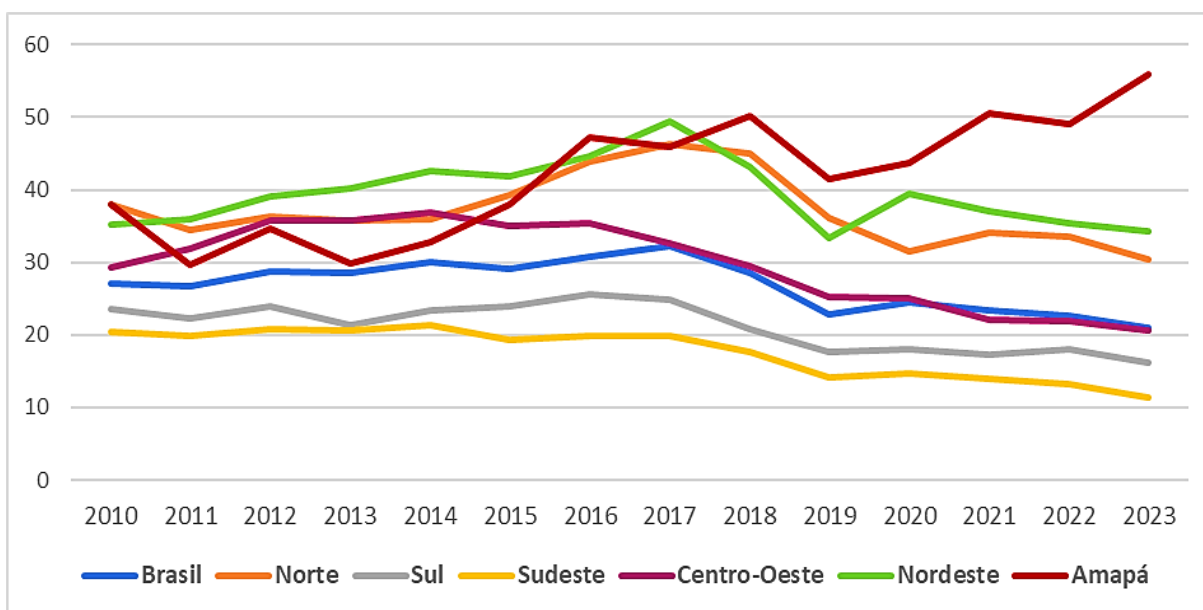
Importante destacar que o óbito por homicídio pode estar classificado como Morte Violenta por Causa Indeterminada (MVCI), quando diante da impossibilidade de identificação da intencionalidade envolvida no evento que o desencadeou. Quanto mais óbitos registrados como MVCI, menor será a qualidade dos dados, influenciando na análise dos indicadores dos fenômenos violentos letais no país (Cerqueira et al., 2023). Diante disto, as MVCI estão incluídas nos coeficientes apresentados no estudo.

No panorama de morbimortalidade no Brasil, o homicídio (agressão) figura como primeira causa de óbito na população jovem, na faixa etária de 15 a 29 anos. Em 2019, foram registrados 48 milhões de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), gerando cerca de 78 milhões de gastos para saúde pública (BRASIL, 2021). Além dos custos na saúde, ressalta-se a existência de custos sociais, econômicos e para as famílias das vítimas em virtude de vidas perdidas, por causa evitável, de pessoas em idade produtiva para a violência.

A taxa de homicídios no Brasil é de 20,95/100000 (dados parciais SIM) habitantes e guarda diferenças por região apontando a necessidade de busca de equilíbrio do cenário a fim de alcançar a redução em 1/3 dos índices até 2030.

Quanto às regiões, no período de 2010 a 2023, é possível identificar que desde o ano de 2015, as regiões nordeste e norte são as mais violentas do país, conforme se observa no Gráfico 64.

Gráfico 64: Taxa de mortalidade por homicídio, segundo o país, regiões e Amapá/Br, 2010-2023*.

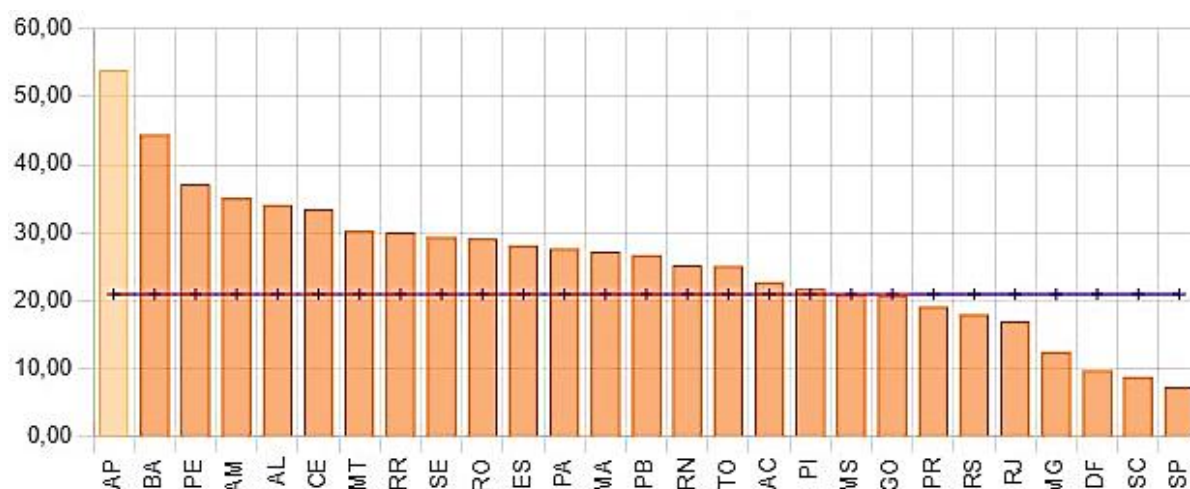


Fonte: SIM/MS. IBGE - Projeção populacional 2010-2060 (Revisão 2018). Estudo de Estimativas populacionais por município 2000-2021.

Notas: Taxa de mortalidade padronizada, por 100 mil habitantes. CID 10: X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal) Dados de 2023 são preliminares, estando sujeitos a alterações.

A região norte, embora seja a segunda região mais violenta, vem evoluindo com queda dos índices desde 2018. Porém o Estado do Amapá vem se mantendo entre os três Estados mais violentos durante todo o período estudado (2018 a 2022) e segue curva ascendente desde 2020, se posicionando em primeiro lugar, com a maior taxa de homicídios do país, alcançando 56/100000 habitantes em 2023 (Figura 5).

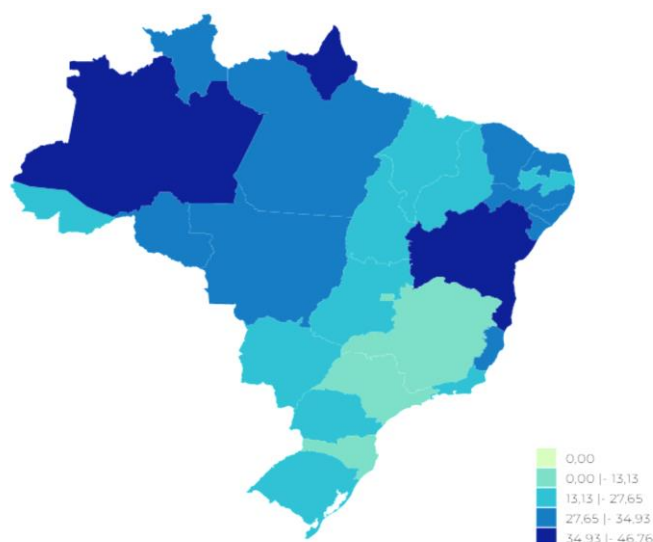
Figura 5: Taxa padronizada de mortalidade por homicídio, país e unidades da federação. Brasil, 2023.



Fonte: <http://plataforma.saude.gov.br/cidades/>

Tal fato aponta para a necessidade de avaliação das estratégias adotadas pelo Estado e municípios, as quais demonstram um impacto limitado na mortalidade.

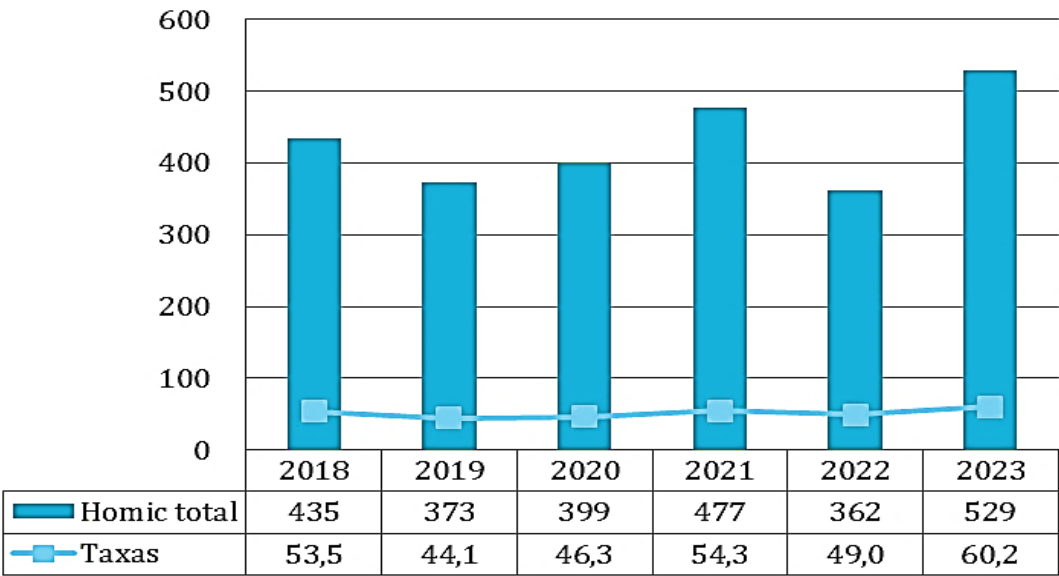
Figura 6: Taxa de mortalidade por homicídio, segundo Unidade da Federação. Brasil, 2023.



Fonte: <http://plataforma.saude.gov.br/cidades/>. Taxa de mortalidade padronizada, por 100 mil habitantes. CID 10: X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal). Os dados de 2023 são preliminares, estando sujeitos a alterações.

O Gráfico 65 apresenta os coeficientes de mortalidade por homicídios no Estado no período de 2018 a 2022 e dados preliminares do ano de 2023.

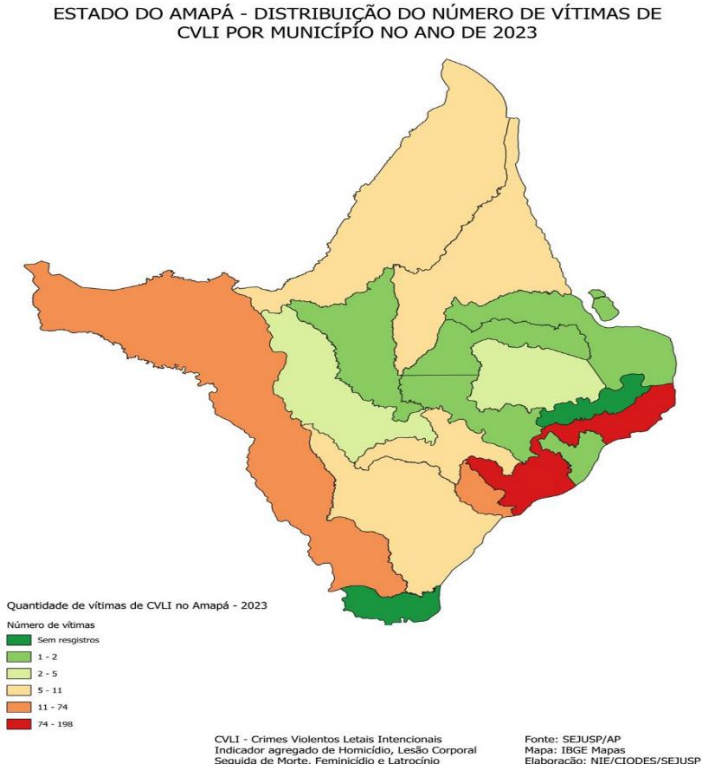
Gráfico 65: Coeficiente de Mortalidade por Homicídios no Estado do Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 04.04.2024. Taxa de mortalidade padronizada, por 100 mil habitantes. CID 10: X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal); Y87.1 (sequela de agressão) e Y89.0 (sequela de intervenção legal). IBGE. Estudo de Estimativas populacionais por município, sexo e idade - 2000-2021/DATASUS para o cálculo de 2023. Os dados de 2023 são preliminares, estando sujeitos a alterações.

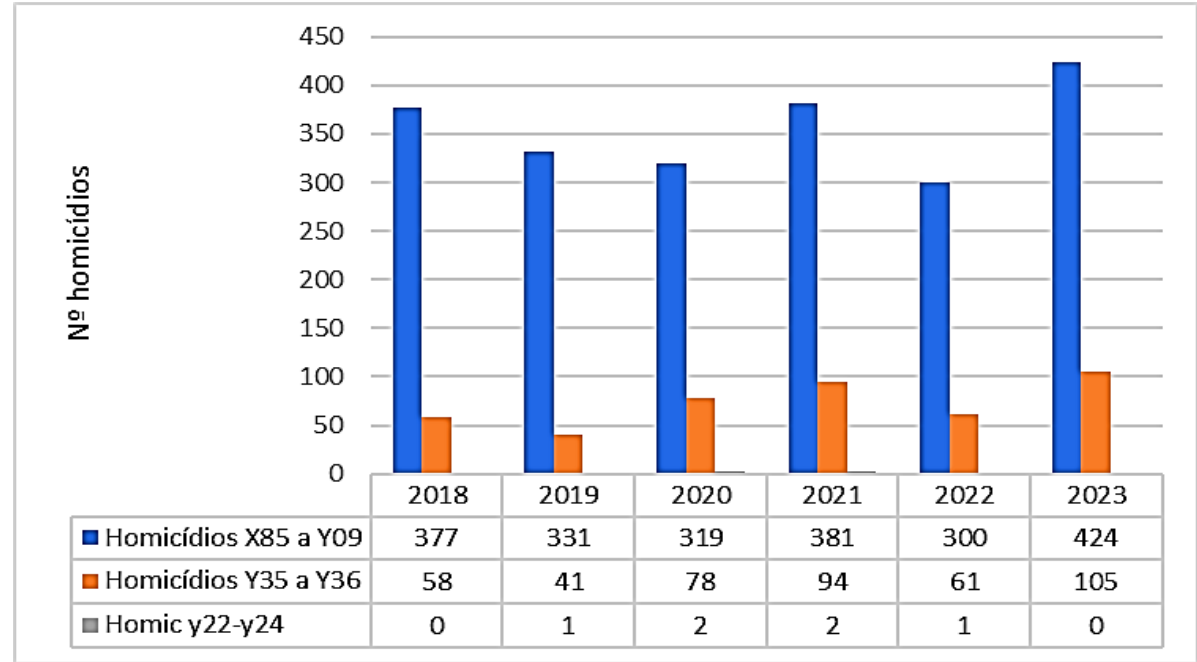
Ao analisar as informações desta série histórica, referente ao período de 2018 a 2022, revela oscilações no sentido de redução e retomada do crescimento. Houve uma redução no ano de 2019, seguido de retomada no crescimento em 2021, alcançando taxa de 54,3/100 mil habitantes.

É importante ratificar que as medidas de contenção implantadas durante a pandemia da Covid 19 (no ano de 2020), não tiveram impacto significativo nesta forma de violência, visto que o Amapá foi o Estado Brasileiro com a segunda maior taxa de mortalidade, mantendo esta posição mesmo no ano de 2019, quando houve maior redução dos índices de homicídios no Brasil. O último ano analisado (2022), demonstra significativa redução (49/100mil hab), porém, os dados preliminares do SIM do ano de 2023 registram 529 homicídios, elevando a taxa para 60,2/100.000 hab, e evidenciando um crescimento persistente. Este cálculo se baseia na estimativa DATASUS 2021, em virtude da falta de projeção IBGE a partir do Censo de 2022. Portanto sua atualização pode resultar em taxa ainda mais elevada.



No Gráfico 66 pode ser observado o número de óbitos conforme o CID.

Gráfico 66 Número de homicídios conforme o CID, Amapá/BR, 2018 à 2023*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 05.09.2024. Taxa de mortalidade padronizada, por 100 mil habitantes. CID 10: X85 a Y09 (agressões); Y22 a Y24 (disparo de arma de fogo, com intenção indeterminada); Y35 (intervenção legal).

Quanto às regiões de saúde, a maior taxa no ano de 2022 foi identificada na região central (50,9/100.000hb), seguido da região sudoeste (42,9/100.000hb) e na região norte, cuja população não alcança 100mil habitantes, é de 3,6/10.000 habitantes. É possível verificar que a mortalidade não está ligada à região de saúde, mas guarda características mais urbanas, concentrada nos municípios de Macapá (54/100.000hb) e Santana (52/100.000 hb), que são os mais populosos. Nos demais municípios, a mortalidade é muito inferior à taxa estadual.

Os homicídios afetam principalmente a população jovem do sexo masculino em plena idade produtiva. A Tabela 29 apresenta os dados de mortalidade da população jovem de 15 a 29 anos de idade.

Tabela 29: Número e coeficiente de óbitos por homicídio na população de 15 a 29 anos no Estado do Amapá/BR, 2018 a 2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CID X89 a Y09	234	224	189	248	181	250
CID Y35 a Y36	0	0	0	0	0	1
CID Y22 a Y24	0	0	0	0	1	1
CID Y89	0	0	0	1	0	0
Total	234	224	189	249	182	252
Taxa/100000	96,2	91,0	76,2	99,6	90,8	100,8

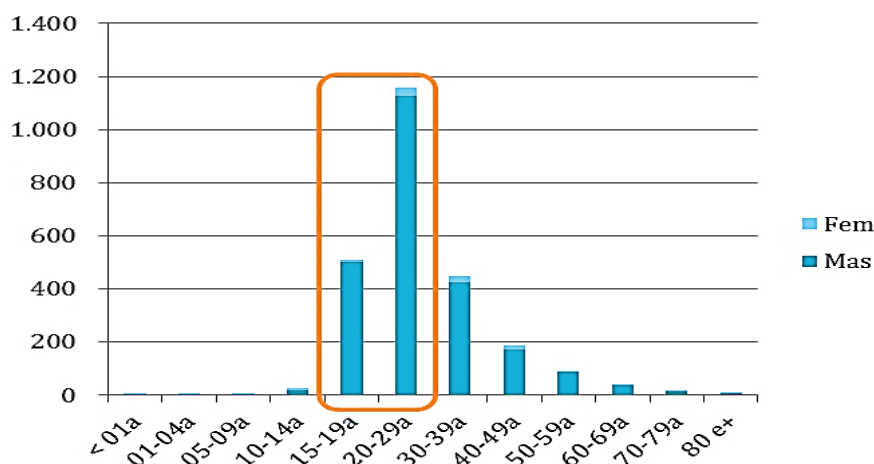
Fonte: SIM/MS/SVS. Nº de homicídios de residentes foi obtido pela soma dos CID 10: X85-Y09 (óbitos causados por agressão), y22-y24, Y35-Y36 (intervenção legal e operações de guerra) e Y89.0 (sequela de intervenção legal). As taxas calculadas utilizando a projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 (edição 2018), para o ano de 2022 o resultado do Censo/IBGE e para 2023 a projeção de 2021 (este último passível de alteração).

É possível verificar na tabela acima que a taxa de mortalidade nesta faixa etária é muito superior à população em geral. A maioria dos óbitos (99%), resulta de agressão e apenas 1% são decorrentes de operações policiais.

As mortes por agressão em 95% dos casos são do sexo masculino, e a faixa etária mais afetada é constituída por jovens entre 15 e 29 anos (62%).

Dentro deste quantitativo está a população adolescente (entre 15 e 19 anos), que representa 20%.

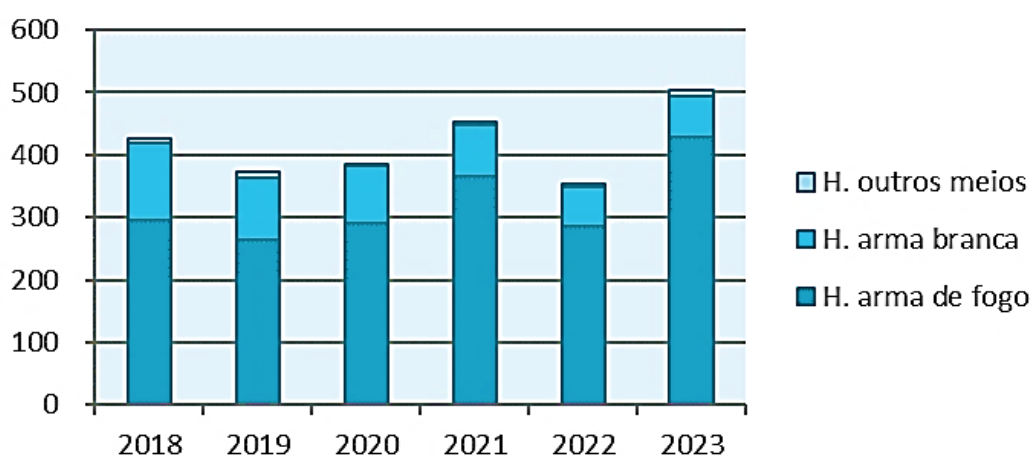
Gráfico 67: Óbitos por homicídio segundo sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 04.04.2024.

Nos homicídios em geral, o meio predominantemente utilizado pelo agressor, predomina o uso de arma de fogo em 77,5% dos casos, com aumento progressivo a partir do ano de 2018. O uso de arma branca, configura o segundo meio utilizado, porém esse meio vem apresentando redução a cada ano (Gráfico 68).

Gráfico 68: Meio de agressão nos óbitos por homicídio – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 04.04.2024.

No que tange à escolaridade, observou-se no período estudado que a maioria (42%), possuía menos que oito anos de estudo, seguido de 8 a 11 anos de estudos (26%), havendo diferença quanto à escolaridade nos anos de 2018 e 2019, onde o segundo grupo mais numeroso tinha entre um e três anos de estudos. Apesar de ainda ser considerado elevado, houve diminuição da baixa escolaridade no período.

Os dados informados para a variável raça-cor, conforme a Tabela 30 é possível observar o predomínio da mortalidade por homicídios de pardos (94,5%), seguido de brancos (2,5%) e pretos (2,3%).

Tabela 30: Homicídios segundo Raça, Cor e Ano de ocorrência – Amapá/BR, 2018 a 2022*.

Raça Cor	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	%
Branca	22	4	16	8	6	6	62	2,5
Preta	13	6	10	12	6	10	57	2,3
Amarela	4	3	2	2	1	0	12	0,4
Parda	378	341	357	435	332	481	2.324	94,5
Indígena	0	3	0	0	2	0	5	0,2

Fonte: SIM/MS/SVS/AP extraído em 04.04.2024.

Em relação às ocupações mais frequentes, estão os trabalhadores da área administrativa (20%), trabalhadores do comércio (10%), pedreiros (10%), atividade agrícola (4%). Contudo, 20% das declarações de óbito de homicídios estavam com o campo “ocupação” ignorado ou não informado (dados não apresentados em tabela).

6.1.4 Femicídio

O feminicídio é o termo usado para descrever o assassinato de mulheres por razões de gênero, geralmente motivado por questões de desigualdade e violência de gênero, ocorrendo na maioria dos casos, dentro de um contexto de relações abusivas, onde a vítima é morta por seu parceiro, ex-parceiro, ou alguém com quem tenha uma relação íntima ou familiar.

É importante reconhecer e combater a violência sistemática que as mulheres enfrentam, destacando que esses crimes não são apenas atos individuais de violência, mas sim parte de um problema mais amplo e estruturado de desigualdade de gênero.

Segundo o IPEA (2024), a taxa de mortalidade de mulheres no Brasil na última década é de 3,5/100.000 hab, porém, considerando as mortes violentas por causas indeterminadas, esta taxa fica estimada em 4,3 óbitos/100.000 hab (4.670 óbitos), o que evidencia a necessidade de um fortalecimento cada vez maior das políticas de

enfrentamento a todas as formas de violência praticadas contra as mulheres, considerando o contexto regional, onde os homicídios são a principal forma de mortalidade por causas externas. Os dados do IPEA (2024) demonstram que o Amapá foi o quarto Estado da Federação em redução da mortalidade de mulheres por homicídio no período de 2017 a 2022 (- 40,7%). As taxas de óbito por agressão de mulheres no Estado apresentam estabilidade (em média 4,5/100.000 habitantes) conforme pode ser verificado na Tabela 31.

