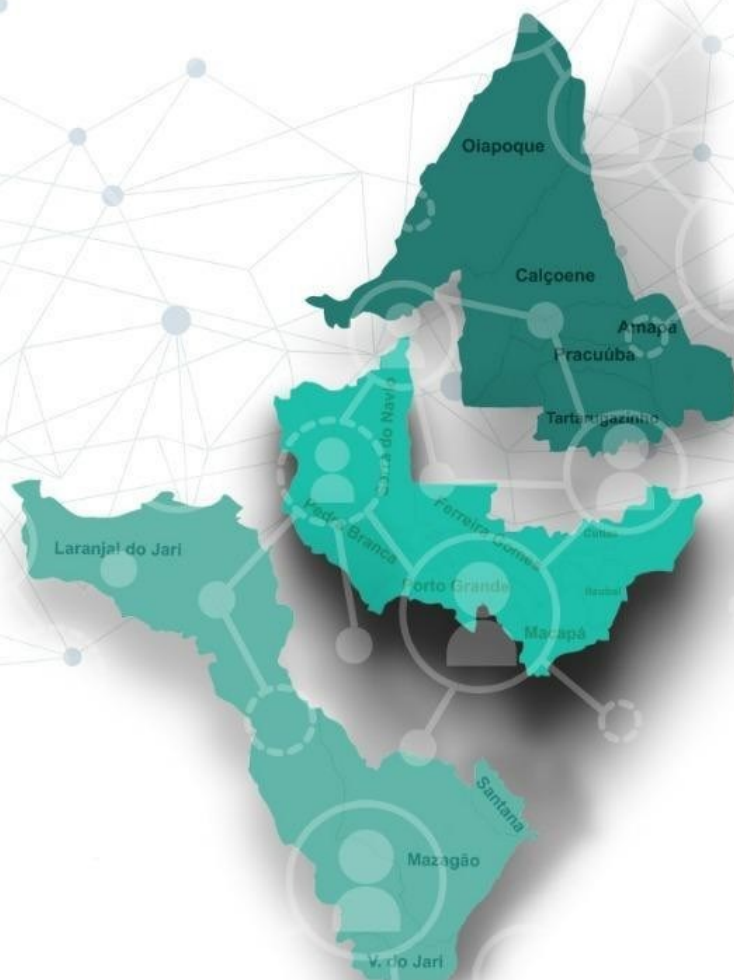




Plano Macrorregional de Saúde



Clécio Luís Vilhena Vieira
Governador do Estado

Antônio Pinheiro Teles Júnior
Vice-Governador do Estado

Silvana Vedovelli
Secretária de Estado da Saúde

Paulo Roberto Dias da Silva
Secretário Adjunto de Gestão e Planejamento

Tânia Regina Ferreira Vilhena
Secretária Adjunta de Atenção à Saúde

Maria Raimunda Madureira dos Santos
Secretária Adjunta do Fundo Estadual de Saúde

Juvanete Amoras Távora
Coordenadora de Planejamento

Equipe de Elaboração e Organização

Juvanete Amoras Távora- Biomédica Sanitarista - COPLAN

Marcos Tadeu Boução- Analista de Planejamento - COPLAN

Maria Santana de Almeida- Assessora Técnica - COPLAN

Sandro Ricardo Lino- Assessor Técnico – COPLAN

Samuel Spenner- COPLAN

Juliana Dantas- Enfermeira - COPLAN

Eloisa Melo da Silva- Enfermeira - COPLAN

Sarah Ohrana Freitas da Silva – Enfermeira - COPLAN

Diovana de Sena Alberto - SVS

Colaboradores

Cintia Pantoja- Articuladora da RDCNT

Donato Farias- Articulador da RUE

Wesley Nogueira- Articulador da RAMI

Colaboradores Externos

Francisco Ivan- Beneficência Portuguesa - SP

Luana Tironi - Beneficência Portuguesa -SP

Luiza Acioli - Ministério da Saúde

Alciângela Bernardes - COSEMS

Nailane Ribeiro - COSEMS

Juan Mendes - COSEMS

Walter de Souza Tavares - COSEMS

Relação de Secretários Municipais de Saúde por Região de Saúde /Estado do Amapá

Região Norte

Adervan Frans Guimarães Mira - Amapá

Cassia de Oliveira Alencar - Calçoene

Josimar Silva dos Santos - Oiapoque

Lilian Cordeiro de Abreu - Tartarugalzinho

Região Central

Ana Claudia Pimentel Costa - Pedra Branca

Esmeralda de Oliveira Monte- Negro - Porto Grande

Érica Aranha de Sousa Aimorés - Macapá

Pedro do Socorro Dalmácio Rodrigues - Ferreira Gomes

Tarlysson Gonçalves Soares - Serra do Navio

Região Sudoeste

Lucyana Cabral da Costa - Mazagão

Ithiara Guedes Das Virgens Madureira - Santana

Paulo Sérgio Pinheiro Dias - Vitória do Jari

Marcel Jandson Menezes - Laranjal do Jari

Equipe Técnica das Secretarias Municipais de Saúde que participaram do Planejamento Regional

Jonielson Gibson Franquins - Ferreira Gomes

Otaniel Ferreira Reis - Ferreira Gomes

Abenai Barbosa de Sousa - Laranjal do Jari

Gabriela Pagno Nascimento - Laranjal do Jari

Benedita Jeane Gomes - Laranjal do Jari

Regiane Cardozo Souza - Laranjal do Jari

Essi Paola Correa Amaral - Mazagão

Azilenhe Gama dos Santos - Mazagão

Cilene dos Santos Baia Afonso - Mazagão

Willian Alves dos Santos - Calçoene

Camila dos Santos Souza - Calçoene

Maria Cristina Sarmento - Calçoene

Daniely Chaves de Almeida - Vitória do Jari

Renata de Lima Loiola - Santana

Elza Gessiane Guerra da Silva - Pedra Branca

Lizandra leal de Sousa - Tartarugalzinho

Janilson Menezes de Souza - Tartarugalzinho

Joelma Ribeiro dos Santos - Macapá

Kleverton Ramon Siqueira - Macapá

Lucivaldo Da Penha - Macapá

Lista de Mapas, Figuras, Tabelas, Quadros e Gráficos

MAPAS

Mapa 01: Localização do Amapá

Mapa 02: Geopolítico do Amapá

Mapa 03: Áreas protegidas do Amapá

Mapa 04: Hidrografia do Amapá

Mapa 05: Rodovias do Amapá.

FIGURAS

Figura 01: Distribuição populacional residente segundo região de saúde – Amapá/BR, 2023

Figura 02: Floresta Nacional do Amapá

Figura 03: População Urbana e Rural do Estado do Amapá.

Figura 04: Índice de Desenvolvimento Humano do Amapá

Figura 05: Índice da população total com atendimento de água tratada, segundo Região do Brasil e Estado do Amapá, 2021

Figura 06: Proporção da população residindo em domicílios com acesso a esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial – Amapá, Região Norte e Brasil, 2021

Figura 07: Perfil das Causas de Mortalidade Geral no Amapá

Figura 08: Macroproblemas identificados no diagnóstico das Redes de Atenção no Amapá

Figura 09: Capacidade instalada das redes de atenção em saúde do amapá

Figura 10: Cobertura de APS e ESF por região de Saúde no estado do Amapá

Figura 11: Fluxograma do Pré-Natal

Figura 12: Itinerário do Usuário do SUS

Figura 13: Total de investimento em saúde no Amapá em 2022

Figura 14: Top 10 Prioridades Sanitárias e Necessidades macrorregionais

Figura 15: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde - NORTE

Figura 16: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde - CENTRAL

Figura 17: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde-SUDOESTE

TABELAS

- Tabela 01:** Distribuição populacional e concentração de residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 e
- Tabela 02:** população indígena por município, no ano de 2020.
- Tabela 03:** Territórios Quilombolas Amapaenses.
- Tabela 04:** Número e percentual de partos de mães residentes segundo local de ocorrência – Amapá/BR, 2012 e 2021
- Tabela 05:** Número e percentual de nascidos vivos por tipo de parto segundo município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2021
- Tabela 06:** Número e percentual de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe e região de saúde – Amapá/BR 2021
- Tabela 07:** Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo consulta pré-natal e região de saúde – Amapá/BR, 2021
- Tabela 08:** Número e percentual de nascidos vivos com anomalia congênita de mães residentes, por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 09:** Número e incidência de tuberculose segundo município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 10:** Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 11:** Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase, por município e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021.
- Tabela 12:** Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 13:** Número de casos de sífilis adquirida por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 14:** Incidência de sífilis em gestantes residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 15:** Número e taxa de incidência de sífilis congênita de residentes menores de 1 ano e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 16:** Número de casos de hepatite B em residentes por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 17:** Número de casos de HIV e AIDS em adultos por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 18:** Número de casos de HIV e AIDS em crianças (menores de 13 anos) por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 19:** Número de gestantes residentes com HIV por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 20:** Indicadores epidemiológicos da PFA em menores de 15 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 21:** Percentual de metas alcançadas na Campanha de vacinação antirrábica realizada nos municípios Amapá/BR de 2017 a 2021
- Tabela 22:** Número de casos notificados e confirmados de toxoplasmose congênita e gestante por município de residência – Amapá/ BR, 2017 a 2021
- Tabela 23:** Número de casos de doença de Chagas aguda por município de residência e de acordo com o modo provável de infecção – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 24:** Incidência Parasitária Anual de malária nos municípios por local provável de infecção e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 25:** Distribuição dos casos (número, percentual e incidência), óbitos (número, percentual e letalidade) por Covid-19 por região de saúde e municípios – Amapá/BR, 2021

- Tabela 26:** Número e proporção de município com coberturas vacinais adequadas de residentes para as vacinas do calendário de vacinação da criança – Amapá/BR, 2017 a 2021.
- Tabela 27:** Cobertura da campanha de vacinação contra a Influenza em crianças e idosos – Amapá/BR, 2017 a 2021.
- Tabela 28:** Número de notificações de acidentes de trabalho típico por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021.
- Tabela 29:** Número de notificações de acidentes de trabalho de trajeto por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 30:** Número de notificações de acidentes com exposição a material biológico de residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 31:** Número de internações hospitalares por região de saúde e município de residência – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 32:** Número de óbitos de residentes por local de ocorrência – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 33:** Mortalidade proporcional por grupos de causa Capítulo CID 10 – Amapá/BR, 2021
- Tabela 34:** Número e percentual de óbitos de residentes por causa específica CID 10 3D – Amapá/BR, 2021
- Tabela 35:** Número e proporção de óbitos por tipo de evitabilidade em menores de 5 anos – Amapá/BR, 2017
- Tabela 36:** Número e proporção de óbitos por evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos Amapá/BR, 2017 a 2021 a 2021
- Tabela 37:** Número e percentual de óbitos por tipo de evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 38:** Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT em residentes – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 39:** Número e percentual de óbitos infantis de residentes por causa específica – Amapá/BR, 2021
- Tabela 40:** Número de óbitos de MIF e percentual investigado por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 41:** Número de óbitos maternos de residentes por causa específica – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Tabela 42:** Perfil da Rede Materna Infantil da Macrorregião de saúde em 2023
- Tabela 43:** Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Norte do Amapá (2021)
- Tabela 44:** Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Central do Amapá (2021)
- Tabela 45:** Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Sudoeste do Amapá (2021)

QUADROS

- Quadro 01:** População e terras indígenas no território do Amapá/BR, 2023
- Quadro 02:** Indicadores Previne Brasil Região Norte (Quadrimestre 1 2023)
- Quadro 03:** Indicadores Previne Brasil Região Central (Quadrimestre 1 2023)
- Quadro 04:** Indicadores Previne Brasil Região Sudoeste (Quadrimestre 1 2023)
- Quadro 05:** Comparativo de indicadores do Q1 de 2022 e Q1 de 2023 no Amapá
- Quadro 06:** Capacidade instalada e pontos de atenção por região de saúde do estado do Amapá
- Quadro 07:** Quantitativo de leitos por região de saúde
- Quadro 08:** Quantitativos profissionais com vínculo no SUS, por região de saúde
- Quadro 09:** Quantitativo de ESF e ASC por região de saúde
- Quadro 10:** Componentes da RUE, por região de saúde
- Quadro 11:** Despesa total de saúde por habitante em 2022

GRÁFICOS

- Gráfico 01:** Pirâmide Etária do Estado Amapá, 2012
- Gráfico 02:** Pirâmide Etária do Estado do Amapá, 2021.
- Gráfico 03:** Taxa de fecundidade total – Amapá e Brasil, 2012 a 2021
- Gráfico 04:** Percentual de nascidos vivos prematuros segundo região de saúde de residência da mãe – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 05:** Incidência de hepatite A de residentes por região de saúde – Amapá BR, 2017 a 2021
- Gráfico 06:** Incidência de rotavírus em menores de 5 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 07:** Número de casos esperados, notificados e taxa de notificação de febre tifoide/100.000 hab. menores de 15 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 08:** Incidência de casos de DDA por 1.000 habitantes – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 09:** Incidência de leishmaniose tegumentar (por 100 mil hab.), por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 10:** Número de casos de doenças exantemáticas e sarampo confirmados – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 11:** Incidência de acidentes por animais peçonhentos – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 12:** Incidência acumulada de leptospirose por 100.000 habitantes – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 13:** Número de casos autóctones e importados de malária por local provável de infecção Amapá/BR– 2017 a 2021
- Gráfico 14:** Número de casos de dengue confirmados por município de notificação e local provável de infecção por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 15:** Número de casos notificados de febre chikungunya, por região de saúde – Amapá/BR, 2017 e 2021
- Gráfico 16:** Número de casos notificados e confirmados de Zika vírus – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 17:** Número de casos notificados e confirmados de Zika em gestantes – Amapá/BR, 2017 a 2021
- Gráfico 18:** Número de casos confirmados de Zika vírus em mulheres em idade fértil – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 19: Coeficiente geral de mortalidade – Amapá/BR, 2012 a 2021

Gráfico 20: Evolução do percentual de óbitos por causas definidas – Amapá/BR, 2012 a 2021

Gráfico 21: Coeficiente de mortalidade por causas externas – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 22: Número de óbitos por homicídio e meio de agressão – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 23: Mortalidade por acidentes de trânsito segundo sexo e faixa etária, Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 24: Mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 25: Número de lesão autoprovocada segundo sexo e faixa etária Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 26: Mortalidade por afogamento segundo o sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 27: Número de municípios notificantes, unidades notificadoras e notificações de violência interpessoal/autoprovocada – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 28: Principais tipos de violência notificadas segundo faixa etária, Amapá/BR 2017 a 2022

Gráfico 29: Evolução das taxas de mortalidade prematura por DCNT, no Estado e municípios com mais de 100 mil habitantes, 2017 a 2021

Gráfico 30: Taxa de mortalidade infantil – Macapá, Santana e Estado, 2017 a 2021

Gráfico 31: Taxa de mortalidade infantil de residentes por componente – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 32: Razão de mortalidade materna em Macapá, Santana e Estado – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 33: Razão de mortalidade materna em Macapá, Santana e Estado – Amapá/BR, 2017 a 2021

Gráfico 34: Taxa de mortalidade infantil – Macapá, Santana e Estado, 2017 a 2021

Gráfico 35: Demonstrativo com ações e serviços públicos referente às despesas em saúde em 2022.

Gráfico 36: Demonstrativo de ações e serviços públicos referente à recursos em 2022.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA MACRORREGIÃO.....	12
2.1 SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA E CULTURAL	12
3 INDICADORES DE SAÚDE.....	27
3.1 INDICADORES DO PREVINE BRASIL.....	27
3.2 INDICADORES DE SAÚDE DE NASCIMENTO SAÚDE REPRODUTIVA	30
3.2 INDICADORES DE SAÚDE DE MORBIDADE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	34
3.3 INDICADORES DE SAÚDE DE MORTALIDADE	64
4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	85
4.1 REDE CEGONHA	95
4.1.1 Pré-Natal.....	95
4.1.2 Parto e nascimento.....	98
4.1.3 Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.....	98
4.1.4 Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.....	99
4.2 MORTALIDADE MATERNA	99
5 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE	101
6 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT.....	103
7 ITINERÁRIO DO USUÁRIO E PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA RAS.....	107
8 REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	110
8.1 REGULAÇÃO EM SAÚDE	110
9 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	111
10 RECURSOS FINANCEIROS.....	113
11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	115
11.1 GESTÃO DO TRABALHO	115
12 ANÁLISE GERAL DA MACRORREGIÃO	115
12.1 AS PRIORIDADES SANITÁRIAS E NECESSIDADES MACRORREGIONAL.....	115
13 SAÚDE NA FRONTEIRA INTERNACIONAL E INTERESTADUAL	121
APÊNDICE A: CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	123
REFERÊNCIAS.....	140

1 INTRODUÇÃO

O Plano Macrorregional de Saúde é o produto final do processo de planejamento regional e tem como finalidade promover a equidade regional e contribuir para a concretização do planejamento ascendente. Tem como objetivo principal, identificar o diagnóstico situacional e apontar as principais necessidades de saúde de cada uma das Regiões de saúde, além de propor a qualificação das Redes de Atenção à Saúde. Desta forma, apresenta as necessidades de saúde da população entre outros aspectos relevantes para o Planejamento Regional Integrado, a partir de tais informações será possível a elaboração de uma proposta de intervenções para melhoria da qualidade de vida para todos.

No Amapá, o Hospital Beneficência Portuguesa conduziu o assessoramento técnico e o apoio no processo de fortalecimento da regionalização em 2021, quando fez adesão ao Projeto de Fortalecimento da Regionalização, através do PROADI-SUS.

Para a elaboração deste documento foram consideradas a análise situacional de saúde, o diagnóstico das redes de atenção à saúde e demais produtos do Projeto "Governança da RAS", que iniciou no final de 2020. O Planejamento Regional Integrado-PRI contou com a participação de gestores municipais, pontos focais de planejamento e da Atenção Primária dos municípios, apoiadores do COSEMS e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde. Foram desenvolvidas várias oficinas presenciais e virtuais, com momentos de concentração e dispersão visando desenvolver todas as etapas do processo de construção da regionalização, conforme as diretrizes e normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite,

Este Plano Macrorregional busca expressar o cenário epidemiológico e sanitário das regiões de saúde registrado no diagnóstico situacional realizado em 2021/2022 pela equipe técnica da SESA. Os problemas foram mapeados e priorizados, bem como a capacidade instalada, os pontos de atenção e a carteira de serviços ofertados pelos municípios.

Posteriormente, foram identificados as redes de atenção à saúde consideradas como prioritárias na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores municipais. Foi realizado levantamento das necessidades de ações e serviços de saúde através da parametrização utilizando a Portaria ministerial nº 1631, de 2015. Em seguida a elaboração das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano Macrorregional de Saúde foi realizada com a participação dos protagonistas em momento rico de troca de saberes e experiências.

2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA MACRORREGIÃO

2.1 SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA E CULTURAL

O Estado do Amapá possui uma área de 142.815 km², sendo considerado um dos menores estados brasileiros e o menos povoado. Está situado na região norte do Brasil, fazendo limite ao norte com a Guiana Francesa, a noroeste com o Suriname, a oeste e sul com o Pará e a Leste com o oceano atlântico. É conhecido como estado mais preservado do Brasil, sendo que 72% do seu território se encontra dentro de áreas de preservação ambiental (Superti & Silva, 2015).

Mapa 01: Localização do Amapá.

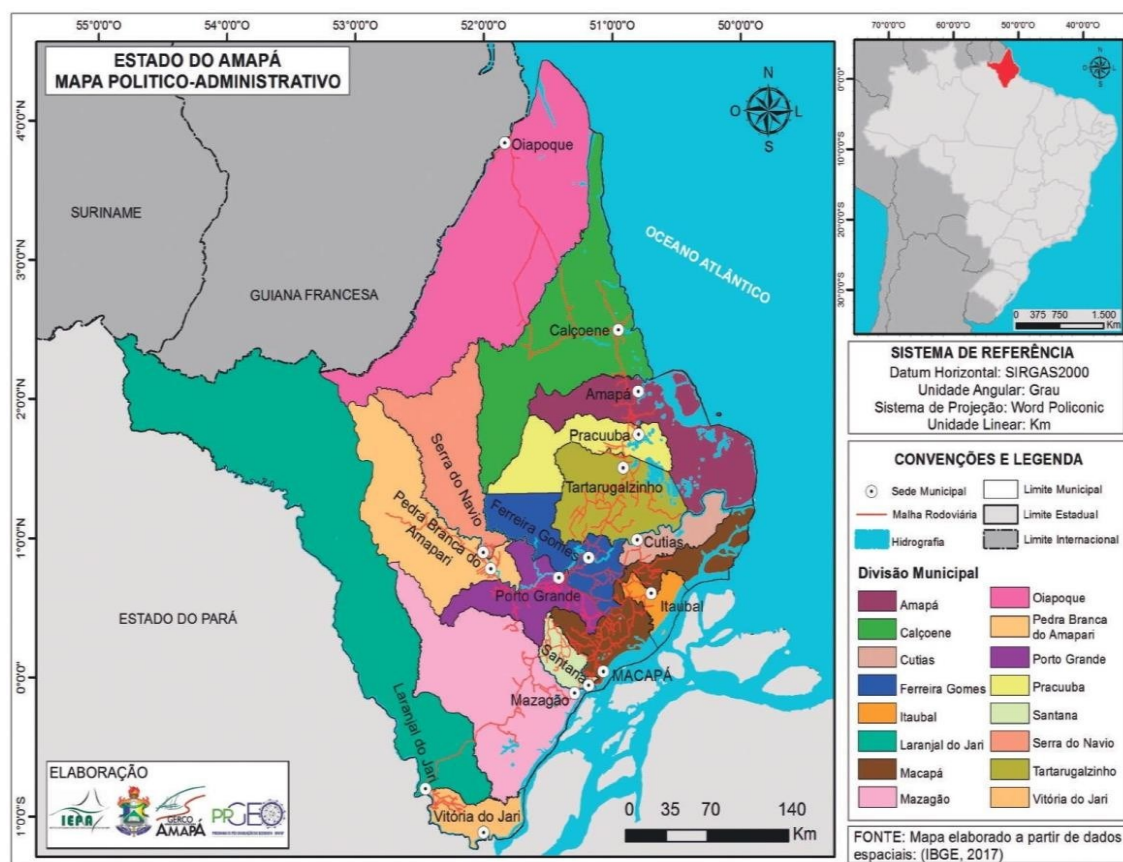


Fonte: Base Cartográfica Sirgas, 2017.

O Estado do Amapá é constituído por 16 municípios: Oiapoque, Calçoene, Amapá, Pracuúba, Tartarugalzinho, Ferreira Gomes, Porto Grande, Pedra Branca do Amapari, Cutias, Itaubal, Macapá, Santana, Mazagão, Laranjal do Jari e Vitória do Jari. Os maiores municípios em extensão territorial são Laranjal do Jari (30.782,998 km²) seguido por Oiapoque (23.034,392 km²) e Calçoene (14.117,297 km²). Seis municípios tem uma população inferior a 10 mil habitantes (Mapa 3). Os três municípios com menor população são: Pracuúba (3.803 habitantes), Cutias (4.461 habitantes) e Serra do Navio (4.673

habitantes). A maior concentração de habitantes está na capital, Macapá, com 442.933, o equivalente a 60,3% da população do Amapá (IBGE, 2023a).

Mapa 02: Geopolítico do Amapá.



O estado do Amapá faz fronteira com a França através da cidade de Oiapoque vizinha à Saint Georges, essa configuração passou por pelo menos três mudanças significativas, sendo elas a primeira fase de isolamento-afastamento, as administrações de ambos os países consideraram a fronteira como uma barreira sólida entre as duas entidades políticas; na segunda fase, observou-se o início dos acordos formais de cooperação; o terceiro e atual desenho da fronteira desenvolveu-se a partir da criação da ponte binacional, implicando em mudanças na circulação (Silva; Granger; Tourneau, 2019).

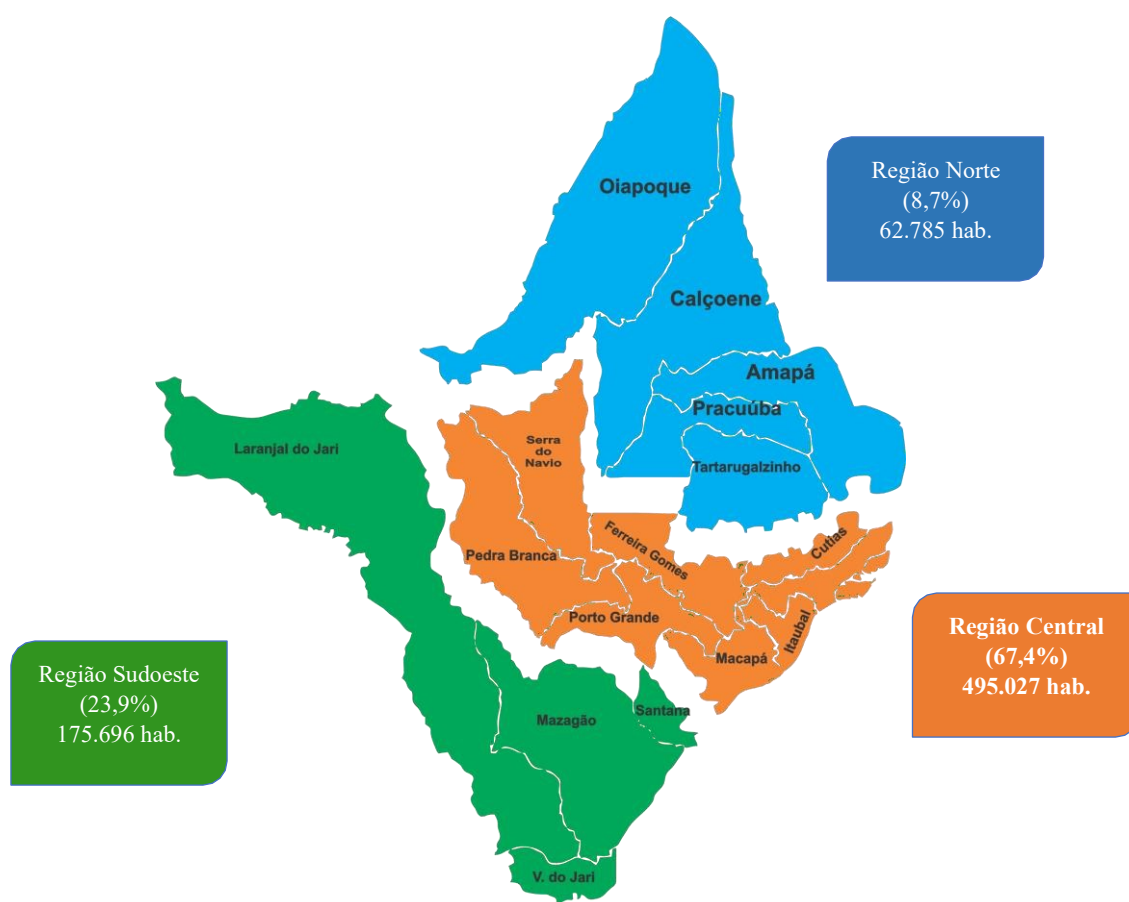
A cidade de Saint Georges tem sua dinâmica atrelada à do Oiapoque, suas atividades econômicas estão limitadas às reduzidas atividades econômicas de comércio e serviços, ao lado brasileiro, a exemplo das catraias e trocas comerciais sendo estas ilegais (Tostes; Ferreira, 2017).

O estado do Amapá possui oito de seus dezesseis municípios (Amapá, Calçoene, Ferreira Gomes, Laranjal do Jari, Oiapoque, Pedra Branca do Amapari, Pracuúba, Oiapoque) fazendo parte da faixa de fronteira brasileira com o estado do Pará. Desta forma, se faz

necessário o desenvolvimento de políticas públicas adequadas à da fronteira para favorecer ao próprio reconhecimento de pertencimento da população a uma região fronteira, na qual os atores locais participam das preocupações nacionais quanto à importância da dinamização da faixa de fronteira.

A configuração territorial de saúde do estado, é caracterizada por macrorregião única e organiza-se em região norte, central e sudoeste, sendo a região central a mais populosa com 495.027 habitantes, representando 67,4% da população do estado, destes 442.933 residem na capital, Macapá. A região sudoeste é a segunda mais populosa com 175.696 habitantes, representando um percentual de 23,9%, que apresenta o segundo maior município do estado, Santana com 107.373 habitantes. Já, a região Norte apresenta 62.785 habitantes, representando 8,7% da população do estado, com o município de Oiapoque com a maior população absoluta desta região, são 27.482 habitantes, que representa 3,7 dos amapaenses (Figura 1).

Figura 01: Distribuição populacional residente segundo região de saúde – Amapá/BR, 2023.



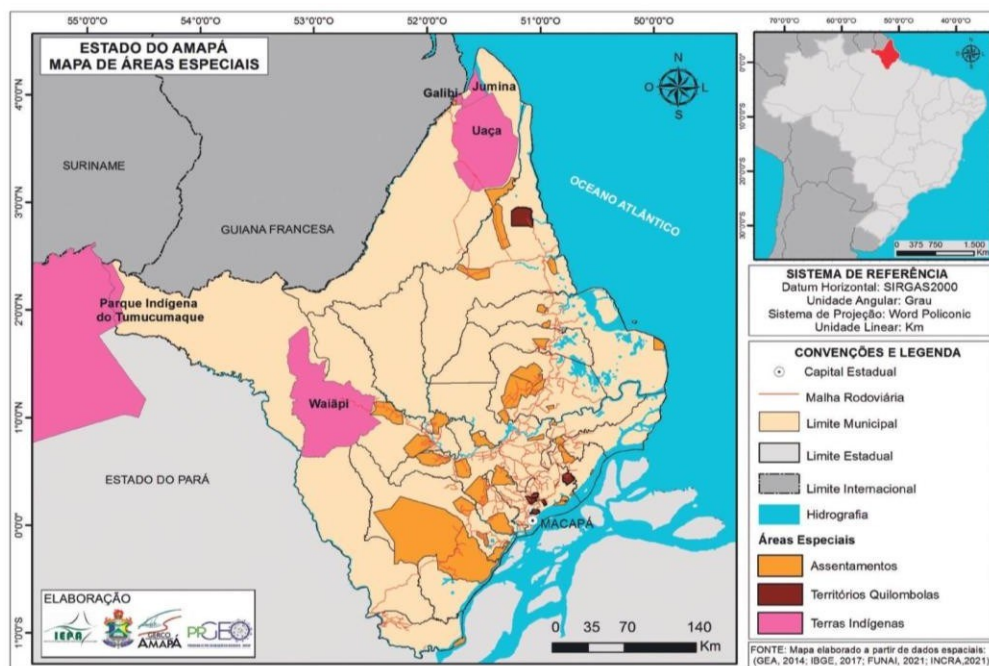
Fonte: IBGE, 2023a.

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

A região Central é constituída por 07 municípios: Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias do Araguari, Itaubal do Piririm e Macapá, a Região Central de saúde 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.

Da Região Sudoeste de Saúde fazem parte 04 municípios, sendo eles: Vitória do Jari, Laranjal do Jari, Mazagão e Santana, que apresenta baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos. O Estado do Amapá é visto como uma região periférica porque se encontra afastado do centro do país, e em função disso é isolado em razão da barreira natural decorrente da bacia e da floresta amazônica, as quais impede a sua interligação rodoviária, caracterizando um estado periférico geograficamente e economicamente dependente do governo central do Brasil (Tostes; Ferreira, 2017). Um outro aspecto particular é o grande número de unidades de conservação de uso econômico restrito e de reservas indígenas (Mapa 02).