Tabela 31: Número e taxa de homicídios de mulheres, segundo CID e ano. AP/Brasil, 2018 a 2023*.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CID X89 a Y09	15	20	22	19	16	16
CID Y35 a Y36	0	2	0	0	2	0
CID Y22 a Y24	0	0	1	0	0	0
Total/ano	15	22	23	19	18	16
Taxa/100.000	4	5	5	4	5	4

Fonte: SIM/MS/SVS. N° de homicídios de mulheres residentes foi obtido pela soma dos CID 10: X85-Y09 (óbitos causados por agressão), y22-y24, Y35-Y36 (intervenção legal e operações de guerra) e Y89.0 (sequela de intervenção legal). As taxas calculadas utilizando a projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 (edição 2018), para o ano de 2022 o resultado do Censo/IBGE e para 2023 a projeção de 2021 (este último passível de alteração).

No Amapá, as mulheres são vitimadas em 5% do total de casos, principalmente na faixa etária entre 20 e 39 anos. No período estudado houveram 87 óbitos de mulheres, a maioria residentes nos municípios de Macapá (56%), Santana (23%) e Laranjal do Jari (8%). Quanto ao meio de agressão utilizado, segue a mesma tendência geral com o uso de arma de fogo (53%), seguido de arma branca (42%).

Ressalta-se que a política de proteção às mulheres está bem estabelecida e vem sendo coordenada pela Secretaria de Estado de Política para Mulheres (SEPM), articulando políticas públicas e ações voltadas para a integração social, política e econômica das mulheres, principalmente as que se encontram em situação de violência doméstica e/ou familiar ou ainda em vulnerabilidade social. Esta coordena a Rede de Atenção às Mulheres (RAM), que reúne 32 instituições públicas e da sociedade civil organizada que atuam de maneira direta e indireta na prevenção e

atenção às mulheres vítimas de violências e dispõe de um observatório da violência contra a mulher.

Importante destacar que a taxa de mortalidade por homicídios permanece elevada no Amapá, afetando principalmente os jovens do sexo masculino, em plena idade produtiva, com repercussões não somente na saúde pública, mas a economia, segurança e bem-estar social.

Segundo dados da Secretaria de Justiça e Segurança Pública do Amapá, grande parte dos crimes tem correlação com a atuação de organizações criminosas que agem de forma articulada no Estado e seguem uma dinâmica específica que tem como finalidade a disputa pelo controle do tráfico de drogas.

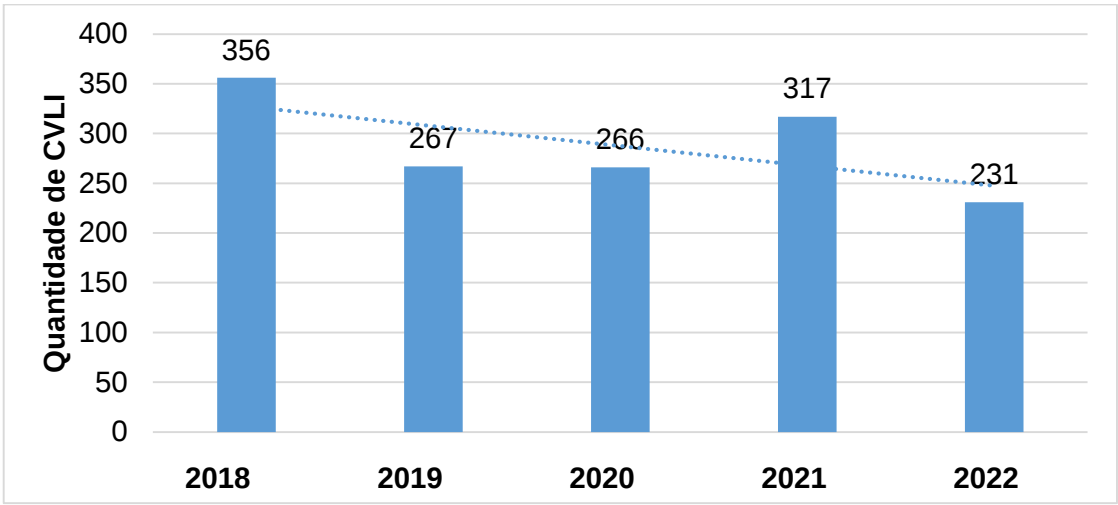
Neste sentido, o trabalho de equipes de inteligência policial tem fundamental importância na identificação de indivíduos que compõem essas organizações, de sua forma de atuação, assim como de possíveis delitos que estão ligados direta ou indiretamente ao tráfico de drogas.

Para a depuração dos dados brutos de homicídio, a Secretaria de Justiça e Segurança Pública busca identificar aqueles que têm características de execução e que mais precisamente devem estar conexos aos delitos cometidos por organizações criminosas.

Neste sentido, no acompanhamento diário destas ocorrências, podem ser apontados os homicídios que, possivelmente, estejam ligados a certos grupos criminosos.

No período estudado, de 2018 a 2022, foram identificados 1.347 crimes violentos letais intencionais, uma média de 287 crimes anuais, conforme podemos observar no Gráfico 69 abaixo e na Tabela 32.

Gráfico 69: Crimes violentos letais Intencionais - CVLI ocorridos no Amapá. 2018-2022 – AP/BR.



Fonte: Secretaria de Justiça e Segurança Pública – 10.05.2024.

Deste total, 691 apresentam indícios de execução, sendo as características acompanhadas pela secretaria para estabelecimentos das ações e estratégias necessárias ao controle e diminuição da incidência delituosa.

Tabela 32: Crimes violentos letais intencionais - CVLI - 2018 a 2022 – AMAPÁ.

CONTEXTO	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Indícios de execução	151	106	146	175	113	691
Conflito interpessoal entre conhecidos ou desconhecidos	98	78	61	66	57	360
Morte com evidência de grave emprego de violência	76	55	42	67	41	281
Conflito entre casais	10	8	5	5	10	38
Conflito entre familiares	11	9	10	4	4	38
Morte de preso	2	4	1		5	12
Linchamento	5	3				8
Conflito relacionado a uso de drogas	2	4			1	7
Acidente de trânsito (doloso)	1		1			2
TOTAL	356	267	266	317	231	1437

Fonte: SEJUSP/Amapá.

Podemos inferir que do total de crimes letais intencionais, aproximadamente a metade se correlaciona aos crimes com indícios de execução e estes com a atuação das organizações criminosas que atuam no estado do Amapá em conflitos pelo controle de áreas de comercialização de substâncias entorpecentes.

Tabela 33: Crimes violentos letais intencionais - CVLI - 2018 a 2022 com indícios de execução – AMAPÁ.

CONTEXTO	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Indícios de execução	151	106	146	175	113	691
% em relação ao Total	42,42	39,70	54,89	55,21	48,92	48,09
TOTAL	356	267	266	317	231	1437

Fonte: SEJUSP/Amapá.

Os números são organizados conforme as informações das ocorrências e sendo depurados pelo trabalho de inteligência e são utilizados como base para o estabelecimento de ações de segurança pública que auxiliam na diminuição dos índices de criminalidade letal intencional relacionada especificamente com os crimes cometidos por grupos ou organizações criminosas.

Apesar da aparente tendência de queda apontada nos números totais, observamos que o ano de 2021 teve a maior incidência de crimes com indícios de execução. Entre as estratégias de controle deste tipo específico de criminalidade, além do policiamento convencional, exige-se a médio prazo o estabelecimento de uma reorganização do sistema penitenciário para um cumprimento de pena com maior eficácia, especialmente no que diz respeito ao controle de acesso ao sistema, em cumprimento aos dispositivos legais de cumprimento de pena. Estudos apontam que os Estados brasileiros bem-sucedidos na redução da mortalidade por homicídios, desenvolveram políticas públicas intersetoriais, voltadas para a cultura de paz, possuem um planejamento apoiado em diagnóstico situacional e orientado por resultados (CERQUEIRA et al., 2023).

Portanto, a implementação de políticas efetivas de proteção da infância e adolescência, com investimento em educação, esportes, cultura, lazer, qualificação profissional, emprego e renda em favor da juventude são relevantes. A construção de ambientes seguros, e a atuação dos serviços públicos de maneira transversal e

intersetorial, fortalecem a promoção da saúde física e mental, a cultura de paz e a prevenção das violências.

6.1.5 Suicídios

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública mundial, sendo estimado que a cada ano, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio e 80% dessas mortes ocorrem em países de média e baixa renda (WHO, 2018).

Em especial pelo crescimento na população mais jovem - adolescência e início da fase adulta - principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas (NOCK, 2012). Alguns fatores relacionados ao comportamento suicida na juventude são: os sentimentos de tristeza, desesperança, depressão, ansiedade, baixa autoestima, experiências adversas pregressas como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas, falta de amigos e suporte de parentes, exposição a outras formas de violência e discriminação no ambiente escolar e o uso de substâncias psicoativas (Botega, 2015). A maioria das pessoas com comportamento suicida é acometida por algum transtorno mental, sendo o mais comum, a depressão. (BRASIL, 2021).

- **Situação epidemiológica dos óbitos por suicídio**

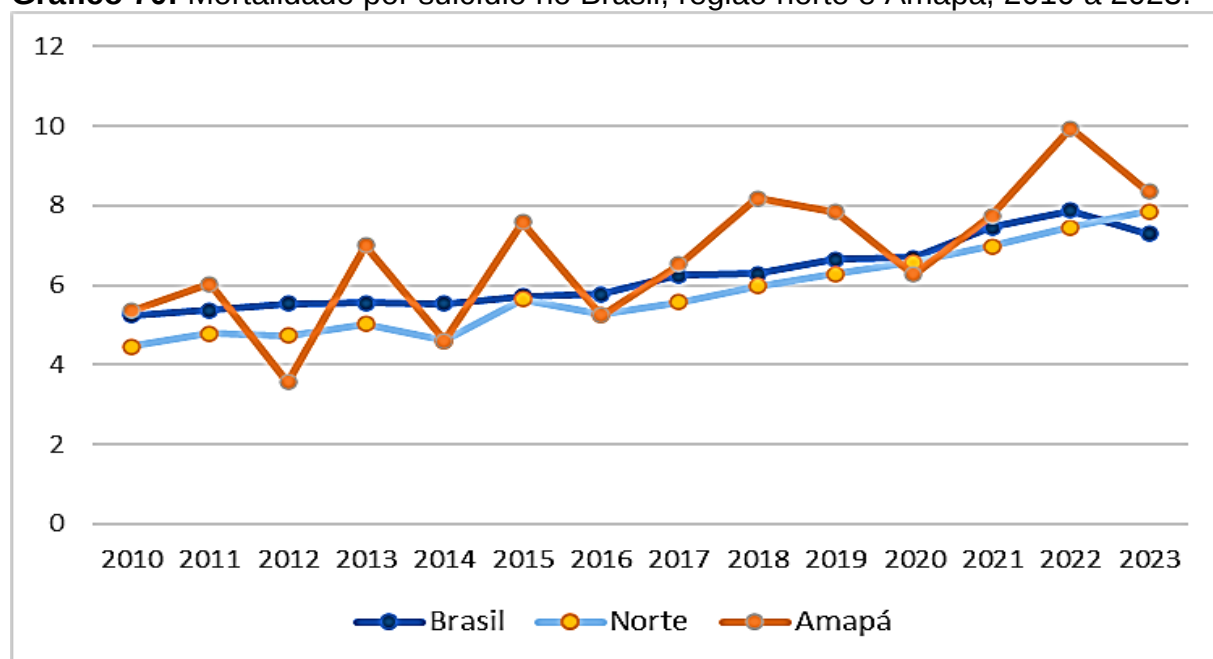
Os principais indicadores de mortalidade por suicídio nos últimos cinco anos no estado, serão apresentados, sendo considerados os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) da CID-10.

O suicídio é a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo e a segunda principal causa de mortes de adolescentes de 15 a 19 anos, bem como, a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos no Brasil (BRASIL, 2024). Ocorrem 37 mortes por dia e 8,6 milhões foram gastos com internações hospitalares no ano de 2019 (WHO, 2019).

Em 2023, dados do SIM demonstraram que os suicídios resultaram em 15.395 mortes, com taxa de mortalidade de 7,3/100 mil habitantes, sendo que, 77,8% ocorreram no sexo masculino. No entanto, o perfil dos óbitos por suicídio no país sofre

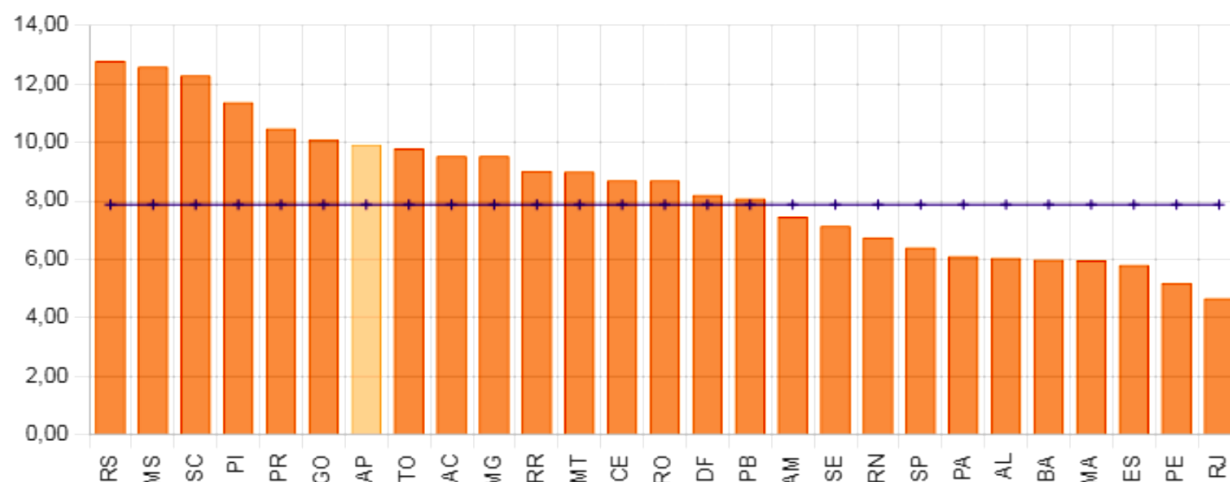
variação conforme a região geográfica. Os estados da região sul registram a maior taxa de mortalidade no segmento populacional a partir de 60 anos de idade, de concentração mais rural. Já a região norte, detém taxa de 7,85/100000 hab, se caracteriza pela tendência crescente na população adolescente entre 15 e 19 anos e adultos jovens residentes em áreas urbanas (BRASIL, 2021). A seguir serão apresentados os índices de mortalidade por suicídio no Brasil, região norte e Amapá, no período de 2010 a 2022 (Gráfico 70), considerando os óbitos classificados com os códigos X60 a X84 (lesões autoprovocadas intencionalmente) e Y87.0 (sequelas de lesões autoprovocadas) do CID-10.

Gráfico 70: Mortalidade por suicídio no Brasil, região norte e Amapá, 2010 a 2023.



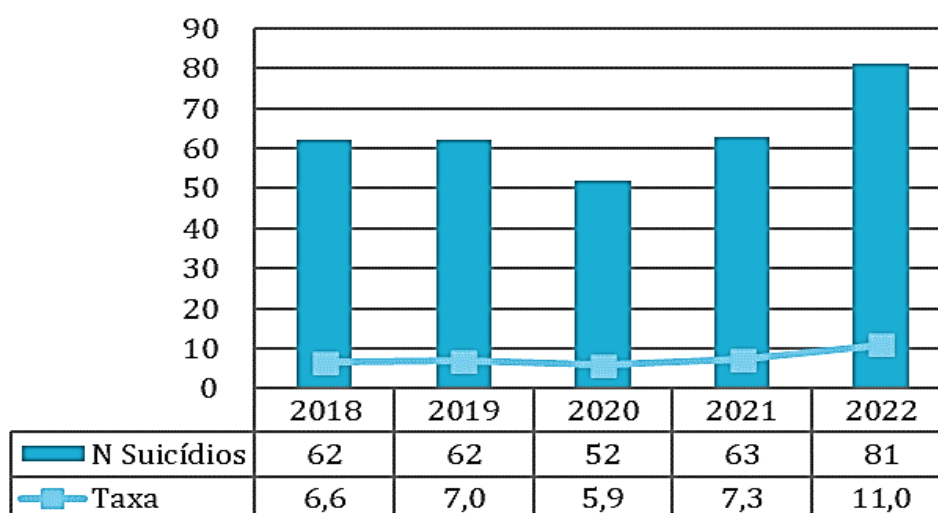
Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Projeção populacional 2010-2060 (Revisão 2018). Ministério da Saúde. Estudo de Estimativas populacionais por município 2000-2021.

O Amapá é o 7º no *ranking* nacional, conforme pode ser verificado na Figura 7, e poderia estar pior posicionado se a taxa estivesse baseada na população do censo 2022 ao invés da estimativa. Dados preliminares de 2023 apontam redução nos índices e melhor posicionamento, porém o Gráfico 69 demonstra curva ascendente, apesar das flutuações.

Figura 7: Taxa de mortalidade por suicídio no Brasil e unidades da federação, 2022.

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). IBGE. Projeção populacional 2010-2060 (Revisão 2018). Ministério da Saúde. Estudo de Estimativas populacionais por município 2000-2021.

No período estudado, foi observada uma redução dos casos no ano de 2020, registrando 5,9 óbitos/100.000 habitantes, com retomada no crescimento nos anos subsequentes alcançando 11/100.000 hab no ano de 2022, maior índice já registrado (Gráfico 71).

Gráfico 71: Número e coeficiente de mortalidade por suicídio no Amapá/BR, 2018 a 2022.

Fonte: SIM/SVS/SESA/AP. Extraído em 04.04.2024.

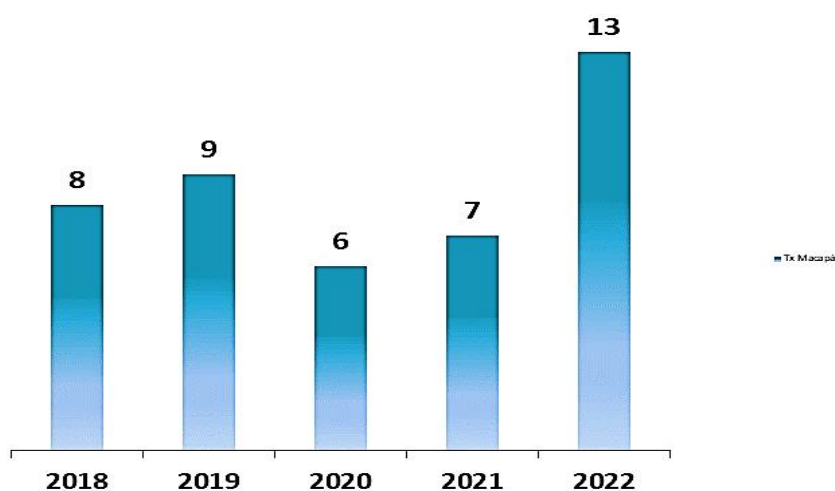
Esta redução no ano de 2020, que também foi verificada no âmbito nacional (BRASIL, 2024), pode estar relacionada à um conjunto de medidas de suporte

psicossocial, presencial ou online, disponibilizados por instituições governamentais e não governamentais no período da pandemia da Covid 19, ao *lockdown*, que levou a um convívio familiar por período mais prolongado entre outras medidas.

Cabe destacar que a região de saúde com maior taxa de mortalidade por suicídio no ano de 2022, é a região central com 12,9 óbitos/100.000 habitantes. No entanto, a taxa de óbitos por região de saúde pode levar a vieses, pois 73% dos óbitos foram de residentes na cidade de Macapá. Os dados indicam ainda, a existência de uma prevalência maior nas regiões do estado com predomínio de atividades urbanas.

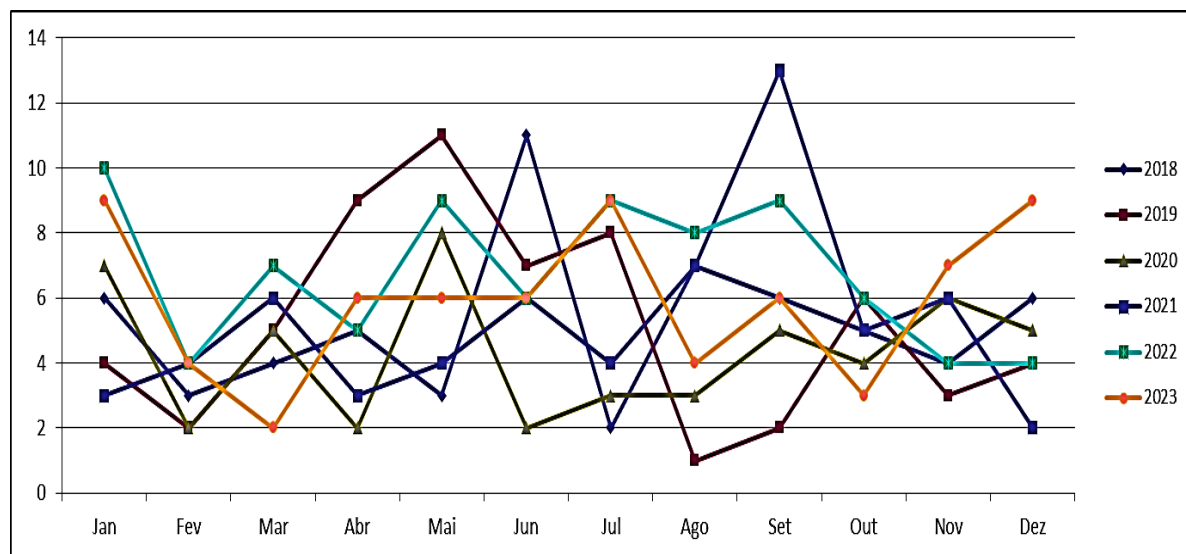
A capital Macapá, que contribuía para a elevação do patamar de risco do Estado, obteve redução significativa na taxa de óbitos de 9/100.000hab em 2019, para 7/100.000hab em 2021, conforme observado no Gráfico 71. Porém, no ano de 2022 houve o retorno ao estado de alerta epidemiológico com taxa de 13/100.000hab – a maior taxa registrada (de 37 óbitos em 2021 para 58 óbitos em 2022).

Gráfico 72: Taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes em Macapá-AP - 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 04.04.2024.

O Gráfico 73 mostra os óbitos por suicídio segundo o mês e ano de ocorrência.

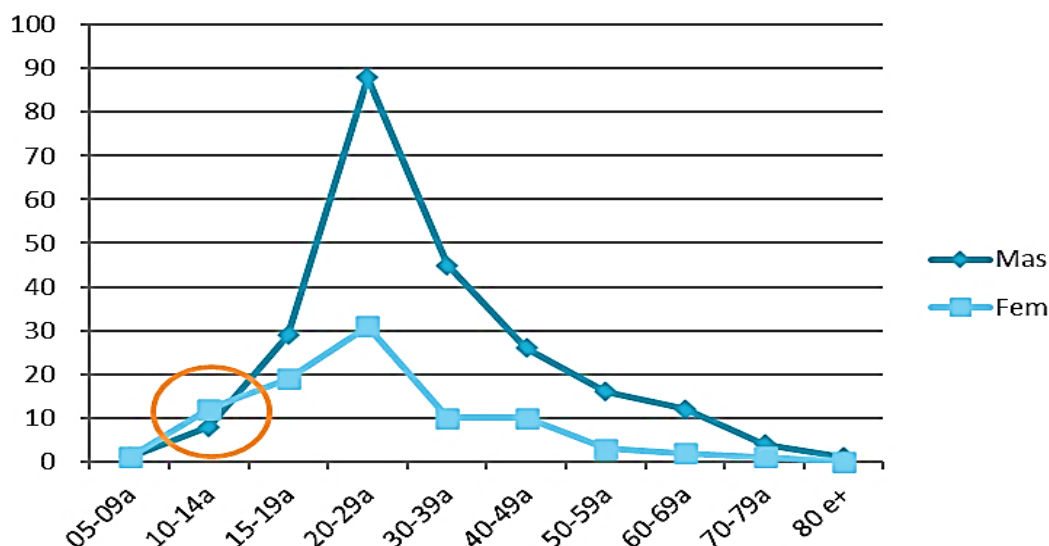
Gráfico 73: óbitos por suicídio segundo o mês e ano de ocorrência, Ap. 2018-2023*.

Fonte: SIM/MS/SVS. Extraído em 05.08.24.

Ainda que ocorram variações, os meses de maior concentração de óbitos são: maio, janeiro e setembro. Importante verificar melhor a correlação entre os meses de maior ocorrência de tentativas de suicídio e as datas comemorativas: maio celebra o mês das mães, cercado de homenagens póstumas também, janeiro além de ser o mês da confraternização universal, de reflexão, de início do ano, também é celebrado o janeiro branco de prevenção em saúde mental e o mês de setembro de prevenção ao suicídio e autolesão.

Ao verificar a mortalidade segundo sexo e faixa etária, constata-se que tanto o sexo masculino quanto o feminino têm maior prevalência na faixa etária entre 20 e 29 anos, porém, diferente do sexo masculino, onde a mortalidade avança para a faixa seguinte, de 30 a 39 anos, no sexo feminino ocorre uma regressão da idade, alcançando as adolescentes de 15 a 19 anos (Gráfico 74). Condição semelhante vem sendo encontrada no contexto nacional (BRASIL, 2024).

Gráfico 74: Mortalidade por suicídio segundo o sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2022*.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP. Extraído em 04.04.2024.

Ressalta-se que a população adolescente detém 21% da mortalidade por suicídio no período estudado. Alguns fatores relacionados ao comportamento suicida na adolescência e juventude são: os sentimentos de tristeza, desesperança, depressão, ansiedade, baixa autoestima, experiências adversas pregressas como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas, falta de amigos e suporte de parentes, exposição a outras formas de violência e discriminação no ambiente escolar e o uso de substâncias psicoativas (BOTEGA, 2015).

Quanto ao quesito raça/cor, pardos e pretos somam 93% e brancos representam 3,4%, estes também representam o maior segmento populacional no Estado (80%) segundo o IBGE.

Quanto à escolaridade dos pesquisados, a maioria possuía entre 8 e 11 anos de estudos (43%) o que corresponde ao ensino fundamental 2 completo e ensino médio incompleto. Em seguida, 29% tinham entre 4 e 7 anos de estudos, 13% das vítimas tinham o ensino fundamental 1 incompleto e 12% tinham mais de 12 anos de estudos. Dentre os pesquisados, 21% estavam em idade escolar (5 e 19 anos de idade).

Em relação às ocupações mais frequentes, estão os trabalhadores da área administrativa (15%), trabalhadores do comércio (8%), construção civil (7%), atividade

agroextrativista (7%). Contudo, 20% das declarações de óbito estavam com o campo “ocupação” ignorado ou não informado.

Contudo, a prevenção do suicídio não pode ser abordada somente pelo setor saúde, mas de maneira multissetorial, tendo em vista sua complexidade, relevância e caráter multifatorial. Estudos da área de saúde pública ressaltam a importância da atenção primária, do reforço dos laços familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde mental para atendimentos das pessoas mais vulneráveis.

6.2 MORBIDADE POR VIOLÊNCIAS INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

As condições de morbidade por violências da população são identificadas a partir do monitoramento do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, alimentado a partir das notificações realizadas de modo contínuo nos serviços de saúde que atendem as vítimas e a partir das informações trienais, geradas pelo VIVA inquérito.

A notificação se destina a CASOS SUSPEITOS ou CONFIRMADOS de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos.

São relevantes para esta política, o olhar da violência perpetrada contra os segmentos sociais vulneráveis como: a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBTQIA+ (BRASIL, 2015a). A notificação deve produzir informação epidemiológica relacionada ao perfil das violências e promover novas organizações e estruturas de atendimento, que qualifiquem a atenção à pessoa em situação de violência e a seus familiares, retirando os casos da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e, permitindo acionamento e a articulação da rede de proteção e de garantia de direitos.

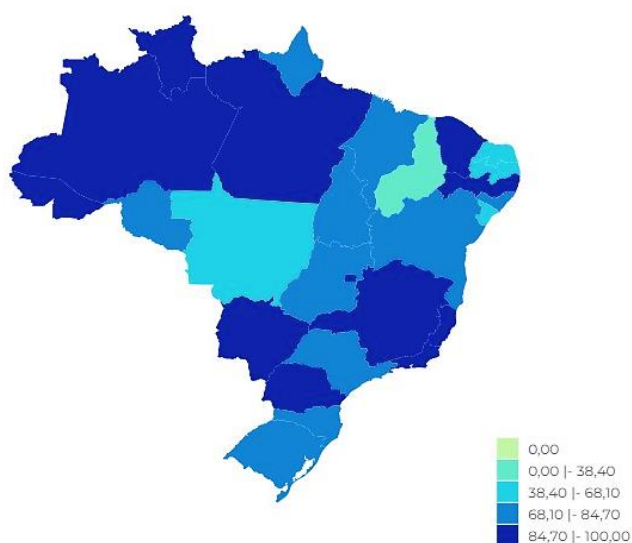
Portanto, é essencial conhecer a tendência e o comportamento das violências, bem como a execução de análise situacional. Neste sentido, apresenta-se uma série temporal dos registros dos últimos 5 anos de casos de violência interpessoal e autoprovocada registrados no SINAN no Estado. Os dados apresentados foram

extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, série histórica 2018 a 2022 e dados parciais de 2023* (2023* os dados são preliminares, sujeitos a alterações), CID Y09 (violências interpessoal/autoprovoçada).

6.2.1 Casos Notificados de violências interpessoal/autoprovoçada

O SINAN registrou 4.751 casos de violência no período de residentes no Estado (4.920 no total abrangendo residentes do Pará), 46,7% destes constituem violações contra crianças e adolescentes (2.219). A Figura 8 mostra a cobertura de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada por unidade da federação.

Figura 8: Cobertura de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada por unidade da federação, 2023.



Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O Amapá apresentou uma cobertura de notificação de violências de 80% em 2023, porém, o critério de cobertura abrange municípios que realizaram pelo menos uma notificação de violência no ano, mascarando a subnotificação – uma realidade a ser superada. Se nossa análise tivesse como base os critérios de avaliação que vêm sendo adotados, estaríamos com o dever cumprido, porém a Tabela 34 nos mostra que há muito a ser feito no sentido da consolidação da notificação de violências nos municípios, o que perpassa pelo estabelecimento de linha de cuidado e protocolos e fluxos de atendimento nos serviços.

Tabela 34: Situação de Notificação de Violências segundo o município e ano – Amapá/BR – 2018 a 2023*.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	média
Amapá	5	10	2	24	8	10	59	10
Calçoene	19	14	5	7	6	8	59	10
Pracuúba	0	0	0	0	1	1	2	1
Tartarugalzinho	32	10	5	1	4	15	67	11
Oiapoque	85	37	32	52	116	103	425	71
Região Norte	141	71	44	84	135	137	612	102
Cutias	0	7	1	8	14	8	38	6
Ferreira Gomes	7	0	1	9	4	14	35	6
Itaubal	1	3	3	2	4	9	22	4
S. do Navio	1	1	0	0	0	0	2	0
Macapá	265	365	150	322	528	522	2.152	359
Pedra Branca	15	10	16	20	20	7	88	14
Porto Grande	79	118	91	71	38	70	467	78
Região Central	368	504	262	432	608	630	2.804	467
Mazagão	14	7	16	17	8	5	67	11
Santana	112	133	47	81	172	218	763	127
L. Jari	242	185	64	46	70	66	673	112
V. Jari	1	9	0	1	3	1	15	3
Região Sudoeste	369	334	127	145	253	290	1.518	253
Total	878	909	433	661	996	1.057	4.934	822

Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP extraído em 05.09.2024.

A persistência do comportamento de subnotificação dificulta o dimensionamento da questão, visto que 69% dos municípios (10 municípios) registraram menos de 15 notificações/ano (Tabela 1). Esse comportamento é mais frequente em municípios das regiões de saúde Norte e Central. Os municípios de Pracuuba (região norte) e Serra do Navio (região central) estão recorrentemente silenciosos.

Esta situação preocupante reflete a dificuldade de implantação desta rotina nos serviços de saúde, sobretudo na Atenção Primária em Saúde, rede intersetorial (educação, assistência, conselho tutelar, delegacias), em todos os municípios, mesmo com a oferta de treinamentos de notificação, sensibilização de gestores e técnicos, dentre outras estratégias, a grande maioria das notificações provêm das unidades hospitalares e UPAs.

As taxas de notificação por região de saúde no ano de 2022 estão na Tabela 35.

Tabela 35 Coeficiente de notificações de violências interpessoal/autoprovocada segundo região de saúde, Ap, 2022.

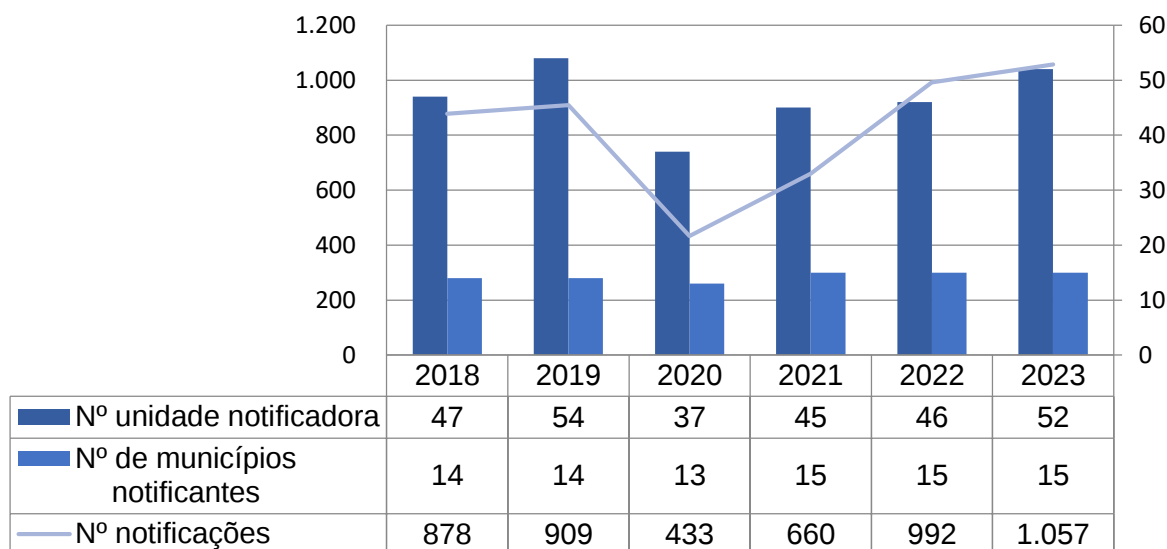
Região de Saúde	n	Tx/100mil
Região Norte	135	22*
Região Central	608	123
Região Sudoeste	253	139

Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP. Extraído em 05.09.2024.

A região sudoeste possui o maior coeficiente de notificação por 100.000 habitantes (139/100.000hab), seguido da região central com taxa de 123 /100.000 hab. A região norte apresenta o menor coeficiente, 22/10.000 habitantes. O cálculo para a região norte foi realizado considerando taxa/10.000 habitantes, pois sua população se encontra abaixo de 100.000 habitantes. Importante ressaltar que esta informação pode sinalizar que os serviços na região com maiores taxas estão mais atentos aos casos de violência e possuem rede intersetorial para prevenção e enfrentamento das diversas formas de violência organizada e articulada.

No Gráfico 75 podemos verificar o número de notificações de violência, de municípios notificantes e de unidades com notificação de violência interpessoal/autoprovocada.

Gráfico 75: Número de notificações de violência, de municípios notificantes e de unidades notificadoras com notificação de violência interpessoal/autoprovoçada – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP. Extraído em 05.09.2024.

No período avaliado, houve um discreto aumento no número de notificações, superando o período pré-pandêmico somente no ano de 2022. O número de municípios notificantes vem se mantendo em 15 nos últimos três anos, porém o número de unidades notificadoras, mesmo em crescimento, ainda não alcançou as 54 unidades do ano de 2019.

Outras unidades de saúde que não notificam violências são os CAPS – que atendem população vulnerável e casos de violência autoprovocada. Conforme a portaria MS 204/2016 – As violências interpessoal/autoprovocada compõem a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Outros dispositivos legais que reforçam a notificação das violências são: a lei estadual 1766/2013 - Notificação Compulsória nos casos de violência contra criança e adolescente e a Lei Estadual nº 1872/2015 - Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher atendida em estabelecimentos de saúde públicos e privados no *Estado do Amapá*. Além destas legislações, a recente lei nº 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, reforça o que já vem estabelecido na portaria 204/2016 em seu artigo 6º define que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (compreende a ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio), são de notificação compulsória por parte dos

estabelecimentos de saúde públicos e privados, estabelecimentos de ensino públicos e privados e conselhos tutelares com encaminhamento às autoridades sanitárias.

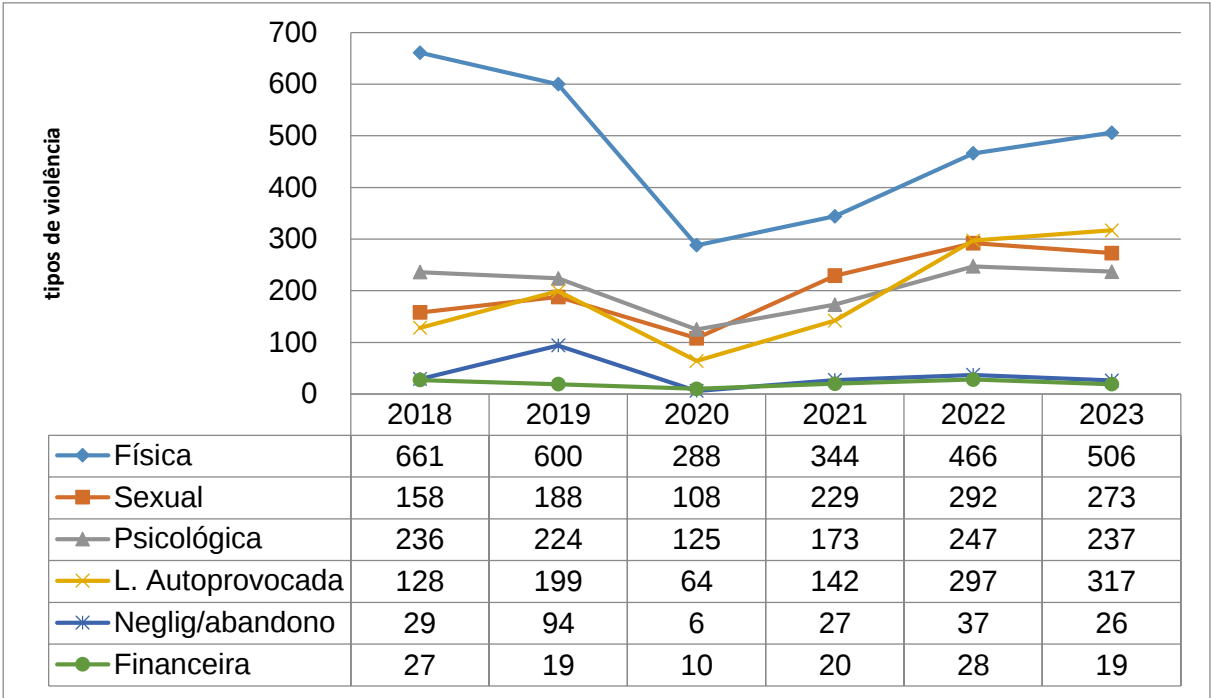
A notificação tem caráter intersetorial, incluindo os serviços que integram a rede de proteção e cuidado às pessoas em situação de violência como escolas, delegacias, UBS, UPAS, Hospitais, Conselhos tutelares, CAPS, CRAS, CREAS, CRAM, centros de atendimento universitários, etc) e ainda não notificam.

A ampliação da notificação na rede de cuidados e proteção social é fundamental no sentido da quebra do ciclo de violência e produção do perfil epidemiológico do Estado e consequente planejamento de ações pautadas na realidade local.

6.2.2 Tipologia das Violências notificadas no território

É possível verificar no Gráfico 76, que houve uma mudança em relação ao tipo de violência notificado. A forma de violência mais notificada é a violência física, seguida da violência psicológica até o ano de 2020. Em 2021 os casos de violência sexual aumentaram e nos últimos anos (2022 e 2023) os casos de lesão autoprovocada passam a ser a segunda forma de violência mais notificada. Podemos dizer que nos últimos 5 anos, as principais formas de violência notificadas foram a física (41,5%), sexual (18%), psicológica (18%), lesões autoprovocadas (16,6%), havendo poucas diferenças entre as três últimas.

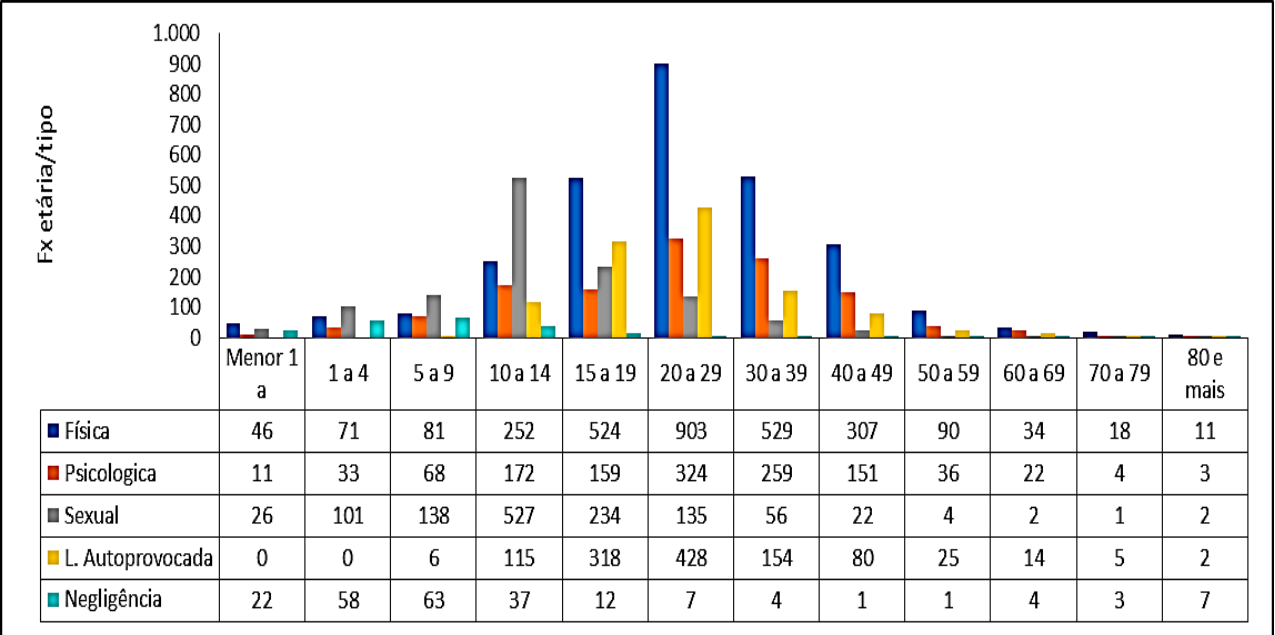
Gráfico 76: Notificações de violência segundo a tipologia e ano – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP. Extraído em 04.04.2024.

O Gráfico 77 mostra o tipo de violência sofrido conforme a faixa etária no período estudado.

Gráfico 77: Notificações de violência segundo faixa etária – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP. Extraído em 04.04.2024.

O tipo de violência sofrido se modifica conforme a faixa etária da vítima: em crianças menores de 1 ano, a violência física e a violência sexual são mais prevalentes; em crianças entre 1 e 14 anos de idade, o abuso sexual é a principal forma de violência; em adolescentes entre 15 a 19 anos e pessoas entre 20 e 29 anos, são mais prevalentes a violência física e a lesão autoprovocada.

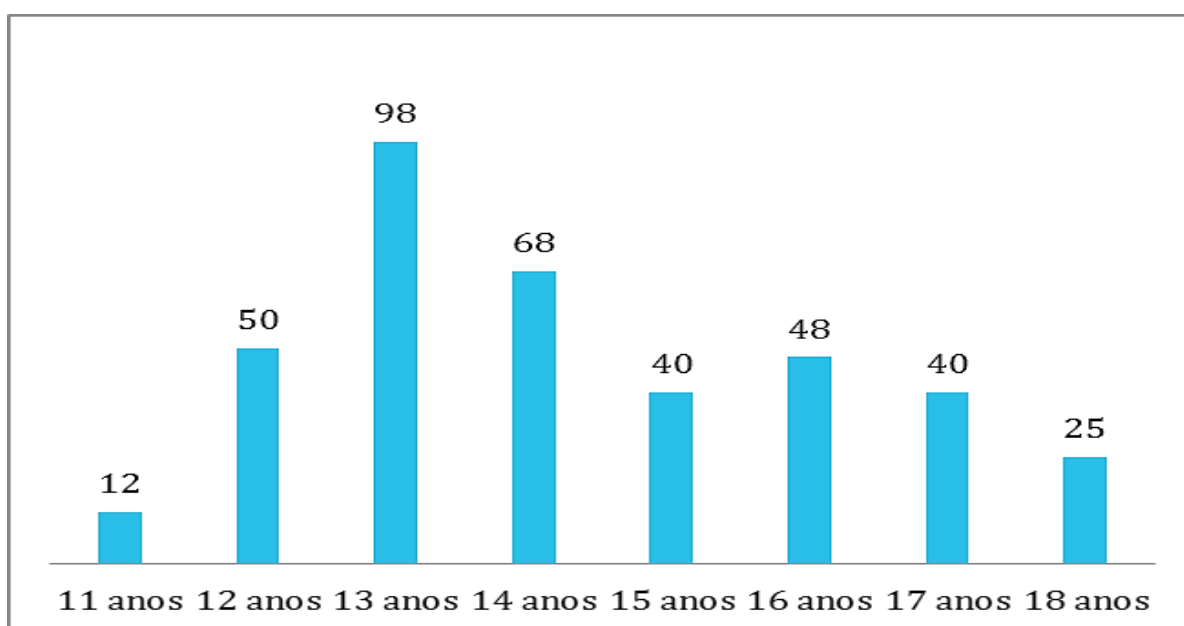
O Estado do Amapá tem um histórico de baixo número de denúncias no disque 100 e também um dos menores números de notificações do país.

Outro aspecto que pode ser verificado diz respeito à alta prevalência de violências perpetradas contra meninas e mulheres ao longo da vida. Em 77,5% dos casos a vítima é do sexo feminino e o agressor do sexo masculino (67%).

Todo esse processo resulta na manutenção do ciclo de pobreza, do aumento das demandas sociais, refletindo no IDH dos municípios, e em muitos casos, não há a quebra do ciclo de violência, mas a modificação do autor que antes eram os pais e cuidadores e a partir da adolescência passa a ser o parceiro íntimo.

As adolescentes gestantes notificadas como violência sexual estão na faixa etária entre 11 e 18 anos, sendo mais prevalente na idade de 13 anos conforme observado no Gráfico 78.

Gráfico 78: Adolescentes gestantes notificadas como violência sexual, segundo a idade 2018 a 2023* AP/BR.

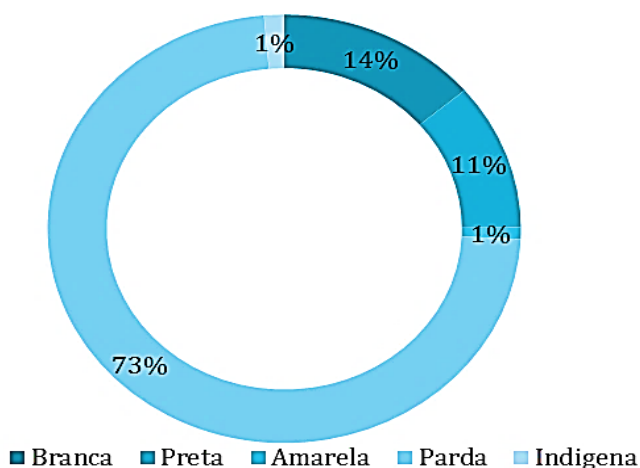


Fonte: SINAN/MS/SVS. Extraído em 04.04.24.