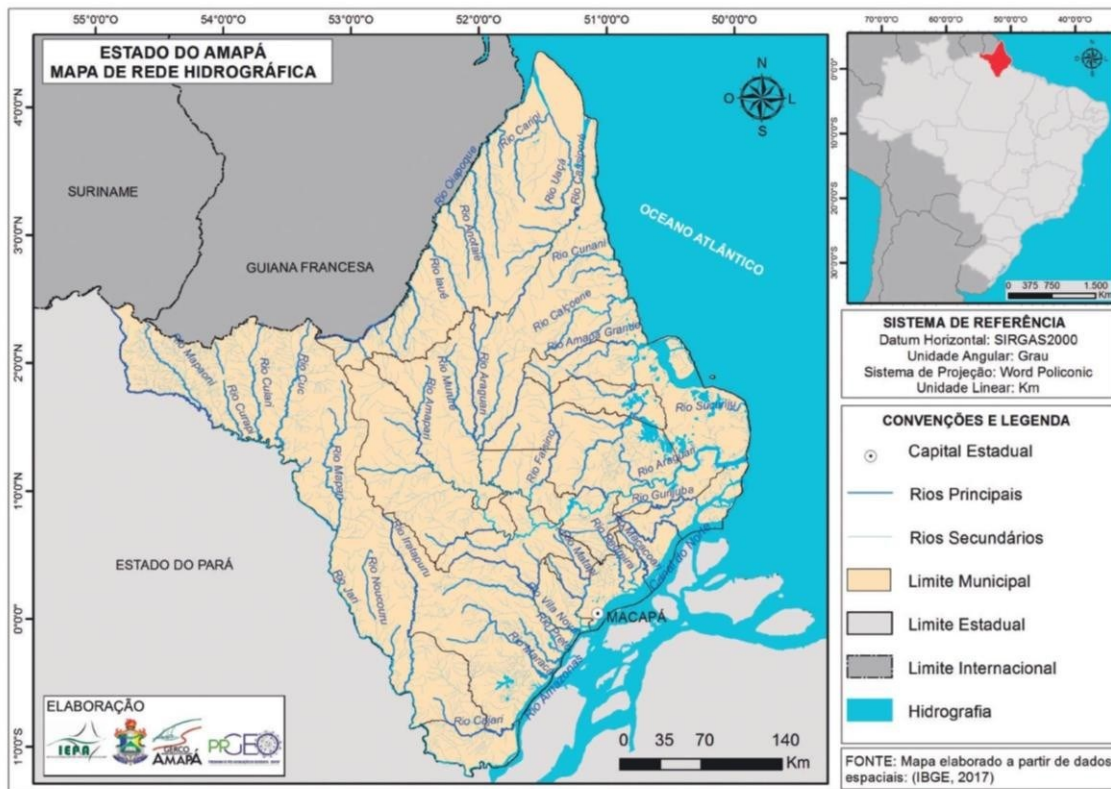
Mapa 03: Áreas protegidas do Amapá.



Fonte: Silva Junior *et al*, 2022.

Possui uma bacia hidrográfica constituída de muitos rios que desaguam na sua grande maioria no oceano atlântico e se destacam pela sua importância econômica e social (Mapa 04).

Mapa 04: Hidrografia do Amapá.



Fonte: Silva Junior *et al*, 2022.

Em relação a malha viária do Amapá, ela é composta por rodovias estaduais e federais. De acordo com o DNIT (2017), o estado possui 1.020 km de rodovias federais: as rodovias BR156 e BR-210. A BR-156 é uma rodovia longitudinal – direção norte-sul – e liga o extremo sul do estado (Laranjal do Jari) até o extremo norte (Oiapoque), passando pela capital do estado, Macapá, que está diretamente conectada pela BR-156. Alguns trechos ao norte ainda estão em leito natural. A manutenção da rodovia, em toda sua extensão, é precária e insuficiente para preservar as condições de tráfego esperadas. Juntamente com a BR-156, a BR-210 é a principal ligação rodoviária da capital com o interior do estado (Mapa 05).

Mapa 05: Rodovias do Amapá.



Fonte: Brasil Turismo, 2023.

A Amazônia Amapaense tem nos eixos rodoviários das BRs-156 e 210 (Perimetral Norte) e hidroviário nos rios Amazonas, Jari, Oiapoque e Araguari seus principais eixos de circulação. Tais vias representam importantes estruturas para o desenvolvimento regional e econômico, não somente por seu valor geográfico ou de ordem física, mas também pelo que representam em sua dinâmica social, política, desenvolvimentista, histórica e cultural.

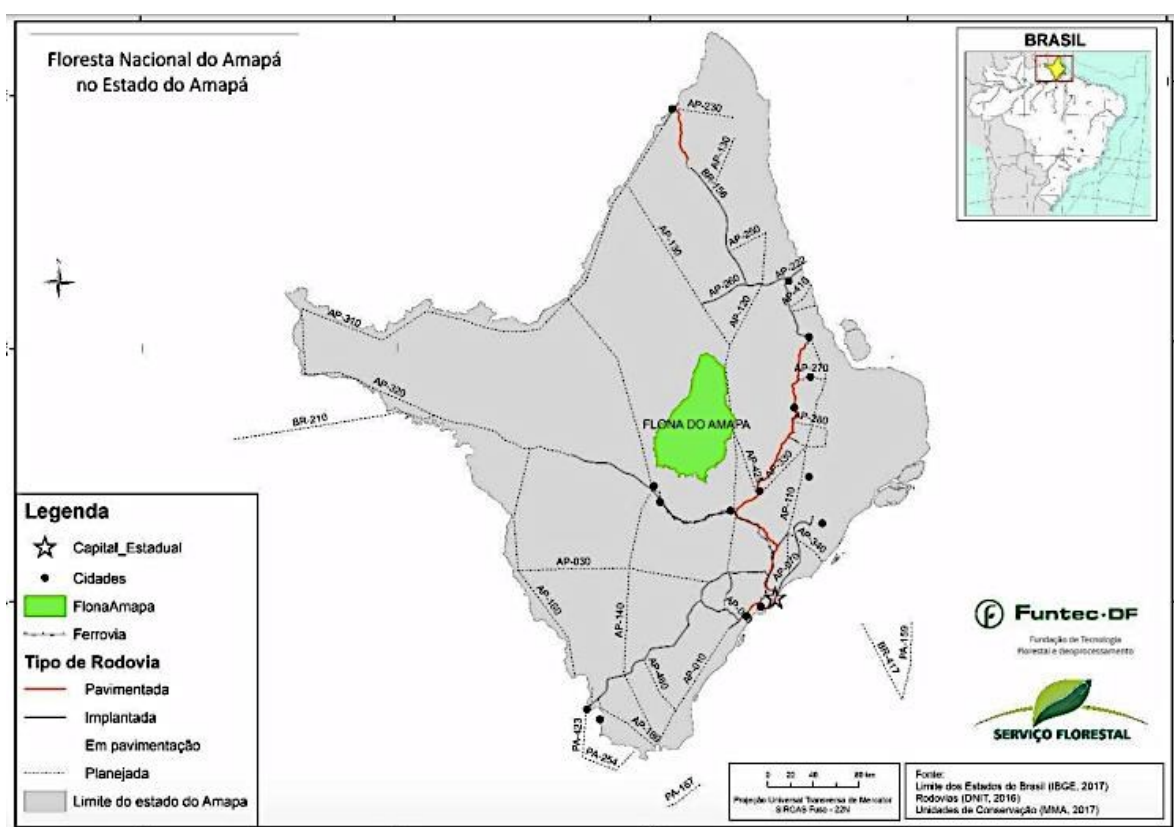
A Floresta Nacional do Amapá - FLONA (Figura 1) foi a primeira Unidade de Conservação (UC) de uso sustentável criada em 1989 no estado do Amapá. Com área de aproximadamente 459.800 hectares tem como objetivo promover o uso múltiplo dos recursos naturais de forma que seja permitida a geração permanente de bens e serviços passíveis de serem oferecidos por essa Unidade de Conservação. Existem três acessos à Floresta Nacional, compostos pelos modais rodoviário (ramais não asfaltados) e hidroviário.

De acordo com o DNIT (2017), a pavimentação do trecho norte da BR-156 tem uma importância de cunho socioeconômico para a região porque, além de finalizar a interligação

entre Macapá e Oiapoque, maior município do estado, finaliza também o corredor para interligação com a Guiana Francesa através da ponte binacional, inaugurada em 2017. A BR 210, também conhecida como Perimetral Norte, foi concebida para atender aos estados do Amazonas, do Pará, do Amapá e de Roraima. Segundo o DNIT, aproximadamente 50% da estrada está caracterizada como rodovia conservada não pavimentada. Sendo que alguns trechos da rodovia ficam quase intransitáveis no período chuvoso.

A maioria das rodovias estaduais não foi implementada e não há previsão para iniciar. A malha rodoviária estadual é composta principalmente pelas rodovias AP-010, AP-020, AP-030, AP-070, AP-130 e AP-340. As vias AP-010 e AP-020 podem ser consideradas as principais vias estaduais do estado e ligam Macapá ao município de Santana, segunda cidade mais populosa do estado. A AP-030 interliga Macapá ao município de Mazagão, enquanto a AP-070 interliga a capital do estado ao município de Cutias. De todas as rodovias estaduais implementadas no estado, apenas 63 km de rodovias encontram-se pavimentados.

Figura 02: Floresta Nacional do Amapá.



Fonte: Funtec, 2017.

A cultura do Amapá tem suas origens na população indígena, africana e colonizadores portugueses, o que se apresenta fortemente na gastronomia e nas danças como

o marabaixo e o batuque. Mais recentemente, sua cultura foi influenciada pela diversidade encontrada na crescente imigração das regiões norte e nordeste, bem como a influência cultural da Guiana Francesa (Tostes; Ferreira, 2017).

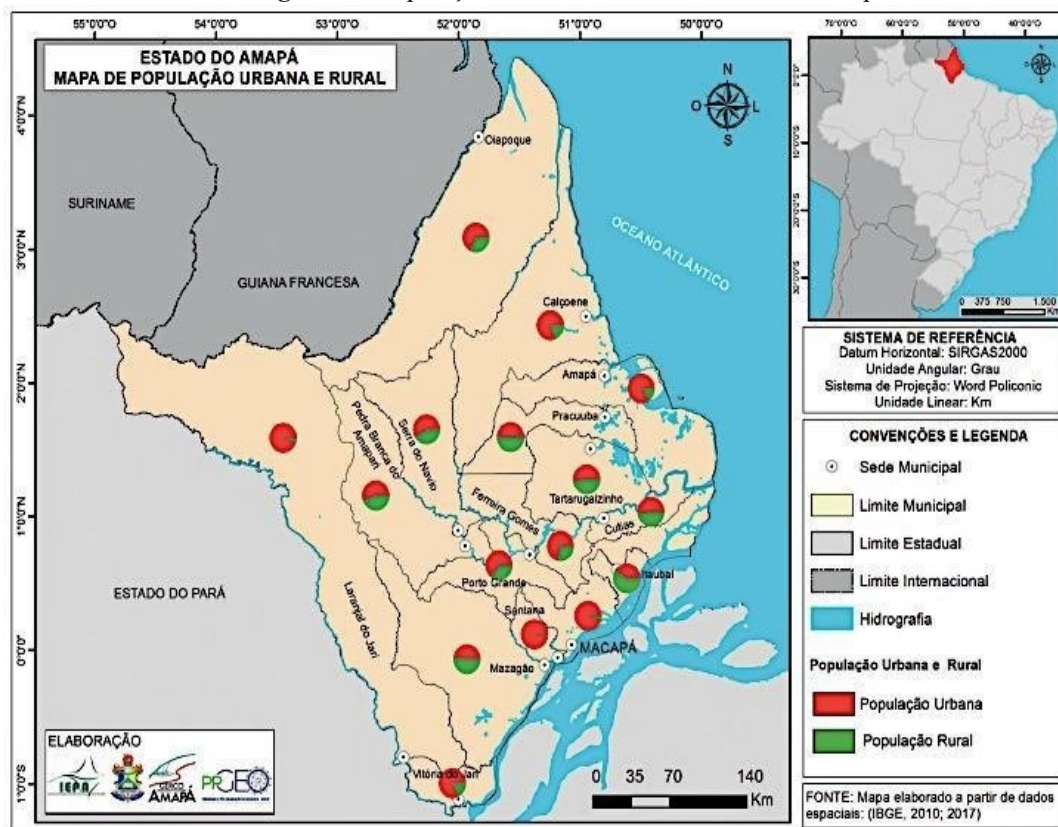
A economia do estado do Amapá é diretamente dependente dos recursos naturais que se caracterizam pela exploração de matérias-primas, produtos primários e semielaborados. Importante contribuição é dada pelo setor terciário/estatal, com o funcionalismo público que tem grande participação na econômica estadual (Silva Junior *et al*, 2022).

Densidade demográfica

A população do Estado do Amapá é de 733.508 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 0,76% ao ano, superando a taxa nacional que é de 0,52% e a densidade demográfica é de 5,15 hab/km² (IBGE, 2023a). A informações demográficas nas regiões brasileiras demonstram que a população residente e a taxa de crescimento estão em queda, se comparadas aos dados censitários do período de 2000 a 2010, cidades brasileiras apresentaram queda no número de habitantes, situação que não aconteceu em nenhum dos municípios amapaenses (IBGE, 2021).

Em relação a distribuição da população na área urbana e rural, podemos observar que o estado do Amapá apresenta majoritariamente uma população urbana, com maiores concentrações nas cidades da região metropolitana: Macapá, Mazagão e Santana. As maiores populações rurais estão presentes nos municípios de Tartarugalzinho, Pracuúba e Pedra Branca do Amapari (Figura 03).

Figura 03: População Urbana e Rural do Estado do Amapá.



Fonte: IBGE *et al*, 2022.

A Tabela 01 mostra a distribuição populacional de residentes e região de saúde nos anos 2017 e 2021, bem como o percentual de concentração nos municípios.

Tabela 01: Distribuição populacional e concentração de residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 e 2021

Região de Saúde/ Município	Pop 2017	Pop. 2021	% de concentração 2021
Região Norte	66.913	72.879	8,3
Amapá	8949	9.265	1,1
Calçoene	10.732	11.493	1,3
Oiapoque	25.977	28.534	3,3
Pracuúba	4.864	5.370	0,6
Tartarugalzinho	16.391	18.217	2,1
Região Central	543.812	588.602	67,1
Cutias	5.743	6.217	0,7
Ferreira Gomes	7.400	8.151	0,9
Itaubal	5.270	5.730	0,7
Macapá	483.841	522.375	59,5
Pedra Branca do Amapari	15.353	17.625	2,0
Porto Grande	20.992	22.927	2,6
Serra do Navio	5.213	5.577	0,6
Região Sudoeste	202.349	216.150	24,6
Laranjal do Jari	48.471	52.302	6,0
Mazagão	20.776	22.468	2,6
Santana	117.827	124.808	14,2
Vitória do Jari	15.275	16.572	1,9
Estado	813.074	877.613	100,0

Fonte: Estimativa IBGE/projeção.

Povos tradicionais

De acordo com o Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o Amapá possui uma área territorial indígena toda demarcada, que representam 8,6% de todo o território estadual, 140.276 km². São cerca de 14.214 indígenas constituído por seis etnias (Galibi Kalina, Galibi Marworno, Karipuna, Karipuna do Amapá, Palikur, Waiãpi), e distribuídos em 100 aldeias (SIASI, 2022). Segundo o censo 2010, pelo menos 1,4 mil indígenas moram fora das aldeias, ou seja, na capital ou nas sedes dos municípios amapaenses.

Os povos indígenas do Amapá ocupam cinco áreas protegidas, denominadas, Juminá, Uaçá, Galibi e Waiãpi, e o Parque Indígena do Tumucumaque que abrange uma pequena porção de terras amapaenses (Quadro 01).

Quadro 01: População e terras indígenas no território do Amapá/BR, 2023.

Terras Indígenas	Área (ha)	Dentro do território do Estado do Amapá (%)	População	Povos
Galibi	6.689	100%	4.336	Galibi do Oiapoque e Karipuna do Amapá
Juminã	41.601	100%	2.468	Galibi-Marworno e Karipuna do Amapá
Uaçá	470.164	100%	1.884	Galibi-Marworno, Karipuna do Amapá e Palikur
Waiãpi	607.017	100%	1.838	Waiãpi
Parque Indígena do Tumucumaque/ PA/AP*	3.071.067	Parcialmente dentro do Estado do Amapá e Norte do Pará	2.312	Aparai, Wayana, Tiriyo e Kaxuyana
Parque Indígena do Tumucumaque/ PA/AP*	3.071.067	Parcialmente dentro do Estado do Amapá e Norte do Pará	1.376	Bona, Missão Tiriyo

Fonte: SIASI/SESAI/AP 2023.

Nota: *População indígena total ocupada nesta área que envolve os estados do Amapá e Pará.

O complexo do Tumucumaque é constituído pelas terras indígenas Parque do Tumucumaque e Paru d’Este, situadas, em sua maior parte no Estado do Pará e numa pequena faixa no Estado do Amapá. Este complexo situa-se na região em que o Brasil faz fronteira com Suriname e Guiana Francesa. Os grupos pertencentes nas terras de Tumucumaque (Tiriyo, Kaxuyana, Wayana e Aparai) possuem parentes no outro lado da fronteira, tanto no Suriname, quanto na Guiana Francesa, por isso, essa condição e efeitos da fronteira tornam esses povos muito importantes para a vigilância em saúde. A população detalhada por município para o ano de 2020 se apresenta na tabela 02.

Tabela 02: População indígena por município, no ano de 2020.

Nº	Município	População Total	População Urbana	População Rural
1	Oiapoque	5.569	718	5.137
2	Pedra Branca do Amapari	883	432	880
3	Macapá	723	75	13
4	Laranjal do Jari	75	47	5
5	Santana	49	36	4
6	Mazagão	39	16	3
7	Porto Grande	29	14	2
8	Calçoene	16	6	2
9	Ferreira Gomes	9	4	1
10	Pracuuba	5	4	1
TOTAL	7.397	1.352	6.048	

Fonte: SEPI, 2020.

Outro fato a ser considerado sobre os povos tradicionais refere-se ao sistema de saúde. O Ministério da Saúde (MS) organiza-se em subsistemas de atenção à saúde indígena, a partir de unidades intituladas, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Trata-se de um modelo de organização de serviço, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, e que contempla um conjunto de atividades técnicas de atenção à saúde. Dessa forma, o DSEI do Amapá, assiste além dos povos indígenas localizados em dois municípios do estado do Amapá (Oiapoque e Pedra Branca), e de dois municípios do estado do Pará (Almeirim e Óbidos).

Isso significa que há um adicional demográfico de um pouco mais de 3.000 indígenas, que suscitam a atenção integral, englobando os serviços de média e alta complexidade da rede de serviços do estado do Amapá.

Em relação a raça/cor, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características Gerais dos Moradores (PNAD Contínua), referente ao ano de 2021, 15% dos amapaenses declararam ter cor branca, 7,2% cor preta e 77,3% se consideram pardos.

População Quilombola

A população quilombola representa 1,71% de pessoas residentes no estado, sendo que 4.701 (37,54%) moram em territórios quilombolas e 7.823 (62,46%) fora desses territórios. Amapá possui 31 territórios quilombolas oficialmente delimitados e 44 comunidades quilombolas com certificação da autodefinição.

O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) é o responsável pela titulação dos territórios quilombolas. Atualmente, tem-se 27 processos abertos para titulação de terras quilombolas e 04 tituladas, as quais são apresentadas na tabela 03 (IBGE, 2023b).

Tabela 03: Territórios Quilombolas Amapaenses.

Nº	Territórios Quilombolas	Município	População residente
1	Conceição do Macacoari	Macapá	33
2	Mel da Pedreira	Macapá	115
3	Curiaú	Macapá	1.803
4	São Raimundo da Pirativa	Santana	115

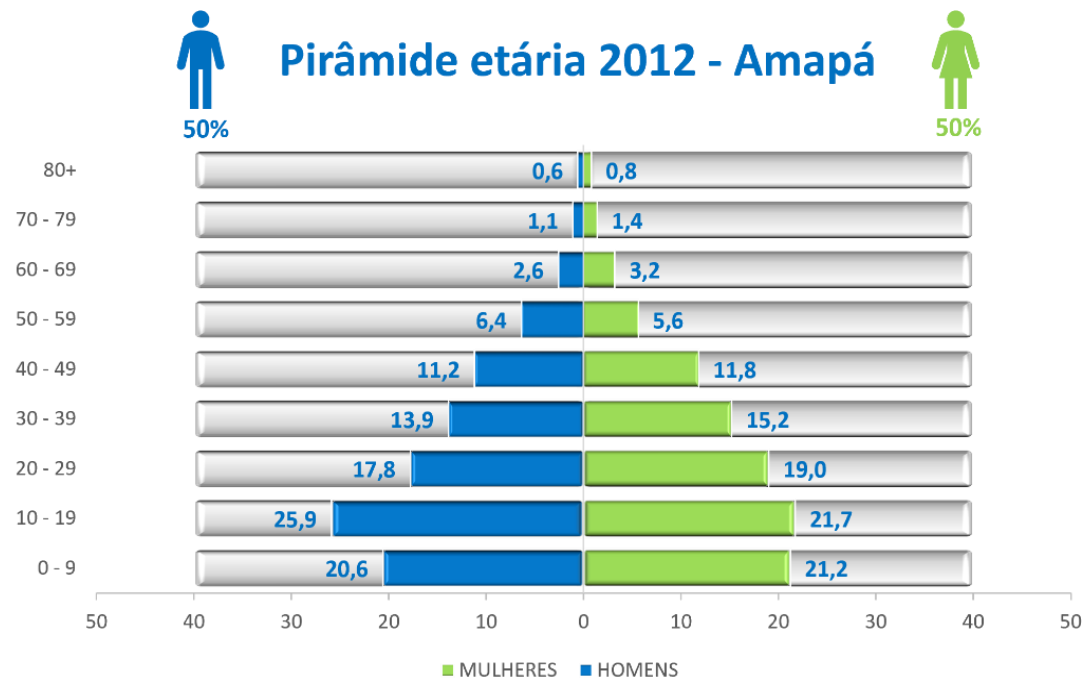
Fonte: IBGE, 2023b.

Do total de habitantes do Estado, 50,1% são do sexo masculino; a razão entre sexos é de 1.002 homens para cada grupo de 1.000 mulheres. A população feminina, em 2021 apresentou predominância nas faixas etárias de 20 a 29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e acima de 60 anos em relação aos homens (Gráfico 01).

De modo geral, o padrão etário da população amapaense, ao longo dos anos de 2012 a 2021 revela que está passando por um processo de envelhecimento. Esse padrão acontece

como consequência do aumento na taxa de crescimento de 21,0% e elevação da expectativa de vida. Os indivíduos com 60 anos ou mais apresentam acréscimo de 65,0%, já a participação de menores de 15 anos teve discreto decréscimo (0,1%), confirmando assim, o processo de envelhecimento da população (Gráfico 02).

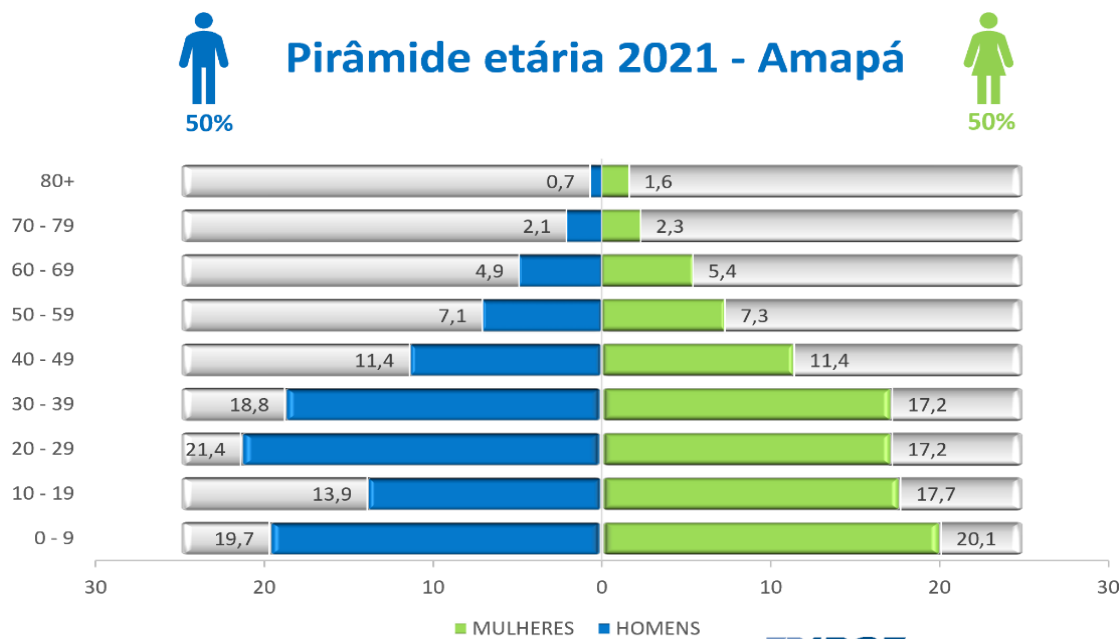
Gráfico 01: Pirâmide Etária do Estado Amapá, 2012.



Fonte: Banco de dados da coleta do Censo 2022, consolidado em 31 de Janeiro de 2023.



Gráfico 02: Pirâmide Etária do Estado do Amapá, 2021.



Fonte: Banco de dados da coleta do Censo 2022, consolidado em 31 de Janeiro de 2023.



O padrão de envelhecimento da população amapaense possui uma média anual de 6,0%, evidenciando a necessidade de políticas públicas com intuito de atingir essa população e sua condição de vida. A atenção à saúde do idoso passa a demandar não só o direcionamento na contratação de especialistas (geriatras, ortopedistas, cardiologistas, angiologistas etc.), a inclusão de um calendário específico de imunizações, a implantação e ampliação do atendimento domiciliar. Ademais, há necessidade de expansão do acesso e a adequação da oferta de medicamentos na farmácia básica, e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com orientações nutricionais, educação física, lazer e cultura.

Com relação aos jovens, há necessidade de fomento a prevenção, especialmente dos acidentes e violências, com integração intersetorial, fortalecendo o Programa de Saúde do Escolar (PSE). O incentivo de práticas educativas deve buscar abordar, problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a gravidez na adolescência, a paternidade/maternidade responsável, a contracepção e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS, assim como, investir na estruturação da rede hospitalar, para receber essa demanda.

Quanto ao decréscimo do número de pessoas do sexo masculino, tem relação com as altas mortalidades, sobretudo entre as faixas etárias jovens e adultos, em decorrência ao aumento da incidência de óbitos por causas externas.

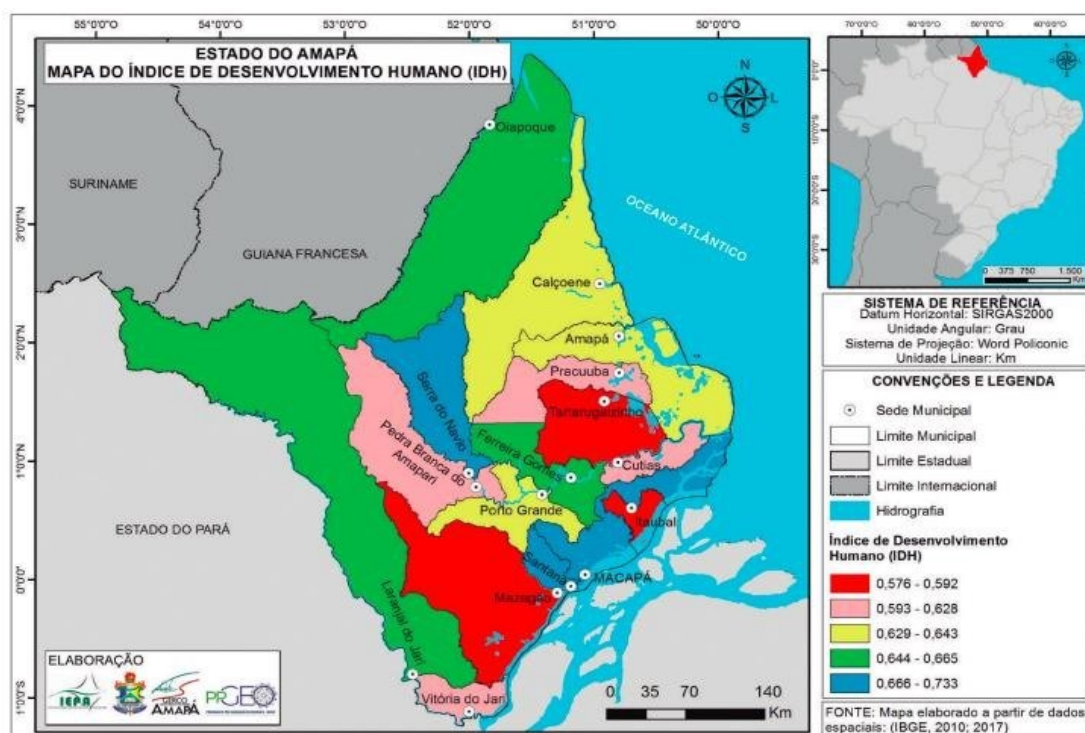
Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O Amapá em 2021 teve uma queda do IDH, chegando a 0,688 (IBGE, 2021). Na Figura 04, é apresentado o IDH do estado do Amapá, por município.

Rendimento domiciliar e salários dos ocupados formais

A análise da distribuição de rendimentos de uma população é o ponto de partida para os estudos de desigualdades econômicas e pobreza monetária. É importante ressaltar que durante a recente crise sanitária causada pela Covid-19, as disparidades no acesso aos serviços de saúde se acentuaram. Assim, observou-se que a pandemia afetou os rendimentos, especialmente da população mais vulnerável, o que demandou a implementação de programas emergenciais de transferência monetária, além do Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda principalmente por parte do governo federal (BRASIL, 2020).

Figura 04: Índice de Desenvolvimento Humano do Amapá



Fonte: Silva Junior *et al*, 2022.

Sobre o rendimento real médio mensal per capita nos domicílios para 2021, o estado do Amapá ficou em R\$ 1.007,00, valor menor que o salário-mínimo vigente no país (R\$ 1.100,00). Já o rendimento médio domiciliar per capita da população brasileira foi R\$ 1.430,00, foi o menor valor desde o ano de 2012, com queda de 3,8%, sendo a Região Norte com segundo menor rendimento. Segundo a PNAD (2022), a distribuição dos rendimentos observada em 2021 aproximou-se a de 2019, antes da pandemia de Covid-19, dado o aspecto estrutural da desigualdade econômica no Brasil.