Verificou-se ainda que, quanto à situação conjugal de meninas de 10 a 19 anos, 15% afirmaram conviver em união consensual, trazendo à tona uma situação comum nas regiões amazônicas – o casamento infantil, caracterização pela cessação das atividades típicas do seu ciclo de vida para vivenciar a maternidade precoce e o conjunto de responsabilidades inerentes à vida adulta, em muitos casos ocorre o abandono escolar. Destas, 57% possuem o ensino fundamental incompleto.

Em relação ao quesito raça/cor, conforme pode ser visualizado no Gráfico 79, pardos e pretos somam 84%, seguido de brancos (14%), o que reflete a população do Estado, em sua maioria pardos e pretos (IBGE, 2023).

Gráfico 79: Notificações de violência segundo a raça/cor – Amapá/BR, 2018 a 2023*.



Fonte: SINAN/SVS/SESA/AP. Extraído em 04.04.2024.

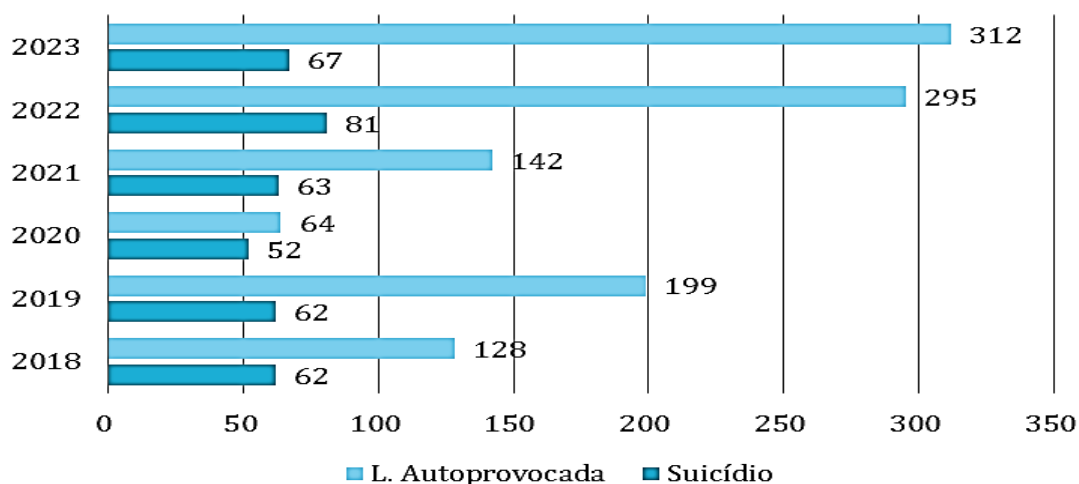
Em 42% dos casos notificados, a violência ocorreu outras vezes, portanto a rede de apoio psicossocial, educacional e assistencial são fundamentais na prevenção cada vez mais precoce e na quebra do ciclo da violência.

6.2.3 Morbidade por Violência autoprovocada (Tentativa de suicídio e autolesão)

No que tange à Lesão autoprovocada - LA, foram registrados 1.142 casos no período estudado. Quanto ao meio, são utilizados o envenenamento, principalmente através da ingestão de medicamentos, venenos, pesticidas, o uso de instrumentos perfuro-cortantes e o enforcamento.

O Gráfico 80 estabelece o comparativo entre o número de óbitos por suicídio e o número de notificações de Lesão Autoprovocada no período estudado.

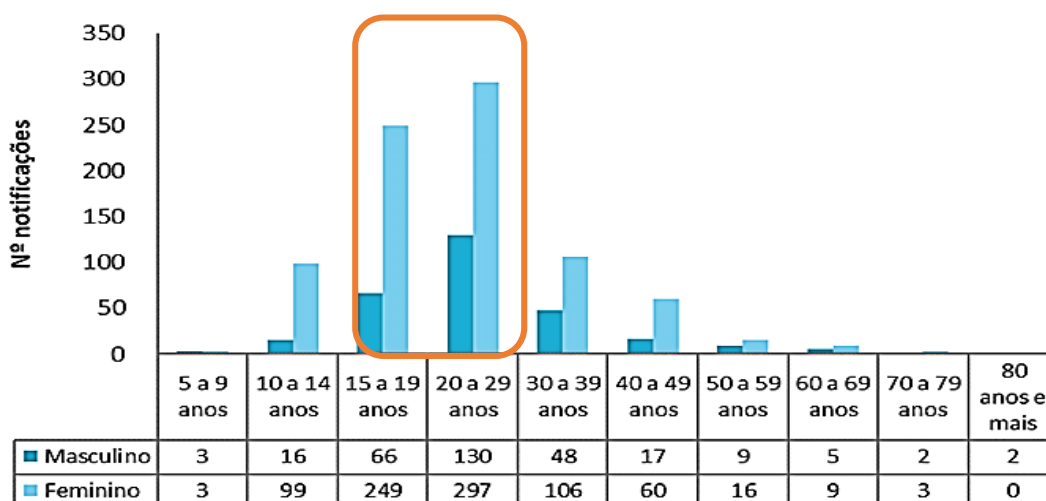
Gráfico 80: Comparativo entre óbitos por suicídio e notificações de lesão autoprovocada – 2018 a 2023* Amapá/BR.



Fonte: SIM e SINAN/MS/SVS. Extraído em 29.04.24.

É possível verificar que há uma média de três notificações de LA para cada óbito por suicídio, embora esse quantitativo tenha aumentado nos dois últimos anos, ainda está muito longe da realidade, considerando a literatura demonstra que, para cada óbito por suicídio, estima-se a ocorrência de cerca de 20 tentativas.

Gráfico 81: Notificações de lesão autoprovocada segundo o sexo e faixa etária – 2018 a 2023* Amapá/BR.



Fonte: SINAN/MS/SVS - extraído em 04.04.24.

Observa-se ainda, que a maioria das vítimas são do sexo feminino (74%), na faixa etária entre 15 e 29 anos (Gráfico 81) em consonância com o perfil nacional e conforme descrito na literatura (BRASIL, 2024).

Observou-se ainda, que um terço das vítimas afirmou que ocorreu outras vezes, ou seja, eram casos recorrentes, evidenciando que há um grande número de pessoas em sofrimento mental, porém não é possível saber se o cuidado longitudinal está sendo ofertado. Importante ressaltar que a existência de tentativas anteriores é um forte preditor para a ocorrência de suicídio (BOTEGA, 2015), o que reforça a importância de estratégias intersetoriais de enfrentamento e prevenção da violência autoprovocada, sendo essencial assegurar ao usuário em sofrimento psíquico agudo ou crônico, o acesso à atenção psicossocial, sobretudo aos com histórico de ideação suicida, autoagressões e tentativa de suicídio conforme o recomendado na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Os dados apresentados dimensionam a violência no território, embora suas consequências para toda a sociedade não possam ser dimensionadas, evidencia a importância da atuação intersetorial e articulada para a produção de respostas no sentido da redução da mortalidade, quebra dos ciclos de violência interpessoal/autoprovocada.

6.3 DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

O trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar da trabalhadora e do trabalhador e de sua família, permite gerar renda que viabiliza as condições materiais, tem uma dimensão humanizadora que permite a inclusão social de quem trabalha, proporcionando a formação social das redes de apoio que também são importantes para a saúde. No entanto, ao mesmo tempo que promove vida, subsistência e saúde, pode ter impactos negativos como acidentes, adoecimentos, sofrimentos e mortes, aprofundar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas, das comunidades e produzir a degradação do ambiente (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, a vigilância em saúde do trabalhador, um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreende um conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que

intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2021).

Os acidentes de trabalho são todos aqueles que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho provocando direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional, doença, morte, perda total ou parcial, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Podem ser classificados em acidente típico aquele que ocorre no local de trabalho e/ou durante o desempenho da função, ou acidente de trajeto que ocorre no percurso (de ida ou volta) do trabalho (SANTA CRUZ DO SUL, 2019).

Tabela 36: Série de 2019 a 2023 de doenças e outros agravos notificados/ano.

AGRAVOS	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
AT GRAVE	478	534	578	1317	641	3548
AT MAT BIOL	184	117	186	200	174	861
LER/DORT	1	0	2	0	27	30
DERMATOSE OCUPACIONAL	0	0	0	0	0	0
INTOXICAÇÃO EXOGENA	0	0	0	1	3	4
PAIR	0	0	0	0	0	0
TRANSTORNO MENTAL	0	0	0	2	0	2
ÓBITO PELO ACIDENTE	0	0	0	0	10	-
TOTAL	663	651	766	1520	845	4445

Fonte: SINAN-NET - extração de dados 09/01/2024.

Analisando a série histórica referente ao período de 2019 a 2023, observou-se no período entre 2019 a 2022 um crescente aumento nas notificações de acidente de trabalho, considerando o ano de 2022 com as notificações de COVID 19 em trabalhadores da saúde, já no ano de 2023 mostra uma subnotificação, na qual, um considerado número de municípios retrata uma realidade silenciosa, situação que

deve ser trabalhada com urgência junto aos municípios. Os demais agravos de notificação compulsória na saúde do trabalhador, óbito pelo acidente vem sendo registrado ainda de maneira tímida e com relação as Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT) a LER/DORT, intoxicação exógena e transtorno mental mostram-se com notificações que também necessitam de empenho para melhoria do cenário das subnotificações.

Tabela 37: Número de notificações de acidente de trabalho por município.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	ANO					
		2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
NORTE	Amapá	-	-	-	-	-	-
	Calçoene	-	-	-	-	-	-
	Oiapoque	4	35	25	244	168	476
	Pracuúba	-	-	-	-	-	-
	Tartarugalzinho	-	-	-	-	-	-
CENTRAL	Cutias	6	-	1	-	-	7
	Ferreira Gomes	-	-	-	-	-	-
	Itaubal	-	-	-	23	7	30
	Macapá	320	247	442	814	531	2354
	Pedra Branca	0	61	13	4	4	82
	Porto Grande	23	10	5	9	20	67
	Serra do Navio	3	-	-	-	00	3
SUDOESTE	Laranjal do Jarí	4	0	40	98	12	154
	Mazagão	36	47	43	60	15	201
	Santana	82	40	7	64	90	283
	Vitória do Jarí	0	94	2	2	5	103
TOTAL		478	534	578	1317	852	3760

Fonte: SINAN-NET - extração de dados 09/01/2024.

Observa-se na Tabela 38 (acima) que alguns municípios permanecem em situação silenciosa, ou seja, não informam nem a notificação negativa., ocasionando escassez de informação para efeitos epidemiológicos.

6.4 SAÚDE INDÍGENA

O Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará (DSEI AMP), é responsável pela assistência de saúde, no que tange a atenção básica, dentro dos territórios através das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI).

Atualmente o DSEI é responsável por 14.470 indígenas, distribuídos em seis terras indígenas (Uaçá, Juminã, Galibi, Waiapi, Parque do Tumucumaque e rio Paru'Deste), com abrangência de cinco municípios (Almeirim, Óbidos, Oriximiná, Oiapoque, Pedra Banca do Amapari).

No que corresponde o nível assistencial, o DSEI possui seis Polos Base, distribuídos em quatro municípios, dois no estado do Amapá e dois no estado do Pará, conforme tabela abaixo. Ressalta que os indígenas que residem no lado norte do Pará, são referenciados para a capital Macapá, portanto fazem parte desse plano.

Tabela 38: População Indígena do Amapá.

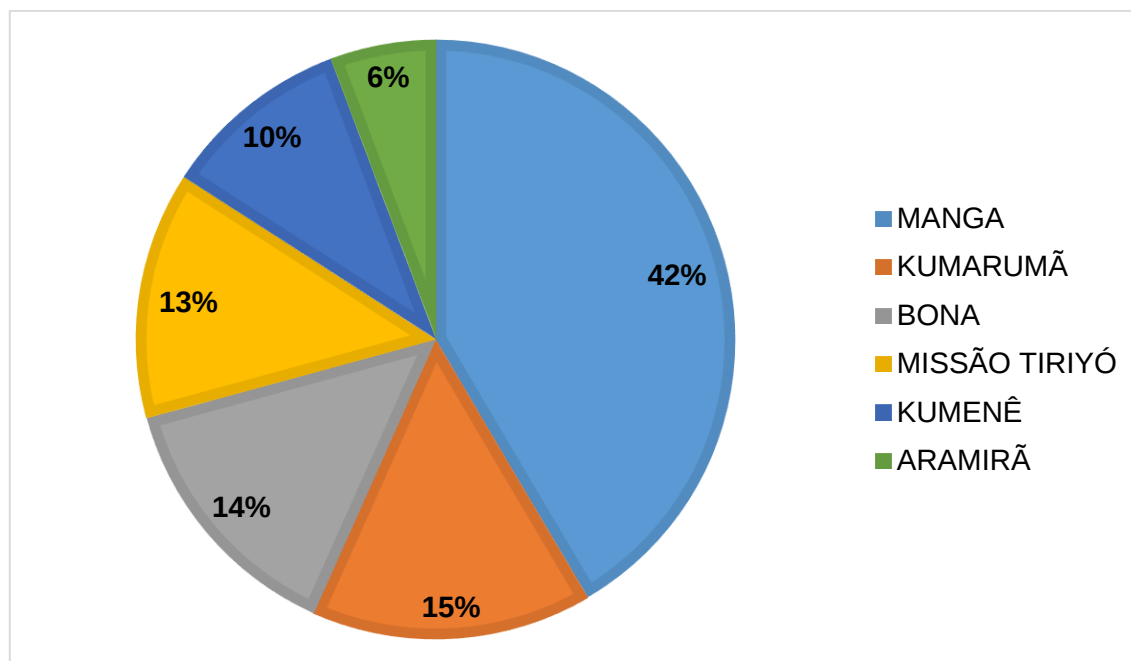
POLOS BASE	MUNICÍPIO	UF	POPULAÇÃO
ARAMIÃ	Pedra branca do Amapari	AP	2.008
BONA	Almeirim	PA	1.403
KUMARUMÃ	Oiapoque	AP	2.122
KUMENÊ	Oiapoque	AP	1.878
MANGA	Oiapoque	AP	4.716
MISSÃOTIRIYO	Óbidos	PA	2.343
TOTAL			14.470

Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

A população indígena de responsabilidade do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará (DSEI AMP) apresenta 561 hipertensos, com maioria no Polo Base Manga localizado em Oiapoque (233 hipertensos – 42%),

seguido do Polo Base Kumarumã com 85 (15%) hipertensos e Bona, localizado em Almeirim – PA, com 79 (14%) hipertensos.

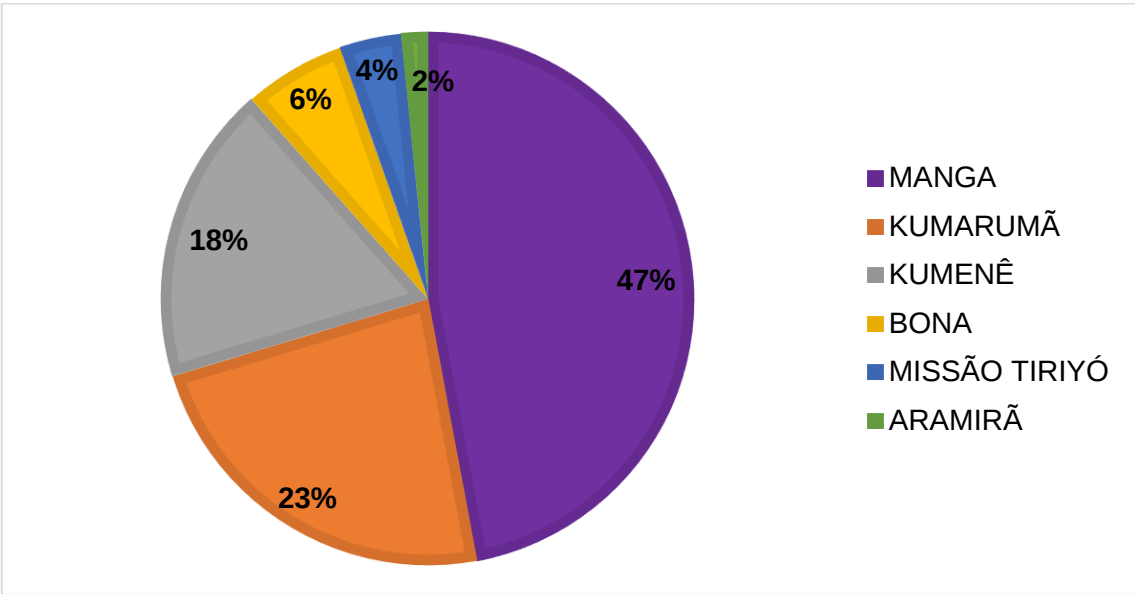
Gráfico 82: População indígena hipertensa por polo base – 2024.



Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

A maior ocorrência dos hipertensos é entre mulheres (63,64%) e na faixa etária de 40 a 59 anos (42%). Em relação aos indígenas diabéticos, o DSEI AMP possui 374 diabéticos cadastrados, com maioria (176 - 47%) no Polo Base Manga, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 83: População indígena diabética por polo base - 2024



Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

Entre a população diabética, 74% (279) são do sexo feminino e estão na faixa etária entre 40 a 59 anos (186 – 49%).

No que se refere às morbidades registradas em 2024, 24% dos casos são doenças do aparelho circulatório, seguido por doenças infecciosas e parasitárias, como pode ser visualizado na Tabela 39 abaixo:

Tabela 39: Morbidades registradas em 2024 na população indígena do DSEI AMP.

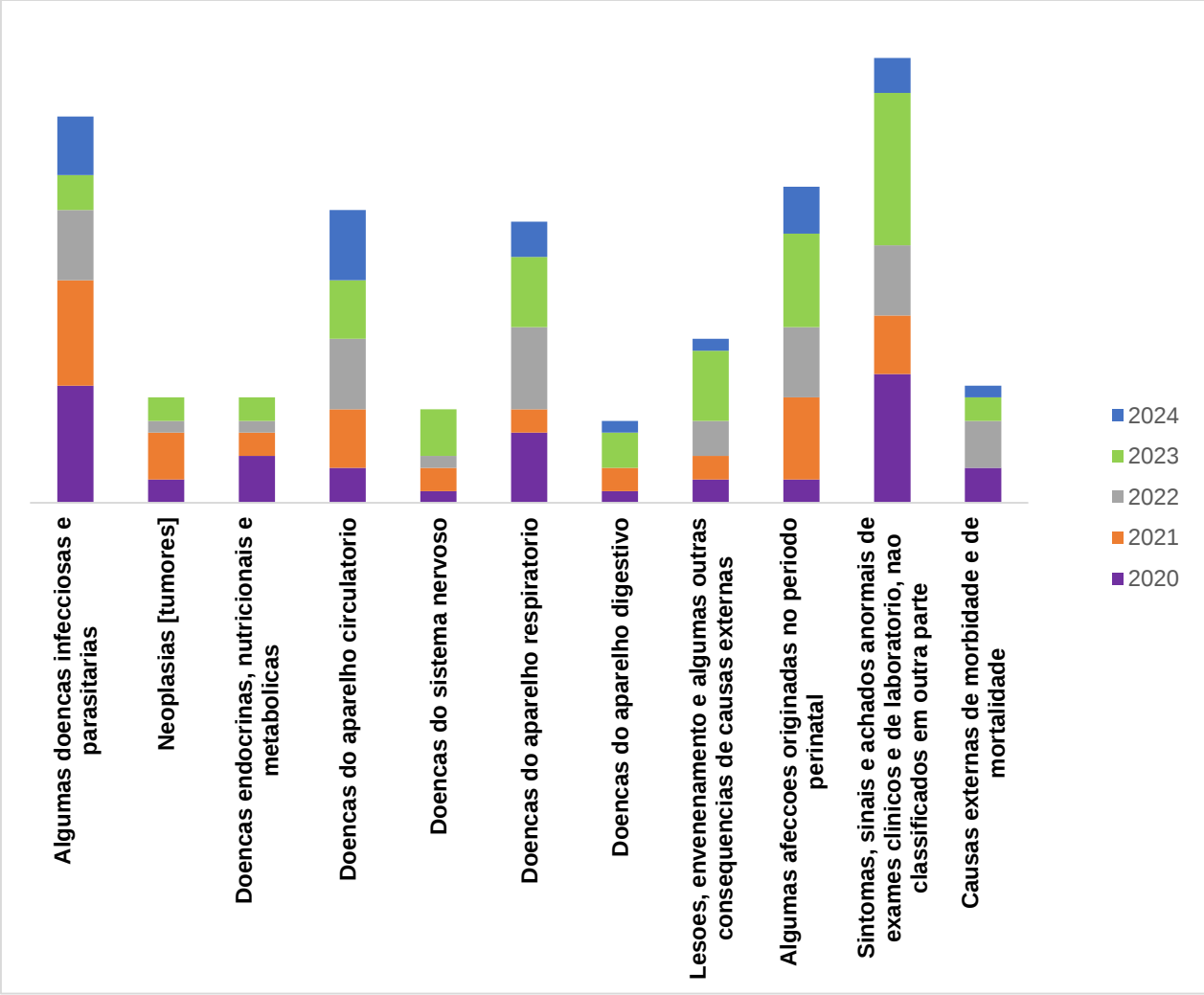
Capítulo da CID-10	Casos	Porcentagem
IX - Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	6	24,00%
I - Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	20,00%
XVI - Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	4	16,00%
X - Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	3	12,00%
XVIII - Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3	12,00%

III - Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	4,00%
XI - Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1	4,00%
XIX - Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1	4,00%
XX - Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	1	4,00%
TOTAL	25	100,00%

Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

Ao realizar análise histórica entre os anos de 2020 a 2024, estão entre as principais causas de óbitos no território: afecções originadas no período perinatal, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório. O ano com maior registro de óbitos foi 2023, totalizando 55 mortes, conforme Gráfico 84:

Gráfico 84: Principais causas de óbitos entre indígenas - 2020 a 2024.



Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

No que se refere às violências interpessoais, o maior número de casos se refere as notificações de agressão por meio de força corporal, com 17 registros até setembro de 2024 e na série histórica foram 58 notificações entre 2020 e 2024 (Tabela 40).

Tabela 40: Registro de violência interpessoal entre indígenas - 2020 a 2024.

CID 10	2020	2021	2022	2023	2024
X93-Agressao por meio de disparo de arma de fogo de mão			1		1
X98-Agressao por meio de vapor de agua, gases ou objetos quentes			1		
X99.0-Agressao por meio de objeto cortante ou penetrante - residência		1			
X99.8-Agressao por meio de objeto cortante ou penetrante - outros locais especificados				2	
X99.9-Agressao por meio de objeto cortante ou penetrante - local não especificado	1				
X99-Agressao por meio de objeto cortante ou penetrante	3	2	6	6	
Y00.9-Agressao por meio de um objeto contundente - local não especificado	1				
Y04.0-Agressao por meio de forca corporal - residência					1
Y04-Agressao por meio de forca corporal	1		3	8	11
Y05-Agressao sexual por meio de forca física					2
Y09.8-Agressao por meios não especificados - outros locais especificados				2	
Y09-Agressao por meios não especificados				3	2
TOTAL	6	3	11	21	17

Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

Entre os anos de 2020 a 2023 foram notificados 40 casos de violência autoprovocada, com maior incidência de lesão por enforcamento, estrangulamento e sufocação. A faixa etária mais atingida é de 20 a 39 anos com 15 casos e o sexo de maior ocorrência é o masculino com 24 notificações.

Tabela 41: Registro de violência autoprovocada entre indígenas - 2020 a 2023.

CID 10	2020	2021	2022	2023
X70-Lesao autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	1		1	20
X71-Lesao autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão			1	1
X72-Lesao autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão		1		2
X74.7-Lesao autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada - fazenda			1	
X78.0-Lesao autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante - residência		2		
X78-Lesao autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	1	5	1	1
X84-Lesao autoprovocada intencionalmente por meios não especificados			1	1
TOTAL	2	8	5	25

Fonte: DSEI AMAPÁ (2024).