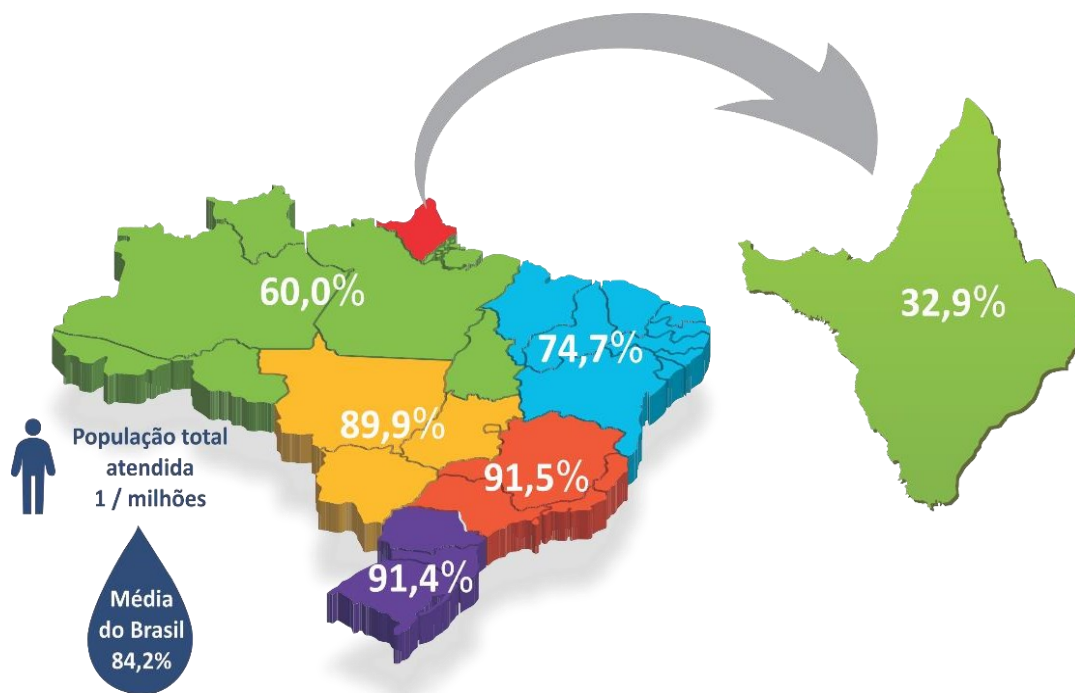
Em relação a taxa de desocupação, enquanto o índice nacional ficou 7,9% no final do 4º trimestre de 2022, o Estado do Amapá, por sua vez ficou muito acima da média nacional, 13,3 (PNAD, 2022). A expressiva taxa pode ter sido reflexo ainda dos efeitos da pandemia da Covid-19, uma vez que no Estado mais da metade de seus trabalhadores vivem na informalidade.

Referente a taxa de desocupação por sexo, historicamente, o nível de ocupação das mulheres é substancialmente inferior ao dos homens, o que ocorre tanto pela menor participação no mercado de trabalho, como pela maior taxa de desocupação desse grupo (PNAD, 2022). O percentual de desocupação por sexo no Estado do Amapá foi 44,5% para homens e 55,5% para as mulheres, sendo que o padrão de maior desocupação por sexo é similar para o Brasil e Região Norte.

Saneamento

Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento Básico (SNIS) evidenciam que a população da Região Norte apresenta percentual abaixo da média nacional (84,2%), igualmente o Estado do Amapá, 32,9% (Figura 05). Em comparação ao ano de 2017 (35,5%), houve redução de 7,3% na cobertura de água tratada em todo o Estado, o que pode favorecer a busca por soluções individuais ao produto, como poços amazônicos ou artesianos. É importante destacar que a água está no centro do desenvolvimento sustentável, ligada ao Objetivo 6 da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento, que defende o acesso universal e equitativo à água potável e ao saneamento até 2030.

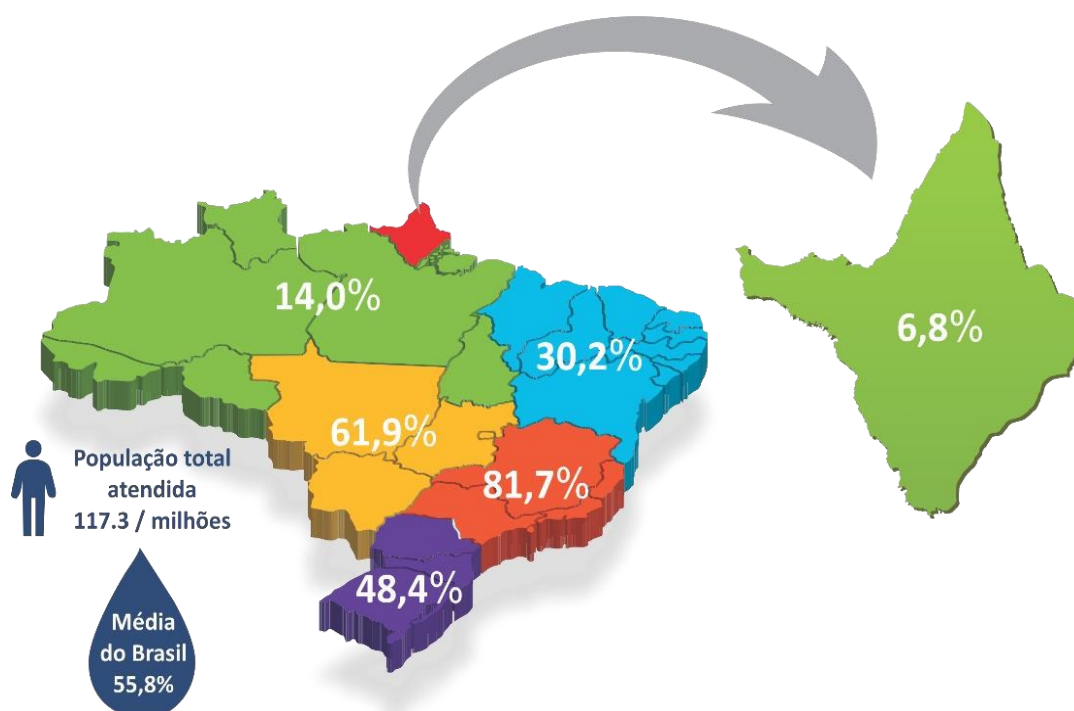
Figura 05: Índice da população total com atendimento de água tratada, segundo Região do Brasil e Estado do Amapá, 2021.



Fonte: SNIS 2021

Da mesma forma que foi visto com relação ao acesso a água tratada, a Região Norte apresenta a menor cobertura de domicílios com fossas ligadas à rede de esgoto, 14,0%. O Estado do Amapá apresenta apenas 6,8% dos domicílios com acesso a esgotamento sanitário, sendo que destes, 51,2% recebem o devido tratamento sanitário (Figura 06)

Figura 06: Proporção da população residindo em domicílios com acesso a esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial – Amapá, Região Norte e Brasil, 2021



Fonte: SNIS 2021

Em relação à cobertura da coleta de lixo total, o Estado do Amapá (92,7%) ficou acima da média do Brasil (89,9%) e da Região Norte (79,0%), demonstrando um serviço de coleta domiciliar total e de porta a porta eficiente. Entretanto, a estimativa da disposição final de resíduo sólido urbano é de apenas 3,8%, em aterro controlado, contra 65,4% de aterro sanitário e 30,8% em lixões. É importante enfatizar que esse serviço é essencial para eliminar ambientes de propagação de vetores de doenças (ratos, baratas), fontes poluidoras de águas superficiais e subterrâneas e obstrução de infraestruturas de drenagem das águas das chuvas. Com isso, promovem a melhoria da saúde pública, da qualidade de vida e da sustentabilidade ambiental, bem como a geração de emprego e renda.

3 INDICADORES DE SAÚDE

3.1 INDICADORES DO PREVINE BRASIL

O Programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho.

Foram elencados e pactuados de forma tripartite 7 (sete) indicadores:

1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação (Meta >45%).
2. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV (Meta >60%).
3. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (Meta >60%).
4. Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS (Meta >40%).
5. Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada (Meta >95%).
6. Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre (Meta >50%).
7. Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (Meta >50%).

Considerando o exposto e a última atualização quadrimestral (Q1/2023 e Q2/2023) apresenta-se a seguir os resultados dos indicadores do Previne Brasil dos 16 municípios do Amapá por região de saúde.

Quadro 02 – Indicadores Previne Brasil Região Norte (Quadrimestre 1 e 2 de 2023).

REGIÃO NORTE Q1 - 2023							
MUNICÍPIO	ID 1 45%	ID 2 60%	ID 3 60%	ID 4 40%	ID 5 95%	ID 6 50%	ID 7 50%
Oiapoque	Q1- 36%	Q1- 39%	Q1-78%	Q1- 9%	Q1- 37%	Q1-24%	Q1- 46%
	Q2- 34%	Q2- 61%	Q2-95%	Q2-27%	Q2-65%	Q2-32%	Q2- 55%
Calçoene	Q1-25%	Q1-64%	Q1-71%	Q1-1%	Q1-58%	Q1-29%	Q1-37%
	Q2-37%	Q2-59%	Q2-76%	Q2-5%	Q2-91%	Q2-38%	Q2-48%
Amapá	Q1-22%	Q1-46%	Q1-39%	Q1-1%	Q1-73%	Q1-24%	Q1-16%
	Q2-33%	Q2-67%	Q2-43%	Q2-2%	Q2-70%	Q2-19%	Q2-11%
Pracuúba	Q1-13%	Q1-71%	Q1-78%	Q1-3%	Q1-70%	Q1-26%	Q1-Q32%
	Q2-43%	Q2-78%	Q2-52%	Q2-4%	Q2-74%	Q2-34%	Q2-42%
Tartarugalzinho	Q1-75%	Q1-87%	Q1-84%	Q1-58%	Q1-97%	Q1-57%	Q1-80%
	Q2- 62%	Q2- 96%	Q2-93%	Q2-62%	Q2-88%	Q2-52%	Q2- 75%

Fonte: e-GESTOR/Referência Técnica Estadual do e-SUS/SESA.

De acordo com o Quadro 02, observou-se que o Município de Tartarugalzinho apresentou os melhores resultados de indicadores na Região Norte de Saúde.

Quadro 03 – Indicadores Previne Brasil Região Central (Quadrimestre 1 e 2 de 2023).

REGIÃO CENTRAL Q1 - 2023							
MUNICÍPIO	ID 1 45%	ID 2 60%	ID 3 60%	ID 4 40%	ID 5 95%	ID 6 50%	ID 7 50%
Serra do Navio	Q1-56%	Q1-100%	Q1-44%	Q1-44%	Q1-78%	Q1-37%	Q1-49%
	Q2-50%	Q2-92%	Q2-50%	Q2-50%	Q2-86%	Q2-44%	Q2-59%
Pedra Branca	Q1-74%	Q1-94%	Q1-96%	Q1-46%	Q1-97%	Q1-65%	Q1-64%
	Q2-71%	Q2-97%	Q2-94%	Q2-53%	Q2-95%	Q2-64%	Q2-65%
Ferreira Gomes	Q1-40%	Q1-91%	Q1-83%	Q1-22%	Q1-48%	Q1-36%	Q1-29%
	Q2-38%	Q2-87%	Q2-62%	Q2-29%	Q2-70%	Q2-38%	Q2-48%
Porto Grande	Q1-39%	Q1-77%	Q1-85%	Q1-22%	Q1-47%	Q1-38%	Q1-49%
	Q2-27%	Q2-73%	Q2-84%	Q2-22%	Q2-71%	Q2-42%	Q2-50%
Cutias	Q1-11%	Q1-78%	Q1-69%	Q1-15%	Q1-43%	Q1-20%	Q1-10%
	Q2-40%	Q2-83%	Q2-76%	Q2-58%	Q2-77%	Q2-53%	Q2-48%
Itaubal	Q1-35%	Q1-85%	Q1-80%	Q1-30%	Q1-80%	Q1-47%	Q1-49%
	Q2-36%	Q2-91%	Q2-81%	Q2-32%	Q2-69%	Q2-56%	Q2-56%
Macapá	Q1-16%	Q1-50%	Q1-21%	Q1-9%	Q1-34%	Q1-17%	Q1-12%
	Q2-15%	Q2-57%	Q2-31%	Q2-11%	Q2-41%	Q2-18%	Q2-14%

Fonte: e-GESTOR/Referência Técnica Estadual do e-SUS/SESA.

Conforme o Quadro 03, o Município de Pedra Branca do Amapari apresentou os melhores resultados de indicadores na Região Central de Saúde.

Quadro 04 – Indicadores Previne Brasil Região Sudoeste (Quadrimestre 1 e 2 2023).

REGIÃO SUDOESTE Q1 - 2023							
MUNICÍPIO	ID 1 45%	ID 2 60%	ID 3 60%	ID 4 40%	ID 5 95%	ID 6 50%	ID 7 50%
Laranjal do Jari	Q1 - 50%	Q1 - 87%	Q1 - 80%	Q1 - 17%	Q1 - 60%	Q1 - 25%	Q1 - 22%
	Q2 - 47%	Q2 - 82%	Q2 - 79%	Q2 - 19%	Q2 - 80%	Q2 - 24%	Q2 - 23%
Santana	Q1 - 16%	Q1 - 60%	Q1 - 40%	Q1 - 25%	Q1 - 25%	Q1 - 16%	Q1 - 13%
	Q2 - 20%	Q2 - 62%	Q2 - 48%	Q2 - 36%	Q2 - 33%	Q2 - 29%	Q2 - 28%
Mazagão	Q1 - 19%	Q1 - 81%	Q1 - 57%	Q1 - 51%	Q1 - 62%	Q1 - 41%	Q1 - 56%
	Q2 - 41%	Q2 - 93%	Q2 - 81%	Q2 - 51%	Q2 - 69%	Q2 - 41%	Q2 - 50%
Vitória do Jari	Q1 - 57%	Q1 - 97%	Q1 - 94%	Q1 - 15%	Q1 - 90%	Q1 - 23%	Q1 - 22%
	Q2 - 53%	Q2 - 87%	Q2 - 90%	Q2 - 17%	Q2 - 83%	Q2 - 24%	Q2 - 25%

Fonte: e-GESTOR/Referência Técnica Estadual do e-SUS/SESA.

Por sua vez, conforme o Quadro 04, o Município de Vitória do Jari e Laranjal do Jari apresentaram os melhores resultados de indicadores na Região Sudoeste de Saúde.

De acordo com dados do SISAB no primeiro e segundo quadrimestre de 2023, na análise dos dados gerais, o Amapá apresentou-se com um melhor percentual nos indicadores em comparação com 2022, conforme demonstrado no Quadro 05.

Quadro 05 - Comparativo de indicadores do Q1 e Q2 de 2022 e Q1 e Q2 de 2023 no Amapá.

Relatório quadrimestral de indicadores do Previnde Brasil							
ANO	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6	ID 7
Q1 - 2022	17%	56%	37%	6%	30%	16%	16%
Q2 - 2022	22%	64%	45%	9%	39%	22%	22%
Q1 - 2023	27%	63%	48%	17%	44%	24%	23%
Q2 - 2023	27%	67%	53%	21%	53%	27%	27%

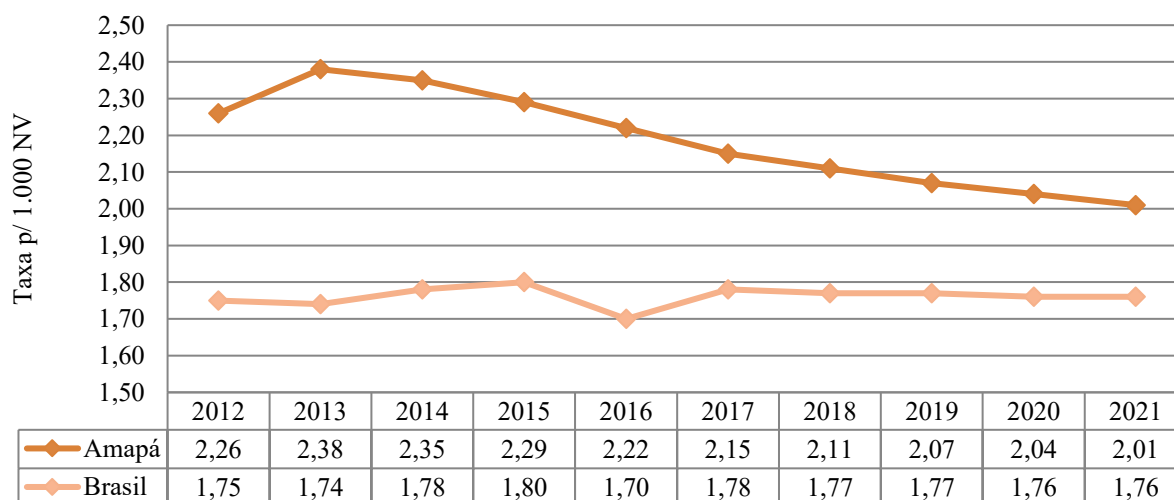
Fonte: SISAB

Diante dos resultados dos indicadores municipais, a APS estadual deve atuar no sentido de prestar apoio institucional, promovendo a articulação entre os municípios, mobilizando as secretarias municipais de saúde de cada região de saúde, garantindo o fornecimento de informações em saúde, apoiando na construção de projetos, fornecendo ainda orientações sobre as estratégias de financiamento disponíveis para a APS. Além disso, o Estado deve atuar na perspectiva do desenvolvimento da Educação Permanente e apoio as secretarias municipais de saúde na busca de solução conjunta na região de saúde para os problemas do cotidiano utilizando suas experiências de gestão e cooperação no sentido de potencializá-las para a melhoria dos processos de trabalho desenvolvidos nos territórios e ainda apoia os gestores das regiões de saúde no cumprimento das agendas obrigatórias da gestão municipal e interfederativa.

3.2 INDICADORES DE SAÚDE DE NASCIMENTO SAÚDE REPRODUTIVA

A taxa de fecundidade total, expressa o número médio de filhos que uma mulher tem ao longo do seu período reprodutivo. O Gráfico 03 mostra que no Brasil essa taxa apresentou estabilidade com média de 1,8 filhos por mulher, e o Amapá superou essa taxa com 2,01 filhos.

Gráfico 03: Taxa de fecundidade total – Amapá e Brasil, 2012 a 2021



Fonte: IBGE.

Características da gravidez e do parto

Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc/AP) em 2021 nasceram 14.976 crianças, entre as quais (99,6%) 14.921 são residentes do Estado, e 0,3% (45) são de mães residentes do Pará e 10 (0,1%) de outras Unidades da Federação.

Conforme Tabela 04, em 2012 nasceram em estabelecimentos assistenciais de saúde 96,0 % das crianças, comparando com 2021 não houve alteração. Na mesma década houve redução do número de 8,6% de partos domiciliares.

Tabela 04: Número e percentual de partos de mães residentes segundo local de ocorrência – Amapá/BR, 2012 e 2021

Local de ocorrência	Nascidos Vivos 2012		Nascidos Vivos 2021	
	Nº	%	Nº	%
Hospital	14.639	94,91	14.237	95,07
Outro Estabelecimento de Saúde	158	1,02	160	1,07
Domicílio	406	2,63	371	2,48
Outros	58	0,38	59	0,39
Ignorado	163	1,06	149	0,99
Total	15.424	100,00	14.976	100,00

Fonte: Sinasc/SVS/Sesa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15%, o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea estabeleceu 25% como limite a ser atingido pelos estados; desde 2000 as taxas têm aumentado, alcançando 57,0%, em 2021, dos nascidos vivos captados pelo Sinasc segundo dados preliminares do Datasus. O Estado em 2021 apresentou a taxa (37,7%). (Tabela 05).

Em 2021 o Brasil apresentou taxa de parto normal de 43,0%, a região Norte 49,3% (Datasus, 2021) e o Estado 62,3%.

Tabela 05: Número e percentual de nascidos vivos por tipo de parto segundo município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2021

Região de saúde / Município de residência	Vagina I		Cesário		Não inf /Ign		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Região Norte	1.036	72,6	384	26,9	7	0,5	1.427
Amapá	132	82,5	27	16,9	1	0,6	160
Calçoene	164	78,5	45	21,5	-	..	209
Oiapoque	380	62,7	225	37,1	1	0,2	606
Pracuúba	89	79,5	20	17,9	3	2,7	112
Tartarugalzinho	271	79,7	67	19,7	2	0,6	340
Região Central	5.954	60,6	3.872	39,4	5	0,1	9.831
Cutias	96	82,1	21	17,9	-	..	117
Ferreira Gomes	109	70,8	45	29,2	-	..	154
Itaubal	106	67,9	45	28,8	5	3,2	156
Macapá	5.071	59,1	3.514	40,9	-	..	8.585
P. B. Amapari	243	73,4	88	26,6	-	..	331
Porto Grande	274	69,5	120	30,5	-	..	394
Serra do Navio	55	58,5	39	41,5	-	..	94
Região Sudoeste	2.333	62,7	1.385	37,3	-	..	3.718
Laranjal do Jari	422	61,5	264	38,5	-	..	686

Mazagão	414	72,3	159	27,7	-	..	573
Santana	1.323	60,1	878	39,9	-	..	2.201
Vitória do Jari	174	67,4	84	32,6	-	..	258
Estado	9.323	62,3	5.641	37,7	12	0,1	14.976

Fonte: Sinasc/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento. (..) Não se aplica dados numéricos

Os municípios de Tartarugalzinho (30,9%), Cutias (30,8%) e Ferreira Gomes (29,2%) registraram os maiores percentuais de gravidez na adolescência com 31,8%. Ressaltam-se ainda as jovens menores de 14 anos de Ferreira Gomes e Tartarugalzinho com 2,6% de grávidas. Diante disso, há necessidade de maior integração da Atenção Básica estadual e municipais para criar mecanismos que promovam políticas públicas específicas para mudanças desse quadro.

Tabela 06: Número e percentual de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe e região de saúde – Amapá/BR 2021

Região / Município de residência	< 14a		15 – 19 a		20 – 34 a		35 e +		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Região Norte	24	1,7	355	24,9	883	61,9	162	11,4	1.427
Região Central	98	1,0	1.765	18,0	6.554	66,7	1.412	14,4	9.831
Região Sudoeste	59	1,6	785	21,1	2.403	64,6	471	12,7	3.718
Estado	181	1,2	2.905	19,4	9.840	65,7	2.045	13,7	14.976

Fonte: Sinasc/SVS/Sesa

O Ministério da Saúde recomenda 7 e mais consultas de pré-natal. No Brasil, segundo dados preliminares do DATASUS em 2021 este percentual foi de 73,1%; a região Norte 54,4%; o Estado apresentou 41,9% (6.226).

A região de saúde Norte apresentou maior cobertura nesse indicador 43,2%. Os municípios que se destacaram foram Porto Grande (56,6%) e Vitória do Jari com (56,2%). Das mães brasileiras 1,5% não realizaram consulta de pré-natal e no Estado 3,3% (491), Pracuúba apresentou o maior percentual (25,9 %) seguido de Itaubal com 14,1% (Tabela 07).

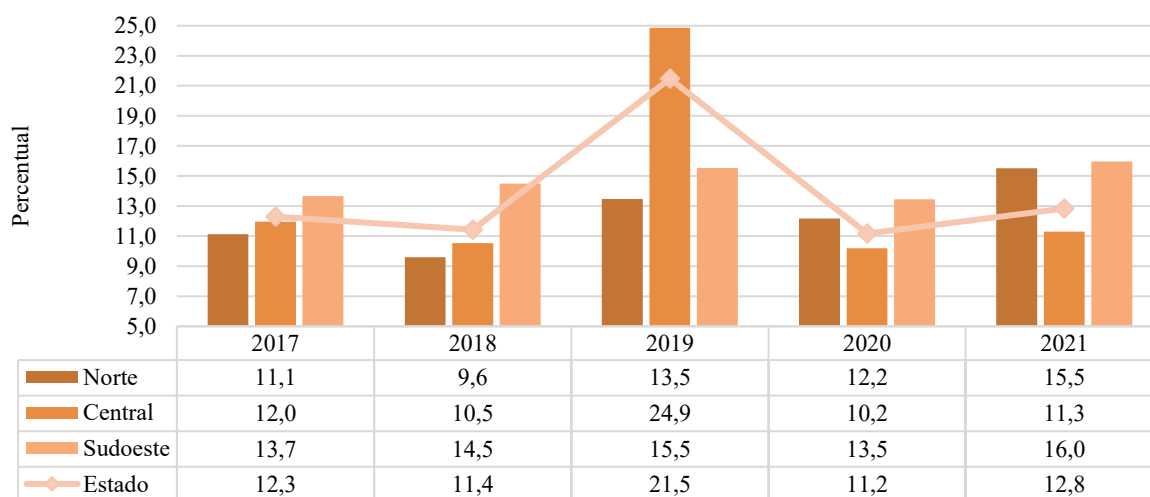
Tabela 07: Percentual de nascidos vivos de mães residentes segundo consulta pré-natal e região de saúde – Amapá/BR, 2021

Região/Município	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Região Norte	104	7,3	219	15,3	475	33,3	617	43,2	12	0,8	1.427
Região Central	318	3,2	2.046	20,8	3.360	34,2	4.099	41,7	8	0,1	9.831
Região Sudoeste	69	1,9	710	19,1	1.373	36,9	1.558	41,9	8	0,2	3.718
Estado	491	3,3	2.975	19,9	5.208	34,8	6.274	41,9	28	0,2	14.976

Fonte: Sinasc/SVS/Sesa.

A prematuridade é considerada importante fator de risco para a saúde da criança, implicando na mortalidade infantil, especialmente a neonatal. De 2017 a 2021, houve aumento de 4,1% na proporção de nascimentos prematuros no Estado. Somente a região de saúde Central apresentou redução de 5,8% no período (Gráfico 04).

Gráfico 04: Percentual de nascidos vivos prematuros segundo região de saúde de residência da mãe – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinasc/SVS/Sesa.

Características do recém-nascido

Em 2021, 8,4% dos nascidos vivos amapaenses tiveram peso abaixo de 2.500g em 2021, percentual abaixo da média nacional (8,9%) e acima da região norte (8,1%).

A região de saúde Norte foi a que apresentou o menor percentual de baixo peso ao nascer (8,0%); os municípios que apresentaram maior percentual foram Calçoene (12,4%); Pedra Branca do Amapari e Serra do Navio ambos com 10,6%. Tanto o baixo peso ao nascer quanto a prematuridade contribui para o aumento da mortalidade infantil sendo um indicador que reflete as condições de saúde das mães e a qualidade dispensada durante o pré-natal e o parto (BRASIL, 2014a).

No Brasil em 2021 conforme dados preliminares do DATASUS foram registrados 22.534 (0,8%) nascidos vivos com anomalias, entre os 2.672.046 nascimentos, na Região Norte 1.895 (0,6%). O Estado apresentou uma taxa de 1,6% em 2021, (Tabela 08). ocorrendo maior prevalência em Santana (5,5%), Mazagão (3,7%), elevando o percentual da região de saúde Sudoeste com 4,0%.

Tabela 08: Número e percentual de nascidos vivos com anomalia congênita de mães residentes, por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de Saúde	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Região Norte	9	1,0	7	0,8	9	1,0	7	0,8	13	0,9
Região Central	44	0,4	77	0,73	44	0,4	77	0,73	97	0,9
Região Sudoeste	49	1,3	145	3,69	49	1,3	145	3,69	149	4,0
Estado	102	0,7	229	0,14	102	0,7	229	0,14	238	1,6

Fonte: Sinasc/SVS/Sesa.

3.2 INDICADORES DE SAÚDE DE MORBIDADE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Tuberculose

No período de 2017 a 2021 o Estado apresentou variação acentuada na incidência por tuberculose, com redução de 35,5% no mesmo período, sendo a maior incidência ocorrido em 2019 (35,6/100.000 habitantes); acredita-se que esse aumento esteja relacionado com a melhoria no diagnóstico através do teste rápido molecular da tuberculose, implantado no Estado (Tabela 09).

Tabela 09: Número e incidência de tuberculose segundo município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde / Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc	Nº	Inc
Região Norte	15	22,8	24	35,1	30	42,9	15	21,0	14	15,1
Amapá	1	11,4	2	22,2	3	32,9	7	76,2	1	10,8
Calçoene	7	66,5	8	73,2	4	36,0	-	0,0	2	8,7
Oiapoque	5	19,6	10	37,6	21	77,0	8	28,7	4	10,5
Pracuúba	-	..	2	40,1	-	0,0	-	..	1	18,6
Tartarugalzinho	2	12,4	2	11,9	2	11,6	-	..	6	27,4
Região Central	185	34,7	154	27,7	211	37,2	120	20,8	172	
Cutias	2	35,5	1	17,1	2	33,4	1	16,4	-	..
Ferreira Gomes	2	27,5	1	13,2	4	51,4	-	..	1	12,3
Itaubal	1	19,3	2	37,1	-	..	1	17,8	-	..
Macapá	174	36,7	144	29,2	194	38,5	108	21,1	162	22,2
P.B. Amapari	1	6,6	5	31,4	1	6,1	4	23,4	5	17,0
Porto Grande	5	24,3	1	4,7	8	36,4	6	26,7	4	8,7
Serra do Navio	-	..	-	..	2	37,1	-	..	-	..
Região Sudoeste	51	25,7	50	24,3	60	28,7	40	18,8	61	18,0
Laranjal do Jari	14	29,4	15	30,3	19	37,7	12	23,4	14	11,5
Mazagão	5	24,5	2	9,4	9	41,6	2	9,1	8	17,8
Santana	28	24,2	30	25,1	30	24,7	25	20,3	36	21,6
Vitória do Jari	4	26,7	3	19,2	2	12,6	1	6,2	3	12,1
Estado	251	31,5	228	27,5	301	35,6	175	20,3	247	20,3

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numéricos

A meta da OMS é de curar pelo menos 85% dos casos novos diagnosticados de tuberculose. Na série histórica de 2017 a 2021, o Estado só atingiu a meta preconizada no ano de 2019, ainda apresentou redução da cura de 17,4%, sendo 2020 o ano com menor percentual, acredita-se que seja por conta da pandemia da COVID que todos os esforços foram concentrados no seu combate.

No Estado os municípios de Macapá, Oiapoque, Santana e Laranjal do Jari são considerados municípios prioritários para as ações de controle da tuberculose e na série histórica o alcance da meta preconizada pela OMS ficou comprometido. (Tabela 10).

Tabela 10: Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região /Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	91,7	58,8	80,0	15,72	81,7
Amapá	100	50	100	28,6	100
Calçoene	80	62,5	100	..	50
Oiapoque	100	75	100	50	75
Pracuúba	..	..	..	..	100
Tartarugalzinho	100	50	100	..	83,3
Região Central	86,9	84,5	37,5	27,7	40,2
Cutias	..	100	100	50	..
Ferreira Gomes	50	-	..	..	100
Itaubal	..	100	..	..	..
Macapá	88,3	86,5	87,7	65,1	71,6
Pedra Branca do Amapari	100	50	..	50	60
Porto Grande	80	..	75	28,6	50
Serra do Navio	..	..	..	..	..
Região Sudoeste	73,8	52,9	69,9	34,1	58,7
Laranjal do Jari	91,7	33,3	81,8	38,5	42,9
Mazagão	80	..	25	50	50
Santana	66,7	61,1	72,7	48	75
Vitória do Jari	50	100	50	..	66,7
Estado	84,3	74,7	85,4	56,2	69,6

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (..) não se aplica dados numéricos

Hanseníase

No Sinan/AP, no período de 2017 a 2021 foram detectados 424 casos novos de hanseníase no Estado, com distribuição do coeficiente de detecção anual de casos novos registrando uma diminuição de 66,9%; o menor coeficiente foi em 2021 (4,1 casos novos/100 mil habitantes). Essa redução deve-se ao fato de 10 municípios estarem silenciosos: Oiapoque, Pracuúba, Tartarugalzinho, Ferreira Gomes, Itaubal, Pedra Branca do Amapari, Mazagão e Vitória do Jari a não registraram nenhum caso em 2021 (Tabela 11).

Tabela 11: Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase, por município e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021.

Regiões de Saúde/ Municípios	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	9,6	21,4	13,1	7,7	2,9
Amapá	..	..	..	11,0	10,8
Calçoene	9,5	37,0	36,0	9,0	3,5
Oiapoque	7,8	4,0	29,3	18,3	..
Pracuúba	..	60,0	..	..	..
Tartarugalzinho	31,0	6,0	..	..	..
Região Central	10,0	10,0	14,8	11,0	2,2
Cutias	..	..	33,4	16,7	..

Ferreira Gomes	13,8	26,0	12,9	12,9	..
Itaubal	19,3	..	36,3	..	..
Macapá	12,9	15,0	14,7	6,4	4,0
P. B. Amapari	..	6,0	6,1	18,2	..
Porto Grande	24,3	23,0	..	4,6	11,3
Serra do Navio	..	..	18,5	18,5	..
Região Sudoeste	11,4	6,5	9,5	6,9	3,6
Laranjal do Jari	16,8	8,0	7,9	4,0	9,5
Mazagão	19,6	9,0	9,3	13,9	..
Santana	9,5	9,0	15,7	9,9	4,8
Vitória do Jari	..	..	..	..	..
Estado	12,4	13,0	13,8	7,5	4,1

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (..) não se aplica dados numéricos.

Contatos intradomiciliares são aquelas pessoas que residem ou tenha residido, conviva ou tenham convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença podendo ser familiar ou não.

Os parâmetros nacionais para a detecção da doença nos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados são: Bom (>75%); Regular (50 a 75%) e precário (<50%). De acordo com esses parâmetros, o Estado nos anos de 2017 a 2021 foi classificado como “Regular”. Neste período houve redução de 21,7% dos contatos intradomiciliares examinados nos anos da coorte

A proporção de cura da hanseníase avalia a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até o encerramento do tratamento, é preconizado pelo MS 90% de cura. Em relação a esse indicador no período de 2017 a 2021 houve redução de cura de 21,7% entre os casos novos nos anos da coorte. O Estado alcançou a meta somente em 2017 (Tabela 12).

Tabela 12: Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coorte por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Municípios	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	92,9	40,0	36,7	33,3	28,6
Amapá	-	100,0	-	-	..
Calçoene	100,0	66,7	66,7	66,7	100,0
Oiapoque	80,0	-	66,7	100,0	42,9
Pracuúba	-	-	-	-	..
Tartarugalzinho	100,0	33,3	50,0	-	..
Região Central	89,4	62,7	38,7	46,0	41,2
Cutias	-	-	-	-	..
Ferreira Gomes	100,0	100,0	-	-	..
Itaubal	100,0	-	100,0	100,0	..
Macapá	89,8	89,4	90,9	72,3	88,5
P. B. Amapari	-	50,0	-	100,0	100,0
Porto Grande	66,7	100,0	80,0	50,0	..
Serra do Navio	-	100,0	-	-	100,0
Região Sudoeste	93,9	82,1	64,5	32,2	57,2
Laranjal do Jari	100,0	70,0	77,8	50,0	50,0
Mazagão	75,0	75,0	100,0	-	100,0
Santana	93,3	83,3	80,0	78,6	78,9
Vitória do Jari	100,0	100,0	-	-	..

Estado	91,2	83,1	84,2	67,5	82,6
---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Sífilis adquirida

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior, pode ser transmitida por relação sexual sem preservativo com uma pessoa infectada ou para a criança durante a gestação ou parto.

No período de 2017 a 2021, foi notificado no Sinan Nacional um total de 738.775 casos de sífilis adquirida, dos quais 49.028 (6,6%) foram casos residentes na região Norte e no Estadual 2.301 casos com aumento na detecção de 187,5% e em todas as regiões de saúde: 304,3% na Central, 67,6% na região Norte e 48,3% Sudoeste (Tabela 13).

Tabela 13: Número de casos de sífilis adquirida por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Municípios	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	34	46	40	23	57
Amapá	3	3	7	7	5
Calçoene	-	2	-	-	-
Oiapoque	14	26	21	13	24
Pracuúba	-	1	1	-	2
Tartarugalzinho	17	14	11	3	26
Região Central	141	273	322	212	570
Cutias	11	9	7	2	1
Ferreira Gomes	1	4	7	1	2
Itaubal	-	4	-	1	-
Macapá	123	255	291	175	552
P. B. Amapari	2	-	6	29	8
Porto Grande	2	-	11	4	6
Serra do Navio	2	1	-	-	1
Região Sudoeste	89	108	166	88	132
Laranjal do Jari	32	64	112	44	53
Mazagão	6	6	6	5	8
Santana	46	30	45	30	64
Vitória do Jari	5	8	3	9	7
Estado	264	427	528	323	759

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Sífilis em gestantes

Como primeiro critério de classificação sífilis em gestante considera-se que toda mulher que em período gestacional ou puerperal apresente “teste não treponêmico” (VDRL ou similares) com qualquer titulação e “teste treponêmico” (Teste rápido para sífilis) reagentes, independente de evidência clínica de doença. Como segundo critério de classificação inclui-se a gestante com “teste treponêmico” reagente e “teste não

treponêmico” não reagente ou não realizado, sem informação de tratamento prévio.

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a doença pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto ou aborto (independentemente de exames anteriores).

No período de 2017 a 2021, foi notificado no Sinan Nacional um total de 317.760 casos de sífilis em gestante, dos quais 30.798 (9,7%) foram casos residentes na região Norte e no estadual 1.807 casos. A taxa média de incidência foi de 24,3/1.000 NV, sendo o menor registro em 2017 com 15,1/1.000 NV e o maior em 2021 com 42,3/1.000 NV, com aumento no período de 180,1%

Analisando os casos de sífilis em gestantes por região de saúde observa-se aumento de 38,8% na região de saúde Norte, 239,9% na região Central e 68,4% na Sudoeste. No Estado o aumento na série histórica foi de 180,1% (Tabela 14).

Tabela 14: Incidência de sífilis em gestantes residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Região Norte	14	11,6	27	20,9	21	16,2	14	9,9	23	16,1
Amapá	1	6,9	4	21,3	6	35,1	3	15,4	3	18,8
Calçoene	5	23,8	8	35,7	4	18,7	4	19,7	3	14,4
Oiapoque	2	4,3	10	20,7	4	8	1	1,7	6	9,9
Pracuúba	1	12,2	-	-	-	-	1	10,1	1	8,9
Tartarugalzinho	5	16,6	5	15,6	7	21,1	5	14,6	10	29,4
Região Central	158	15,3	186	17,7	229	22,8	241	24,9	511	52,0
Cutias	4	37,4	-	-	1	11	1	8,7	-	..
Ferreira Gomes	3	18,1	6	35,7	5	29,8	3	16,9	3	19,5
Itaubal	-	..	-	..	2	13,8	-	-	4	25,6
Macapá	133	14,4	176	18,8	212	23,8	226	26,7	485	56,5
P. B. Amapari	4	19,5	2	8,4	6	23,3	10	30,5	2	6,0
Porto Grande	10	25,2	-	-	3	7,3	-	-	12	30,5
Serra do Navio	4	64,5	3	39,5	-	-	2	21,3	5	53,2
Região Sudoeste	59	15,8	71	18,1	101	26	82	23,3	99	26,6
Laranjal do Jari	13	16	20	24,1	24	30,9	27	36,8	18	26,2
Mazagão	6	13,2	5	9,7	13	22,5	7	13,3	11	19,2
Santana	38	17,3	40	17,6	58	26	34	17,0	66	30,0
Vitória do Jari	2	7,2	6	20	6	20,5	14	54,7	4	15,5
Estado	231	15,1	285	18,1	351	23,1	338	23,1	633	42,3

Fonte: Sinan/Sinasc/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é uma doença transmitida para criança durante a gestação (transmissão vertical), pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado for positivo (reagente), tratar corretamente a mulher e sua parceria sexual, para evitar a transmissão. Recomenda-se que a gestante seja

testada pelo menos em 3 momentos: primeiro e terceiro trimestre de gestação e no momento do parto ou em casos de aborto.

No período de 2017 a 2021 foram notificados no Sinan Nacional um total de 128.190 casos de sífilis congênita, dos quais 10.852 (8,5) % foram casos residentes na região Norte e no estadual 720 casos. A taxa média de incidência foi de 9,2/1.000 NV, sendo o maior registro em 2021 com 18,6/1.000 NV e o menor de 4,9/1.000 NV em 2017. Em 2021 as maiores taxas estão concentradas em Macapá e Porto Grande (26,7 e 22,8/1.000 NV). Tabela 15.

Tabela 15: Número e taxa de incidência de sífilis congênita de residentes menores de 1 ano e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Região Norte	3	12,8	6	20,5	3	11,6	5	18,4	4	2,8
Amapá	-	..	2	10,6	1	5,3	-	-	-	..
Calçoene	2	9,5	-	..	1	4,5	2	9,0	1	4,8
Oiapoque	-	..	2	3,7	1	1,8	-	..	1	1,7
Pracuúba	-	..	-	..	-	..	-	..	-	..
Tartarugalzinho	1	3,3	2	6,2	-	-	3	9,4	2	5,9
Região Central	56	5,4	62	5,9	99	9,4	126	11,2	245	24,7
Cutias	1	9,3	-	..	-	..	-	..	-	..
Ferreira Gomes	1	6,0	1	6,0	4	23,8	1	6,0	2	13,0
Itaubal	-	..	-	..	1	6,4	-	..	2	12,8
Macapá	51	5,5	60	6,5	93	10,0	124	12,5	231	26,7
P. B. Amapari	-	..	1	3,6	1	3,6	1	3,6	-	..
Porto Grande	2	5,0	-	..	-	..	-	..	9	22,8
Serra do Navio	1	16,1	-	..	-	..	-	..	1	10,6
Região Sudoeste	17	4,5	24	6,11	23	5,86	15	3,8	32	8,6
Laranjal do Jari	4	4,9	4	4,82	1	1,2	1	1,2	4	5,8
Mazagão	1	2,2	2	3,86	1	1,9	1	1,9	4	7,0
Santana	12	5,5	18	7,90	20	8,8	11	4,8	24	10,9
Vitória do Jari	-	..	-	..	1	3,3	2	6,7	-	..
Estado	76	4,9	92	5,8	125	7,9	146	8,7	281	18,6

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numéricos

As elevadas taxas de sífilis congênita que ocorreram nos municípios de Itaubal e Ferreira Gomes, Serra do Navio são em decorrência do baixo número de nascimentos. Há ainda a necessidade de detecção precoce da sífilis em gestante e o tratamento adequado, evitando a sífilis congênita. O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no RN, como cegueira, surdez e deficiência mental.

Os números de casos de sífilis em gestante e os de casos de sífilis congênita são indicadores do Programa de Qualificação de Ações da Vigilância em Saúde (PQAVS) e do Pacto pela Vida, Saúde e Gestão (Sispacto). Considerando uma transmissão vertical da sífilis de 25%, é possível estimar o número de casos esperados de sífilis congênita para cada região do país. A inclusão desses dois indicadores nas pactuações que envolvem as três

esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstra claramente a vontade política do MS em atingir a eliminação da sífilis congênita, ou seja, 0,5 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos.

No momento em que a sífilis na gestação for um agravo controlado e a razão observada/estimada se aproximar de 1,0 caso para mil nascidos vivos, teremos então, uma redução real do número de casos de sífilis congênita, e a razão para sífilis congênita se aproximará de zero, refletindo a meta de eliminação, ou seja, uma incidência menor do que 0,5 casos por mil nascidos vivos.

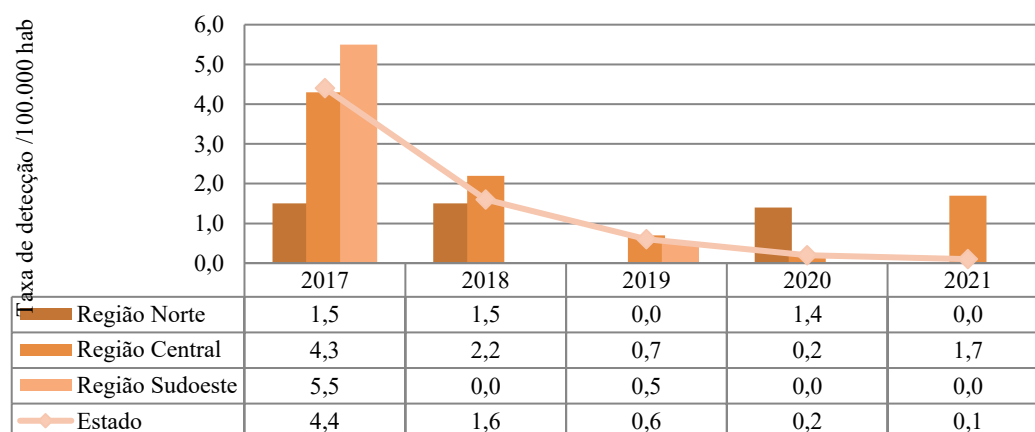
Para cada 4 gestantes com sífilis espera-se 1 caso de sífilis congênita no período de 2017 a 2021 a ocorrência de casos sempre foi maior do que o esperado. Houve um aumento de 174% no número de casos de sífilis em gestante e o número de casos de sífilis congênita para o mesmo período apresentou um aumento de 269,7%, um dos fatores desse aumento se deve a oferta de teste rápido para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde e a qualificação no diagnóstico.

Hepatites Virais

Hepatite A

No período de 2017 a 2021 o Estado do Amapá notificou 57 casos de hepatite A; sendo os maiores registros em 2017 (35 casos) e 2018 (13 casos). A redução da incidência na série histórica foi de 97,1% (Gráfico 05).

Gráfico 05: Incidência de hepatite A de residentes por região de saúde – Amapá BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Hepatite B

No Estado, no período de 2017 a 2021 foram notificados 161 casos confirmados de hepatite B, sendo 8 casos na região de saúde Norte, 98 na Central e 55 na região de saúde

Sudoeste. A região Central abrange a capital, assim é previsível o maior número de casos em decorrência de maior massa populacional, na região Sudoeste, Santana notificou 21 casos. Na região Norte, Oiapoque fez 6 notificações no período. Não houve notificação de casos nesse período em Amapá, Calçoene, Cutias, Itaubal, Pracuúba e Ferreira Gomes. A média estadual no número de casos de hepatite B no período de 2017 a 2021 foi de aproximadamente 32 novos casos; o ano de 2018 registrou maior incidência dos 5 anos e a menor ocorreu em 2021, que pode ser ainda atribuída a pandemia (Tabela 16).

Tabela 16: Número de casos de hepatite B em residentes por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município de residência	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	2	2	2	2	-
Oiapoque	1	2	2	1	-
Tartarugalzinho	1	-	-	1	-
Região Central	26	31	22	7	12
Macapá	24	29	18	5	12
P. B. Amaparí	-	1	-	2	-
Porto Grande	2	1	3	-	-
Serra do Navio	-	-	1	-	-
Região Sudoeste	12	21	15	7	-
Laranjal do Jari	2	13	6	4	-
Mazagão	3	1	4	-	-
Santana	7	7	4	3	-
Vitória do Jari	-	-	1	-	-
Estado	40	54	39	15	12

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Hepatite C

As hepatites virais são uma das maiores causas de transplantes hepáticos no mundo – com destaque para a hepatite C (HCV), um agravo que hoje afeta mais de 185 milhões de pessoas em todos os continentes, apresentando elevado impacto na saúde pública global.

No Estado, nos anos de 2017 a 2021, foram notificados 141 casos confirmados de hepatite C, sendo 08 casos na região de saúde Norte, 99 na Central e 34 na Sudoeste. Macapá houve maior número de casos em decorrência de maior massa populacional e concentração de serviços de saúde, apresentando 98 casos; Santana registrou 24 notificações. Não houve notificação de casos no período em, Oiapoque, Pracuúba, Ferreira Gomes e Itaubal.

HIV/AIDS

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença

(Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS). Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos (BRASIL, 2015).

No Brasil os casos de aids em 2020 chegaram a 29.917. No Estado a maior incidência de AIDS na faixa etária de 15 a 49 anos no período de 2017 a 2021, foi em 2018 com 30,5 casos novos/100 mil habitantes, e a menor em 2021 com 13,5 casos novos/100 mil habitantes que foi um ano atípico por conta da pandemia do coronavírus. Em relação ao sexo há predominância no sexo masculino e a maior incidência foi em 2017 com 43,5/100.000 hab. com redução de 54,7% referente a 2021.

No Estado houve aumento do número de casos de HIV em adultos (11,0 %) no período de 2017 a 2021, passando de 272 casos para 302, isso se deve a melhoria nas notificações e a implantação dos testes rápidos para diagnósticos no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2014a). Em relação ao número casos novos de AIDS em adultos, 2018 apresentou o maior registro (159), e o menor foi em 2020 com 122 casos com redução de 2,6% no período analisado (Tabela 17).

Tabela 17: Número de casos de HIV e AIDS em adultos por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS
Região Norte	18	10	17	7	43	4	15	6	18	12
Amapá	4	1	2	1	2	-	2	-	4	1
Calçoene	3	2	2	1	4	1	1	1	2	1
Oiapoque	9	5	11	4	36	1	11	4	10	7
Pracuúba	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Tartarugalzinho	2	2	2	1	1	1	1	-	2	1
Região Central	193	114	235	132	239	120	111	98	235	119
Cutias	4	1	-	-	-	-	1	2	3	-
Ferreira Gomes	-	3	2	-	1	1	-	-	2	-
Itaubal	-	-	1	1	-	-	1	-	-	2
Macapá	186	104	229	128	236	111	105	89	220	114
P. B. Amapari	1	1	-	1	2	-	3	4	7	1
Porto Grande	2	4	3	2	2	8	1	3	3	1
Serra do Navio	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Região Sudoeste	61	28	49	20	45	21	32	18	49	17
Laranjal do Jari	14	3	21	4	15	4	9	3	22	-
Mazagão	6	5	2	2	5	1	2	1	3	3
Santana	31	19	21	14	25	16	18	12	20	14
Vitória do Jari	10	1	5	-	1	-	3	2	4	-
Estado	272	152	301	159	330	145	150	122	302	148

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

No Estado, a relação HIV/AIDS em crianças (menores de 13 anos) foi bastante acentuada com registro de 3 casos de HIV para 14 casos de AIDS, no período de 2017 a 2021, provavelmente, devido ao diagnóstico tardio, ou ao abandono do segmento, bem como

ao estigma e a discriminação. Somente sete municípios registraram casos no Sinan, os demais municípios não apresentaram casos no período. Faz-se necessário identificar quais são as diversas barreiras que comprometem a saúde das pessoas diagnosticadas. (Tabela 18).

Tabela 18: Número de casos de HIV e AIDS em crianças (menores de 13 anos) por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS	HIV	AIDS
Região Norte	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Oiapoque	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Região Central	1	6	-	3	-	-	-	-	-	2
Ferreira Gomes	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaubal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Macapá	-	6	-	3	-	1	-	1	-	1
Porto Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Região Sudoeste	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Laranjal do Jari	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Vitoria do Jari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado	1	7	-	3	1	1	1	1	-	2

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Gestantes com HIV

O aumento progressivo de casos de HIV/AIDS em mulheres em idade reprodutiva contribuiu para o incremento nas taxas de transmissão vertical, apresentando-se como importante desafio para as políticas públicas de saúde.

No período de 2.000 até junho de 2021 foram notificados no país 141.021 gestantes infectadas com HIV das quais 7.814 no ano de 2020 e taxa de detecção de 2,7/ 1.000 NV, a taxa na Região Norte foi de 3,6/ 1.000 NV; esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que a região Norte apresentou incrementos dessa taxa nos últimos dez anos de 73,8% (BRASIL, 2022).

No Estado, de 2017 a 2021 houve 244 registros de gestantes com HIV, sendo 172 (70,5%) na Capital, devido à captação na maternidade de referência. No município de Itaubal e Ferreira Gomes não houve nenhuma notificação e a maior ocorrência foi em 2019 (Tabela 19), que podem estar relacionados com a maior oferta do teste rápido no pré-natal e no parto. A taxa de detecção de gestante com HIV no Estado vem reduzindo de 3,2 em 2017 para 2,7/1.000 nascidos vivos em 2021.

As elevadas taxas de detecção de HIV em gestantes remetem à necessidade de intensificação do cuidado às mulheres durante o pré-natal, com garantia de integralidade da

assistência, diagnóstico precoce e aprimoramento de estratégias para a melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral visando à supressão viral materna no momento do parto e redução do risco de transmissão vertical.

Tabela 19: Número de gestantes residentes com HIV por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde/ Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	1	-	5	2	10
Amapá	-	-	2	-	-
Calçoene	1	-	1	-	2
Oiapoque	-	-	1	-	7
Pracuúba	-	-	-	1	-
Tartarugalzinho	-	-	1	1	1
Região Central	39	43	43	33	25
Cutias	1	-	-	-	-
Itaubal	-	-	-	-	-
Ferreira Gomes	-	-	-	-	-
Macapá	38	43	39	30	22
Pedra Branca do Amapari	-	-	1	3	-
Porto Grande	-	-	2	-	3
Serra do Navio	-	-	1	-	-
-Região Sudoeste	9	8	12	7	6
Laranjal do Jari	1	-	1	1	3
Mazagão	2	-	4	1	1
Santana	5	8	7	4	2
Vitória do Jari	1	-	-	1	-
Estado	49	51	61	42	41

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

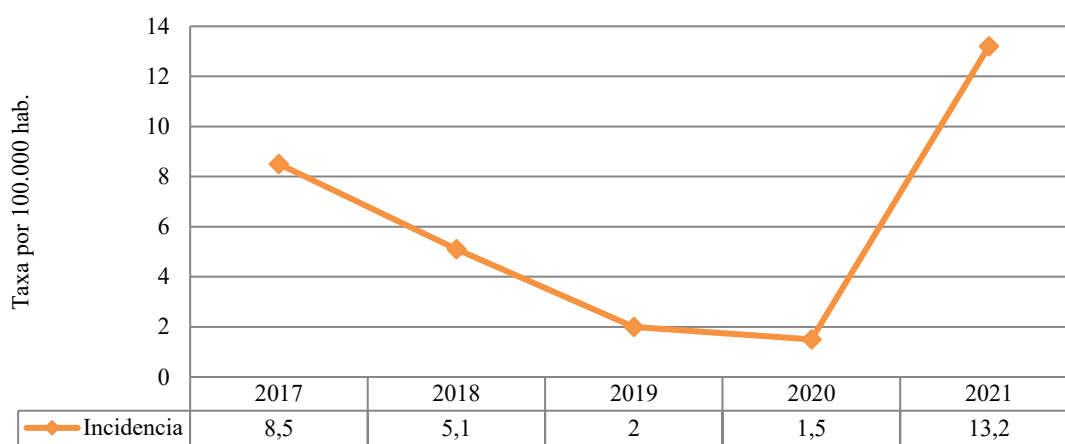
Rotavírus

De 2017 a 2021 foram notificados 257 casos de Rotavírus no Estado, o ano com maior número de casos foi em 2021 com 116 casos havendo um aumento de 68,1%. Os municípios notificantes foram: Macapá, Mazagão, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Santana, Serra do Navio, Tartarugalzinho e Vitória do Jari.

Acredita-se que a pandemia em 2020 impactou na baixa cobertura vacinal de Rotavírus, gerando assim, o aumento do número de casos de rotavirose em 2021. Estudos mostram que em áreas de elevada cobertura vacinal, observa-se uma redução significativa no número de casos e internações por Rotavírus, bem como na redução de testes laboratoriais positivos, tanto nas crianças vacinadas quanto nos grupos etários mais velhos.

No Estado, de 2017 a 2021 foram notificados 257 casos de rotavírus em menores de 5 anos. A incidência registrada em 2017 foi de 8,5/100.000 habitantes com decréscimo até 2020 e aumento acentuado de 780% em 2021. No período analisado o aumento foi de 79,5%. (Gráfico 06).

Gráfico 06: Incidência de rotavírus em menores de 5 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan NET/SVS/Sesa

Paralisia Flácida Aguda – PFA

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acometem, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido.

Macapá teve maior número de casos registrados entre 2017 a 2021 (02 casos), seguindo por outros municípios que apresentaram somente 01 caso por ano. Em 2021 tivemos 01 caso importado do município de Portel, estado do Pará.

A taxa de notificação de casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda no período de 2017 a 2021 variou de 0,8 a 1,2 para cada 100.000 habitantes menores de 15 anos. O ano de 2021 apresentou a maior taxa, (Tabela 20). Destaca-se que no período de avaliação não ocorreram casos confirmados de PFA no Estado e nos anos de 2019 e 2020 não houve casos notificados.

Tabela 20: Indicadores epidemiológicos da PFA em menores de 15 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

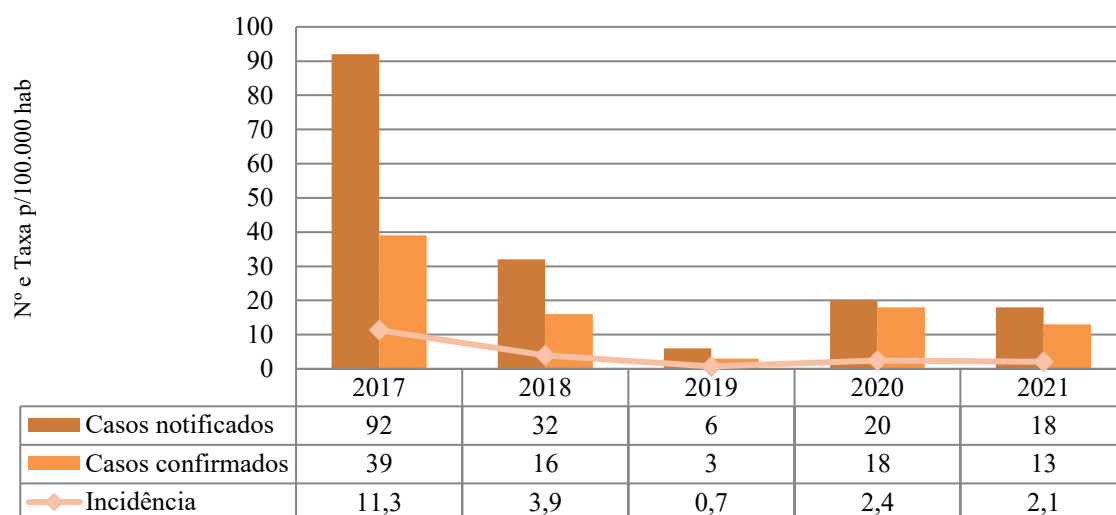
Casos de PFA	2017	2018	2019	2020	2021
Esperados	3	3	3	3	3
Notificados	2	2	-	-	3
Taxa de notificação	0,8	0,8	-	-	1,2
Investigação em 48 horas	100	100	-	-	100
Coleta adequada de fezes	100	-	-	-	67

Fonte: Sinan NET/SVS/Sesa.

Febre Tifoide

No período de 2017 a 2021, no Sinan/AP foram notificados 168 casos de febre tifoide e confirmados 89 (53%), sendo em: Vitória do Jari, Laranjal do Jari e Macapá. A maior taxa de notificação e casos confirmados foram observados em 2017 nesse ano Macapá, registrou 39 casos positivos da doença (Gráfico 07).

Gráfico 07: Número de casos esperados, notificados e taxa de notificação de febre tifoide/100.000 hab. menores de 15 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

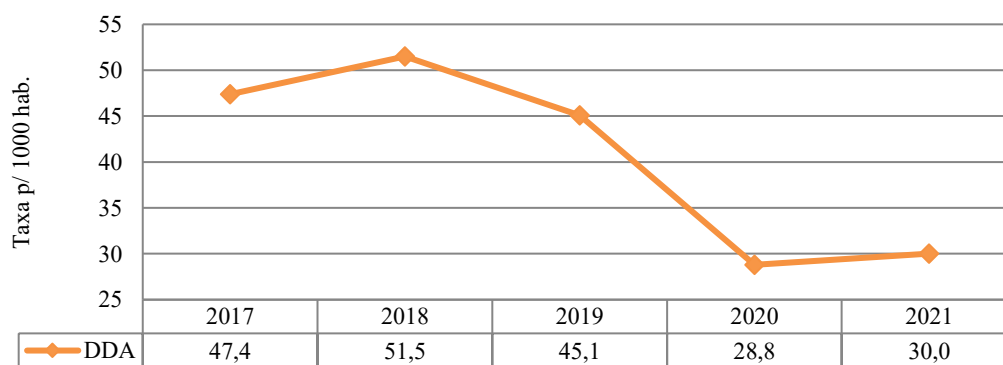


Fonte: Sinan NET/IBGE/SVS/Sesa.

Doenças Diarreicas Agudas – DDA

A incidência de DDA nos amapaenses, de 2017 a 2021 variou de 49,7 a 28,8/1.000 habitantes, com redução de 42% que pode ser atribuída as medidas sanitárias adotadas durante a pandemia do coronavírus (Gráfico 08). Os municípios com maior número de casos notificado são Macapá e Santana, pelo fato de as regiões terem a rede hospitalar mais estruturada e em maior quantidade para receber pacientes com quadro diarreico, aumentando assim, o fluxo de atendimento.

Gráfico 08: Incidência de casos de DDA por 1.000 habitantes – Amapá/BR, 2017 a 2021



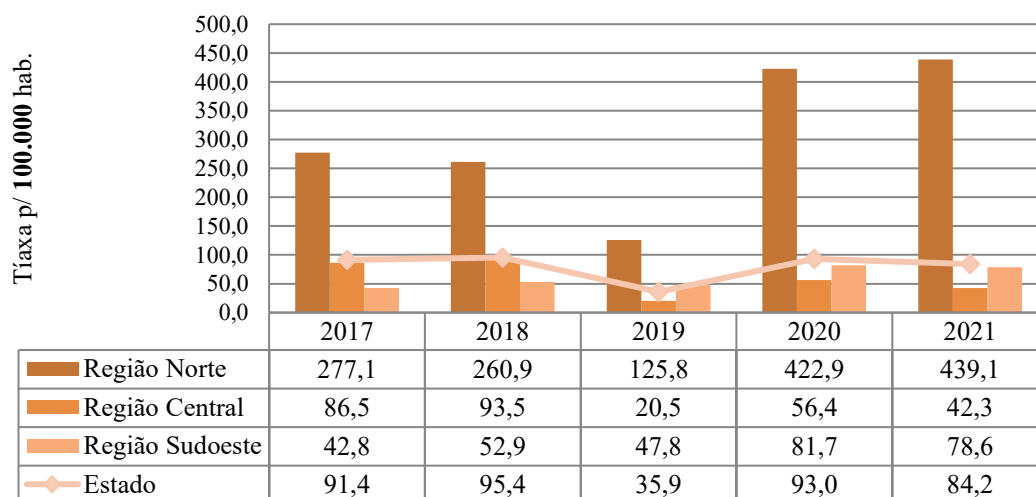
Fonte: Sivep/MDDA/SVS/Sesa.

Leishmaniose Tegumentar – LT

Em 2021, dentre os municípios de cada região os que apresentaram as maiores incidências foram: Calçoene (1.070,2/100.000 habitantes), Serra do Navio (573,8), Oiapoque (553,7), Pedra Branca do Amapari (289,4) que segundo a classificação do MS apresentaram risco muito alto. Os municípios com menor incidência foram: Pracuúba (18,6/100.000 habitantes), Ferreira Gomes (24,5) e Macapá com 24,9, porém com risco alto de infecção. Itaubal e Santana não registraram casos em 2021.