7 PLANO DE DANTs: INDICADORES, METAS, AÇÕES E PRAZOS

- GRUPO DE INDICADORES DE METAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

	INDICADOR	LINHA DE BASE	META	FONTE
INDICADORES E METAS PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	Mortalidade prematura por DCNT	Ano 2019: 225,3%	Reduzir em 2% ao ano a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por DCNT.	Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT SIM
	Mortalidade prematura por câncer de mama	Ano 2019: 12,4%	Reduzir em 10% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer de mama até 2030.	SIM
	Mortalidade prematura por câncer do colo do útero	Ano 2019: 15,4%	Reduzir em 20% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer do colo do útero até 2030.	SIM
	Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	Ano 2019: 29,3%	Reduzir em 10% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer do aparelho digestivo até 2030.	SIM

	Mortalidade prematura por câncer de próstata	Ano 2019: 3,6%	Reduzir em 10% a Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por câncer de próstata até 2030.	SIM
	Prevalência de excesso de peso em crianças menores de 05 anos	Prevalência em 2019: 12,75% Total de crianças menores de 05 anos com excesso de peso: 3.361	Deter em 0,1% o crescimento da obesidade em crianças menores de 05 anos acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde ao ano	SISVAN
	Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade e Obesidade Grave) em adolescentes	Prevalência em 2019: 29,95% Total de adolescentes com Sobrepeso: 4.004 Total de adolescentes com Obesidade: 1.359 Total de adolescentes com Obesidade Grave: 241	Deter em 0,1% o crescimento de sobrepeso, obesidade e obesidade grave adolescentes acompanhados pela Atenção Primária à Saúde ao ano	SISVAN
	Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade Grau I, Obesidade Grau II, Obesidade Grau III) na população adulta	Percentual em 2019: 63,55% Total de adultos com Sobrepeso: 15.490 Total de adultos com Obesidade Grau I: 7.576 Total de adultos com Obesidade Grau II: 2.441 Total de adultos com Obesidade Grau III: 1.043	Deter em 0,1% o crescimento da obesidade em adultos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde ao ano	SISVAN

	Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pela Atenção Primária em Saúde	2019: 3% Número de hipertensos no Amapá em 2024: 48.013 hipertensos	Alcançar 50% a proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pela Atenção Primária em Saúde ao ano.	SISAB
	Proporção de usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela Atenção Primária em Saúde	2019: 6% Número de diabéticos no Amapá em 2024: 16.830 diabéticos	Alcançar 50% a proporção de usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela Atenção Primária em Saúde ao ano.	SISAB
	Taxa de Mortalidade Materna por DCNT	2019: 32,9% (05 óbitos, sendo 02 por DCNT: 13,16%)	Reduzir em 10% o crescimento das taxas de mortalidade materna por DCNT no Estado do Amapá até 2030.	SIM

- GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA AS DCNT

	INDICADOR	LINHA DE BASE	META	FONTE
INDICADORES E METAS PARA FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA AS DCNT	Proporção de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde	Proporção em 2019: 12,9% adultos: 41.776/ crianças < 5 anos: 26.370 adolescentes: 18.708/ idosos: 2.872 gestantes: 4.972 / total: 94.698 usuários	Ampliar em 30% a proporção de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes de Atenção Primária em Saúde até 2030.	SISVAN
	Número de usuários tabagistas	Percentual em 2019: 7,3% Cadastrados no E-SUS/SISAB em 2024: 25.666 Percentual de 3,49% considerando a população de 733.759 habitantes	Redução de 30% do número de usuários tabagistas até 2030.	INCA SISAB
	Número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado	Nº de municípios com o programa implantado: 02 (Macapá e Santana) Aumentar de 02 para 16	Ampliar em 100% os municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado até 2030.	INCA
	Cobertura da vacinação contra HPV na população alvo	2019: 1ª dose em meninas: 80,36% 2ª dose em meninas: 59,99% 1ª dose em meninos: 44,73% 2ª dose em meninos: 17,62%	Atingir 80% de cobertura vacinal contra o HPV ao ano.	SISPNI

	Consumo regular de frutas e hortaliças	2019: 25,4%	Aumentar em 10% a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças pela população até 2030.	PNS VIGITEL PENSE
	Consumo recomendado de frutas e hortaliças	2019: 17,9%	Aumentar em 10% a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças pela população até 2030.	PNS VIGITEL PENSE
	Não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior	2019: 26,2%	Aumentar em 10% a prevalência de pessoas que não consumiram alimento ultraprocessado no dia anterior até 2030.	PNS VIGITEL PENSE
	Percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada/semana	2019: 44,3%	Aumento em 30% no percentual de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre equivalentes a pelo menos 150 minutos até 2030.	VIGITEL
	Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas	2019: 16,1	Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10% até 2030.	VIGITEL

- GRUPO DE INDICADORES E METAS PARA VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

	INDICADOR	LINHA DE BASE	META	FONTE
INDICADORES E METAS PARA VIOLÊNCIAS E ACIDENTES	Taxa de mortalidade por lesões no trânsito	2019: 10,0	Reduzir em 50% a taxa padronizada de mortalidade por lesões de trânsito no Amapá até 2030.	SIM
	Taxa de mortalidade por homicídios	2019: 44,1	Reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade por homicídios no Amapá até 2030.	SIM
	Taxa de mortalidade por suicídios	2019: 7,0	Deter o crescimento da taxa padronizada de mortalidade por suicídios.	SIM
	Taxa de mortalidade de mulheres por homicídios	2019: 5	Reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade de mulheres por homicídios no Amapá até 2030.	SIM
	Taxa de mortalidade de jovens por homicídios	2019: 91	Reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade de jovens por homicídios no Amapá até 2030.	SIM
	Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais	2019: 35,2	Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.	SIM
	Percentual de municípios notificantes no VIVA/SINAN	2019: 80%	Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no VIVA/SINAN até 2030.	SINAN VIOLÊNCIAS

8 AÇÕES ESTRATÉGICAS

AÇÕES ESTRATÉGICAS AMPLIADAS	Elaborar estratégias de comunicação, contemplando todas as fases da vida e relacionando os temas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, violências e acidentes: prática de atividade física, redução do comportamento sedentário, alimentação adequada e saudável, prevenção do tabagismo, cultura de paz, mobilidade sustentável, espaços saudáveis, equidade em saúde, prevenção do uso prejudicial do álcool e saúde mental.
	Desenvolver ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas não transmissíveis e hábitos de vida saudáveis, considerando a alimentação adequada e saudável, a prática de atividade física e mobilidade ativa.
	Disseminar informações e recomendações para que os municípios façam ses Planos de DANT municipais em consonância com o Plano Estadual.
	Elaborar e disponibilizar para a rede da educação, itinerários formativos sobre prevenção de DANT, da promoção da saúde e da cultura de paz.
	Desenvolver e implementar iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando demandas apontadas pelos municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, abordando prevenção dos principais fatores de risco para DANT.
	Desenvolver ações junto às Secretarias de Saúde Municipais para inclusão de procedimentos e ações de promoção da alimentação adequada e saudável e atividades físicas e práticas corporais, bem como de prevenção de violências, prevenção ao uso do álcool e do tabaco, promoção da cultura de paz e prevenção de sinistros de trânsito na Atenção Primária à Saúde.
	Fortalecer as ações entre o Procon e outras entidades (SEJUSP, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, Delegacia Especializada em Repreensão à Crimes contra a Criança e o Adolescente – DERCCA, Delegacia Especializada em Crimes contra o Consumidor - DECCON) no que diz respeito às fiscalizações em

	bares, restaurantes e casas noturnas sobre a utilização de álcool e tabaco por menores, além da comercialização de cigarro eletrônico por estabelecimentos de acordo com a legislação vigente.
	Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.
	Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer do colo do útero e câncer de mama.
	Fomentar a implantação de estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados à Atenção Primária à Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.
	Fortalecer a Linha de Cuidado Materno-Infantil no Amapá.
	Apoiar os municípios para qualificação da vigilância de Dant, incluindo a qualidade dos dados, a produção e a utilização de informação em saúde para a tomada de decisão.
	Monitorar os casos e os óbitos de intoxicações exógenas acidentais e autoprovocadas e relacionadas ao trabalho, por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, alimentos, raticidas e produtos veterinários.
	Fomentar o reconhecimento e a identificação dos potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, às comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas do território.
	Estimular a notificação das doenças e agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
	Divulgar as atividades do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) para contribuir na qualificação do cuidado à saúde dos trabalhadores(as).

	Apoiar a implantação e ampliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.
	Fortalecer a agenda relacionada às Dant, bem como aos fatores de risco e de proteção, em conselhos, comitês e grupos técnicos setoriais e intersetoriais.
	Manter e fortalecer ações integradas por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos.
	Fomentar parcerias com sociedades científicas, profissionais e sociedade civil organizada para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de DANT`s.
	Articular com a rede de ensino público (em parceria com Programa de Saúde do Escolar) e privado, voltadas para alimentação saudável, práticas corporais, esportivas e atividade física, prevenção do uso de álcool, drogas e tabaco em conformidade com a lei de Diretrizes e Bases da Educação.
	Divulgar medidas de proteção contra a radiação ultravioleta nos 16 municípios.

AÇÕES ESTRATÉGICAS POR FATOR DE PROTEÇÃO, FATOR DE RISCO E DOENÇA E AGRAVO NÃO TRANSMISSÍVEL	ALCOOL
	Elaborar, mapear e divulgar estratégias de promoção da saúde e prevenção do consumo de álcool na população. Isto inclui as populações indígenas, e planejamento estratégico de ações de acordo com os indicadores epidemiológicos dos Pólos Base nas Terras indígenas adstritas ao Estado Amapá.
	Fortalecer a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde e redes de proteção social, promovendo e qualificando ações voltadas para as pessoas e seus familiares que sofrem os impactos do uso prejudicial do álcool.
	Promover ações educacionais na rede pública de ensino, voltadas para a prevenção do uso do álcool, no contexto do Programa Saúde na Escola com base nos preceitos da Lei 9.294/1996, acrescida a forma determinada pela LEI 11.705/2008, que estabelece restrições ao uso e propaganda de bebidas alcoólicas por condutor de veículo automotor, com base nos termos das legislações vigentes sobre a temática.
	Intensificar as ações educativas e fiscalizatórias relacionadas à comercialização de bebidas alcoólicas no âmbito do Estado do Amapá, buscando reduzir o uso e abuso na ingestão de álcool.
	Ampliar a rede de serviços psicossociais (CAPS) para acolhimento a pessoas com dependência de álcool e serviço CAPS AD III para prover atendimento 24 horas e habitar os serviços existentes.
	Aprimorar as ações de acolhimento e referenciamento de servidores públicos com dependência de álcool. No que tange à saúde indígena promover o acolhimento e o respeito às suas cosmovisões em relação ao uso do álcool.
	Intensificar as ações do consultório na Rua no Município de Macapá.
	Apoiar estudos sobre a relação entre o uso de álcool e direção no trânsito, assim como iniciativas integradas e intersetoriais para a redução de sinistros de trânsito envolvendo o uso de álcool.
	TABACO
	Apoiar e divulgar campanhas de conscientização para prevenção à iniciação do uso de produtos derivados do tabaco, considerando como estratégia os eixos do Programa Saber Saúde e Programa Saúde na Escola.

	Intensificar estratégias intersectoriais de promoção da saúde, prevenção e estímulo à cessação do uso de produtos derivados de tabaco e cigarro eletrônico, considerando a legislação vigente sobre o tema.
	Realizar a divulgação periódica dos dados do monitoramento do VIGITEL e PENSE.
	Ampliar a divulgação e o acesso ao tratamento do usuário tabagista na rede municipal de saúde.
	Garantia de apoio técnico e qualificação aos municípios para implantação, monitoramento e avaliação do programa nacional de controle ao tabagismo.
	Promover ambientes livres de tabaco, com ações educativas nos municípios.
	Contribuir na fiscalização do cumprimento das leis vigentes que tratam da venda e do consumo do álcool e tabaco.
	ALIMENTAÇÃO
	Fomentar e incentivar a criação de ambientes saudáveis nos territórios.
	Fomentar ações intersectoriais para a promoção, proteção e apoio à alimentação adequada e saudável.
	Apoiar e monitorar as ações realizadas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde no PSE voltadas a alimentação e nutrição saudável.
	Apoiar a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira nas 03 Regiões de Saúde do Amapá.
	Apoiar e incentivar a agricultura familiar, hortas e a alimentação regionalizada no Estado, principalmente na alimentação escolar.
	Criar espaços de discussão sobre alimentação saudável e regionalizada no território envolvendo equipes de saúde, equipe escolar, educandos, familiares, acadêmicos de nutrição e outros.

	Propor e realizar oficinas com educandos voltadas à culinária saudável e natural nas escolas do Estado e outros espaços como o bolsa (assistência social).
	Fortalecer ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar adequada e saudável, segundo as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos.
	Elaborar e implantar a Política e ou Plano Estadual de Alimentação e Nutrição no Amapá até 2025.
	Implantar a triagem para risco de insegurança alimentar (TRIA) no estado.
	Fortalecer a Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária em Saúde (APS) e alimentação dos sistemas de informação quanto aos atendimentos.
	Realizar treinamentos em serviços sobre o correto preenchimento das fichas de atendimento relacionadas ao consumo alimentar, SISVAN, vitamina A, Ferro, etc.
	Fortalecer as ações de fiscalização pelo Procon nos estabelecimentos de ensino e outras instituições privadas voltadas à alimentação (armazenamento, validade, manipulação e precificação de produtos), podendo utilizar parcerias com a Vigilância Sanitária local e legislação vigente, desde que haja relação de consumo e esteja colocando em risco a vida e a saúde do consumidor.
	Fortalecer a realização da educação em saúde fornecendo orientações alimentares para prevenção de doenças e agravos relacionados à má alimentação no âmbito da APS.
	Investir em processos de capacitação e atualização para instrumentalizar os profissionais de saúde para o aconselhamento dos usuários para a alimentação adequada e saudável.
	Promover a alimentação adequada e saudável à população em publicações oficiais impressas e digitais (boletins, informes, notícias nas redes sociais, entre outros) e em meios de comunicação.

	Propor por meio de projetos de lei a redução de impostos/taxação de alimentos saudáveis locais e proibição da venda de alimentos ultraprocessados e industrializados nas cantinas de escolas públicas e privadas no ambiente interno e externo (arredores) de acordo com a realidade local.
	PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA
	Fomentar ações intersetoriais para a promoção e apoio às práticas corporais e atividade física (CERPIS, Academia da Saúde, Academia a céu aberto, Associações, CREAP, ONGS, SEDEL – Secretaria Estadual de Desporto e Lazer).
	Promover ações de educação, aconselhamento e oferta de serviços voltados à atividade física a nível de APS, Programa Saúde na Escola (PSE) e outros equipamentos de saúde do território pertencentes à rede de atenção à saúde.
	Fortalecer as práticas corporais e atividade física nas escolas estaduais.
	Implementar e disseminar o Guia de Atividade Física para a População Brasileira para promoção da atividade física, conforme condições de saúde e fase do ciclo da vida.
	Incluir a divulgação de práticas corporais e atividade física à população em publicações oficiais impressas e digitais (boletins, informes, notícias nas redes sociais, entre outros) e em meios de comunicação.
	Investir em processos de capacitação e atualização para instrumentalizar os profissionais da APS para o aconselhamento dos usuários para a prática de atividade física e benefícios à saúde por meio presencial ou teleeducação (ex.: webinários, cursos on-line, entre outros).
	Monitorar a prevalência de atividade física na população adscrita e propor ações para seu aumento gradativo, incentivando ainda o correto preenchimento das fichas de atividade coletiva do E-SUS.
	Subsidiar a implantação e implementação de programas de incentivo à atividade física e redução do comportamento sedentário nas 03 regiões de saúde do Amapá, como por exemplo: academias a céu aberto

	e outros espaços locais de incentivo à atividade física como as Academias de Saúde (espaço multiprofissional).
	Intensificar as ações de fiscalização do Procon e Conselho Regional de Educação Física para cumprimento da legislação que estabelece que o condicionamento físico seja realizado por profissional de educação física habilitado em academias privadas.
	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS
	Realizar campanha estadual sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção de forma intersetorial.
	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de colo na população-alvo, com garantia da qualidade do exame, de confirmação diagnóstica, do tratamento de lesões precursoras, com seguimento de acordo com as diretrizes nacionais e a referência dos casos confirmados de câncer para a alta complexidade hospitalar e Tratamento Fora do Domicílio.
	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de mama na população-alvo, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para a alta complexidade hospitalar e Tratamento Fora do Domicílio.
	Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento (colo do útero e de mama) e diagnóstico precoce (câncer de mama, pele, boca, próstata, estômago, colorretal).
	Aprimorar o acolhimento com classificação de risco cardiovascular nas 03 regiões de saúde do Estado por meio de capacitações e treinamentos.
	Estimular e ampliar a notificação de câncer relacionado ao trabalho no SINAN.
	Oferecer apoio matricial às equipes da rede assistencial na qualificação aos agravos de saúde do trabalhador.

	Apoiar a criação de ambientes de trabalho saudáveis para o bom desempenho laboral do trabalhador visando evitar conflitos e o desenvolvimento de agravos físicos e psíquicos.
	Realizar um diagnóstico da saúde do trabalhador dos servidores públicos das diversas áreas de atuação no Estado do Amapá.
	Fortalecer as unidades sentinelas com o objetivo de ampliar a notificação dos agravos em saúde do trabalhador.
	Ampliar e implementar os núcleos de saúde do trabalhador nas unidades hospitalares para o apoio adequado aos trabalhadores adoecidos por DANTs.
	Ampliar a oferta dos serviços nas UBS e Centros de reabilitação para o atendimento dos trabalhadores vítimas de acidentes e agravos relacionados ao trabalho.
	Implementar e fortalecer as equipes Multiprofissionais no atendimento às vítimas de sequelas de doenças relacionadas ao trabalho.
	Garantir a infraestrutura e equipamentos adequados para realização das notificações e agravos nos SINAN.
	Propor a criação de um observatório ocupacional digital nas unidades hospitalares para mapear o adoecimento dos trabalhadores nos agravos e adoecimento conforme RENAST.
	Fortalecer a vigilância estadual das DANTs e núcleos de vigilância hospitalares.
	Propor e apoiar a implantação da vigilância de DANTs (DCNT e agravos) nos municípios do Estado.
	Fortalecer o serviço de Registro de Base Populacional de Câncer – RCBP Amapá.
	Fortalecer o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HCAL e utilização do Painel OncologiaBrasil para monitoramento dos casos de câncer.
	Implantar o diagnóstico laboratorial de câncer com a realização de exames cito e histopatológicos.

	Garantir ações de apoio-diagnóstico nas consultas especializadas médicas e de outras áreas da saúde como fonoaudiologia e a fisioterapia, exames especializados ambulatoriais complementares, tanto para diagnóstico, quanto para rastreio e estadiamento, de forma a permitir a chegada do paciente em tempo oportuno ao tratamento das DCNTs, minimizando as complicações decorrentes do diagnóstico e ou tratamentos tardios (apoio nos processos de aquisição de exames de imagem – TC, RNM, endoscopia digestiva, colonoscopia, colposcopia, exames histopatológico, imunohistoquímica, broncoscopia, ECC com doppler, ecodoppler arterial e venoso, espirometria, entre outros).
	Reorganizar os serviços de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) reduzindo até 2027 o envio de pacientes para outros Estados.
	Apoiar os municípios para ampliar a cobertura da vacina contra o HPV, influenza e pneumonia.
	Estimular o diagnóstico precoce do diabetes mellitus (DM), cadastramento (cadastro individual no sistema e-SUS) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.
	Estimular o diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cadastramento (cadastro individual no sistema e-SUS) para início precoce do tratamento, diminuindo o avanço das complicações relacionadas à doença.
	Implantar a Linha de Cuidado para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na Rede de Atendimento às Urgências e Emergências até 2027.
	Estruturar as Portas de Urgência e Emergência (Hospital de Emergências Oswaldo Cruz e Unidades de Pronto Atendimento) para o atendimento de AVC e IAM reduzindo o tempo-resposta (oferta de serviço de Hemodinâmica e implantação de Protocolos) até 2027.
	Qualificar os profissionais do atendimento pré-hospitalar, de urgência e de emergência para identificação e atendimento ao acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM).
	Implantar a Linha de Cuidado para Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis até 2025.

	Ampliar o serviço de UTI aérea para garantir o transporte seguro e adequado a pacientes em condições críticas.
	Pactuar e implantar o serviço de transporte sanitário nos municípios do Estado.
	Implantar a Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade e demais estratégias que induzam a organização do processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde e habilitar o serviço de cirurgias bariátricas no Hospital de Clínicas Doutor Alberto Lima (HCAL) até 2027.
	Qualificar o cuidado voltado à criança e ao adolescente com excesso de peso nos três níveis de atenção à saúde (APS, atenção especializada e alta complexidade).
	Fortalecer as ações de fiscalização pelo Procon nos estabelecimentos de ensino e outras instituições privadas voltadas à alimentação (armazenamento, validade, manipulação e precificação de produtos), podendo utilizar parcerias com a Vigilância Sanitária local e legislação vigente, desde que haja relação de consumo e esteja colocando em risco a vida e a saúde do consumidor.
	Promover a identificação precoce do excesso de peso e o tratamento oportuno e adequado em todas as fases do ciclo da vida.
	Implantar ferramentas de gestão, como gerenciamento de marcação de consultas, prontuário eletrônico integrado e telemedicina até 2027.
	Garantir o suprimento de medicamentos, correlatos e equipamentos a hospitais, unidades descentralizadas e Unidades de Pronto Atendimento.
	Implantar o programa Cirurgia, com ações imediatas de procedimentos cirurgicos para zerar a fila de espera de cirurgias eletivas.
	Reorganizar, fortalecer e qualificar as Redes de Atenção em Saúde em articulação com os municípios.

	Reestruturar os Centros de Nefrologia do HCAL e Clínica da Vida Lourival Duarte Brandão em Santana e implantar o Serviço de Nefrologia no Hospital Regional do Porto Grande e Laranjal do Jari.
	Fortalecer a parceria com o Hospital Universitário para contratação de serviços de saúde ofertados pela unidade hospitalar voltado às DCNT.
	Trabalhar a articulação, a pactuação e a integração entre os governos estaduais do Amapá e do Pará e dos respectivos municípios, à operacionalização junto ao SUS na prestação de serviços de saúde no Estado do Amapá a pacientes crônicos provenientes de municípios da Ilha do Marajó tais como: Afuá, Gurupá, Breves, Portel, Chaves, além de Almerim.
	Ampliar o ambulatório de gestação de alto risco descentralizando para as regiões de saúde para atendimento as gestantes com DCNT entre outros agravos.
	Implementação da Casa da Gestante, Bebe e Puérpera com vistas a garantia da assistência especializada e acesso facilitado ao serviço de referência de gestantes com DCNT.
	Criação do SAMU Cegonha com vistas aos episódios de agravos por DCNT.
	Fortalecer o transporte sanitário regionalizado inclusive com acesso aéreo e fluvial.
	Garantir apoio ao diagnóstico das condições crônicas na pré-concepção, gestação e puerpério com vistas a identificação das contra-indicações parciais e absolutas de gestação, bem como diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento.
	Apoiar e Monitorar o suprimento de medicamentos, correlatos e equipamentos na APS com vistas inclusive a farmacovigilância.
	Apoio e matriciamento com vistas à vinculação das gestantes com DCNT às maternidades de referência.
	Apoiar os municípios nas ações dos 10 passos para a redução da mortalidade materna, considerando as DCNT como segunda causa de mortalidade no Amapá.

	Formulação das Diretrizes Estaduais dos Direitos Sexuais e Reprodutivos com foco no Planejamento Familiar em conformidade com as orientações do Fundo de Participação das Nações.
	Resgate da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil promovendo cursos de formação para tutores e demais profissionais objetivando a prevenção dos fatores de risco para DCNT em crianças.
	Promoção dos cursos de AIDPI com ênfase nas DCNT e o Crescimento e Desenvolvimento infantil.
	Fortalecimentos das Ações do PSE voltadas às DANTs.
	Construir ações de promoção de saúde mental, em âmbito comunitário, ofertadas pela APS em parceria com os serviços de atenção psicossocial.
	Ampliar, implementar e desenvolver ações em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no cuidados às DCNT em todo o Estado do Amapá.
	Promover ações de educação permanente para construção de habilidades, competências e cuidado interdisciplinar dos profissionais da APS na prevenção e no manejo das DCNT mais prevalentes.
	Implantar a iniciativa de suporte técnico CUREALL nas Américas no Estado visando aumentar a sobrevida e qualidade na assistência à crianças e adolescentes com câncer mais prevalentes até 2027.
	Implantar o serviço de oncopediatria no Estado até 2027.
	Garantir, fortalecer e qualificar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Reabilitação com vistas ao atendimento do usuário com DCNT no Estado.
	Garantir a correta adaptação e acessibilidade para o acolhimento e atendimento ao usuário com DCNT.
	Aderir ao novo plano “Viver sem limites” direcionado à RCPD.