Durante os anos de 2017 a 2021, foram confirmados 2.358 casos de LTA no Estado. Observam-se diferenças significativas quanto à incidência da LT entre as regiões de saúde, sendo as maiores taxas registradas na região de saúde Norte e classificada com risco muito alto. A maior incidência no Estado foi registrada em 2018 (Gráfico 09).

Gráfico 09: Incidência de leishmaniose tegumentar (por 100 mil hab.), por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Tétano acidental

Doença infecciosa aguda não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo *Clostridium tetani*, as quais provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Clinicamente, a doença manifesta-se com febre baixa ou ausente, hipertonia muscular mantida, hiperreflexia e espasmos ou contraturas paroxísticas. Em geral, o paciente mantém-se consciente e lúcido (SINAN, 2018).

Foram confirmados 08 casos de tétano acidental no período de 2017 a 2021 no Estado. Macapá apresentou 05 casos e 3 em Pedra Branca do Amapari.

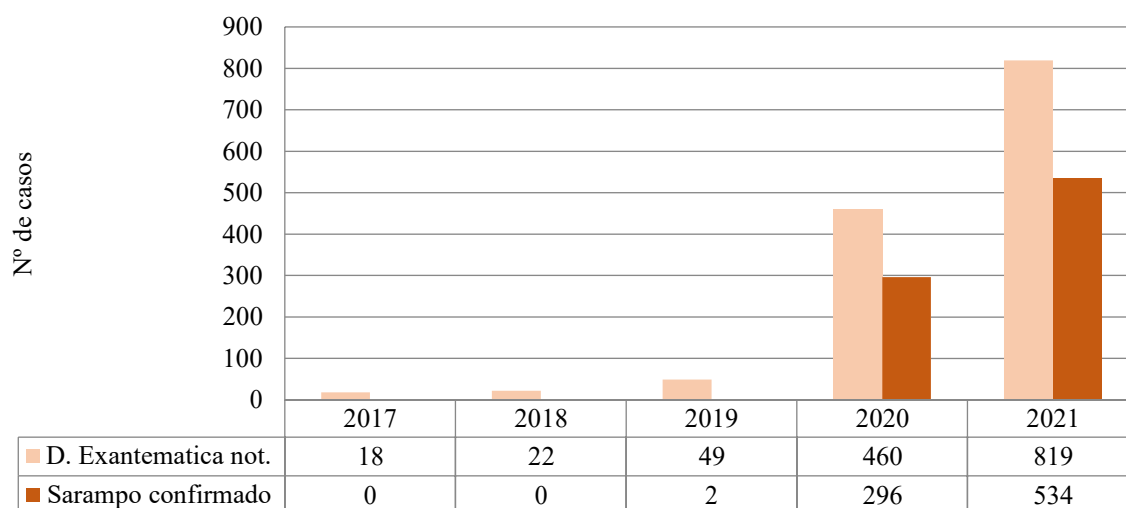
Doenças exantemáticas – Sarampo e Rubéola

No Estado de 2017 a 2021 foram notificados 1.367 casos suspeitos de doenças exantemáticas; 51 casos eram suspeitos de rubéola e 832 (60,9%) foram confirmadas como sarampo (Gráfico 10).

Em 2021 no Sinan/AP foram confirmados 534 casos de sarampo; desses 408 foram em Macapá; 59 em Santana, 22 em Mazagão, 16 em Oiapoque, 7 em Porto Grande, 6 em Itaubal, 5 em Tartarugalzinho, 3 em Pedra Branca, 2 casos em Cutias e Ferreira Gomes; 1 caso nos municípios de Amapá, Serra do Navio e Vitoria do Jari.

A vacina contra o sarampo é a medida de prevenção mais eficaz. A vacina tríplice viral (SCR) que protege contra o sarampo, protege também contra a rubéola e a caxumba.

Gráfico 10: Número de casos de doenças exantemáticas e sarampo confirmados – Amapá/BR, 2017 a 2021

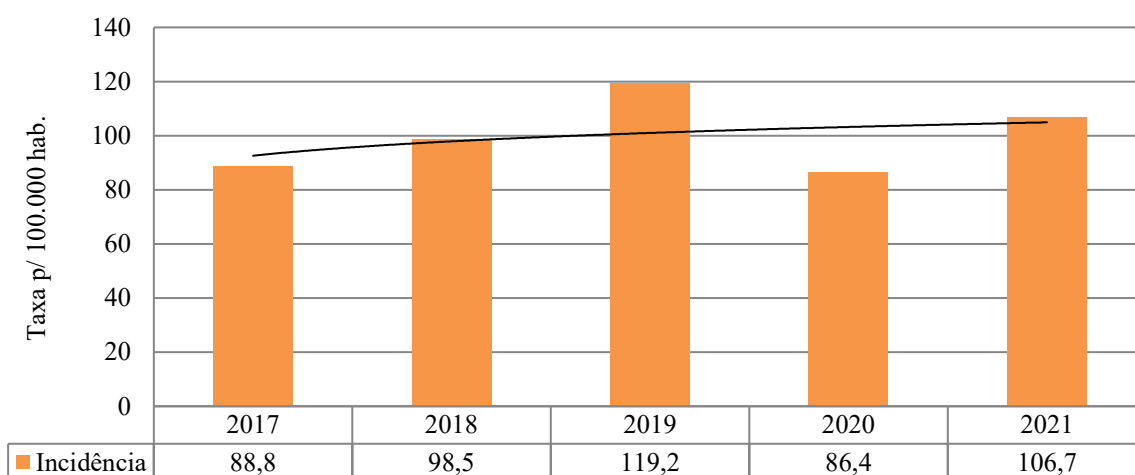


Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Animais peçonhentos

No Amapá os acidentes por animais peçonhentos apresentam-se de forma sazonal, nos períodos do ano de maior índice pluviométrico, nos meses de janeiro a junho. As atividades de campo, como agricultura e caça, expõem os trabalhadores ao maior risco, por isso, o sexo masculino é o mais acometido. O coeficiente de incidência dos acidentes sofreu aumento gradual ao longo dos anos, de 2017 a 2021 passou de 88,8 para 106,7/100 mil habitantes com incremento de 20,2%. A maior incidência foi registrada em 2019 (Gráfico 11).

Gráfico 11: Incidência de acidentes por animais peçonhentos – Amapá/BR, 2017 a 2021



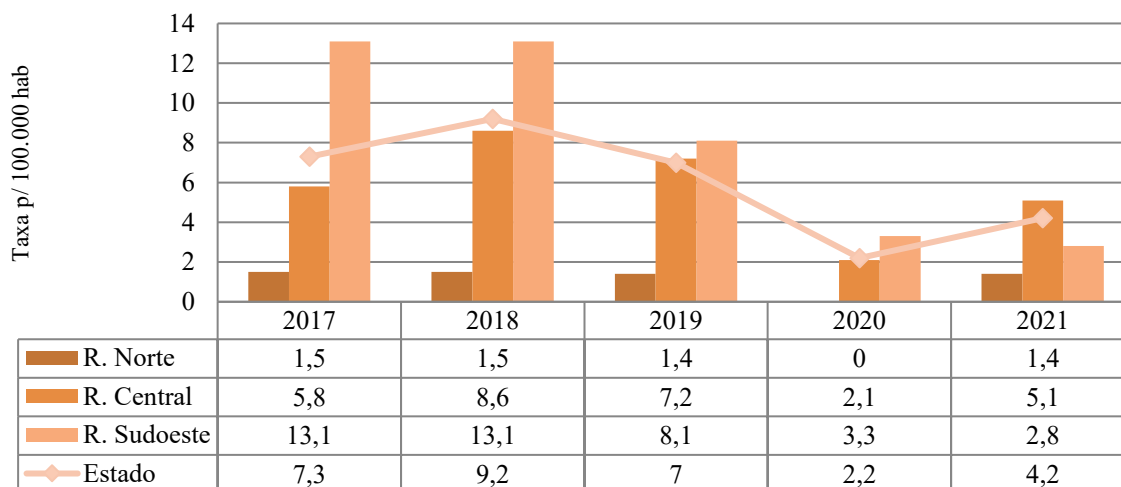
Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Na série de 2017 a 2021 ocorreram 5.290 acidentes por animais peçonhentos, as serpentes peçonhentas foram responsáveis em média por 58,5% dos casos; os escorpiões por 33,4% com aumento no período de 56,1%, seguidos pelas aranhas com 4,2%. Com menor relevância as lagartas (0,5%); as abelhas (0,6%) e outros animais (1,4 %); aparecem ainda nos registros 1% de ignorados e em branco.

Leptospirose

No período de 2017 a 2021 houve o registro de 255 casos de leptospirose e a incidência desses casos no Estado foi entre 7,3 para 4,2 /100.000 habitantes, sendo 2018 o ano de maior incidência. Dentre as regiões de saúde a Sudoeste foi quem apresentou as maiores taxas no período, com exceção de 2021 onde a região de saúde Central teve taxa de (5,1/100.000 habitantes) (Gráfico 12).

Gráfico 12: Incidência acumulada de leptospirose por 100.000 habitantes – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan/SVS/Sesa/IBGE

Observa-se que o ano com maior ocorrência de óbitos entre os casos confirmados de

leptospirose foi 2018 com 7 óbitos e a letalidade no período variou de 3% em 2021 e 14% em 2020.

Raiva Humana

A Raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que acomete mamíferos, inclusive o homem, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100%. É causado pelo vírus do gênero *Lyssavírus*, da família *Rabhdoviridae*.

No período de 2017 a 2021 foram relatados (3) casos confirmados de raiva em bubalino no Estado, 01 em Porto Grande em 2019 e 02 (dois) em Santana em 2021. Em ambos os casos foram tomadas as medidas cabíveis: a) bloqueio vacinal em cães e gatos, num raio de 15 km do foco. b) Esquema de profilaxia dos funcionários (das propriedades) envolvidos na necropsia animal. c) Controle de população de morcegos hematófagos realizada pela DIAGRO (2019). d) Educação em Saúde aos técnicos municipais.

Na região de saúde Norte destaque para o município do Amapá, considerado a melhor cobertura do Estado. Na região de saúde Central, a grande preocupação é a cobertura vacinal de Macapá que tem a maior população de animais do Estado chegando aproximadamente 70% e não alcança meta por mais de 5 anos, isso se deve principalmente pela falta de cobertura vacinal principalmente nas zonas rurais e seus distritos. Esse município é alvo de extrema preocupação de um possível caso de raiva humana no Estado. A região de saúde Sudoeste não alcançou a meta de 80%; (Tabela 21).

Tabela 21: Percentual de metas alcançadas na Campanha de vacinação antirrábica realizada nos municípios Amapá/BR de 2017 a 2021.

Região de saúde/ Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	-	60,7	60,9	33,4	90,3
Amapá	-	98,3	90	98,2	94,1
Calçoene	-	95	42,1	-	84
Oiapoque	-	41,4	27,9	28,2	80
Pracuúba	-	-	84	-	99
Tartarugalzinho	-	68,5	60,5	40,6	93,8
Região Central	20,6	52,4	68,4	57,6	84,3
Cutias	-	61,7	81	99	89
Itaubal	-	43,2	80,8	46,8	88,3
Ferreira Gomes	-	68,2	38,9	-	81,6
Macapá	34	34	13,1	8,6	63,
Pedra Branca do Amapari	56,0	54,4	95	93,3	80,6
Porto Grande	-	74,2	75,4	69,1	92,2
Serra do Navio	88,4	-	94,5	81,2	95,6
-Região Sudoeste	8,5	4,3	33,4	15,6	45,6
Laranjal do Jari	-	36,8	51,7	43	38,3
Mazagão	-	9,3	28,8	-	59,7
Santana	-	49,1	-	4,2	42,7
Vitória do Jari	-	76,7	53	15	41,4
Estado	11,2	50,7	31,8	39,2	39,6

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

No período de 2017 a 2021 o Estado registrou 7 notificações sem nenhum caso confirmado. Os municípios notificantes foram: Amapá com 6 e Cutias 1.

Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma infecção causada por um protozoário chamado “*Toxoplasma Gondii*”, encontrado nas fezes de gatos e outros felinos, que pode se hospedar em humanos e outros animais. É causada pela ingestão de água ou alimentos contaminados e é uma das zoonoses (doenças transmitidas por animais) mais comuns em todo o mundo, sendo um grave problema à saúde humana

Os casos agudos são, geralmente, limitados e com baixas incidências. A fase aguda da infecção tem cura, mas o parasita persiste por toda a vida da pessoa e pode se manifestar ou não em outros momentos, com diferentes tipos de sintomas. Quanto à infecção crônica, a taxa de incidência é baixa até os cinco anos de idade e começa a aumentar a partir dos 20.

No organismo humano, os protozoários se multiplicam e atacam todos os órgãos através do sangue, provocando infecção generalizada. Surgem deficiências neurológicas, inflamações nos olhos, complicações musculares, hepatites e pancreatites.

Toxoplasmose congênita

Ocorre quando a gestante tem ou teve a doença, podendo transmiti-la ao recém-nascido. O bebê pode apresentar complicações, como: hidrocefalia, convulsões, atrofia cerebral, anemia, problemas no fígado e alterações oculares.

Durante a gestação, a mulher deve fazer exames para detectar a doença e tratá-la, caso seja constatada, pois a doença pode provocar abortamento ou nascimento de criança com icterícia, macro ou microcefalia e crises convulsivas.

Os recém-nascidos que apresentarem manifestações clínicas no período neonatal ou nos primeiros meses de vida costumam ter, com mais frequência, sequelas graves, como acometimento visual em graus variados, retardo mental, anormalidades motoras e surdez. As sequelas são ainda mais frequentes e mais graves nos RN que já apresentam sinais ao nascer, com acometimento visual em graus variados, retardo mental, crises convulsivas, anormalidades motoras e surdez. No período de 2017 a 2021 foram notificados 89 casos de toxoplasmose em residentes, destes 84 (94,4%) foram confirmados (Tabela 22).

Tabela 22: Número de casos notificados e confirmados de toxoplasmose congênita e gestante por município de residência – Amapá/ BR, 2017 a 2021

Causa específica 3D/Ano	2017		2018		2019		2020		2021	
	Notif	Conf	Notif	Conf	Notif	Conf	Notif	Conf	Notif	Conf
Toxoplasmose Gestante O 98.6	-	-	-	-	4	2	13	11	67	66
Toxoplasmose congênita P57.1	-	-	-	-	1	1	-	-	4	4
Estado	-	-	-	-	5	3	13	11	71	70

Fonte: Sinan/SVS/Sesa. Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Doença de Chagas Aguda – DCA

A doença de Chagas aguda é uma antropozoonose causada pelo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), protozoário flagelado que pode causar doença de curso clínico bifásico (fases aguda e crônica). A transmissão ocorre através da picada dos vetores triatomíneos hematófagos, conhecidos como “barbeiros” ou “chupões”, ou mais frequentemente em nossa região, pela ingestão de alimentos contaminados. Além de outras formas, como a transfusional, vertical e acidental.

No período de 2017 a 2021 no Estado foram notificados 1.620 casos suspeitos e confirmados 182 casos de doença de Chagas em residentes, sendo 2021 o ano de maior registro (59). No SIM estadual foram registrados 6 óbitos por DCA no período de 2017 a 2021; sendo 1 nos municípios: Oiapoque, Pracuúba, Santana e Vitória do Jari e 2 em Macapá.

A tabela 23 mostra a identificação do modo provável de transmissão de DCA, onde 87,9% foram identificados por via oral, através de alimentos contaminados com fezes de triatomíneos, corroborando com os demais casos da região norte do país; o que demonstra um desafio no controle da doença, levando em consideração atividades culturais alimentares dos amapaenses, a exemplo da ingestão do açaí, o que requer a intensificação de ações de vigilância sanitária e ações de promoção em saúde.

Tabela 23: Número de casos de doença de Chagas aguda por município de residência e de acordo com o modo provável de infecção – Amapá/BR, 2017 a 2021

Município de notificação	Oral	Transfusional	Vertical	Vetorial	Ign/ branco	Total
Laranjal do Jari	1	-	-	-	-	1
Macapá	118	1	1	1	-	121
Mazagão	3	-	-	-	-	3
Pedra Branca do Amapari	1	-	-	-	-	1
Porto Grande	-	-	-	-	1	1
Santana	33	3	-	-	-	36
Tartarugalzinho	3	-	-	-	-	3
Vitória do Jari	1	-	-	-	-	1
Estado	160	4	1	1	1	166

Fonte: Sinan/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Febre Amarela – FA

É uma doença infecciosa febril aguda, imunoprevenível, causada pelo vírus *Flavivirus*, transmitida por vetores urbanos (*Aedes aegypti*) e silvestres (*Haemagogus e Sabethes*). Apresenta dois ciclos distintos, silvestre e urbano. O período de incubação varia em média de 3 a 6 dias. O quadro clínico da doença se caracteriza por manifestação de insuficiência hepática e renal tendo em geral apresentação bifásica, com um período inicial prodrômico (infecção) e um toxêmico, que surge após uma aparente remissão e, em muitos

casos, evolui para óbito em aproximadamente uma semana.

No Estado, entre os anos de 2017 a 2021 foram notificados por município de residência 34 casos suspeitos: 19 em Santana, 10 em Macapá, 3 em Mazagão e 1 em cada município de Laranjal do Jari e Ferreira Gomes e o ano de maior notificação foi 2017 com 20 casos notificados. Não houve nenhum caso confirmado no período.

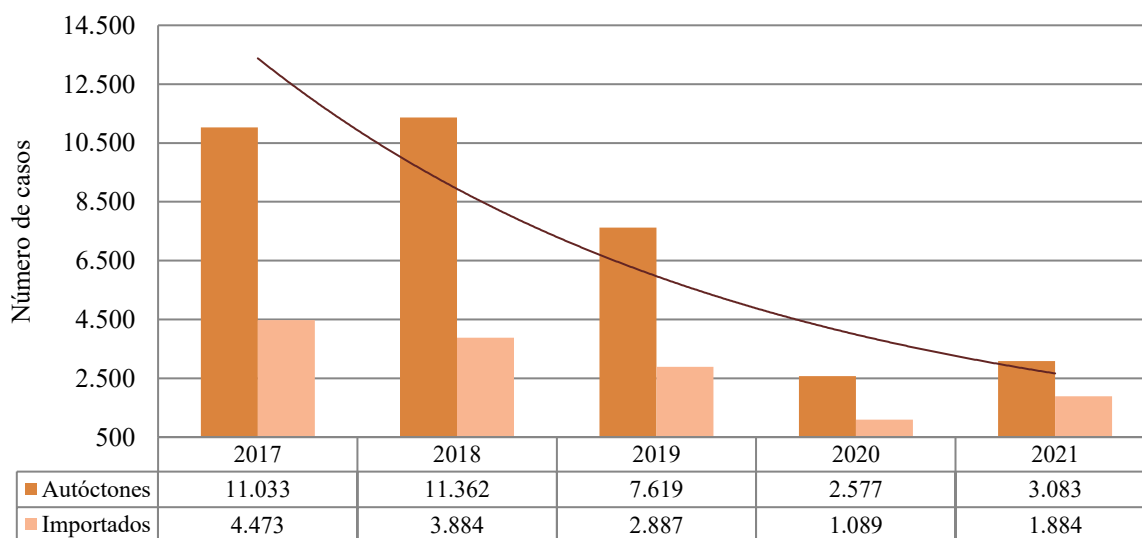
Malária

Avaliando o número de casos autóctones de malária no Estado, observar-se redução de 72,1% no período de 2017 a 2021, sendo a região de saúde Sudoeste a que apresentou maior redução (94,9%). Dos municípios com maior endemicidade para malária a redução foi maior em Santana com 98,8% seguido de Mazagão 88,9%, Laranjal do Jari (79,9%); Oiapoque (74,5%) Calçoene (60,7%) e em Porto Grande com 29,9%. Todos os municípios apresentaram redução no número de casos, com exceção de Itaubal.

De acordo com o Sivep-malária, em 2021, Porto Grande, Pedra Branca do Amapari, Calçoene e Oiapoque apresentaram maiores números de casos positivos. Infere-se isto às áreas propícias e às pessoas expostas principalmente nas atividades de extrativismo vegetal e extração mineral.

No período de 2017 a 2021, o Estado apresentou uma redução do número de casos de malária tanto dos casos autóctones quanto dos casos importados (Gráfico 13).

Gráfico 13: Número de casos autóctones e importados de malária por local provável de infecção Amapá/BR – 2017 a 2021



Fonte: Sivep-malária/SVS/Sesa.

Incidência Parasitária Anual – IPA

Quanto a incidência parasitária anual de malária (número de exames positivos de malária por 1.000 habitantes, em determinado espaço geográfico no ano considerado). O IPA classifica-se segundo o risco em: baixo à 0,1 a 9,9; médio à 10,0 a 49,9 e alto à $\geq 50,0$.

No período de 2017 a 2021, o Estado manteve-se em médio risco nos anos de 2017 a 2019 segundo a classificação do IPA, passando para baixo risco nos anos de 2020 e 2021; neste ano somente a região de saúde Norte foi de médio risco; nenhum município apresentou alto risco. Os de risco baixo em 2021 foram: Amapá, Tartarugalzinho, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Macapá, Laranjal do Jari, Mazagão, Santana e Vitória do Jari, (Tabela 24).

Os municípios de Calçoene e Oiapoque contribuíram para elevação do IPA da região de Saúde Norte; Pedra Branca do Amapari, Porto Grande e Serra do navio elevaram o IPA na região Central; quanto ao Estado comparando 2017 e 2021 houve redução de 73,2%.

Tabela 24: Incidência Parasitária Anual de malária nos municípios por local provável de infecção e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

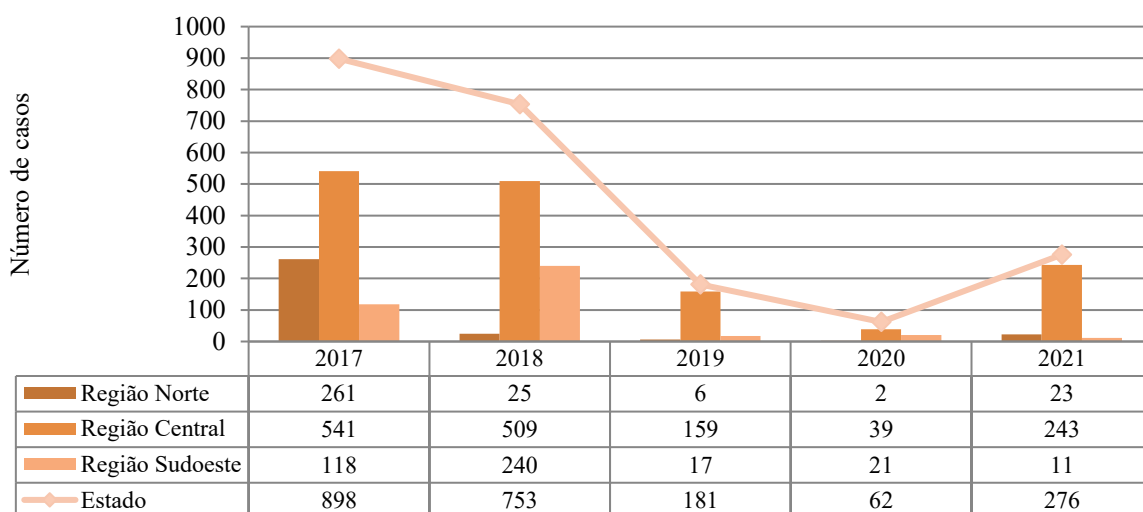
Região de saúde / Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	48,7	35,7	23,2	12,4	13,4
Amapá	3,2	0,9	1,2	0,3	0,2
Calçoene	124,7	45,8	45,9	27,6	52,2
Oiapoque	59,3	61,2	34,5	18,8	12,7
Pracuúba	1,3	1,2	0,8	-	-
Tartarugalzinho	21,1	17,7	9,1	2,4	1,3
Região Central	11,1	41,1	23,2	12,4	13,6
Cutias	0,9	2,4	1,5	0,0	1,1
Ferreira Gomes	8,1	4,6	4,5	3,8	3,1
Itaubal	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3
Macapá	6,3	5,9	4,2	1,1	1,0
P. B. Amapari	58,9	82,7	68,7	37,0	50,5
Porto Grande	78,2	88,1	60,7	27,9	48,1
Serra do Navio	64,6	87,4	44,1	24,4	36,6
Região Sudoeste	32,3	11,9	8,6	3,4	4,7
Laranjal do Jari	16,7	14,1	8,9	4,4	8,7
Mazagão	79,9	110,9	67,0	10,7	8,0
Santana	33,6	25,9	17,4	2,7	1,5
Vitória do Jari	6,5	1,6	0,8	1,0	1,0
Estado	19,4	18,4	12,4	4,3	5,2

Fonte: SIVEP-malária/SVS/Sesa.

Dengue

No Estado foram registrados 2.170 casos de dengue clássica no período de 2017 a 2021 apresentando uma redução de 62,3% bem como em todas as regiões de saúde, os anos de 2017 a 2018 foram de altas incidência demonstrando o comportamento cíclico da doença (Gráfico 14).

Gráfico 14: Número de casos de dengue confirmados por município de notificação e local provável de infecção por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021



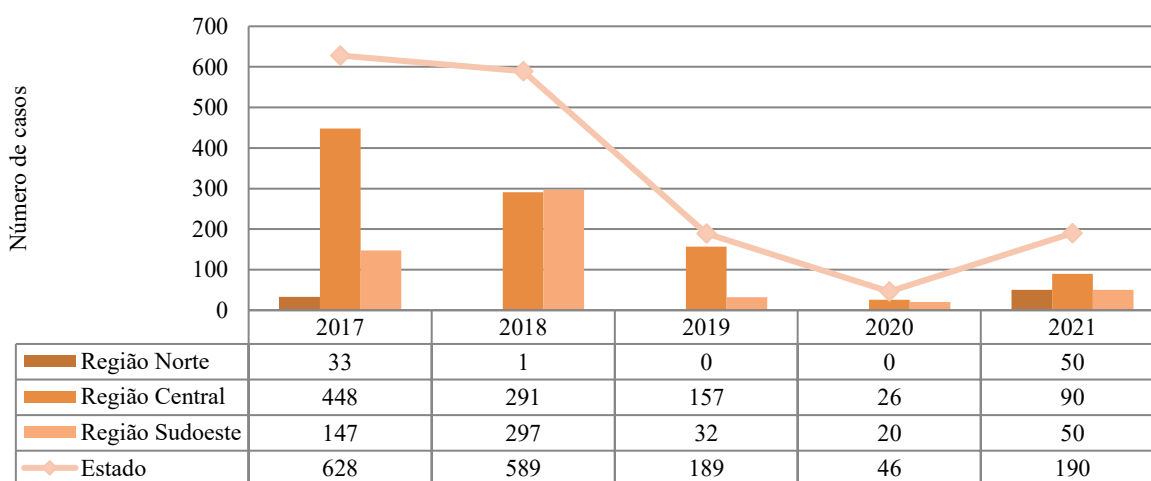
Fonte: Sinan/SVS/Sesa

Febre do Chikungunya

No Estado o primeiro registro de caso positivo importado da febre de chikungunya, ocorreu em julho de 2014 e o primeiro caso autóctone em agosto. No decorrer do mesmo ano 1.652 casos foram notificados e 1.519 confirmados. A região de saúde Norte foi a mais atingida, onde Oiapoque sofreu com a epidemia concentrando o maior número de registros.

No período de 2017 a 2021, 1.642 casos foram notificados apresentando uma redução de 69,7% e apenas 498 foram confirmados com redução real de 64,5% no número de casos devido as intervenções do controle vetorial e da vigilância entomológica (Gráfico 15).

Gráfico 15: Número de casos notificados de febre chikungunya, por região de saúde – Amapá, 2017 e 2021



Fonte: Sinan/SVS/Sesa

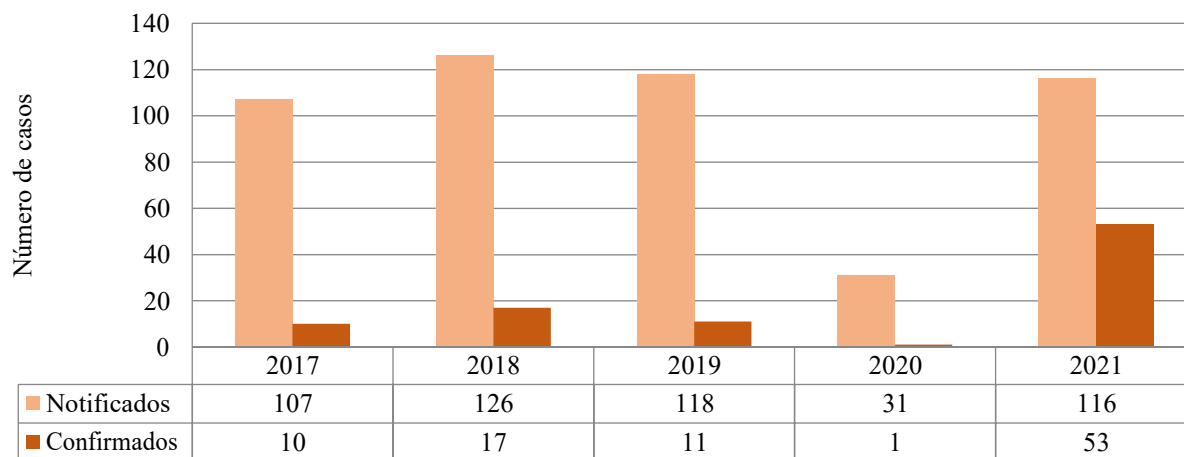
Febre pelo vírus Zika

É uma doença viral aguda, transmitida principalmente, pelos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Ae. albopictus*, caracterizada por exantema maculopapular pruriginoso, febre intermitente, hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia e dor de cabeça. A sazonalidade da Zika é semelhante à da dengue, com predomínio no primeiro semestre do ano. A circulação simultânea de dengue, Zika e chikungunya aumenta a probabilidade de erro de diagnóstico, o que reforça a necessidade de abordagem sindrômica para diagnóstico e medidas de controle.

É necessário aprimorar a vigilância integrada dessas doenças, visando à detecção oportuna, e a implementação de medidas de controle vetorial para reduzir a transmissão. Referindo-se especialmente ao Zika, é imprescindível garantir o manejo clínico dos casos agudos, a estimulação precoce dos bebês com síndrome congênita do vírus Zika e o tratamento adequado das manifestações neurológicas.

Os municípios que notificaram esse agravo no período foram: Macapá (327), Mazagão (11), Santana (06), Porto Grande (05), Oiapoque (04), Pedra Branca do Amapari e Laranjal do Jari (01); os casos confirmados no período tiveram aumento de 430,0%. De 2017 a 2021 no Estado foram confirmados 92 casos, sendo 2021 o ano de maior registro de casos e de maior incidência (Gráfico 16).