	ACIDENTES
	Fortalecer a articulação intra e intersetorial para a promoção da saúde, da cultura de paz no trânsito por meio envolvendo os seguimentos da Secretaria de Segurança Pública (DETRAN), Secretaria de Estado da Saúde, etc.
	Manter a articulação intersetorial para o fornecimento de dados necessários às análises de sinistros de trânsito quanto a fatores e condutas de risco nos municípios através de projetos de prevenção de acidentes.
	Promover e apoiar ações de educação permanente, campanhas e eventos sobre Promoção da Saúde, promoção da cultura de paz no trânsito, prevenção de sinistros no trânsito.
	Elaborar, apoiar e divulgar informações e análises epidemiológicas sobre sinistros de trânsito.
	Promover e incentivar a realização de campanhas de prevenção de quedas, em especial de idosos, em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde.
	Incluir a prevenção de quedas, especialmente de idosos, nas ações de educação permanente em saúde.
	Capacitar as equipes de saúde para a identificação e manejo do idoso em risco de quedas.
	Instituir um núcleo integrado de capacitações contínuas relacionados ao atendimento aos acidentes ocorridos em instituições escolares, voltados às práticas de primeiros socorros.
	VIOLÊNCIAS
	Promover, incentivar e apoiar ações de educação continuada, campanhas educativas e eventos sobre Promoção da Cultura de Paz, Atenção às Pessoas em Situação de Violências.
	Fortalecer a Vigilância de Violências através da qualificação da informação epidemiológica e publicização dos dados a partir de um observatório.
	Fortalecer a articulação intra e intersetorial para a promoção da saúde e da cultura de paz.

	Implementar a Linha de Cuidado para atenção a pessoas em situação de violência e suas famílias no âmbito dos municípios, fortalecendo as redes locais de enfrentamento das violências.
	Elaborar, apoiar e estimular campanhas, conteúdos digitais e materiais gráficos sobre temáticas de prevenção do suicídio, comportamento autolesivo, da estigmatização e da discriminação às pessoas com transtornos mentais.
	Implementar a Linhas de Cuidado em Saúde Mental do Estado do Amapá.
	Incentivar a implantação de serviços da rede de atenção psicossocial, sobretudo nos municípios que ainda não ofertam.
	Realizar visitas técnicas nas 03 regiões de saúde do Estado, visando o suporte técnico quanto à implantação e fortalecimento de estratégias prioritárias com foco na qualificação das ações de vigilância em saúde e atenção às pessoas em situação de violência.
	Apoiar os profissionais e gestores da RAS para a elaboração e/ou atualização, implantação e implementação dos fluxos e protocolos de atendimento às pessoas em situação de violência.
	Elaborar e divulgar material educativo, didático, audiovisual (vídeo aula, folder, cartilhas, outros) para divulgação nas mídias e redes sociais com foco na promoção da saúde, cultura de paz e enfrentamento às violências, em parceria com outras instituições que atuam com a temática.
	Elaborar o Plano Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura de Paz.
	Incentivar e apoiar campanhas educativas de prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura de paz.

	Investir no fortalecimento de ações intersetoriais para a prevenção da mortalidade de adolescentes e jovens por homicídio, através do investimento em projetos de desenvolvimento psicossocial e redução de vulnerabilidades sociais.
	Incentivar e divulgar projetos sociais que promovam o empreendedorismo nas escolas públicas do estado.
	Garantir a proteção da população da primeira infância com a inserção de todos os atores relevantes para o processo, através de ações escuta qualificada no tocante às violências.
	Incentivar a criação de ambientes seguros no território, de forma a promover o bem estar social e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.
	Realizar ações preventivas e de escuta ativa de enfrentamento ao bullying, o respeito às diversidades de gênero e neurodivergências (LGBTQIA+, TEA, TDAH...) no ambiente escolar.
	Implantação de fluxo de atendimento a criança e adolescente vítima de violências nas escolas e garantir a qualificação dos profissionais de educação.
	Estabelecer parcerias com instituições de ensino superior e pesquisa para a produção de diagnóstico das violências no âmbito das populações tradicionais (quilombolas, indígenas, ribeirinhos...) com vistas à construção de ações de prevenção e respectivo enfrentamento.
	Elaborar e institucionalizar um fluxo de atendimento aos educandos vítimas de violência interpessoal e autoprovocada no âmbito escolar.
	Ofertar e ampliar capacitações/treinamentos das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas nas escolas.
	Realizar o acompanhamento e o monitoramento do acesso, permanência e do aproveitamento dos educandos, beneficiários de programas de transferência de renda, bem como daqueles que estejam em situações de discriminação e de preconceitos; vítimas de violência na Escola, abuso sexual, gravidez precoce e uso de drogas, visando estabelecer condições adequadas ao sucesso escolar desses alunos e alunas, em colaboração com as famílias e com os órgãos da assistência social e da saúde;
	Desconstrução da cultura ao estupro e a violência de gênero, por meio de ações integradas nas escolas;

	Fortalecer as ações educativas integradas (saúde mental, SEED) dentro dos territórios indígenas voltados a prevenção do suicídio e violências autoprovocadas.
--	---

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são processos que precisam estar vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde.

O monitoramento consiste numa ação contínua, sistemática e frequente de análise de metas e ações, que busca obter informações para verificar e dimensionar o alcance dos objetivos propostos no planejamento, identifica mudanças e promove os ajustes necessários. É um requisito essencial para proceder com a avaliação. Por sua vez, a avaliação, implica na busca de evidências para fazer julgamento da intervenção proposta, aprofunda a análise e investiga as hipóteses geradas no monitoramento, ampliando a compreensão sobre o processo.

Na esfera do SUS o acompanhamento e a avaliação das ações, necessitam ser efetuadas de maneira individual e conjunta entre os entes municipal, estadual, e as regiões de saúde de referência segundo nível de governança.

O alcance das metas e a execução das ações propostas neste Plano serão monitoradas e avaliadas periodicamente, a partir da elaboração de relatórios anuais e bianuais. O resultado do monitoramento e da avaliação subsidiará possíveis alterações e adaptações que se fizerem necessárias no decorrer do período de duração deste Plano na busca pelo efetivo alcance de sua finalidade.

PAINEL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE DANT

INDICADOR	META	LINHA DE BASE	METAS ATÉ 2030							RESPONSÁVEL MONITORAMENTO	ALCANCE DE METAS						
			2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1- Mortalidade prematura por DCNT	Reduzir em 2% a Taxa anual	2019: 225,3	220,8	216,4	212,1	207,9	203,8	199,8	195,9	SVS							
2- Mortalidade prematura por câncer de mama	Reduzir em 10% a Taxa até 2030 (0,17 ao ano)	2019: 12,4	12,23	12,06	11,89	11,72	11,55	11,38	11,21	SVS							
3- Mortalidade prematura por câncer do colo do útero	Reduzir em 20% a taxa até 2030 (0,44 ao ano)	2019: 15,4%	14,96	14,52	14,08	13,64	13,2	12,76	12,32	SVS							
4- Mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo	Reduzir em 10% a taxa até 2030 (0,41 ao ano)	2019: 29,3%	28,89	28,48	28,07	27,66	27,25	26,84	26,43	SVS							
5- Mortalidade prematura por câncer de próstata	Reduzir em 10% a taxa até 2030 (0,05 ao ano)	2019: 3,6%	3,55	3,5	3,45	3,4	3,35	3,3	3,25	SVS/SESA RT DE SAÚDE DO HOMEM, RT DE DCNT E RDCNT							
6- Prevalência de excesso de peso em crianças menores de 05 anos	Deter em 0,1% o crescimento anual	2019: 12,75% 3.361 Crianças com excesso de peso	12,73	12,71	12,69	12,67	12,65	12,63	12,61	SESA RT NUTRIÇÃO, RT SAÚDE DA CRIANÇA, RT DCNT E RDCNT							
7- Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade e Obesidade	Deter em 0,1% crescimento anual	2019: 29,95% Sobrep 4.004 Obesid 1.359	29,92	29,89	29,86	29,83	29,80	29,77	29,74	SESA RT DE NUTRIÇÃO, RT DE DCNT E RDCNT							

Grave) em adolescentes		Obesid Grave 241															
8- Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade Grau I, Obesidade Grau II, Obesidade Grau III) na população adulta	Deter em 0,1% ao ano o crescimento	2019: 63,55% Sobrepes 1 5.490 Usuários Obesid I 7.576 Usuários Obesid II 2.441 Usuários Obesid III 1.043 Usuários	63,48	63,41	63,34	63,27	63,20	63,13	63,06	SESA RT NUTRIÇÃO, RT DE DCNT E RDCNT							
9- Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pela Atenção Primária em Saúde	Alcançar em 50% a proporção ao ano	2019: 3% Nº de HAS Amapá: 48.013	50 24.006	50	50	50	50	50	50	SESA/RT DCNT E RDCNT							
10- Proporção de usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela Atenção Primária em Saúde	Alcançar em 50% a proporção ao ano	2019: 6% Nº de diabéticos Amapá: 16.830	50 8.415	50	50	50	50	50	50	SESA/RT DCNT E RDCNT							
11- Taxa de Mortalidade Materna por DCNT	Reduzir em 10% o crescimento até 2030 (0,18 ao ano)	2019: 32,9% (05 óbitos, sendo 02 por DCNT) 13,16%	12,98	12,8	12,62	12,44	12,26	12,08	11,9	SVS/SESA RT DE SAÚDE DA MULHER E RAMI							

12- Proporção de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde	Ampliar em 30% a proporção até 2030 (0,55 ao ano)	2019: 12,9% 94.700 Usuários com avaliação do estado nutricional	13,45	14	14,55	15,1	15,65	16,2	16,75	SESA/RT NUTRIÇÃO							
13- Número de usuários tabagistas	Redução de 30% do número de usuários tabagistas até 2030 (0,31 ao ano)	2019: 7,3%	6,99	6,68	6,37	6,06	5,75	5,44	5,31	SVS/SESA RT DE TABAGISMORT DCNT E RDCNT							
14- Número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado	Ampliar em 100% os municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado até 2030 (em 07 anos)	2019: 02	04	06	08	10	12	14	16	SESA RT DE TABAGISMO							
15- Cobertura da vacinação contra HPV na população alvo	Atingir 80% de cobertura anual	2019: 1ª dose em meninas: 80,36% 2ª dose em meninas: 59,99%	80	80	80	80	80	80	80	SVS							

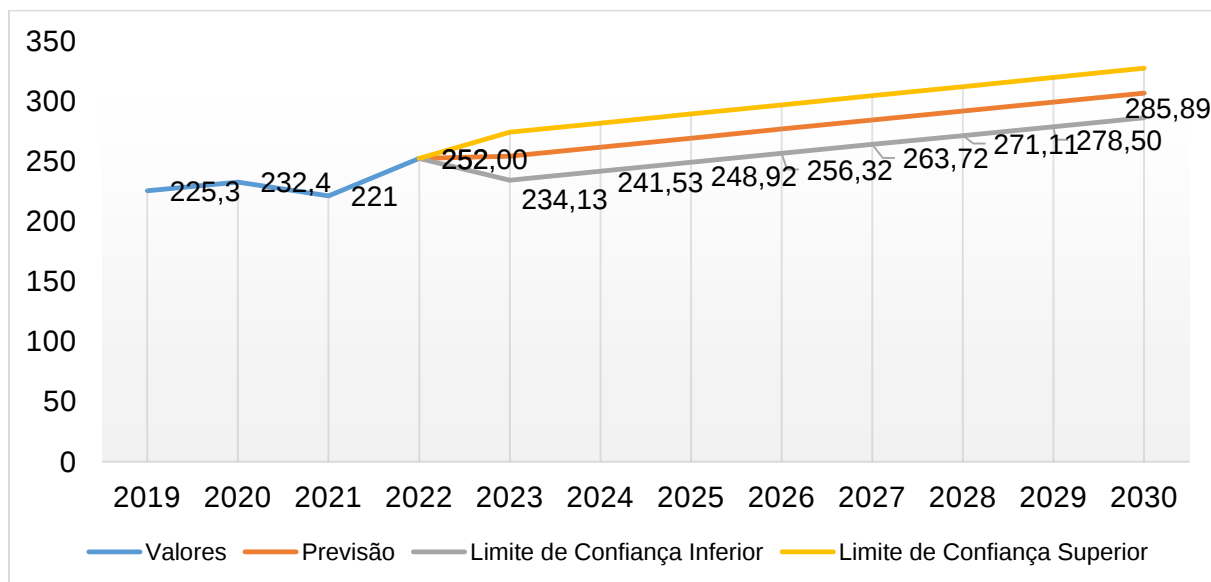
		1ª dose em meninos: 44,73% 2ª dose em meninos: 17,62%															
16- Consumo regular de frutas e hortaliças	Aumentar em 10% a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças até 2030 (0,36 ao ano)	2019: 25,4%	25,76	26,12	26,48	26,84	27,2	27,56	27,93	SESA RT NUTRIÇÃO							
17- Consumo recomendado de frutas e hortaliças	Aumentar em 10% a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças até 2030 (0,25 ao ano)	2019: 17,9%	18,15	18,4	18,65	18,9	19,15	19,4	19,68	SESA RT NUTRIÇÃO E RT DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO							
18- Não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior	Aumentar em 10% a prevalência de pessoas que não consumiram alimento ultraprocessado no dia anterior anual até 2030 (0,37 ao ano)	2019: 26,2%	26,57	26,94	27,31	27,68	28,05	28,42	28,82	SESA RT NUTRIÇÃO E RT SISTEMA DE INFORMAÇÃO							

19- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre = 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana	Aumento do número absoluto de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física em 30% até 2030 (1,89 ao ano)	2019: 44,3%	46,19	48,08	49,97	51,86	53,75	55,63	57,58	SESA RT PRATICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO							
20- Taxa de mortalidade por lesões no trânsito/ 100 mil hab	Reduzir em 50% a taxa padronizada (0,72 ao ano)	2019: 10	9,28	8,56	7,84	7,12	6,4	5,68	4,96	SVS DETRAN SEJUSP							
21- Taxa de mortalidade por homicídios /100 mil hab	Reduzir em 1/3 a taxa padronizada (2,1 ao ano)	2019: 44,1	42	39,9	37,8	35,7	33,6	31,5	29,4	SVS, SESA, SEJUSP							
22- Taxa de mortalidade por suicídios/ 100 mil hab	Deter a mortalidade por suicídio até 2030	2019: 7,0								SVS SESA, SEJUV SEED							
23- Taxa de mortalidade de mulheres por homicídios/ 100 mil hab	Reduzir em 1/3 a taxa (0,23 ao ano)	2019: 5	4,77	4,54	4,31	4,08	3,85	3,62	3,39	SVS SESA, SEPM							
24- Taxa de mortalidade de jovens 15 a 29 anos por homicídios/ 100 mil hab	Reduzir em 1/3 a taxa Até 2030 (4,33 ao ano)	2019: 91	86,67	82,34	78,01	73,68	69,35	65,02	60,69	SVS, SESA, SEJUV SEED							
25- Taxa de mortalidade de idosos por	Deter em 30% o crescimento da	2019: 35,2	33,7	32,2	30,7	29,2	27,7	26,2	24,7	SVS RT do IDOSO/							

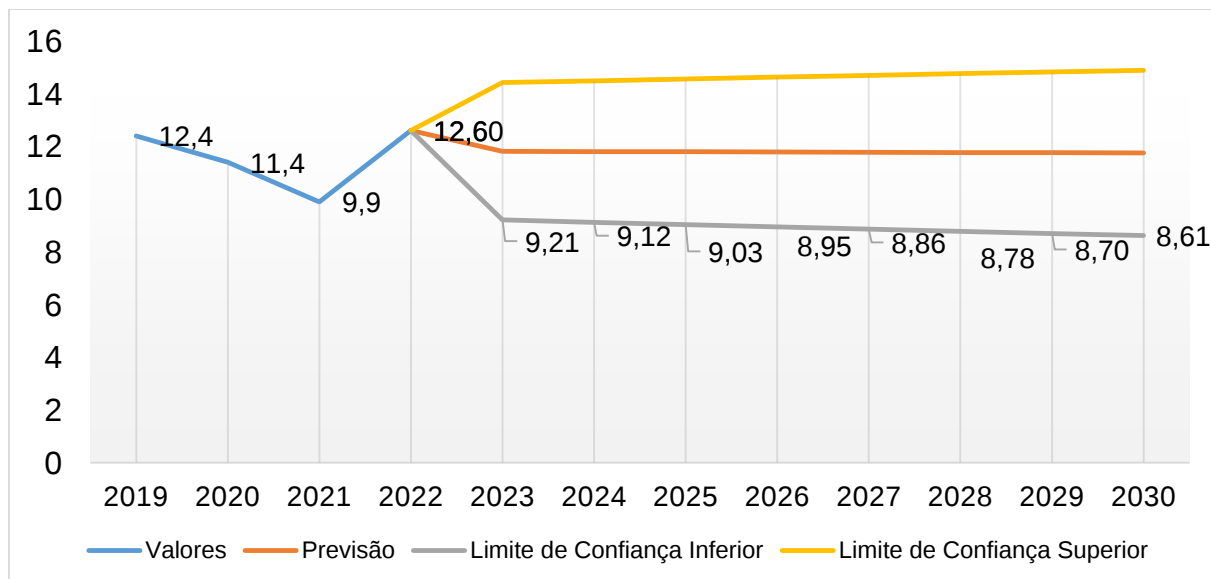
quedas acidentais/ 100 mil hab	mortalidade até 2030 (1,50 ao ano)									SESA							
26 – Nº de municípios com rede implantada e ativa	Aumentar o nº de municípios com rede de cuidado para atenção a vítimas de violências até 2030	2019: 02	04	05	06	07	08	09	10	SVS RT Viol /SESA SEAS REDE ABRAÇA-ME							
27 - Percentual de notificações no VIVA/SINAN	Aumentar em 6% ao ano, o nº de Notificações de violências no VIVA/SINAN	2019 909	1.217	1.290	1.367	1.449	1.536	1.628	1.726	SVS RT Viol/SESA SEED							

PROJEÇÕES ESTATÍSTICAS DAS METAS

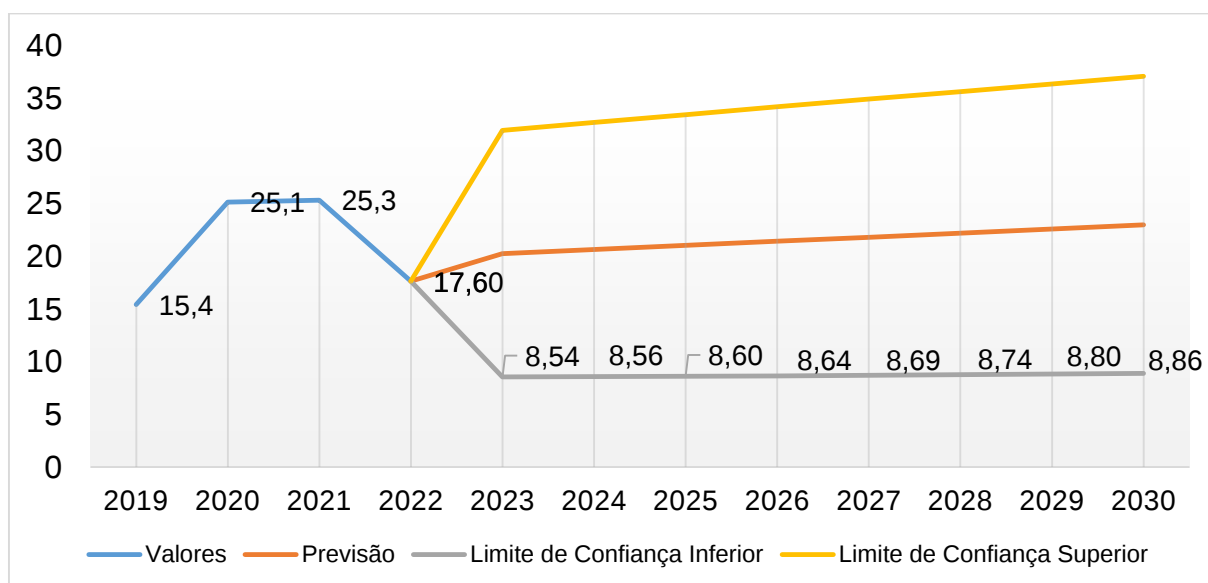
1- Mortalidade Prematura por DCNT: **Reduzir em 2% a Taxa anual - Linha de Base 2019 (225,3%).**



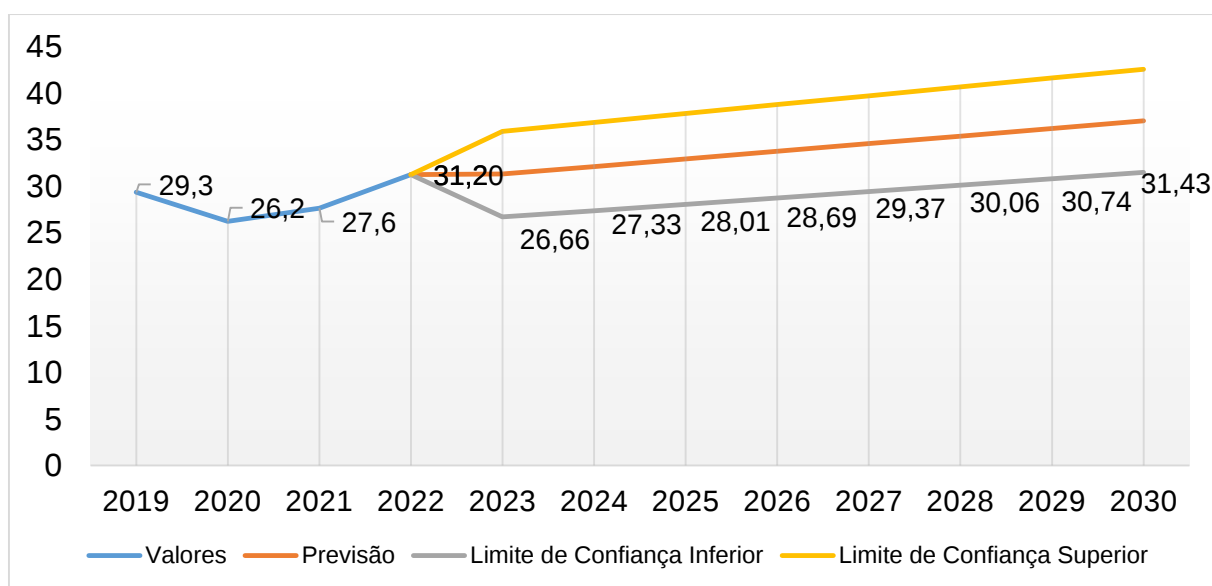
2- Mortalidade Prematura por câncer de mama: **Reduzir em 10% a Taxa até 2030 - Linha de Base 2019 (12,4%).**