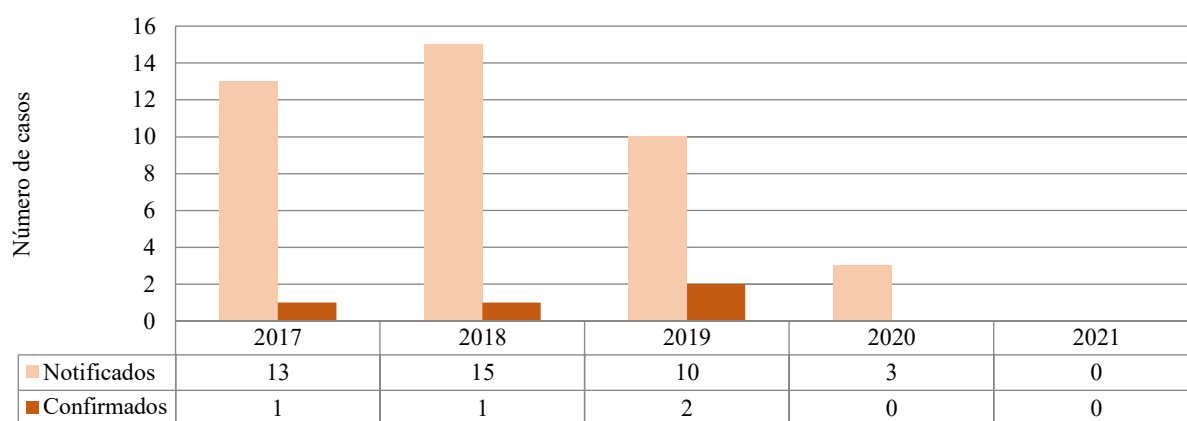
Gráfico 16: Número de casos notificados e confirmados de Zika vírus – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan net/SVS/Sesa. Acesso 21/07/2013

No período de 2017 a 2021 foram notificados 41 casos de Zika em gestantes sendo confirmados 4 casos. Os municípios notificantes foram: Pedra Branca do Amapari (19), Macapá (14), Porto Grande (4), Serra do Navio e Santana (2). Foram confirmados 4 casos em Macapá (Gráfico 17).

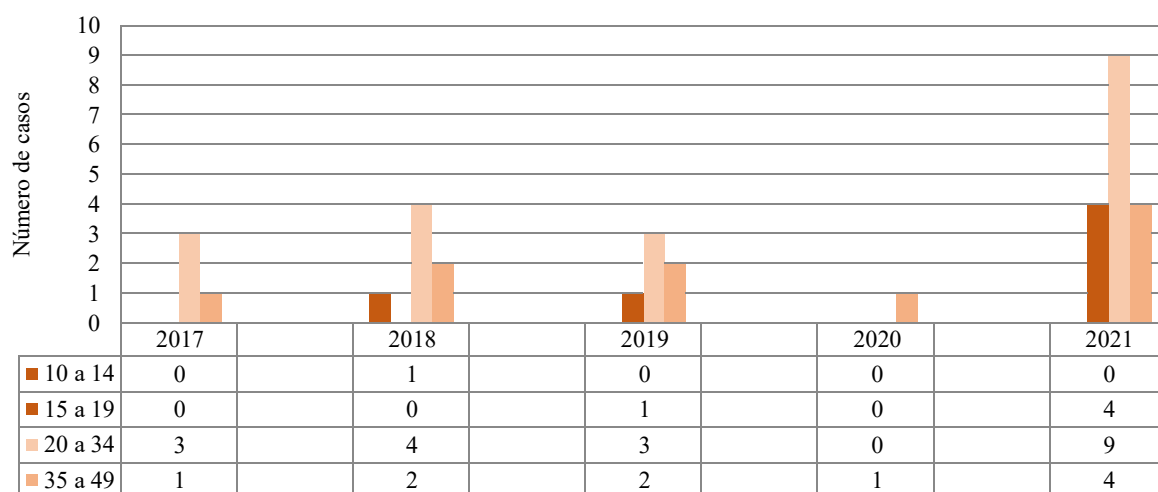
Gráfico 17: Número de casos notificados e confirmados de Zika em gestantes – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan net/SVS/Sesa.

No período de 2017 a 2021 foram confirmados 35 casos de Zika em mulheres em idade fértil, sendo 19 (54,2%) na faixa etária de 19 a 35 anos (Gráfico 18).

Gráfico 18: Número de casos confirmados de Zika vírus em mulheres em idade fértil – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: Sinan net/SVS/Sesa

Influenza

As Unidades Sentinelas da influenza têm como fim monitorar através de notificações e coleta de material para exames laboratoriais, dos casos que atendem a definição de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os registros desses agravos são inseridos no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).

A Vigilância Epidemiológica da Influenza no Estado conta hoje com quatro Unidades Sentinelas implantadas; sendo no Hospital de Emergências, Hospital da Criança e do Adolescente HCA no Hospital Estadual de Laranjal do Jari e no Hospital Estadual de

Oiapoque. No período de 2017 a 2021, foram registrados no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL 54 vírus de sendo 22 de H1N1, 15 de H3N2 e 13 de Influenza B.

Covid 19

No Amapá, foram registrados em 2021 no e-SUS notifica 58.686 casos confirmados para a Covid-19, ocorrendo 1.005 óbitos.

Devido a diferença populacional dos municípios amapaenses, o coeficiente de incidência foi calculado por 1.000 habitantes para melhor comparação entre as regiões. A região de saúde Sudoeste concentrou a maior incidência dos casos positivos (172,2/1.000 hab.), seguido da região de saúde Central (63,3/1.000 hab.) e Norte (61,0/1.000 hab.); o município com maior incidência foi Oiapoque com 108,9/1000 hab., seguido de Serra do Navio com 94,7 e Santana com 93,8/1.000 hab. A taxa de letalidade apresentou-se em maior percentual na região de saúde Central (2,2), enquanto a taxa do Estado foi de 1,7/1.000 hab. (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição dos casos (número, percentual e incidência), óbitos (número, percentual e letalidade) por Covid-19 por região de saúde e municípios – Amapá/BR, 2021

Região de Saúde/ Município de residência	Confirmados		Incidência p/ 1.000 hab.	Óbitos		Letalidade
	Nº	(%)		Nº	(%)	
Região Norte	4.442	7,6	61,0	44	4,4	1,0
Amapá	443	0,8	4,8	6	0,6	1,4
Calçoene	479	0,8	41,7	7	0,7	1,5
Oiapoque	3.107	5,3	108,9	22	2,2	0,7
Pracuúba	42	0,1	7,8	-	..	..
Tartarugalzinho	371	0,6	20,4	9	0,9	2,4
Região Central	37.229	63,4	63,3	801	79,7	2,2
Cutias	133	0,2	21,4	4	0,4	3,0
Ferreira Gomes	580	1,0	71,2	2	0,2	0,3
Itaubal	210	0,4	36,6	-	..	..
Macapá	34.625	59,0	66,6	779	77,5	2,2
Pedra B. do Amapari	569	1,0	32,3	6	0,6	1,1
Porto Grande	584	1,0	25,5	9	0,9	1,5
Serra do Navio	528	0,9	94,7	1	0,1	0,2
Região Sudoeste	17.015	29,0	172,2	160	15,9	0,9
Laranjal do Jari	3.176	5,4	60,7	43	4,3	1,4
Mazagão	1.338	2,3	59,6	14	1,4	1,0
Santana	11.704	19,9	93,8	89	8,9	0,8
Vitória do Jari	797	1,4	48,1	14	1,4	1,8
Estado	58.686	100,0	66,9	1.005	100,0	1,7

Fonte: e-SUS/CIEVS/SVS/AP, sujeitos a alteração.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numérico

Doença de Haff

A doença de Haff é uma síndrome com etiologia desconhecida, tendo como característica clínica o quadro de rabdomiólise com início súbito de rigidez e dores

musculares. Desta forma, há um aumento nos níveis de creatinofosfoquinase sérica (CPK) e outras enzimas musculares, pode-se haver o escurecimento da coloração urina, variando de avermelhada a marrom, característica que tornou a enfermidade popularmente conhecida como “doença da urina preta”. Para definição de caso, enquadram-se indivíduos com rabdomiólise de etiologia desconhecida e apresentou histórico de consumo de pescado (de água salgada ou doce) nas últimas 24h do início dos sinais e sintomas.

Em 2021 foram notificados 10 casos em Santana e 8 confirmados, sendo 5 do sexo feminino; com relação à faixa etária, 6 encontravam-se na fase economicamente ativa e 2 no grupo de 60 anos e mais.

Imunização

As vacinas são sem dúvida nenhuma, uma das intervenções em saúde pública de maior efetividade que demonstram maior impacto na redução de algumas doenças e mortes no Brasil e no mundo inteiro. As vacinas foram responsáveis pela eliminação de doenças como a varíola, pela interrupção da transmissão da poliomielite, do sarampo autóctone e isso é reconhecido pela população brasileira.

Os dados de vacinação infantil mostram que as coberturas vacinais em todo o país vêm sofrendo uma queda brusca, que coloca o Brasil entre os dez países com menor cobertura vacinal do mundo. A baixa cobertura vacinal no país deixa a população infantil exposta a doenças que antes não eram mais uma preocupação, como o sarampo, que foi erradicado no país em 2016 e em 2018 voltou para a lista de doenças no Brasil. Além do sarampo, outras doenças que correm o risco de voltar a acometer as crianças são a poliomielite, meningite, rubéola e a difteria.

No Estado do Amapá não é diferente, a análise das coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano no período de 2017 a 2021, mostra que há uma queda que se acentua a cada ano, muitos municípios atingiram coberturas em níveis abaixo das preconizadas pelo MS.

A Tabela 26 mostra que a vacina BCG foi a que obteve um maior percentual de municípios que atingiu cobertura vacinal adequada, no período analisado, isto se deve ao fato de ser vacina de dose única e aplicada ainda na maternidade. Em 2021 nenhum município atingiu as metas de vacinação para os imunos contra a Hepatite A e a Febre amarela.

Tabela 26: Número e proporção de município com coberturas vacinais adequadas de residentes para as vacinas do calendário de vacinação da criança – Amapá/BR, 2017 a 2021.

Ano	BCG		Hepatite B		Rotavírus		Meningo C		Penta		Pneumo		Pólio		FA		Hepatite A		TV D1	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2017	08	50,0	02	12,5	05	31,2	04	25,0	04	25,0	04	25,0	03	18,7	03	18,7	03	18,7	03	18,7
2018	12	75,0	06	37,5	08	50,0	06	37,5	06	37,5	07	43,7	07	43,7	03	18,7	03	18,7	06	37,5
2019	10	62,5	04	25,0	05	31,2	05	31,2	01	6,2	05	31,2	04	25,0	04	25,0	04	25,0	08	50,0
2020	11	68,7	02	12,5	02	12,5	03	18,7	01	6,2	02	12,5	01	6,2	01	6,2	01	6,2	02	12,5
2021	08	50,0	02	12,5	02	12,5	02	12,5	01	6,2	02	12,5	01	6,2	-	-	-	-	03	18,7

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br>- Acesso em: 10/02/2023.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento

Desde 1999, quando iniciou a campanha de vacinação contra a influenza, o Estado vem alcançando a meta de vacinação para os grupos prioritários, de 90%. Na tabela 27, observa-se que de 2017 a 2021 as metas de cobertura vacinal foram alcançadas para idosos e crianças, com exceção do ano de 2021, que o grupo das crianças alcançou apenas 72,8% da meta, provavelmente devido à pandemia que causou impacto negativo nas coberturas vacinais de um modo geral.

Tabela 27: Cobertura da campanha de vacinação contra a Influenza em crianças e idosos – Amapá/BR, 2017 a 2021.

Ano	Grupo prioritário	
	Crianças (%)	Idosos (%)
2017	97,3	106,7
2018	97,3	100,8
2019	101,7	105,3
2020	98,7	109,9
2021	93,3	72,8
2017	97,3	106,7

Fonte: sipni.datasus.gov.br (2017;2018;2019;2020) - localizaus.saude.gov.br

Várias são as causas das baixas coberturas vacinais em todo o país e no estado do Amapá, tais como: a percepção enganosa dos pais de que não é necessário mais vacinar porque as doenças desapareceram; o desconhecimento de quais são os imunizantes que integram o calendário nacional de vacinação, todos de aplicação obrigatória; o medo de que as vacinas causem reações prejudiciais; falhas no acesso às salas de vacinas que funcionam apenas um horário; insegurança de vacinadores em fazer múltiplas doses simultaneamente; a rotatividade de vacinadores; erros de registro e dificuldades com os sistemas de informações; a pandemia e as *fake news* que também causaram um grande impacto negativo

nas coberturas vacinais.

Saúde do Trabalhador

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. Pode ser classificado 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).

De 2017 a 2021 o Estado notificou 2.700 agravos à saúde do trabalhador, destes 1.366 (72,4 %) foram de acidente de trabalho típico e 521 (27,6 %) casos de acidente de trabalho de trajeto e 813 de (30,1%) por exposição a material biológico. O SIM estadual registrou 61 óbitos de residentes, com incremento de 160%.

Na tabela 28 observa-se um aumento de 94,6% dos casos de acidente de trabalho típico no período analisado; sendo 2020 o ano de maior número de notificações. A região de saúde central é a que mais registrou por ter maior concentração populacional de trabalhadores expostos a fatores de risco ocupacionais.

Tabela 28: Número de notificações de acidentes de trabalho típico por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021.

Região /Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	1	-	1	31	15
Amapá	1	-	-	-	-
Oiapoque	-	-	1	31	15
Região Central	87	76	111	269	276
Cutias	3	8	3	-	1
Macapá	63	49	87	201	257
P. B. do Amapari	-	-	-	59	13
Porto Grande	21	19	18	9	5
Serra do Navio	-	-	3	-	-
Região Sudoeste	96	120	109	107	67
Laranjal do Jari	29	15	4	-	39
Mazagão	3	12	33	43	20
Santana	64	93	72	39	7
Vitória do Jari	-	-	-	25	1
Estado	184	196	221	407	358

Fonte: Sinan-NET/SVS/Sesa. Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Na tabela 29, constatou-se o registro dos casos notificados de acidente de trabalho de trajeto uma redução de 25,4% no período analisado e aumento de 237,0% referente aos dois últimos anos. Os municípios de Amapá, Calçoene, Pracuúba, Tartarugalzinho, Itaubal, Ferreira Gomes, Serra do Navio e Vitória do Jari permaneceram silenciosos.

Tabela 29: Número de notificações de acidentes de trabalho de trajeto por município de residência e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região /Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	0	3	3	3	9
Oiapoque	-	3	3	3	9
Região Central	108	104	152	20	60
Cutias	-	1	-	-	-
Macapá	107	94	148	19	60
P. B. do Amapari	-	8	-	1	-
Porto Grande	1	1	4	-	-
Região Sudoeste	14	12	7	4	22
Laranjal do Jari	8	-	-	-	1
Mazagão	2	2	1	3	21
Santana	4	10	6	1	-
Estado	122	119	162	27	91

Fonte: Sinan-NET/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numéricos

No Estado houve redução de 25% no número de notificações de acidentes com material biológico. A região Central concentrou as notificações apresentando redução de 27,4% no período analisado (Tabela 30).

Tabela 30: Número de notificações de acidentes com exposição a material biológico de residentes e região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021.

Região /Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	2	-	10	4	4
Amapá	1	-	1	-	-
Calçoene	-	-	-	1	-
Oiapoque	1	-	8	1	2
Pracuúba	-	-	-	-	-
Tartarugalzinho	-	-	1	2	2
Região Central	175	120	157	110	127
Cutias	-	-	2	12	-
Ferreira Gomes	-	-	1	-	-
Itaubal	-	-	-	-	-
Macapá	175	120	150	95	119
P. B. Amapari	-	-	1	3	7
Porto Grande	-	-	1	-	1
Serra do Navio	-	-	2	-	-
Região Sudoeste	18	36	24	11	15
Laranjal do Jari	5	13	3	4	4
Mazagão	11	19	17	6	8
Santana	1	1	3	-	1
Vitória do Jari	1	3	1	1	2
Estado	195	156	191	125	146

Fonte: Sinan-NET/SVS/Sesa. Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

Internação Hospitalar

No período de 2017 a 2021 o número de internações de residentes no Estado aumentou em 5,9%, a região de saúde Norte e Central apresentaram acréscimo de 34,7% e 6,9% respectivamente e a Sudoeste houve redução de 4% (Tabela 31).

Tabela 31: Número de internações hospitalares por região de saúde e município de residência – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região /Município	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	2.443	2.802	3.260	2.673	3.291
Amapá	353	455	351	277	269
Calçoene	550	745	769	370	355
Oiapoque	1.215	1.219	1.696	1.627	2.149
Pracuúba	97	96	90	81	93
Tartarugalzinho	228	287	354	318	425
Região Central	21.152	23.510	25.864	22.303	22.608
Cutias	91	106	86	70	105
Ferreira Gomes	229	249	241	207	204
Itaubal	152	202	173	163	158
Macapá	19.651	21.832	24.111	20.872	21.071
P. B. Amapari	327	349	416	320	356
Porto Grande	632	609	722	580	631
Serra do Navio	70	163	115	91	83
Região Sudoeste	9.337	9.994	9.928	8.178	8.967
Laranjal do Jari	3.072	3.148	2.816	2.582	3.820
Mazagão	654	857	895	650	713
Santana	5.023	5.389	5.610	4.434	3.643
Vitória do Jari	588	600	607	512	788
Estado	32.932	36.306	39.053	33.154	34.866

Fonte: SIH/Datasus.

Na série histórica de 2017 a 2021, com exceção do capítulo XV, as três principais causas de internações hospitalares dos leitos cadastrados no SUS de residentes do Estado por Capítulo CID 10 foram: Algumas doenças infecciosas e parasitárias com 14.982; as doenças do aparelho respiratório com 17.267, seguido das doenças do aparelho digestivo também com 13.383. As internações por algumas afecções originadas no período perinatal que figuram como a oitava causa registraram incremento (36,7%) e neoplasias (10,5%). Em 2021, gravidez, parto e puerpério foram responsáveis por 39,4% das internações hospitalares, algumas doenças infecciosas e parasitárias 15,1% e do aparelho respiratório 8,2.

Dentre os eventos e agravos relacionados às Algumas doenças infecciosas e parasitárias no período de 2017 a 2021, outras doenças virais representaram 29,95% (2.516 casos em que estão incluídos os casos de Covid); a sífilis congênita apresentou incremento de 654,5%, passando de 33 internações para 527, outro agravo preocupante é o sarampo com 199 internações e as septicemias que passou de 50 para 241 com aumento percentual de 382. Considerando as internações nos estabelecimentos com leitos cadastrados no SUS no

período de 2017 a 2021 o Hospital da Mulher Mãe Luzia concentrou 30,4% das internações seguido do Hospital São Camilo e São Luís com 15,7%, Hospital Estadual de Santana com 11,3% e Hospital Estadual de Laranjal do Jari com 9,9%, Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz com 8,7%.

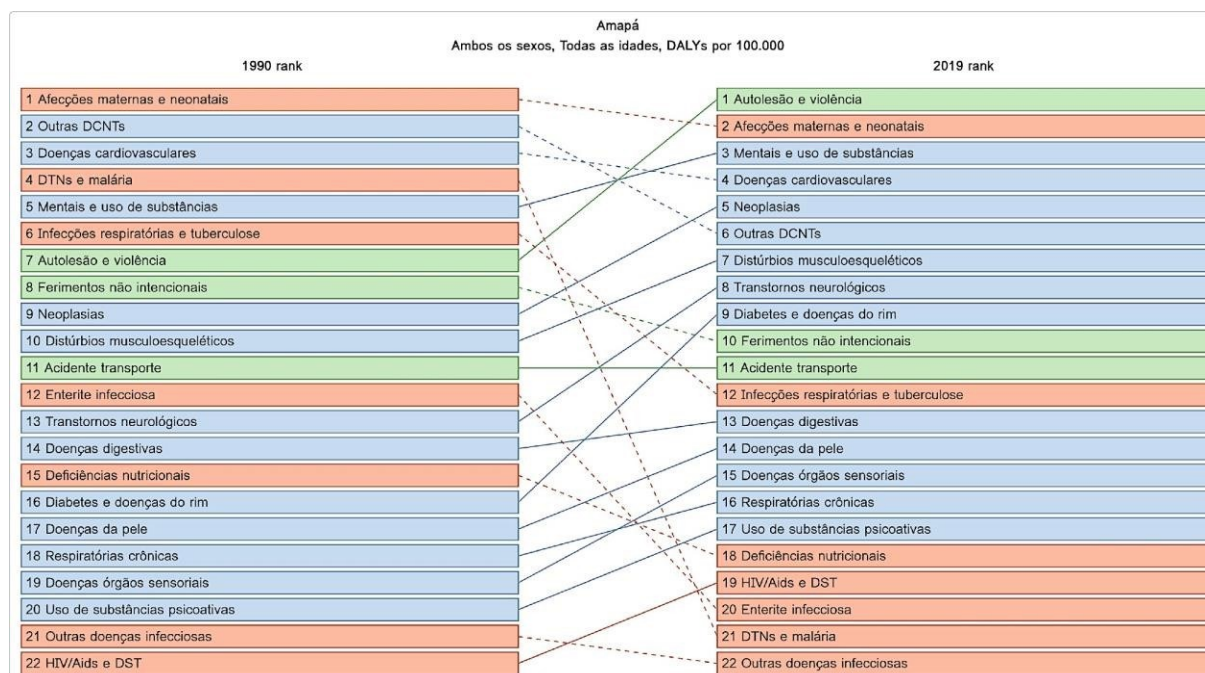
3.3 INDICADORES DE SAÚDE DE MORTALIDADE

Mortalidade Geral

A maior mortalidade no Amapá nas últimas 3 décadas continua sendo por doenças cardiovasculares. Já as doenças crônicas como diabetes e neoplasias superaram os óbitos por afecções maternas e neonatais.

Houve uma mudança no perfil das causas de mortalidade geral, onde se destaca o aumento no rank de autolesão e violências, uso de substâncias psicoativas, doenças digestivas e transtornos neurológicos e a diminuição considerável de enterite infecciosa e doenças nutricionais, conforme Figura 07.

Figura 07: Perfil das Causas de Mortalidade Geral no Amapá.



Fonte: OMS, 2019.

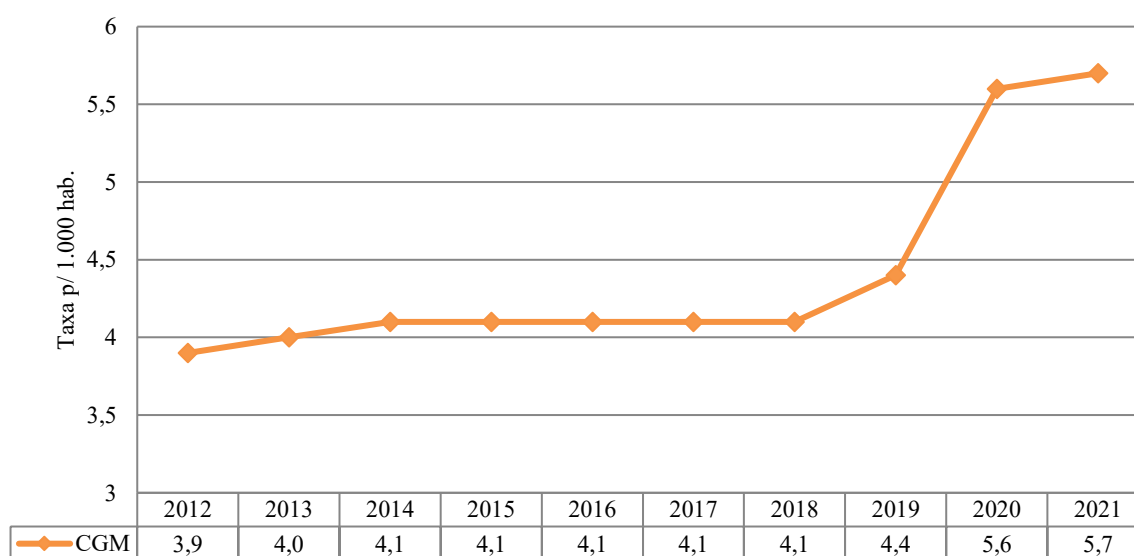
Analisando os dados de 2021, foram registrados 4.964 óbitos de residentes, destes 4.750 (95,7%) foram não fetais e 214 (4,3%) fetais. Dentre os fetais a maioria da causa de morte foi relacionada a afecções maternas (46,7%). Dos óbitos registrados entre 2017 a 2021 a maior ocorrência foi em hospitais com aumento de 42,1%, já os informados em domicílios o aumento foi de 48,8 % (Tabela 32).

Tabela 32: Número de óbitos de residentes por local de ocorrência – Amapá/BR, 2017 a 2021

Local de ocorrência	2017	2018	2019	2020	2021
Hospital	2.434	2.496	2.582	3.285	3.459
Outros estabelecimentos de saúde	41	72	92	179	214
Domicílio	547	611	647	895	814
Via pública	155	190	208	210	202
Outros	190	190	203	245	267
Ignorado	3	15	6	16	8
Total	3.370	3.574	3.738	4.830	4.964

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Observa-se no Gráfico 19 que o Coeficiente Geral de Mortalidade – CGM a partir de 2013 começou a registrar melhoria na cobertura das informações, indicando taxa de 4/1.000 habitantes, já em 2020 esse indicador foi de 5,6/1.000 em virtude dos óbitos ocorridos durante a pandemia do novo coronavírus.

Gráfico 19: Coeficiente geral de mortalidade – Amapá/BR, 2012 a 2021

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas

Em 2021, no Estado a maior proporção de óbitos por grupo de causa Capítulo CID 10, na população residente foram atribuídas ao Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias com 1.232 óbitos (25,96%), onde alberga os óbitos ocorridos pelo novo Coronavírus; em segundo as causas externas de morbidade e mortalidade, responsável por 783 óbitos (16,50%) em terceiro as Doenças do aparelho circulatório com 725 (15,28%); seguido das neoplasias 516 (10,87%) (Tabela 32).

Somando as principais causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório e neoplasias) que representam 26,2% do total de óbitos

ocorridos em 2021, além dos óbitos por diabetes, inclusos no Capítulo IV e os por doenças respiratórias crônicas do Capítulo X reforça-se a importância de manter o foco nestas causas, além dos seus fatores de riscos na prevenção desses agravos.

Tabela 33: Mortalidade proporcional por grupos de causa Capítulo CID 10 – Amapá/BR, 2021

Causa Capítulo CID 10	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.232	25,96
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	783	16,50
IX. Doenças do aparelho circulatório	725	15,28
II. Neoplasias (tumores)	516	10,87
X. Doenças do aparelho respiratório	354	7,46
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	268	5,65
XVIII. Sintomas sinais e achados anômala, exames clínicos e laboratoriais	239	5,04
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	165	3,48
XI. Doenças do aparelho digestivo	159	3,35
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	85	1,79
VI. Doenças do sistema nervoso	79	1,66
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	62	1,31
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtorno imunitário	24	0,51
XV. Gravidez, parto e puerpério	18	0,38
V. Transtornos mentais e comportamentais	16	0,34
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	0,23
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	10	0,21
Total	4.746	100,00

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Mortalidade por Ciclo de vida

Analisando os óbitos de residentes do Estado em 2021 por ciclos de vida e Causa Capítulo (CID 10), 214 foram fetais, dentre os 299 óbitos ocorridos em menores de um ano, algumas afecções originadas no período perinatal (160) representam 53,5% em menores de 28 dias; o período neonatal precoce (135) representou 45,2% destes. Na faixa etária de 28 dias a menores de 1 ano (104), as Malformações congênita, deformidades e anomalias cromossômica (28) contribuiu 9,4%.

Na faixa etária de 1 a 9 anos as causas externas representaram 28,4% do total de 67 óbitos. As causas externas continuam como primeira causa de óbito na faixa etária de 10 a 59 anos; categorizando por faixa etária: 74,1% de 20 a 59 anos e 30,1% de 10 a 19 anos.

Dos 1.872 óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos, onde concentra a população economicamente ativa, as causas externas representam 30,1%, no segundo grupo estão: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (27,5%) e as neoplasias com 11,2%.

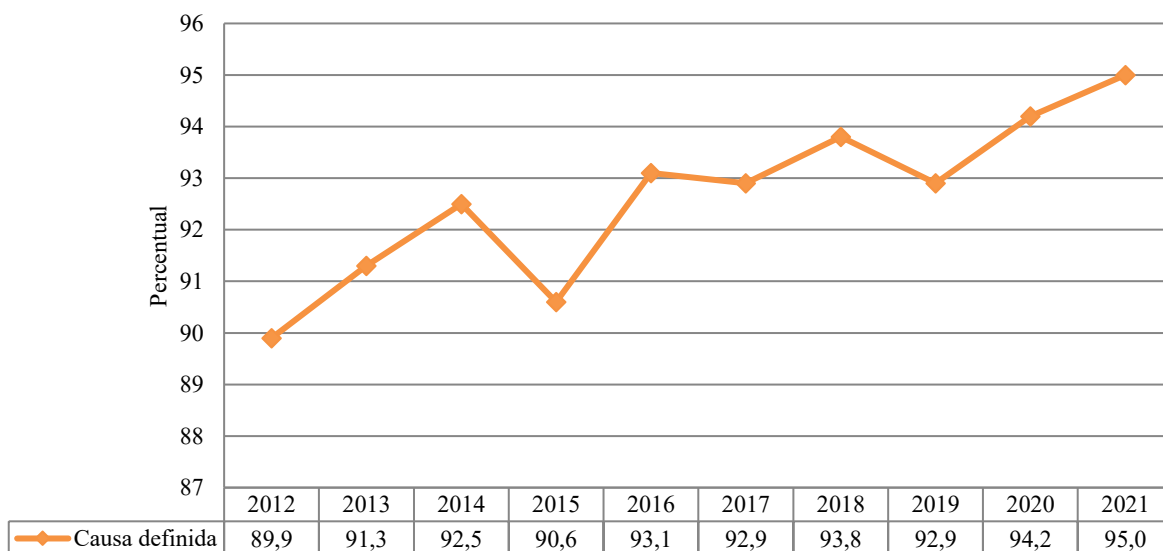
Na faixa etária de 60 anos e mais dos 2.323 óbitos, 29,0% são devidos às doenças infecciosas e parasitárias; seguido das doenças do aparelho circulatório com 22,9%; as neoplasias são a terceira causa com 12,3%.

Mortalidade por Causa Básica Definida

A proporção de registros de óbitos com causa básica definida é uma diretriz nacional segundo indicador do Sispecto com parâmetro de 90% até 2016 e passando para 95% até 2021 com objetivo de aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral nos vários ciclos de vida; possibilitando a inferência sobre a qualidade das informações relativas as causas de mortalidade e mede a participação relativa dos principais grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida dos óbitos não fetais notificados; assim sendo o Estado atingiu a meta em 2021.

Na série histórica 2012 a 2021 observa-se aumento de 5,7% na causa básica definida, provavelmente pela melhoria no preenchimento da Declaração de Óbito e das investigações dos óbitos de mulheres em idade fértil, materna e infantil e nas causas Garbage (Gráfico 20).

Gráfico 20: Evolução do percentual de óbitos por causas definidas – Amapá/BR, 2012 a 2021



Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Mortalidade pelo Grupo de Causa Garbage

No Brasil dados do Ministério da Saúde revelam que aproximadamente 1/3 das mortes são atribuídas a um conjunto de causas denominadas códigos “*garbage*” (CG), que não podem ser consideradas causas básicas do óbito ou são códigos mal definidos ou pouco específicos, sendo, portanto, inadequado utilizá-los do ponto de vista da saúde pública.

Dentre os óbitos não fetais em 2021, o Estado apresentou 23,9% de causa Garbage, que tem como recomendação 10% a 15% (os dados de óbitos por Covid 19 não foram contabilizados nessa análise). O município de Cutias teve o maior percentual de causas

Garbage (40,0%), já Itaubal apresentou o maior percentual de causa básica específica definida. (83,3%).