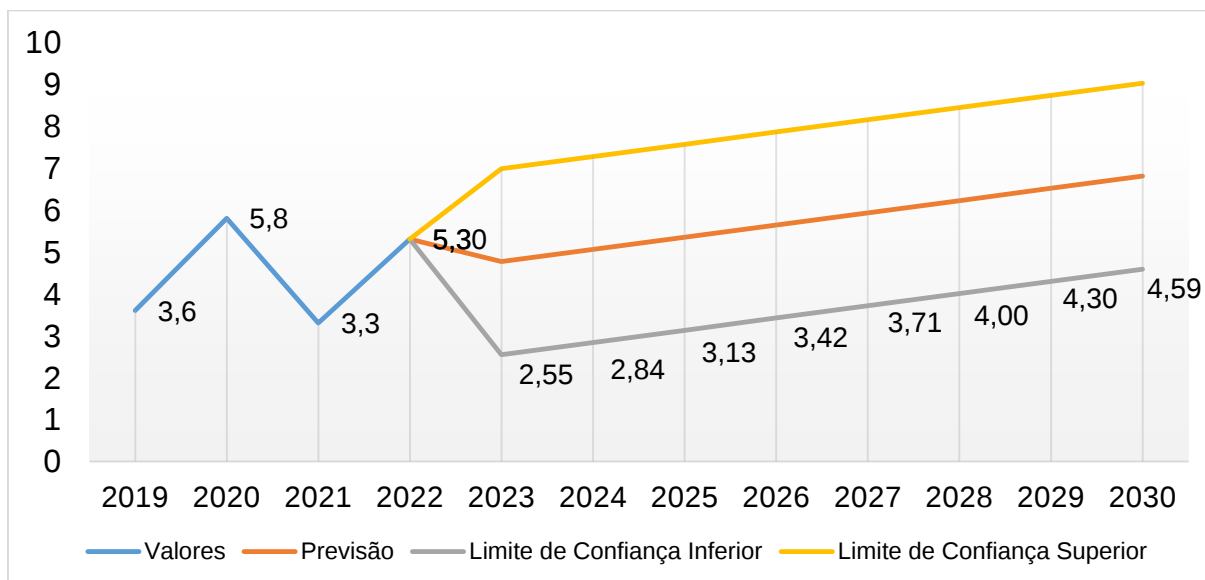
3- Mortalidade Prematura por câncer do colo do útero: **Reduzir em 20% a taxa até 2030 - Linha de Base 2019 (15,4%).**



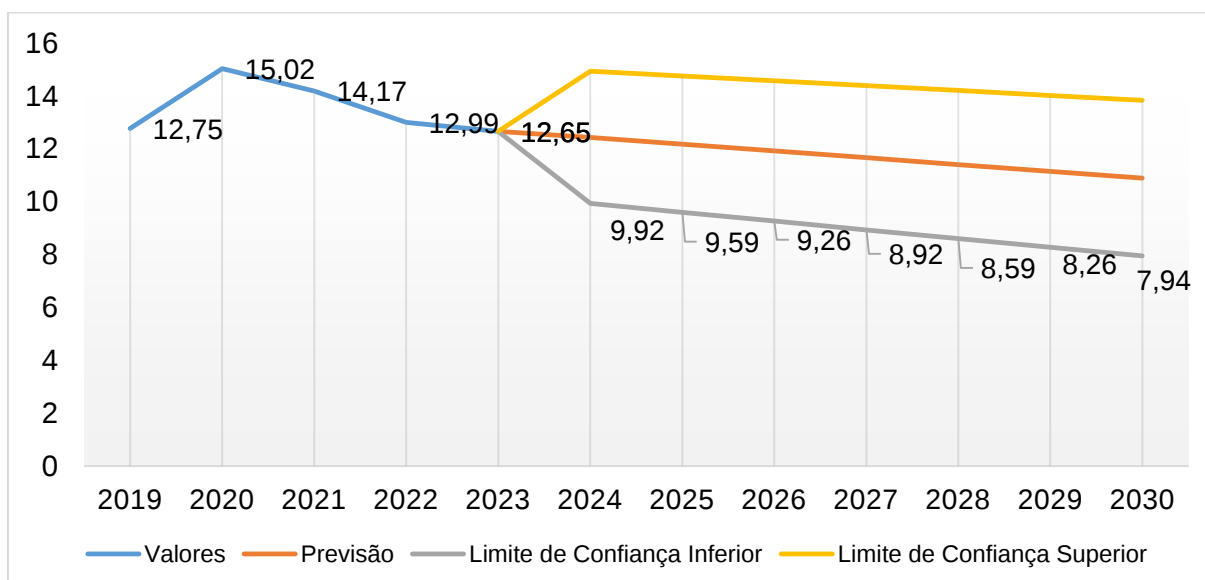
4- Mortalidade Prematura por câncer do aparelho digestivo: **Reduzir em 10% a taxa até 2030 – Linha de Base 2019 (29,3%).**



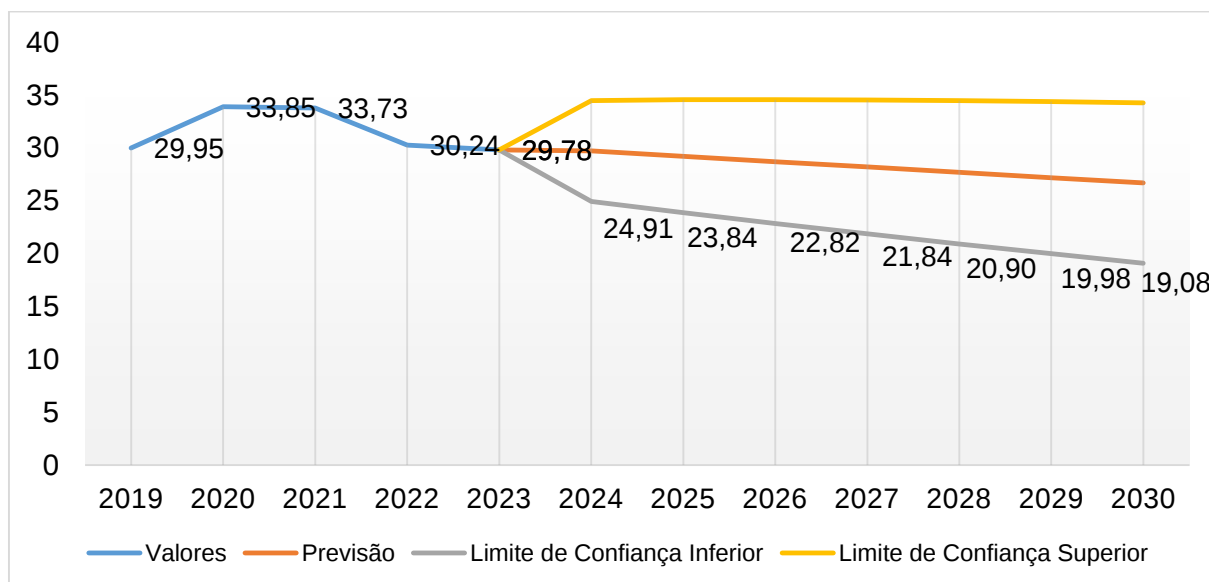
5- Mortalidade Prematura por câncer de próstata: **Reduzir em 10% a taxa até 2030 - Linha de Base 2019 (3,6%).**



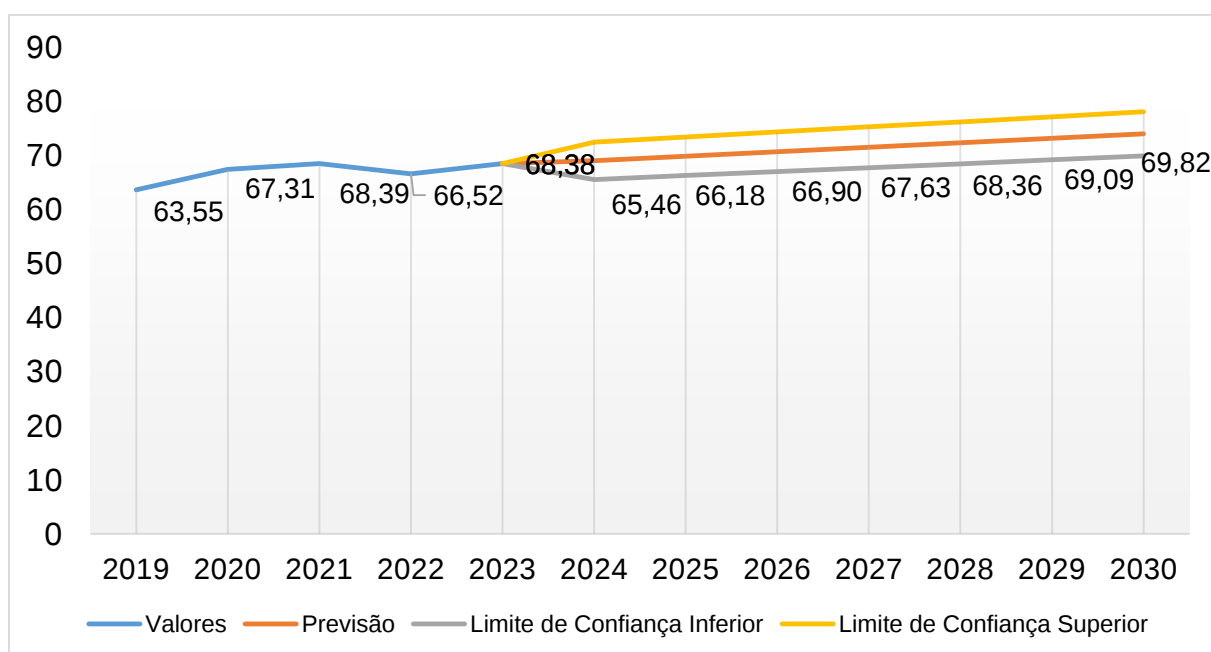
6- Prevalência de excesso de peso em crianças menores de 05 anos: **Deter em 0,1% o crescimento anual – Linha de Base 2019 (12,75%) 3.361 Crianças com excesso de peso.**



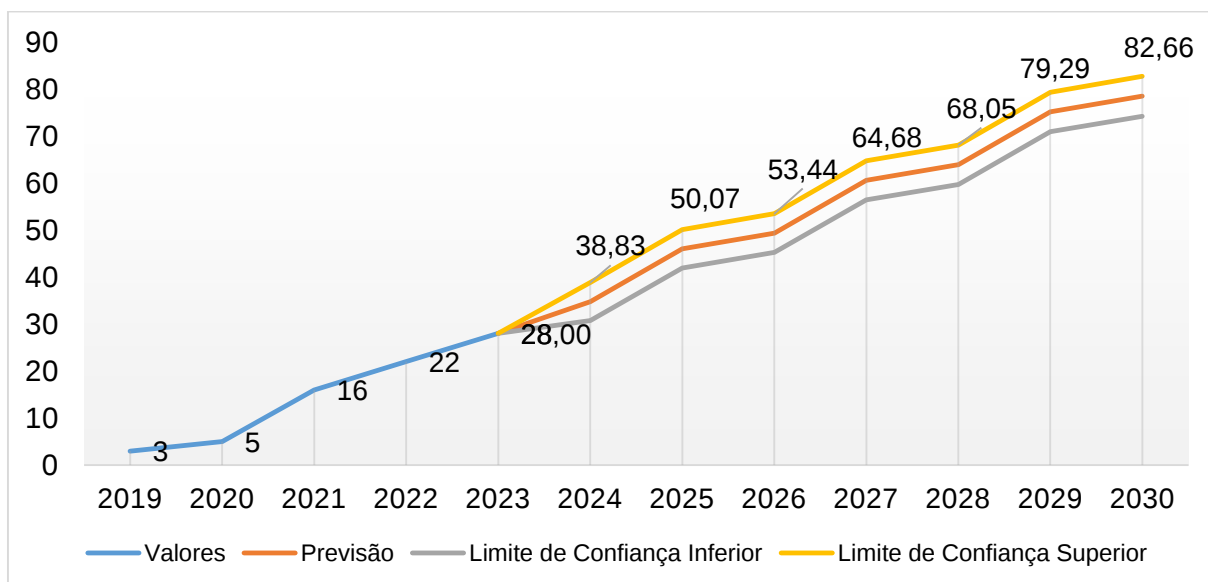
7- Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade e Obesidade Grave) em adolescentes: **Deter em 0,1% crescimento anual – Linha de Base 2019 (29,95%) Sobrepeso (4.004), Obesidade (1.359), Obesidade Grave (241).**



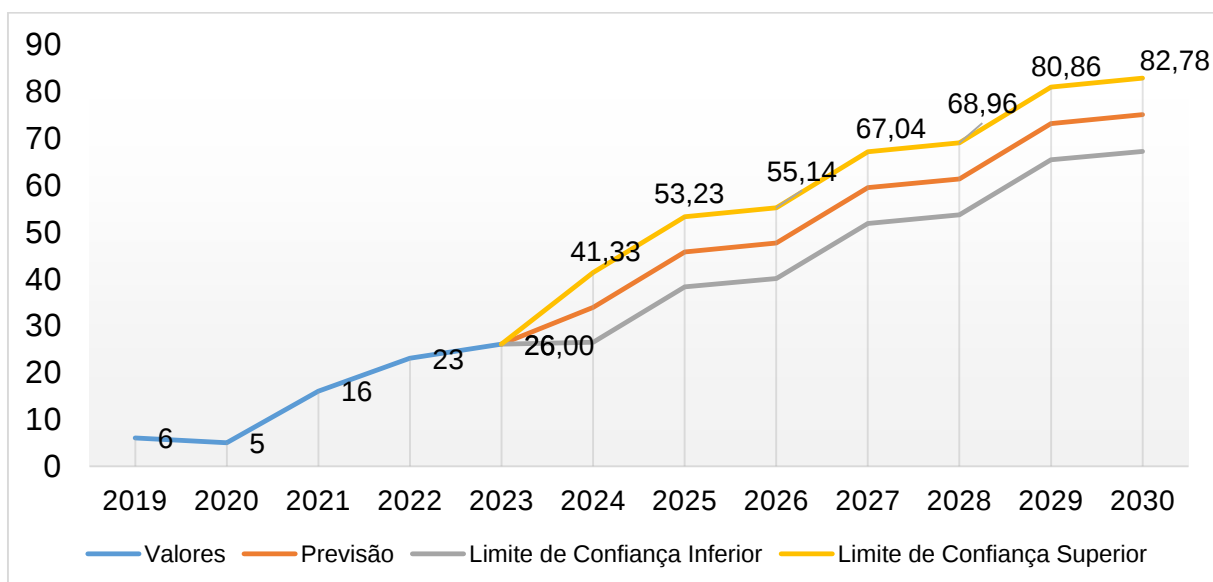
8- Prevalência de excesso de peso (Sobrepeso, Obesidade Grau I, Obesidade Grau II, Obesidade Grau III) na população adulta: **Deter em 0,1% ao ano o crescimento – Linha de Base (2019) 63,55%, Sobrepeso 15.490 Usuários, Obesidade I 7.576 Usuários, Obesidade II 2.441 Usuários, Obesidade III 1.043 Usuários.**



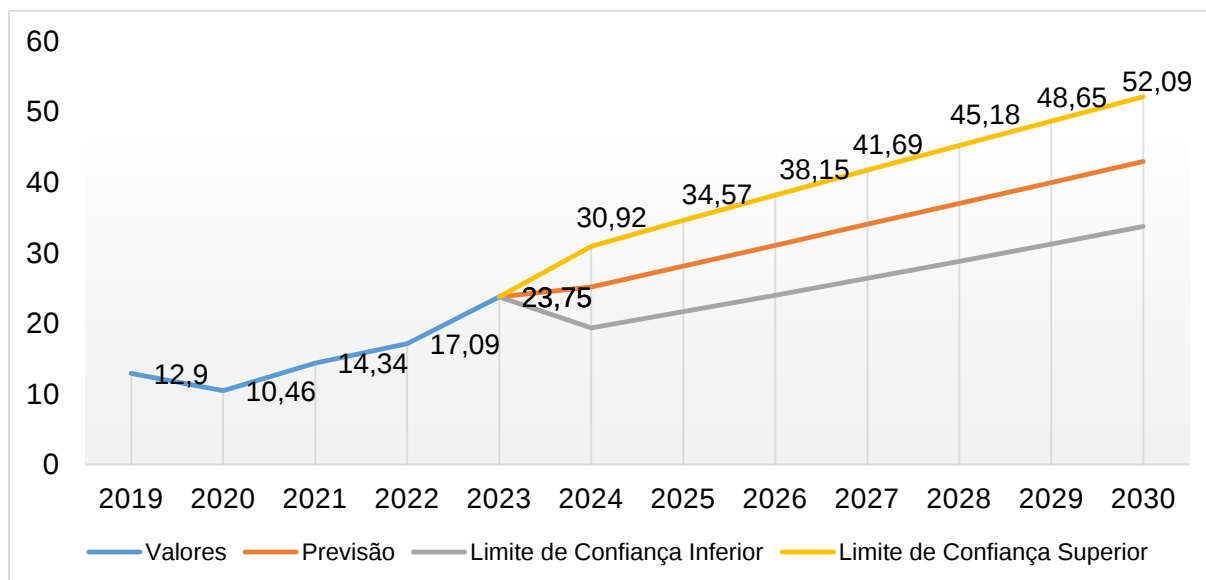
9- Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados pela Atenção Primária em Saúde: **Alcançar em 50% a proporção - Linha de Base (2019) 3%. Número de HAS Amapá: 48.013.**



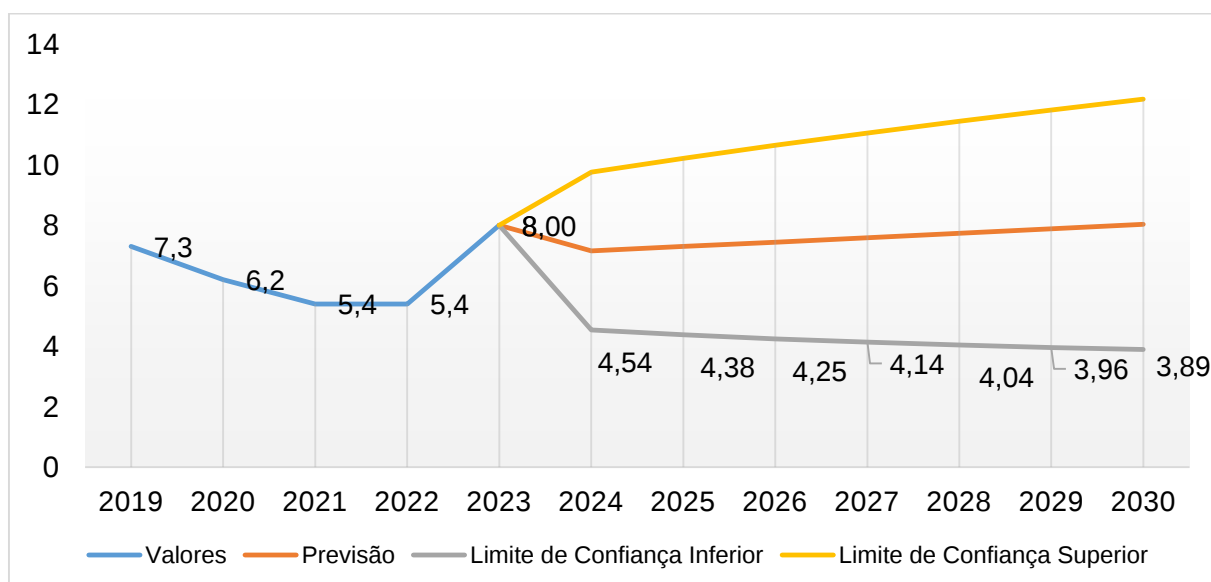
10- Proporção de usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela Atenção Primária em Saúde: **Alcançar em 50% a proporção - Linha de Base (2019) 6%. Número de diabéticos Amapá: 16.830.**



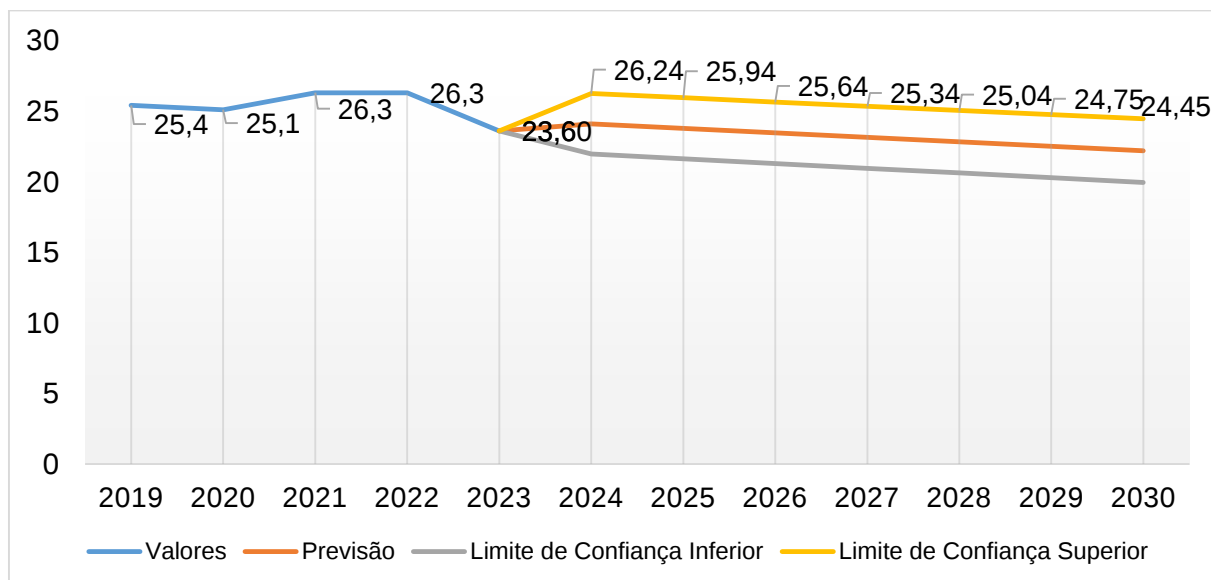
12- Proporção de Usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde: **Ampliar em 30% a proporção até 2030– Linha de Base (2019) 12,9% correspondendo a 94.700 Usuários com avaliação do estado nutricional.**



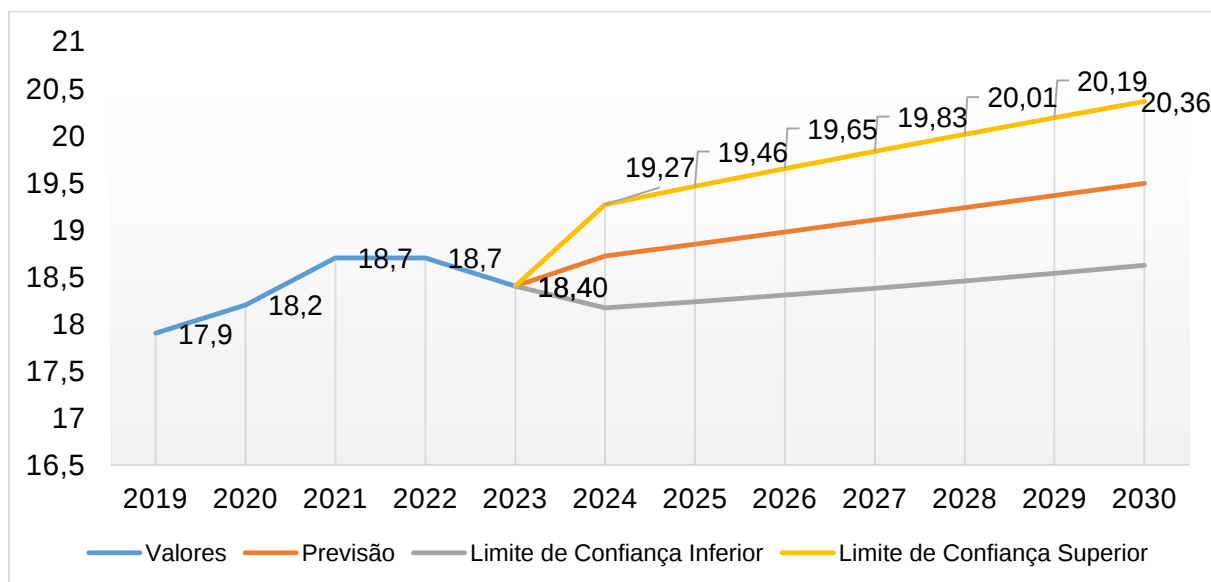
13- Número de usuários tabagistas: **Redução de 30% do número de usuários tabagistas até 2030– Linha de Base (2019) 7,3%.**