Considerando o percentual de óbitos com causa Garbage dos maiores municípios, Macapá (22,7%), Santana (29,2%), e Laranjal do Jari (19,7%) apresentaram melhoria em relação a 2020 devido aos esforços na correção da base de dados através dos resultados da investigação. Por apresentarem os maiores percentuais de Códigos Garbage, os municípios de Cutias, Pracuúba, Pedra Branca do Amapari, e Amapá devem concentrar esforços na capacitação dos técnicos desses municípios para melhorar a qualidade dos dados.

Dentre outras estratégias para redução do percentual dos códigos poucos específicos está a implantação do Serviço de Verificação de Óbito

Mortalidade por Causa Específica

O indicador de mortalidade por causa específica (exceto causa mal definida) possibilita analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade por grupos de causas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; bem como, contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas (RIPSA, 2008).

Analisando os óbitos por causa específica do Estado em 2021 houve uma mudança no cenário epidemiológico em virtude da pandemia do novo coronavírus, sendo as cinco principais: Doenças por vírus de localização NE (COVID-19) 1.068 (23,7%), Agressão disparo outra arma de fogo ou NE 265 (5,9%) Infarto agudo do miocárdio 187 (4,1%): Diabetes mellitus NE 158 (3,5%); Pneumonia por microrganismos NE 141 (3,1%) e Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico 108 (2,4%) (Tabela 34).

Tabela 34: Número e percentual de óbitos de residentes por causa específica CID 10 3D – Amapá/BR, 2021

Causa específica (3D)		Nº	%
B34	Doenças p/vírus de localização NE	1.068	23,7
X95	Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	265	5,9
I21	Infarto agudo do miocárdio	187	4,1
E14	Diabetes mellitus NE	158	3,5
J18	Pneumonia por microrganismos NE	141	3,1
I64	Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	108	2,4
I10	Hipertensão essencial	81	1,8
Y35	Intervenção legal	81	1,8
X99	Agressão objeto cortante ou penetrante	71	1,6

A41	Outras septicemias	63	1,4
I67	Outras doenças cerebrovasculares	63	1,4
J44	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	61	1,4
X70	Lesão autoprovocada intenção enforcamento estrangulamento e sufocamento	58	1,3
C16	Neoplasia maligna do estomago	56	1,2
C53	Neoplasia maligna do colo do útero	55	1,2
C34	Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	53	1,2
	Demais causas	1.938	43,0
	Total	4.507	100,0

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Mortes Evitáveis

Evitabilidade ou mortes evitáveis: trata-se de um agravo ou situação, prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e a intervenção acertada.

A Lista Brasileira de Mortes Evitáveis elaborada por especialistas de diversas áreas e coordenada pelo Ministério da Saúde e é construída para duas faixas etárias: menores de cinco anos e de cinco a setenta e quatro anos. (MALTA, D. C. *et al*, 2010).

Em relação às ocorrências dos óbitos por evitabilidade em menores de 5 anos no Estado de 2017 a 2021, considerando o percentual de causas evitáveis a redução nesse período foi de 21,8 % e aumento de 51,8% nas não claramente evitáveis. Os óbitos em menores de 5 anos por tipo de evitabilidade no Estado de 2017 a 2021 estão detalhados na Tabela 35.

Tabela 35: Número e proporção de óbitos por tipo de evitabilidade em menores de 5 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

Tipo de evitabilidade reduzíveis por:	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações de imunização	-	..	1	0,5	-	..	-	..	2	0,8
Adequada atenção à mulher na gestação	77	29,1	90	41,1	88	38,9	71	34,8	95	39,6
Adequada atenção à mulher no parto	28	10,6	19	8,7	21	9,3	22	10,8	28	11,7
Adequada atenção ao recém-nascido	73	27,5	50	22,8	41	18,1	53	26,0	45	18,8
Ações de diagnóstico e tratamento adequado	49	18,5	35	16,0	46	20,4	33	16,2	45	18,8
Ações de prom. à saúde vinculada a ações de atenção	38	14,3	24	11,0	30	13,3	25	12,3	25	10,4
Total de evitáveis	265	100,0	219	100,0	226	100,0	204	100,0	240	100,0

Fonte: Datasus/MS

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numéricos

As ocorrências dos óbitos por evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos no Estado de 2017 a 2021 reduziram em 24,9% no período passando de 76,3% para 57,3% (Tabelas 36).

Tabela 36: Número e proporção de óbitos por evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

Evitabilidade	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Causas evitáveis	1.506	76,3	1.595	75,2	1.667	74,5	1.689	56,2	1.857	57,3
Causas mal definidas	130	6,6	140	6,6	152	6,8	152	5,1	161	5,0
Demais causas (não claramente evitáveis)	338	17,1	386	18,2	418	18,7	1.166	38,8	1.221	37,7
Total	1.974	100,0	2.121	100,0	2.237	100,0	3.007	100,0	3.239	100,0

Fonte: Datasus/MS

A tabela 37 mostra os óbitos ocorridos na faixa etária de 5 a 74 anos por tipo de evitabilidade. No Estado de 2017 a 2021 as ocorrências evitáveis por Ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis foram a de maior registro, com média anual de 821 óbitos, passando de 47,9% para 47,4%, com redução de 1% no período; nas Ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna a média anual foi 9 óbitos, com aumento de 150% no período; e nas ações reduzíveis por imunoprevenção houve registro de 6 óbito evidenciando a baixa cobertura vacinal.

Tabela 37: Número e percentual de óbitos por tipo de evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

Tipo de evitabilidade	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações reduzíveis por imunoprevenção	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	3	0,2
Adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna	6	0,4	14	0,9	5	0,3	15	0,9	18	1,0
Adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	184	12,2	182	11,4	221	13,3	199	11,5	222	12,0
Adequadas de prom. à saúde, prevenção, controle e atenção às d. não transmissíveis	721	47,9	774	48,5	845	50,7	887	51,2	880	47,4
Ações intersetoriais adequada promoção à saúde, prev. e atenção às causas externas	594	39,4	625	39,2	595	35,7	631	36,3	734	39,5
Total de óbitos evitáveis	1.506	100,0	1.595	100,0	1.667	100,0	1.733	100,0	1.857	100,0

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

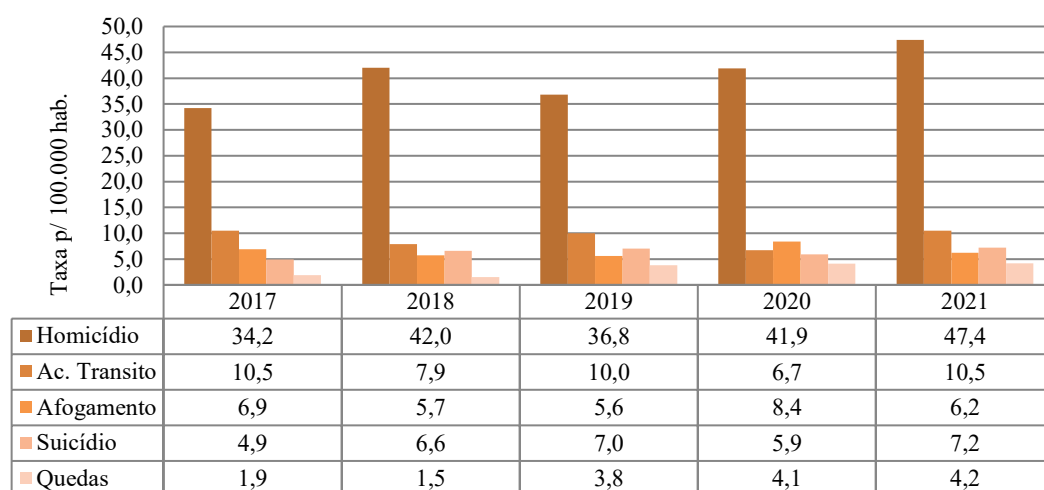
Mortalidade por causas externas

As mortes por violência incluem agressões interpessoais, violência auto infringida (suicídio) e atos de guerra ou conflitos civis, enquanto as mortes por lesões consideradas acidentais resultam de colisões no trânsito, afogamentos, envenenamentos, quedas e queimaduras.

Os acidentes e as violências têm sido uma preocupação dos gestores e profissionais de saúde em decorrência de sua magnitude e da complexidade envolvida em sua causalidade para o seu enfrentamento no apoio de políticas e ações de prevenção, promoção da saúde e da cultura da paz.

A observação da série histórica dos coeficientes de mortalidade por causas externas no Estado, no período de 2017 a 2021, revela aumento de 38,6% na taxa dos homicídios que figura como primeira causa de morte violenta; acidentes de trânsito constituem a segunda causa permanecendo estável, houve diminuição de 10,1% na taxa de afogamento e aumento de 46,9% suicídios e 121% nos óbitos por quedas (Gráfico 21).

Gráfico 21: Coeficiente de mortalidade por causas externas – Amapá/BR, 2017 a 2021.

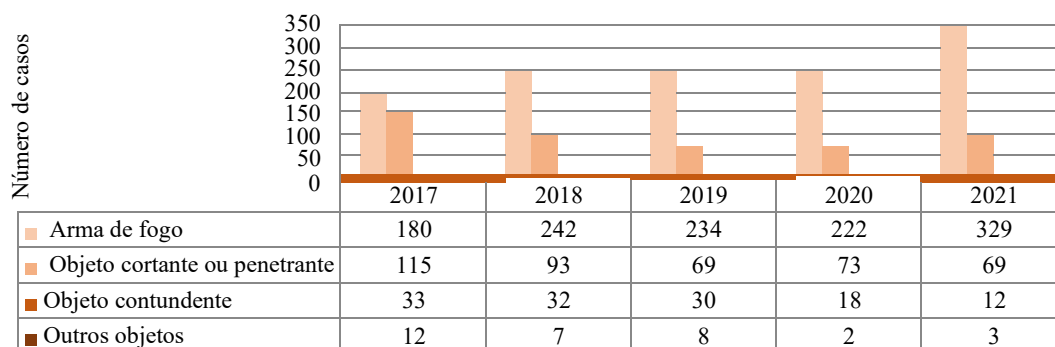


Fonte: SIM/SVS/SESA, 2021.

Homicídios

Em 2019, houve uma redução da taxa de homicídios no Brasil, região e estados, com retomada do crescimento em 2020. A região norte possui a mais alta taxa de homicídios e o estado do Amapá segue entre os 18 estados com taxa superior à nacional (21,7/100.000 hab. em 2019). Quanto ao meio utilizado pelo agressor, predomina a arma de fogo em 75% dos casos, com aumento progressivo a partir do ano de 2018, seguido do uso de arma branca (Gráfico 22).

Gráfico 22: Número de óbitos por homicídio e meio de agressão – Amapá/BR, 2017 a 2021.



Fonte: SIM/SVS/SESA, 2021.

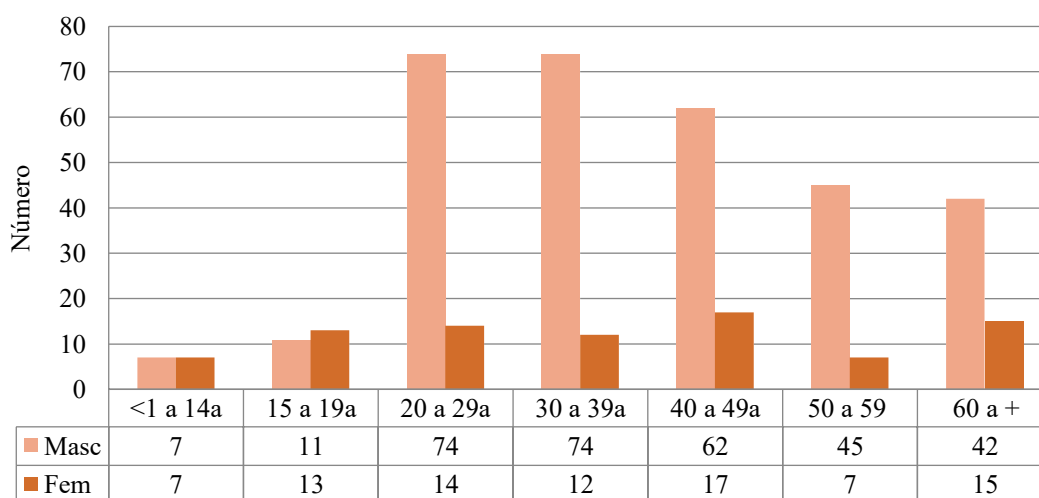
Acidentes de trânsito

No Brasil as taxas dos acidentes de trânsito vêm sofrendo redução progressiva, passando de segunda para terceira causa de morte violenta no Estado do Amapá. Entre 2017 e 2021 a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito foi de 10,5 por 100 mil/hab.

Destaca-se a redução em 2020 que foi de 6,7 que pode ter sido motivada por um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento da Covid 19 como o *lockdown*, com 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), redução da circulação de pessoas e veículos – medidas que geraram repercussão também nos acidentes de trânsito.

No gráfico 23, evidencia-se a sobre mortalidade masculina (79%) na faixa etária entre 20 e 39 anos.

Gráfico 23: Mortalidade por acidentes de trânsito segundo sexo e faixa etária, Amapá/BR, 2017 a 2021.



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP, 2021.

Suicídios

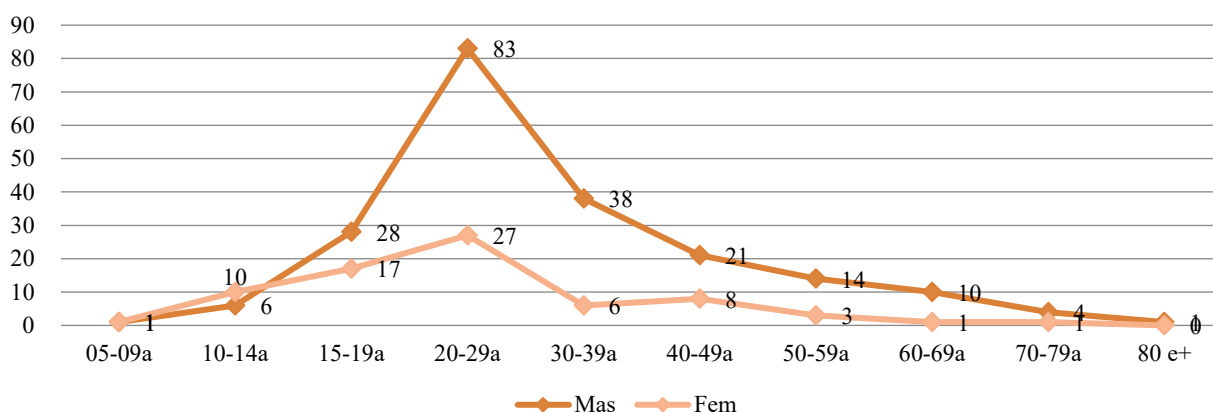
No Brasil, constitui a terceira maior causa de morte entre jovens do sexo masculino entre 15 e 29 anos de idade, cerca de 40 mortes por dia e 8,6 milhões gastos com internações hospitalares (OMS, 2019). Em 2019, dados do SIM demonstraram que os suicídios resultaram em 13.523 mortes, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil habitantes.

Trata-se de um grave problema de saúde pública mundial, em especial pelos crescimentos na população mais jovem (adolescência e início da fase adulta) - principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas (NOCK; BORGES; ONO, 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 à violência e discriminação no ambiente escolar e o uso de substâncias psicoativas.

No estado do Amapá, desde o ano de 2017, a mortalidade por suicídio atingiu principalmente na faixa etária de 20 a 39 e anos, no sexo masculino, tendo como principal meio o enforcamento. Chama a atenção a maior ocorrência no sexo feminino na faixa etária de 10 a 14 anos.

Gráfico 24: Mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2017 a 2021.



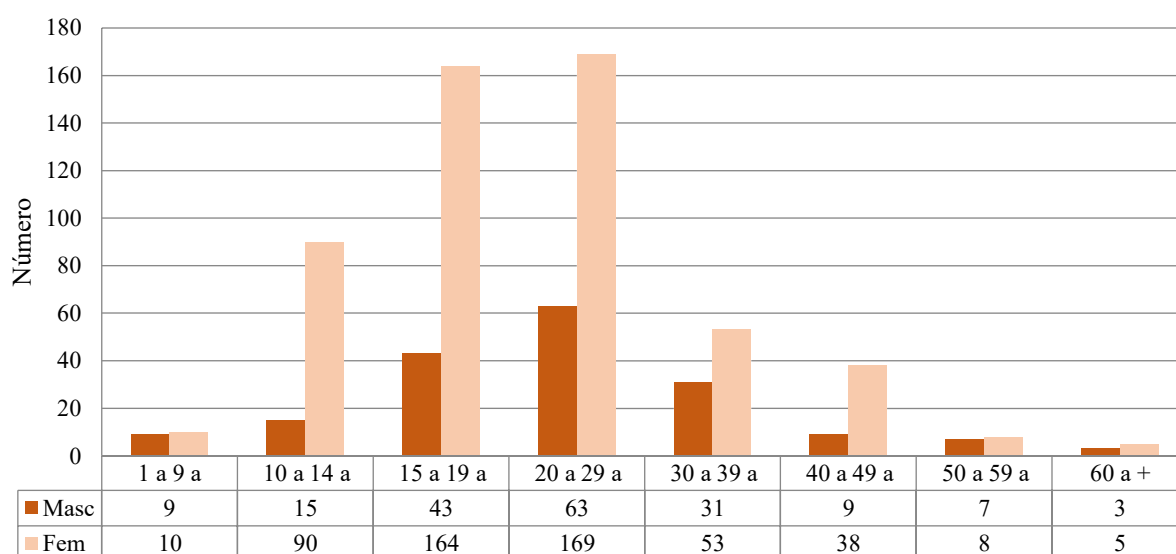
Fonte: SIM/SVS/Sesa/AP extraído em 06.07.20

Notificação da lesão autoprovocada

Este agravo ainda é muito estigmatizado e subnotificado. O aumento das notificações se apresenta como um grande desafio. O número de notificações de lesão autoprovocada aumentou no período de 2017 a 2019, saltando de 79 para 199 respectivamente, uma curva ascendente com aumento de 151,9%, situação que se modificou em 2020 durante a pandemia da Covid-19, onde muitos serviços (20 serviços) deixaram de notificar as violências em geral.

Observa-se através do monitoramento das notificações registradas no SINAN que a maioria das vítimas de lesão autoprovocada é do sexo feminino, na faixa etária entre 15 e 29 anos (Gráfico 25). Quanto ao meio, são utilizados principalmente medicamentos, venenos, pesticidas, instrumentos cortantes.

Gráfico 25: Número de lesão autoprovocada segundo sexo e faixa etária Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: SIM/SVS/Sesa/AP extraído em 06.07.2022

A partir de 2020 o mundo vem vivenciando uma situação atípica, com repercussão em todos os países, a pandemia de Covid-19, cujas medidas preventivas como lockdown, rodízio de circulação de veículos, transformação de atividades presenciais em online, frequência aos espaços de trabalho substituídos trabalho remoto, produziram uma mudança significativa na rotina das pessoas, suas interações sociais, a privação da circulação em espaços públicos seja a trabalho, estudos, lazer, atividade física, entre outros. Devido a toda instabilidade, perdas de familiares, colegas de trabalho ou amigos devido à doença, sobrecarga dos profissionais de saúde, a rede de apoio emocional e atendimento psicossocial seja na modalidade online ou presencial foi ampliada.

Não se pode afirmar se as restrições citadas ou a ampliação do atendimento psicossocial interferiram na redução tanto na notificação das lesões autoprovocadas quanto na taxa de óbitos por suicídio, são questões que necessitam de uma avaliação mais específica de suas repercussões na vida das pessoas.

Conforme constatado em supervisão realizada pela área técnica das doenças e agravos não transmissíveis, as portas hospitalares e de urgência e emergência (Hospitais, Unidades Mistas, UPA) e as UBS em todo o Estado constatou que 70% dos serviços de saúde de referência não possuem protocolo e fluxograma de atendimento às vítimas de violência, inclusive autoprovocada (tentativas de suicídio). A articulação interna dos serviços e com a rede intersetorial é fundamental para que estas vítimas não venham a concretizar o óbito por suicídio.

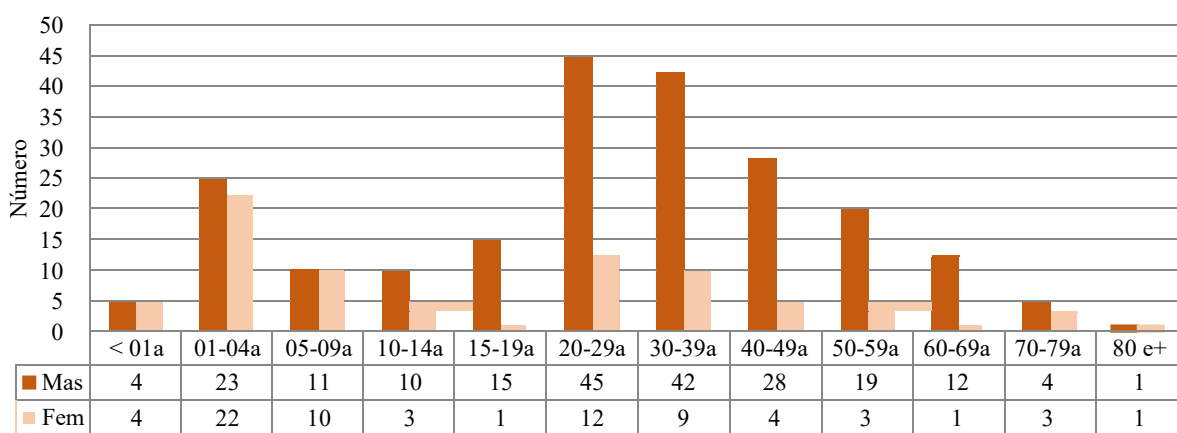
A ampliação (capilaridade) e divulgação da rede de atendimento e seu fluxograma é de fundamental importância tanto para a população quanto para os profissionais que atuam nos serviços da rede socioassistencial, de maneira direta ou indireta (programas sociais, educativos, esportivos).

Afogamentos

O afogamento é uma das principais causas de morte em crianças e adultos jovens no Brasil. Em 2018, foi a 2ª causa óbito de 1 a 4 anos, 3ª causa de 5 a 14 anos, 4ª de 15 a 24 anos. No Estado, a taxa de afogamento está entre as maiores do Brasil, sendo de 6,2 a cada 100 mil habitantes no ano de 2021. No ano de 2018 a taxa de 5,78 foi a terceira maior do país, em 2020 o Estado foi campeão com 8,4/100.000, taxa acentuada por uma tragédia (naufrágio do navio Ana Karoline III).

Observando a série histórica de 2017 a 2021 quanto à ocorrência de óbitos por afogamento no Estado, as faixas etárias mais atingidas são os adultos de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos sendo 79% e 82,4 % respectivamente do sexo masculino. Verifica-se ainda que nas crianças de menor de 1 ano a 9 anos não há muita discrepância entre os sexos. Os tipos de afogamento ocorridos no Amapá quanto à natureza das águas no período 2017 a 2021, são em sua maioria em águas naturais (rios, igarapés etc.) e os municípios com maior incidência são: Macapá, Santana, Mazagão e Oiapoque.

Gráfico 26: Mortalidade por afogamento segundo o sexo e faixa etária – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: SIM/SVS/Sesa/AP extraído em 06.07.2022

Óbitos por quedas

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2017, quase 12 mil pessoas com mais de 60 anos morreram em decorrência de quedas. Estimativas apontam que, por 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 para este idoso.

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 OMS, aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, subindo essa proporção para 32% a 42% para as 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 dos que os 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 5,5% de óbitos por 100.000 hab.

De acordo com os dados do SIM/AP observa-se o aumento do índice de óbitos por quedas no Estado a partir de 2018, saltando de 1,5 para 4, 2/100.000 hab. De acordo com os dados do SIH do SUS são gastos no Brasil, por ano, mais 51 milhões de reais 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, a exemplo da morbimortalidade por quedas acidentais.

Notificação das violências interpessoal/autoprovocada

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. De igual patamar de relevância e interesse se insere a luta pela equidade nas políticas públicas de segmentos sociais como: a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBTQIA+ (BRASIL, 2017).

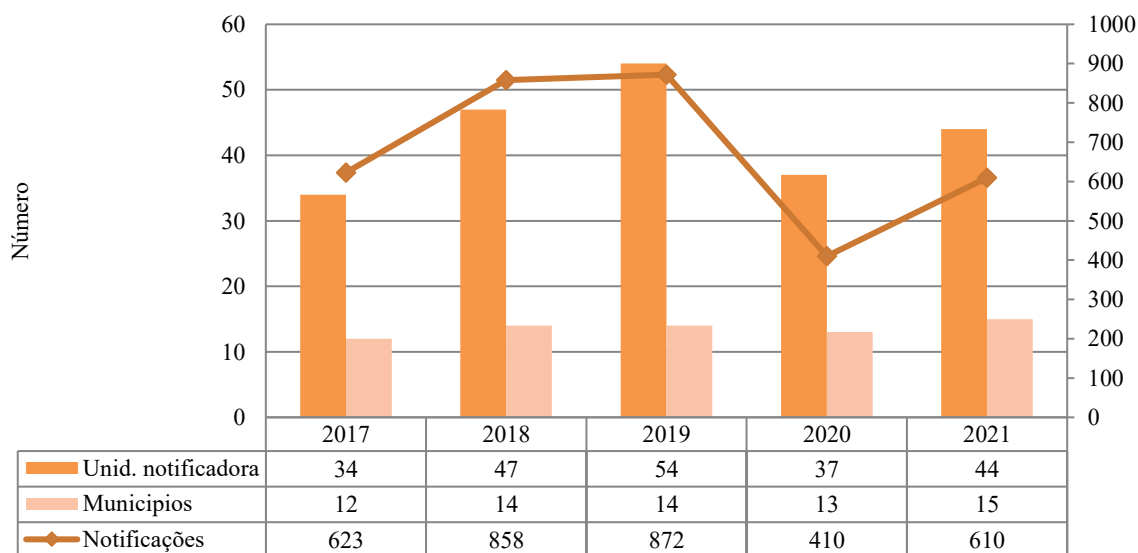
A notificação deve produzir informação epidemiológica relacionada ao perfil das violências e promover novas organizações e estruturas de atendimento que qualifiquem a atenção à pessoa em situação de violência e a seus familiares, retirando os casos da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e garantia de direitos seja acionada e se articule. As Notificações destes importantes agravos vêm sendo negligenciada em toda a rede de saúde, desde hospitais, UPAs, serviços de atenção psicossocial, rede básica, dificultando o dimensionamento da questão, visto que, cerca de 40% dos municípios registraram menos de 20 notificações/ano e dos 16 municípios

existentes no estado do Amapá, 02 estão silenciosos: Pracuúba (região norte) e Serra do Navio (região central). Todos os demais municípios alcançaram percentual acima de 95% de preenchimento do quesito raça-cor com campo válido.

Notificação das Violências Interpessoal/Autoprovocada

No período de 2017 a 2021 houve aumento de 13 para 15 municípios notificantes, de 34 (2020) para 44 unidades notificadoras, bem como redução de 2,0% no número de notificações (pós-pandemia). A região Central concentra a maioria dos casos notificados (50%), seguido da região Sudoeste (36%) ambas mais populosas do Estado.

Gráfico 27: Número de municípios notificantes, unidades notificadoras e notificações de violência interpessoal/autoprovocada – Amapá/BR, 2017 a 2021

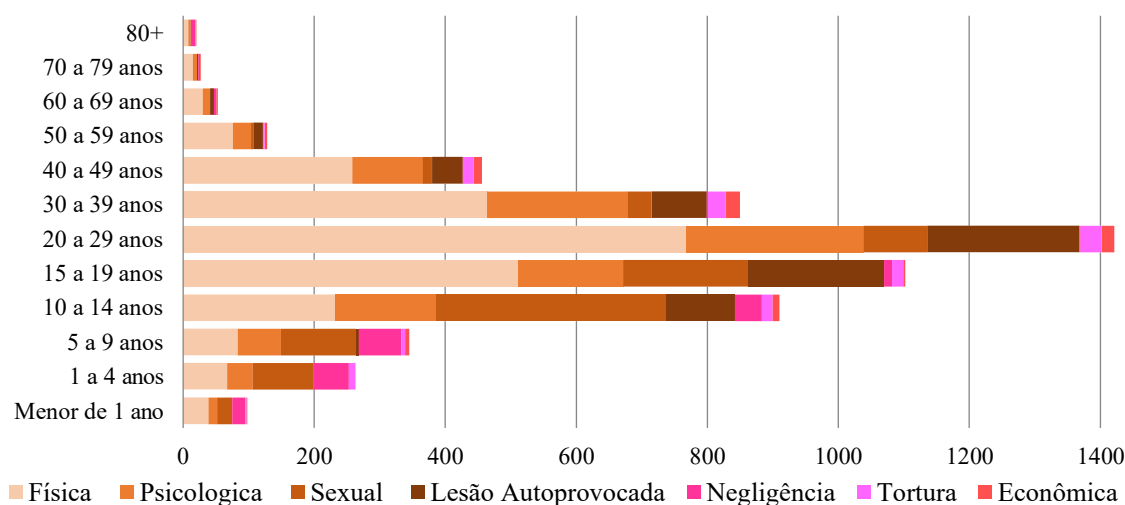


Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 06.07.2022

A notificação de violência é realizada de maneira esporádica em cerca de 60% dos municípios - situação preocupante que reflete a dificuldade de implantação desta rotina nos serviços de saúde, intersetoriais, sobretudo das redes municipais. Mesmo diante dos esforços de sensibilização de gestores e técnicos, a maioria das notificações provêm das unidades Hospitalares, UPAs e Unidades Mistas.

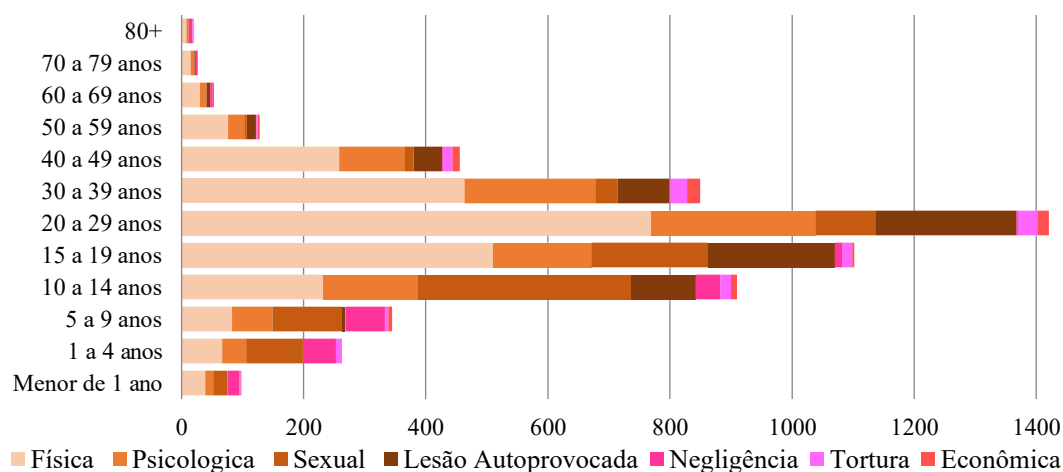
A ampliação da notificação na rede de cuidados e proteção social é fundamental no sentido da quebra do ciclo de violência, produção do perfil epidemiológico do Estado para que as políticas de prevenção, promoção da saúde e cultura de paz, o cuidado em rede se efetive.

No período entre 2017 e 2022, foram notificadas 5.688 violências, as principais são: a violência física (45%), psicológica (20%), sexual (16%) e lesão autoprovocada (13%) e negligência (4%).