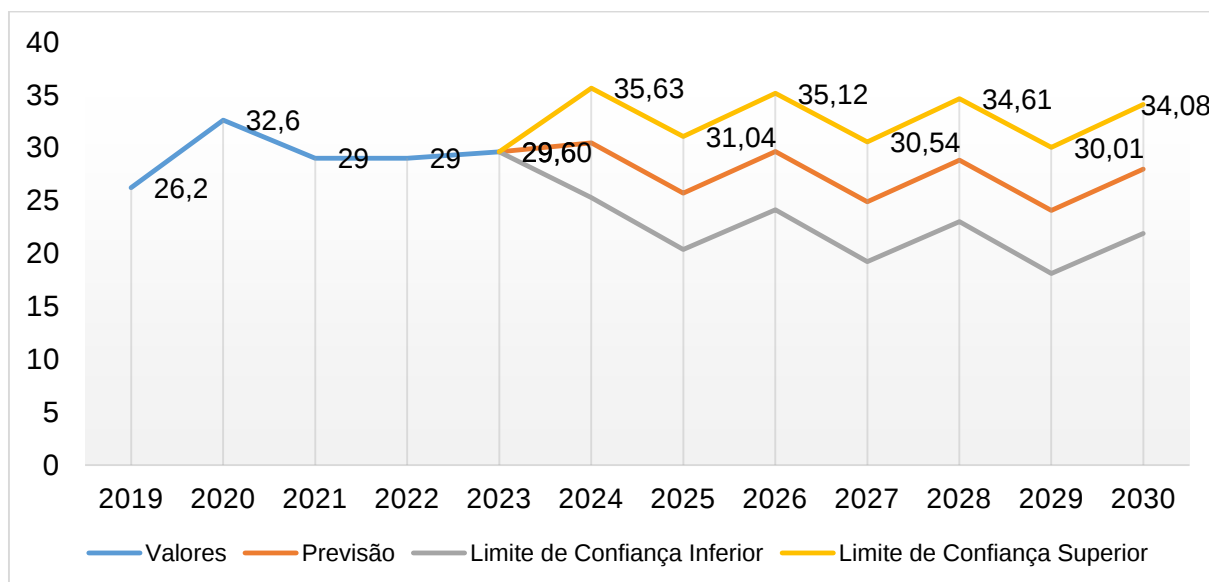
16- Consumo regular de frutas e hortaliças: **Aumentar em 10% a prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças até 2030 – Linha de Base (2019) 25,4%.**



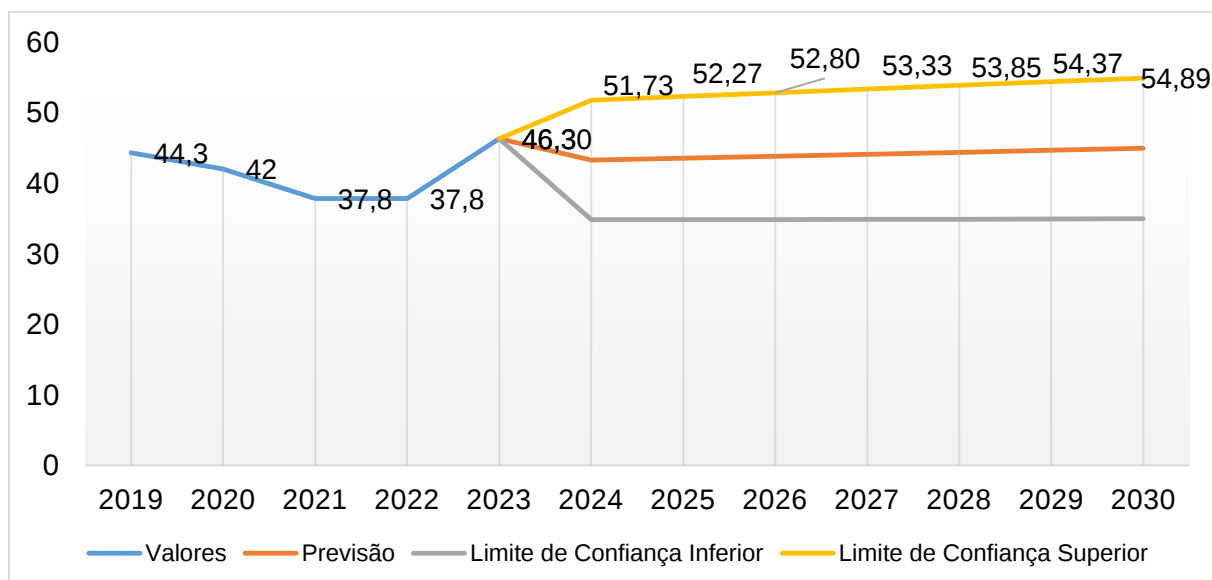
17- Consumo recomendado de frutas e hortaliças: **Aumentar em 10% a prevalência do consumo recomendado de frutas e hortaliças até 2030– Linha de Base (2019) 17,9%.**



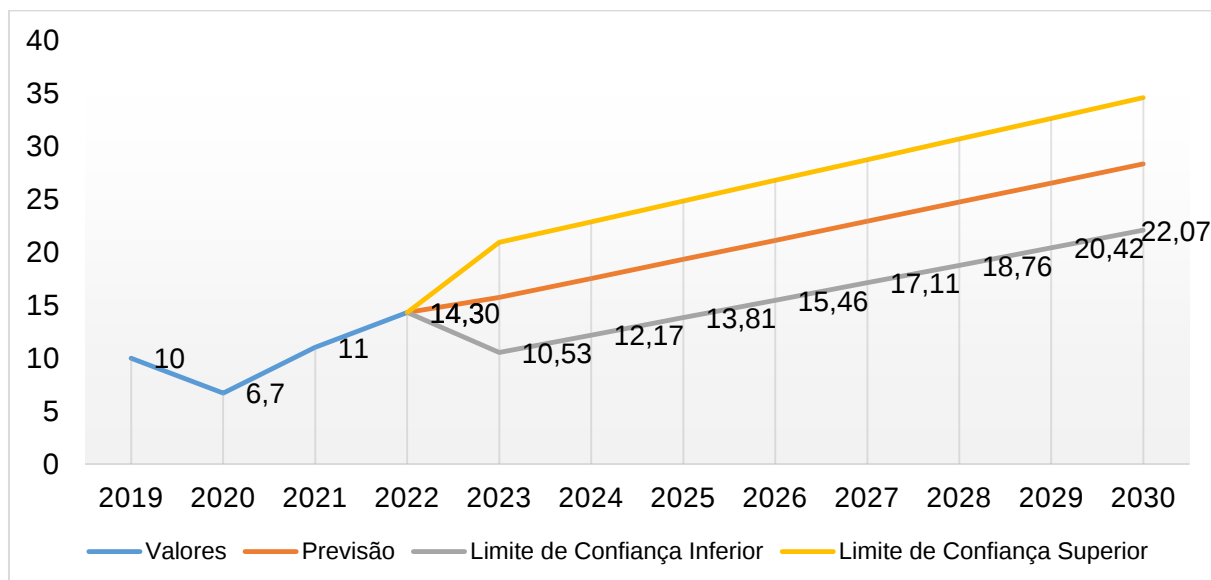
18- Não consumo de alimento ultraprocessado no dia anterior: **Aumentar em 10% a prevalência de pessoas que não consumiram alimento ultraprocessado no dia anterior até 2030– Linha de Base (2019) 26,2%.**



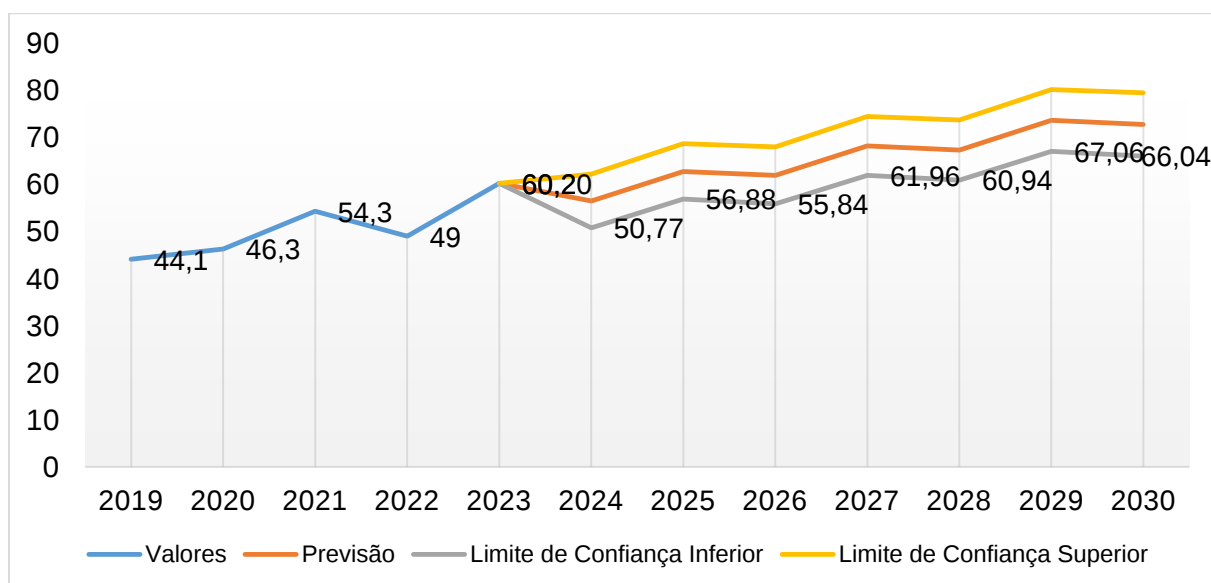
19- Percentual* de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo livre = 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana: **Aumento do número absoluto de atividades coletivas de práticas corporais e atividade física em 30% até 2030 – Linha de Base (2019) 44,3%.**



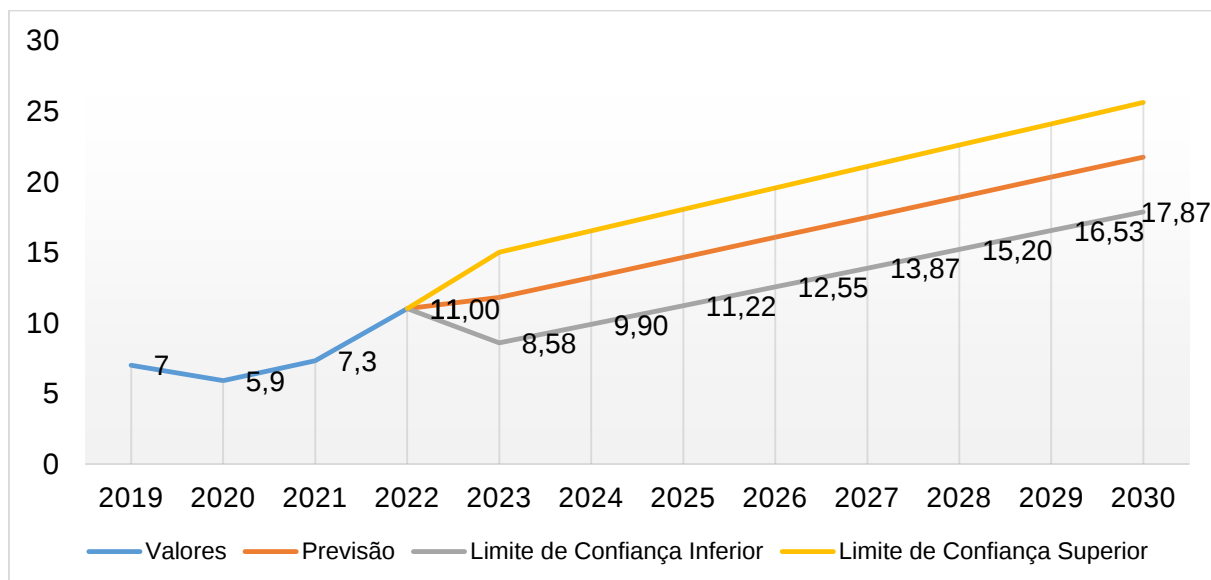
20- Taxa de mortalidade por lesões no trânsito/ 100 mil hab: **Reduzir em 50% a taxa padronizada (0,72/ano) até 2030 – Linha de Base (2019) 10.**



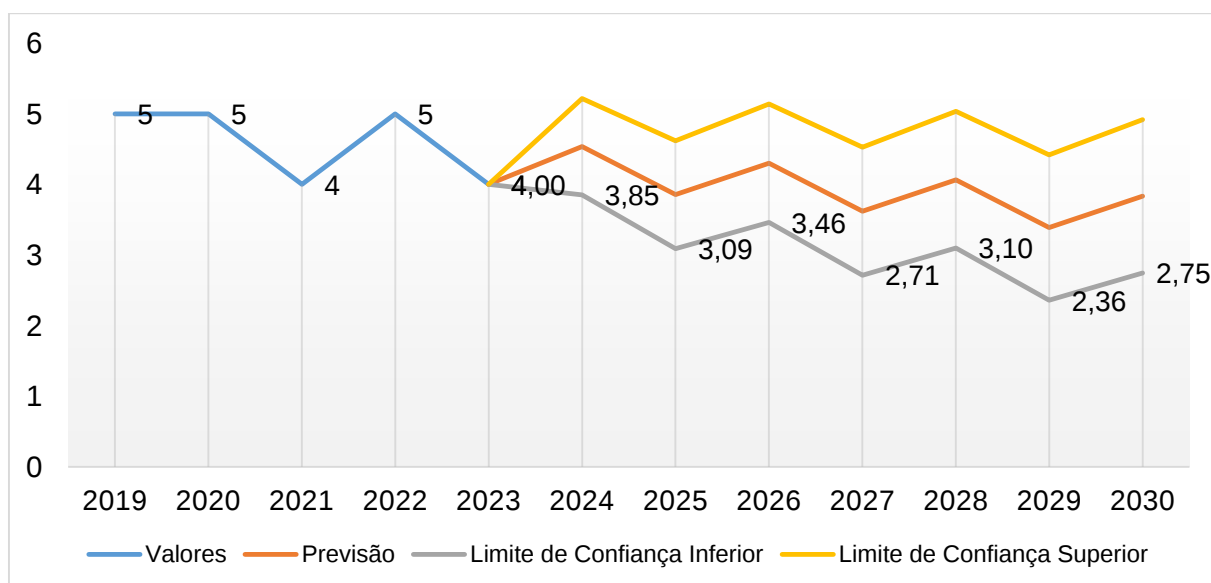
21- Taxa de mortalidade por homicídios/100 mil hab: **Reduzir em 1/3 a taxa padronizada (2,1 ao ano) até 2030– Linha de Base (2019) 44,1.**



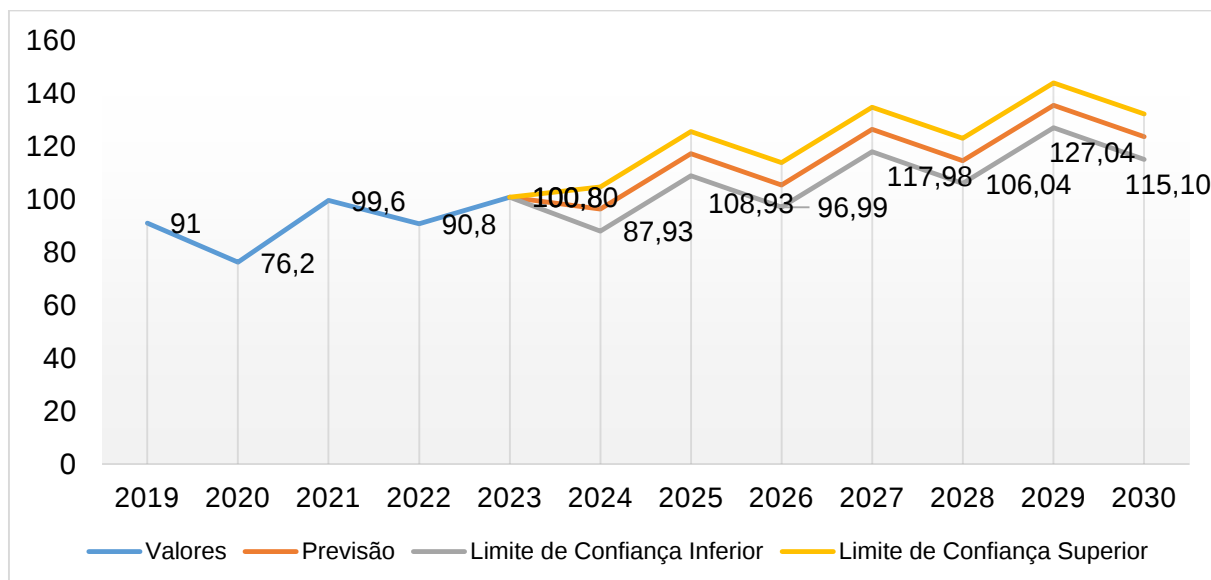
22- Taxa de mortalidade por suicídios/100 mil hab: **Deter em 1/3 o crescimento do suicídio até 2030– Linha de Base (2019) 7,0.**



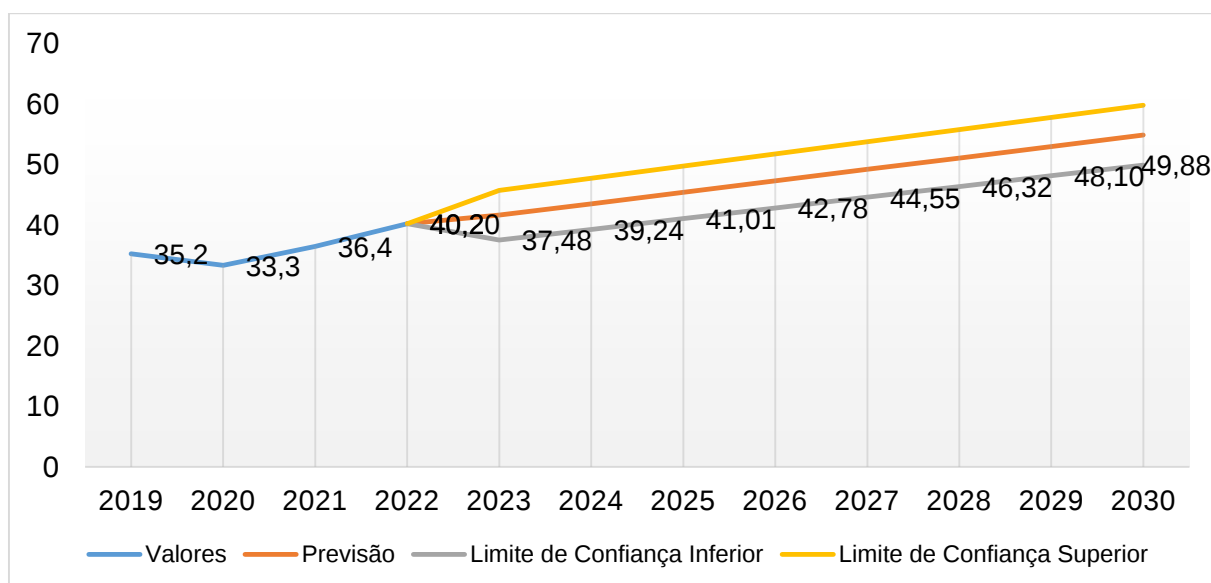
23- Taxa de mortalidade de mulheres por homicídios/100 mil hab: **Reduzir em 1/3 a taxa (0,23/ano) até 2030 – Linha de Base (2019) 5.**



24- Taxa de mortalidade de jovens 15 a 29 anos por homicídios/ 100 mil hab: **Reduzir em 1/3 a taxa até 2030 – Linha de Base (2019) 91.**



25- Taxa de mortalidade de idosos por quedas acidentais/100 mil hab: **Deter em 30% o crescimento da mortalidade até 2030 – Linha de Base (2019) 35,2.**



REFERÊNCIAS

APELQVIST, J. Diagnostics and treatment of the diabetic foot. *Endocrine*. v. 41, p. 384-97, 2012.

BOULTON, A. J.; VILEIKYTE, L.; RAGNARSON-TENNVALL, G., et al. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*., v. 366, p. 1719-24, 2005.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT). Apresentação: 2ª Reunião da CGDANT com as Coordenações Estaduais de DANT em 28 de julho de 2022. Brasília, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Painel de oncologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Acesso em: 20 novembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2020/2021. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Uma análise da situação de saúde e qualidade da informação. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no

Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>. Acesso em: 21 novembro. 2023.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da saúde: posicionamentos e orientações**. Brasília, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros**. Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, n. 35, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2021. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral: painel-oncologia**. Rio de Janeiro: INCA, nov. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/intervalo-de-tempo-entre-o-diagnostico-e-o-inicio-do-tratamento-oncologico>. Acesso em: 19 de novembro 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/relatorio-sobre-o-cenario-assistencial-e-epidemiologico-do-cancer-de-labio-e>. Acesso em: 21 novembro. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer**. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 128 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCA. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/amapa>

KAZEMIAN, P.; SHEBL, F. M.; MCCANN, N., et al. Evaluation of the cascade of diabetes care in the United States, 2005-2016. *JAMA International Med.*, v. 179, n. 10, 2019.

LEPCANTALO, M.; APELQVIST, J.; SETACCI, C., et al. Chapter V: diabetic foot. *Eur J Vasc Endovasc.*, v.42, S60-74, 2011.

MAGALHÃES, G. M., et al. Atualização em papiloma vírus humano – Parte I: epidemiologia, patogênese e espectro clínico. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 96, n. 1, p. 1–16, 2021. <https://doi.org/10.1016/J.ABDP.2020.11.001>

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M.C.S. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política estadual de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na internet], 2008.

OLINIC, D. M.; SPINU, M.; OLINIC, M., et al. Epidemiology of peripheral artery disease in Europe: VAS Educational Paper. *Int Angiol.*, v. 37, p. 327-34, 2018.

PANTOJA, C. S. M.; CARMO, W. L. N. **Diagnóstico Situacional das Redes de Atenção à Saúde dos municípios do Estado do Amapá**. Secretaria de Estado da Saúde – SESA, 2021.

PANTOJA, C. S. M.; TÁVORA, J. A. **O Processo de Regionalização em Saúde do Estado do Amapá: Avanços e Desafios**. 1ª Ed.: Dialética. 2023. 260p.

PARANÁ. Secretária da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Coordenação de Promoção da Saúde. **Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não-Transmissíveis: 2023-2030**. 1ed. Curitiba: SESA, 2023.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura de Paz e Ações Intersectoriais. Protocolo de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência Sexual: Abordagem Multidisciplinar. Curitiba, 2021.

SANTOS, I. C. R. V., et al. Fatores associados a amputações por pé diabético. *J Vasc Bras.*, v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015.

SÃO PAULO. Boletim: Tendência Temporal de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Vigitel 2006 – 2017. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/boletim_vigitel_dant.pdf.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 15, 2018: Violência na cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2018, 29 p.

SBACV-SP Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético/Marcelo Calil Burihan ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 76 p.

SESA. Secretária de Estado da Saúde do Amapá. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/livraria/SESA_3993f42dabb1123830451544a0349fc1.pdf

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental. São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein/Ministério da Saúde, 2021. 40 p.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental. São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein/Ministério da Saúde, 2021. 40 p.

WON, S. H.; CHUNG, C. Y.; PARK, M. S., et al. Risk factors associated with amputation-free survival in patient with diabetic foot ulcers. *Yonsei Med J.*, v. 55, p. 1373-8, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global report on diabetes. 1. Diabetes Mellitus – epidemiology. 2. Diabetes Mellitus – prevention and control. 3. Diabetes, Gestational. 4. Chronic Disease. 5. Public Health. I. Geneve: World Health Organization, 2016.

ZHANG, P.; LU, J.; JING, Y., et al. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine.*, v. 49, n. 2, p. 106-116, 2017.

AMAPÁ, Superintendência de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Amapá, dados extraídos DBF. 20/02/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em 14 mar. de 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. População Censo 2022. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Acesso em 14 mar. de 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

SMITH, J. D. et al. A developmental cascade perspective of paediatric obesity: a conceptual model and scoping review. *Health Psychology Review*, England, v. 12, n. 3, p. 271-293, Sept. 2018.

ST GEORGE, S. M. et al. A developmental cascade perspective of paediatric obesity: A systematic review of preventive interventions from infancy through late adolescence. *Obesity Reviews*, Oxford, Inglaterra, v. 21, n. 2, p. e12939, Feb. 2020.

DEAL, J. B. et al. Perspective: Childhood Obesity Requires New Strategies for Prevention. *Advances in Nutrition*, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 1071-1078, Sept. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.1.126 p.: il. Disponível em: [guia-de-vigilancia-emsaude_5ed_21nov21_isbn5.pdf](http://www.gov.br/emsaude_5ed_21nov21_isbn5.pdf) (www.gov.br)

SANTA CRUZ DO SUL. Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Secretaria Municipal de Saúde. Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales – CEREST/Vales. Guia de Vigilância em Saúde do Trabalhador – Orientações Técnicas para o SUS. Santa Cruz do Sul: CEREST/Vales, 2019. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/guia-vigilancia-saudetrabalhador-cerest-vales>.