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 06.07.2022

Gráfico 28: Principais tipos de violência notificadas segundo faixa etária, Amapá/BR 2017 a 2022



Fonte: SIM/SVS/SESA/AP extraído em 06.07.2022

Na maioria dos casos a vítima é do sexo feminino, o agressor é do sexo masculino e a violência ocorre na residência da vítima. Os dados apontam que mulheres jovens (na faixa etária entre 20 e 29 anos e entre 15 e 19 anos respectivamente) estão mais vulneráveis a violência física, psicológica e lesão autoprovocada. Já as crianças e adolescentes do sexo

feminino entre 10 e 14 anos estão mais expostos ao abuso sexual, à violência física e à lesão autoprovocada.

Morbimortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde pública mundial. Os quatro principais grupos de DCNT são: Doença do Aparelho Circulatório (DAC), Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), neoplasias e diabetes. As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura. Em 2019, dos óbitos registrados no Brasil 54,7% foram causados por DCNT.

O indicador 01 do SISPACTO define-se: a) Para município e região com menos de 100.000 habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT); b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 a 2022) a meta nacional de redução da mortalidade prematura por DCNT era de 2% ao ano. Este indicador visava contribuir para o monitoramento da mortalidade por DCNT, que representam a maior causa de óbitos em todo o país; além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltado aos portadores de doenças crônicas.

Contudo, o grande impacto das causas externas no padrão de morbimortalidade da população brasileira evidenciou a necessidade de um novo Plano para abranger os agravos, passando de um plano específico para as DCNT para um documento mais completo, envolvendo as DANT (Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis). Dessa forma, alinhado com as principais políticas e programas sobre os temas e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o MS apresenta o **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil**, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030. O novo Plano de DANT objetiva fortalecer a agenda de enfrentamento das DCNT, das violências e dos acidentes nas esferas federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, bem como pautar a promoção da saúde nas ações de saúde. As metas estabelecidas para as DCNT são: “reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT”, “reduzir a mortalidade por câncer de mama em 10%”, “reduzir a mortalidade por câncer de colo do útero em 20%” e “reduzir a mortalidade por câncer do aparelho digestivo em 10%”, no Brasil, até 2030.

A mortalidade prematura das DCNT no Estado, no período de 2017 a 2021, observase na região de Saúde Norte, Oiapoque e Tartarugalzinho apresentaram incremento de 57,1% e 16,7%, respectivamente. O município do Amapá apresentou em média 5 óbitos, sendo 2018 e 2019 os anos de maior registro, Calçoene apresentou redução de (18,2%) no período.

Na região de saúde Central seis municípios apresentaram aumento de óbitos prematuro por DCNT em 2021 em relação a 2017, somente Cutias apresentou o número de óbitos reduzido. Na região de saúde Sudoeste os municípios que apresentam aumento no número de óbitos foram, Mazagão (112,5%) e Vitória do Jari (50%). Os municípios de Laranjal do Jari e Santana apresentam no ano de 2021 número inferiores ao ano de 2017 (Tabela 38).

Tabela 38: Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT em residentes – Amapá/BR, 2017 a 2021

Reg. Saúde / Municípios	2017	2018	2019	2020	2021
Região Norte	36	37	42	37	43
Amapá	4	8	7	2	4
Calçoene	11	9	7	8	10
Oiapoque	14	12	17	17	22
Pracuúba	1	-	-	4	-
Tartarugalzinho	6	8	11	6	7
Região Central	445	468	495	556	548
Cutias	5	3	5	2	1
Ferreira Gomes	3	3	3	7	9
Itaubal	1	1	4	0	5
Macapá	445	468	495	556	548
P. B. Amapari	2	9	10	7	4
Porto Grande	11	9	10	13	16
Serra do Navio	1	1	5	2	2
Região Sudoeste	144	61	182	186	162
Laranjal do Jari	43	47	52	55	41
Mazagão	8	10	18	8	17
Santana	85	98	107	118	92
Vitória do Jari	8	6	5	5	12
Estado	648	692	756	810	789

Fonte: SIM/SVS/Sesa

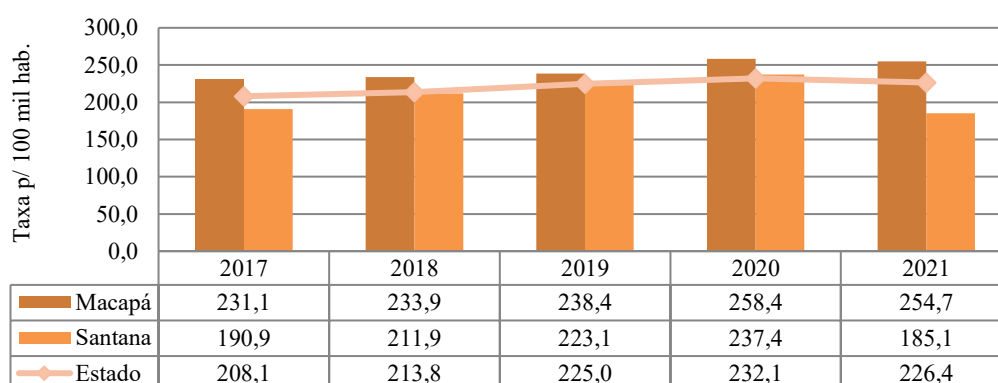
Analisando o período de 2017 a 2021, observam-se oscilações nos números de óbitos prematuros por DCNT por municípios. A complexidade que envolve a redução da mortalidade prematura por DCNT requer um enfoque de atenção integral, combinando intervenções populacionais e individuais, incluindo estratégias de prevenção e controle das principais DCNT e fatores de risco mais frequentes, como a alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo de álcool.

Analisando o período de 2017 a 2021 verifica-se um incremento de 8,8% na taxa de mortalidade prematura por DCNT. Em 2017 a taxa de mortalidade foi de 208,1 passando para 226,4/100.000 hab. no ano de 2021, no entanto quando analisado apenas os dois últimos anos percebe-se uma redução de 2,5%.

As taxas de mortalidade prematura por DCNT são calculadas para municípios com mais de 100 mil habitantes. O gráfico 27 mostra que no período de 2017 a 2021 houve aumento das taxas tanto no Estado (8,8%) como em Macapá (10,2%) e redução de 3,0% em Santana.

A maior taxa registrada por DCNT ocorreu em 2020 em Macapá (258,4/100.000 hab) e a menor em 2021 em Santana 185,1/100.000 hab.

Gráfico 29: Evolução das taxas de mortalidade prematura por DCNT, no Estado e municípios com mais de 100 mil habitantes, 2017 a 2021



Fonte: IBGE/SIM/SVS/Sesa.

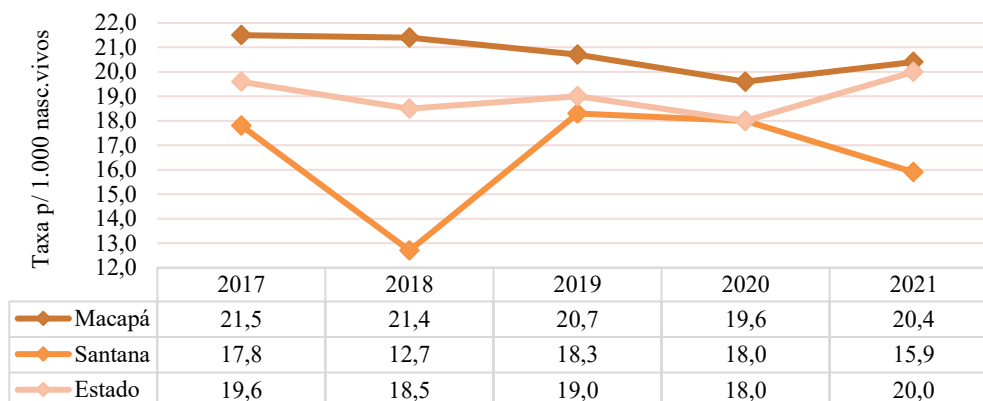
Mortalidade Infantil

Os óbitos infantis representam um evento lamentável, em todos os sentidos, decorrente na maioria das vezes, de causas evitáveis. Por isso, tem sido historicamente utilizada como indicador adequado para avaliar as condições de saúde e de vida da população.

O coeficiente de mortalidade infantil mede o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. É classificado em neonatal precoce (de 0 a 6 dias); neonatal tardio (7 a 27 dias); e pós neonatal (28 a 364 dias completos de vida).

O Brasil apresentou uma redução expressiva da Taxa de Mortalidade Infantil – TMI no período de 1990 a 2014, passando de 47,1 /1.000 NVs para 14,1/1.000 NVs (BRASIL 2016). Em 2021 essa taxa foi de 11,9 p/1.000 NV, na região Norte 14,9/1.000 NV. No Estado de 2017 a 2021 a taxa não apresentou variação significativa (Gráfico 30).

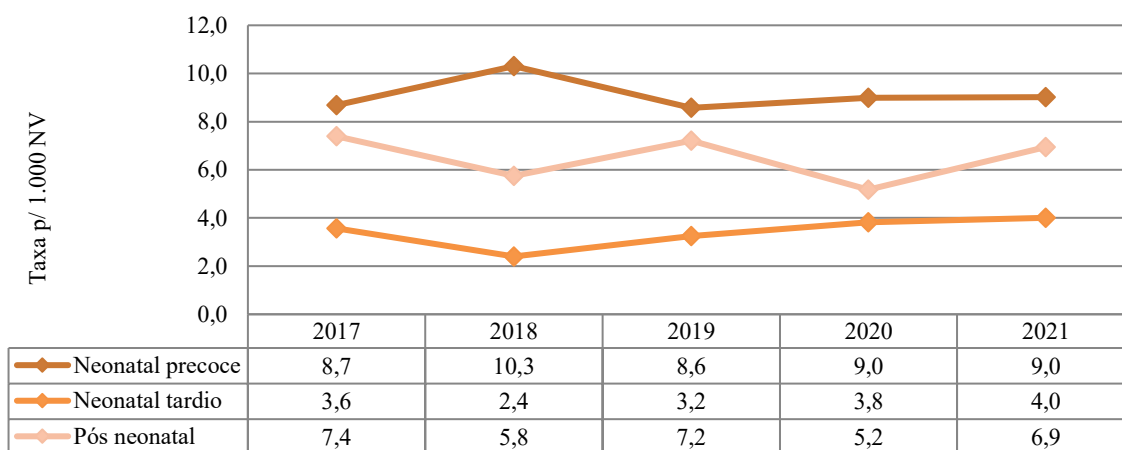
Gráfico 30: Taxa de mortalidade infantil – Macapá, Santana e Estado, 2017 a 2021



Fonte: SIM/Sinasc/SVS/Sesa.

maior ocorrência da mortalidade infantil nos primeiros momentos de vida confirma a complexidade da redução do componente neonatal; no Estado no período de 2017 a 2021 houve aumento na taxa da mortalidade neonatal precoce de 3,4%, no período neonatal tardio houve um aumento de 11,1% e no pós-neonatal redução de 6,8% (Gráfico 31).

Gráfico 31: Taxa de mortalidade infantil de residentes por componente – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Analisando os óbitos infantis por causa específica do Estado em 2021, 16,1% foram: Feto e recém-nascidos afetados por afecções não obstétricas na gravidez anterior; 8,0% de Septicemia bacteriana do recém-nascido e 7,0% de outras malformações congênitas do coração (Tabela 39).

Tabela 39: Número e percentual de óbitos infantis de residentes por causa específica – Amapá/BR, 2021

Causa específica (3D)		Nº	%
P00	Feto e recém-nascidos afetados por afecção não obstétrica na gravidez anterior	48	16,1
P36	Septicemia bacteriana do recém-nascido	24	8,0
Q24	Outras malformações congênitas do coração	21	7,0
A41	Outras septicemias	15	5,0
J18	Pneumonia p/microrganismos NE	13	4,3
P01	Fetos ou recém-nascidos afetados por complicações maternas da gravidez	13	4,3
P02	Fetos ou recém-nascidos afetados por complicações do cordão umbilical e membranas	13	4,3
P21	Asfixia ao nascer	12	4,0
A50	Sífilis congênitas	7	2,3
P96	Outras afecções originadas período perinatal	7	2,3
P07	Transtorno na gestação de curta duração peso baixo ao nascer NCOP	7	2,0
Q79	Malformações congênitas do sistema osteomuscular NCOP	6	2,0
Q89	Outras malformações congênitas NCOP	6	2,0
R99	Outras causas mal definidas e NE mortalidade	6	2,0
P22	Desconforto respiratório do recém-nascido	5	1,7
	Demais causas	97	32,4
	Total	299	100,0

Fonte: SIM/SVS/Sesa

Mortalidade materna**Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF)**

Este indicador permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade de os óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a evitar ocorrência de eventos similares.

O Estado não apresentou melhoria no processo de investigação de óbitos de MIF de 2017 a 2021, com um decréscimo de 2,6%. A tabela 40 demonstra o percentual investigado por região de saúde, o qual observou-se aumento no percentual de investigação: Norte de 7,6% e Central 1,3% somente na região de saúde Sudoeste teve aumento de 4,8% nas investigações.

Tabela 40: Número de óbitos de MIF e percentual investigado por região de saúde – Amapá/BR, 2017 a 2021

Região de saúde / Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	14	92,9	14	100,0	24	83,3	24	87,5	16	100,0
Amapá	2	50	1	100	3	33,3	2	-	-	..
Calçoene	1	100	2	100	4	100	2	50	3	100
Oiapoque	6	100	8	100	11	100	14	100	6	100
Pracuúba	1	100	3	100	2	100	3	100	1	100
Tartarugalzinho	4	100	-	..	4	50	3	100	6	100
Central	155	98,7	180	99,4	157	98,7	263	98,9	261	100
Cutias	1	100	-	..	1	0,0	-	..	-	..
Ferreira Gomes	1	100	2	100	3	100	1	100	2	100
Itaubal	-	..	2	100	1	100	1	0,0	1	100
Macapá	148	98,6	168	99,4	141	100	252	99,6	245	100
P. B. Amapari	1	100	3	100	3	100	2	100	5	100

Porto Grande	4	100	4	100	5	80	4	100	7	100
Serra do Navio	-	..	1	100	2	100	3	100	1	100
Sudoeste	62	93,5	59	93,2	72	100	81	100	99	98,0
Laranjal do Jari	17	100	12	100	16	100	16	100	15	100
Mazagão	1	100	6	100	5	100	5	100	16	100
Santana	40	90	40	90	47	100	57	100	64	96,9
Vitória do Jari	4	100	1	100	4	100	3	100	4	100
Estado	231	97	253	98,	253	97,6	368	98,4	376	99,5

Fonte: SIM/WEB, 31/05/2020.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

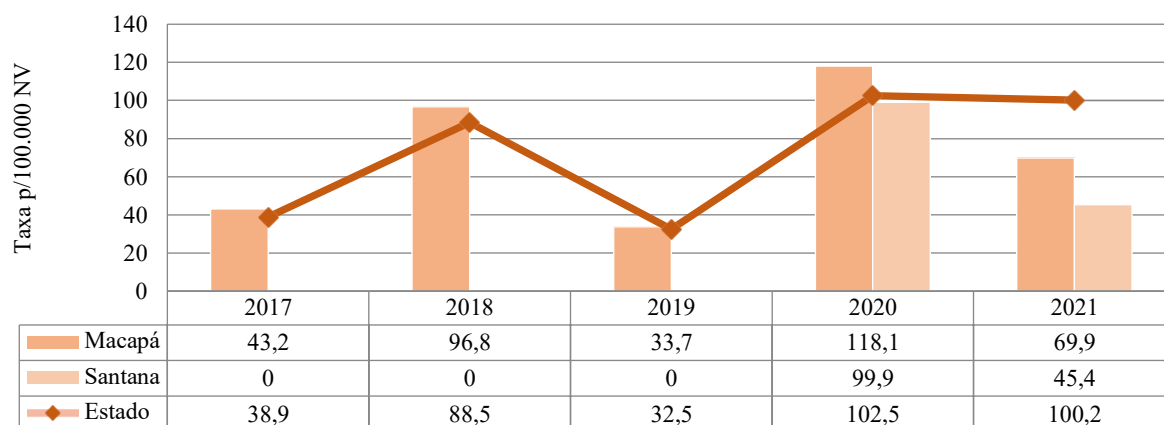
(..) Não se aplica dados numéricos.

Mortalidade Materna (MM)

Em 2020 o Brasil registrou a razão de MM de 71,97 óbitos/100 mil NV, a região Norte, obteve taxa de 94,5 óbitos maternos/100 mil /NV, o Amapá no mesmo ano, atingiu o resultado de 102,5 óbitos/100 mil NV, ficando 7% acima da RMM da região Norte e 41,6% acima da RMM Nacional.

No período de 2017 a 2021 o Estado apresentou elevação na RMM de 38,9 para 100,2/100.000 NV, cabe destacar que no ano de 2017 teve razão de 38,9 e elevou essa razão para 88,5 em 2018, mas apresentou um considerável decréscimo para 32,5 no ano de 2019. Em 2020, em cenário de pandemia, atingiu a RMM de 102,5 e em 2021, passou para 100,2/100 mil NV (Gráfico 32).

Gráfico 32: Razão de mortalidade materna em Macapá, Santana e Estado – Amapá/BR, 2017 a 2021



Fonte: SIM/SINASC/CIAS/SVS-AP.

As causas de mortalidade materna no Brasil são consideradas, em sua maioria, como evitáveis. Segundo a OPAS as soluções de cuidados de saúde para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas. Todas as mulheres precisam ter acesso a cuidados pré-natais durante a gestação, cuidados capacitados durante o parto e cuidados e apoio nas semanas após o parto. Por isso supõem-se que uma falha na prevenção e/ou promoção a saúde leva mulheres a evoluírem para óbito, por negligência, em algum momento do período gravídico ou no puerpério imediato ou tardio. No Amapá, deve-se dar destaque para os anos

de 2020 e 2021, uma vez que complicações como a Eclampsia, hemorragias e doenças virais vêm aparecendo sucessivamente como causa específica desses óbitos.

Dentre os óbitos maternos por causa básica específica no período de 2017 a 2021 (55 óbitos), as cinco mais prevalentes seriam reduzíveis por ações adequadas de promoção, prevenção, controle e atenção às causas de morte materna, conforme a Lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do SUS, onde 23,6% foram devido a hipertensão e eclampsia (Tabela 41).

Em 2021 o SIM registrou 17 óbitos maternos declarados, dos quais 02 óbitos foram excluídos do cálculo da RMM. Após análise de cada caso, observou-se que os 02 óbitos não se enquadram na definição de óbito materno declarado direto, por ter ocorrido entre o 43º dia e menos de 1 ano de puerpério, isso foi devido a uma codificação incompleta, onde o código O96 da CID-10 não foi incluído nas linhas de causas.

Tabela 41: Número de óbitos maternos de residentes por causa específica – Amapá/BR, 2017 a 2021

Causa Básica	2017	2018	2019	2020	2021
O98 Doença infecciosa parasitária materna COP complic. gravidez parto puerpério	-	1	-	4	6
O15 Eclampsia	-	-	1	2	2
O45 Descolamento prematuro da placenta	1	2	1	1	-
O99 Outras doenças maternas COP complicações gravidez parto puerpério	-	1	-	1	3
O72 Hemorragia pós-parto	-	-	-	2	1
O00 Gravidez ectópica	-	1	-	-	1
O06 Aborto NE	1	-	-	1	-
O07 Falha de tentativa de aborto	-	2	-	-	-
O10 Hipertensão pré-existentes gravidez parto puerpério	-	2	-	-	-
O13 Hipertensão gestacional s/proteinúria significativa	1	1	-	-	-
O14 Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	-	1	1	-	-
O46 Hemorragia anteparto NCOP	-	-	-	1	1
O86 Outras infecções puerperais	-	-	1	1	-
O03 Aborto espontâneo	1	-	-	-	-
O20 Hemorragia do início da gravidez	-	-	-	1	-
O24 Diabetes mellitus na gravidez	-	1	-	-	-
O33 Assistência prestada a mãe desproporção conhecida suspeita	-	1	-	-	-
O41 Outros transtornos membranas e líquido amniótico	1	-	-	-	-
O44 Placenta previa	-	-	-	-	1
O62 Anormalidades da contração uterina	1	-	-	-	-
O85 Infecção puerperal	-	-	-	1	-
O88 Embolia origem obstétrica	-	1	-	-	-
O90 Complicações do puerpério NCOP	-	-	1	-	-
Total	6	14	5	15	15

Fonte: SIM/SVS/Sesa.

Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Castells (2005), as redes de atenção à saúde é um sistema de nós interligados, formada por diversas estruturas em entram e saem, de acordo com as mudanças necessárias, estando sempre em movimento, permitindo uma organização complementar.

O Ministério da Saúde (2010) postula ao colocar que “todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se

diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam”.

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).

Considerando a insipiência do processo de regionalização das ações e serviços de saúde no Amapá diagnosticada em 2021, através do “Projeto Regionalização”, conduzido pelo Hospital Beneficência Portuguesa, iniciou-se a análise da situação de saúde na macrorregião única - Amapá, permitindo o levantamento dos macroproblemas (Figura 08) e a definição das redes de atenção à saúde prioritárias a serem organizadas, onde a rede materna infantil (RAMI), rede de urgência e emergência (RUE) e rede de doenças crônicas não transmissíveis (RDCNT) foram identificadas como as que necessitariam de intervenções.

Foram também identificados os pontos de atenção, a capacidade instalada, as carteiras de serviços ofertados e as competências no âmbito de cada rede de atenção, em cada município da macrorregião, bem como as necessidades de serviços de baixa, média e alta complexidade, por município, região de saúde e macrorregião. Todos esses produtos foram organizados e disponibilizados para gestores e técnicos no formato de *Power Business Intelligence* a fim de subsidiar e orientar ações de planejamento e tomada de decisão pela gestão.

Para as redes de atenção prioritárias (RAMI, RUE e RDCNT) foram elaboradas as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) para os próximos quatro anos, as quais estão apresentadas no Apêndice A.

Embora a Rede Psicossocial e a Rede das Pessoas com Deficiência não tenham sido consideradas prioritárias inicialmente, algumas linhas de cuidado merecem atenção como a do Transtorno do Espectro Autista e outros transtornos mentais.

A capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, por município, está apresentada na **Figura 9** e os pontos de atenção, por região de saúde, estão apresentados no **Quadro 6**. A capacidade instalada de leitos, detalhada por tipo e região de saúde, está apresentada no **Quadro 7**, totalizando 1458 (82%) do SUS e 320 (18%) privados. A força de trabalho do SUS está evidenciada no **Quadro 8**, por região de saúde. A cobertura de equipes de saúde da família (ESF), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) está apresentada no **Quadro 9**.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (e-SFR) desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em comunidades pertencentes a áreas em que estão acrescentadas, cujo acesso é por rio. Pela grande dispersão territorial, essas áreas necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território. Em função dessa particularidade, as e-SFRs devem ser compostas por, no mínimo: um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Entretanto, uma equipe de Saúde da Família Ribeirinhas também pode contar com profissionais de saúde bucal, e outros profissionais de nível superior, além de profissionais de nível médio. O número máximo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é 24. Nas regiões endêmicas, por exemplo, ainda é possível incorporar o microscopista à equipe. As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas: desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por rio. O Estado do Amapá possui 04 ESF Ribeirinhas credenciadas, 01 no município de Macapá, 01 em Tartarugalzinho, e 02 equipes em Vitória do Jari.

O Art. 2º , IV da Resolução da CIT 23/2017, orienta que a macrorregião de saúde, onde se organiza a RAS, requer a definição de limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, **garantindo a acessibilidade e sustentabilidade operacional**. Dessa forma há a intenção expressa por alguns secretários municipais em rever o formato da região norte e sudoeste visando garantir o acesso e a operacionalização das redes de atenção nestas regiões de saúde, bem como garantir o tempo/resposta necessário ao atendimento.

Figura 08. Macroproblemas identificados no diagnóstico das Redes de Atenção no Amapá

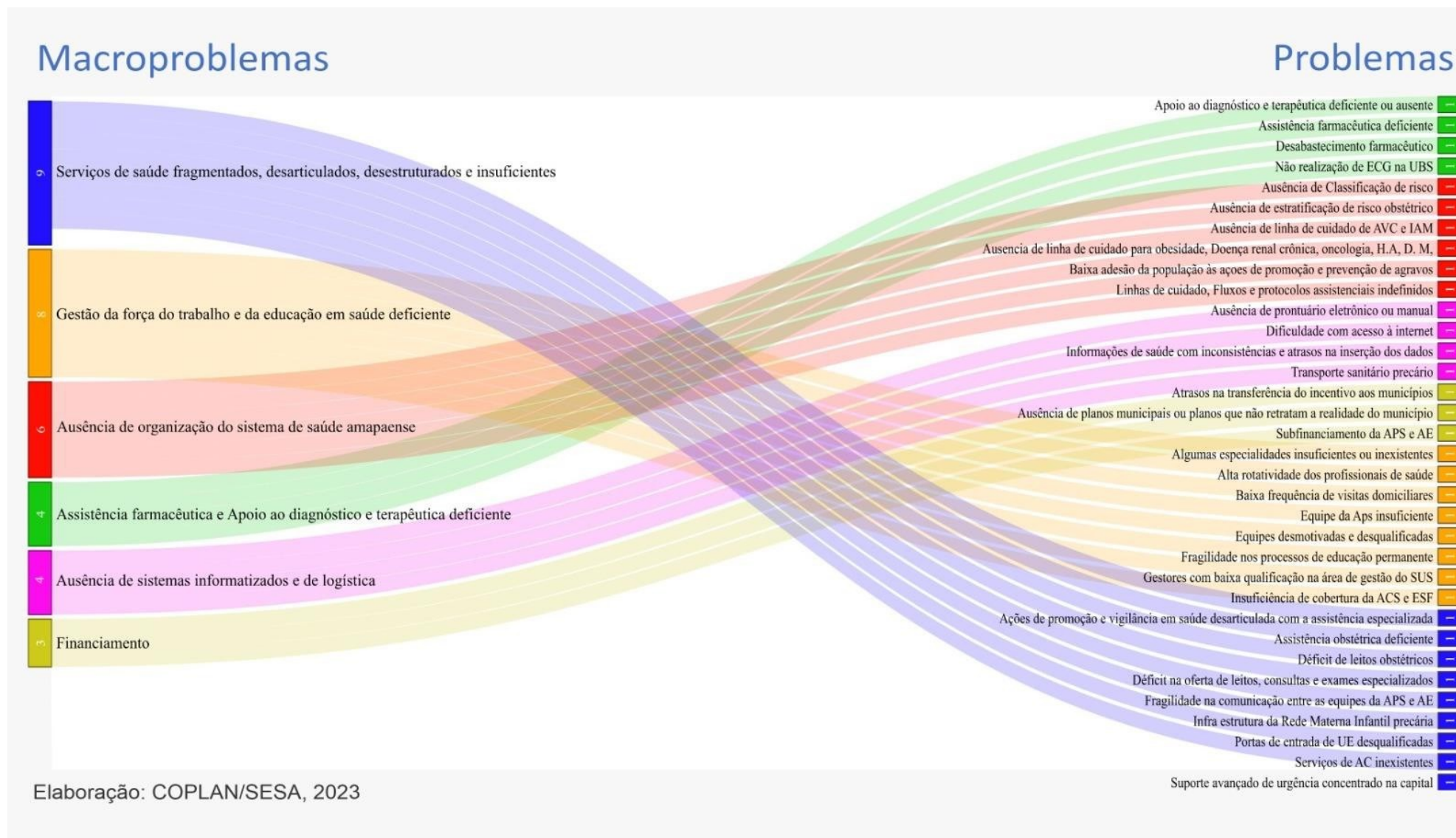
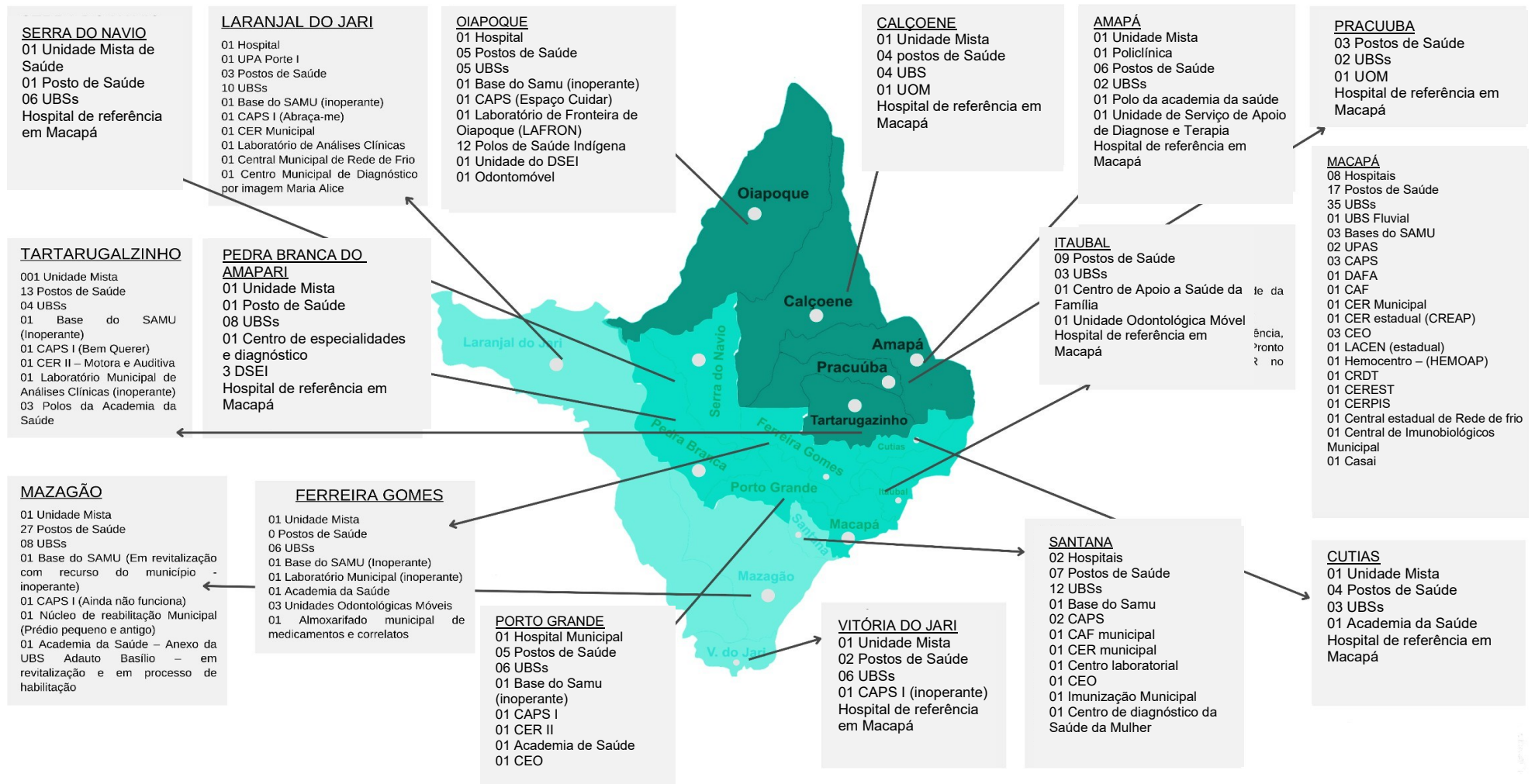


Figura 09: Capacidade instalada das redes de atenção em saúde do Amapá.



Fonte: Pantoja; Távora (2023)

Quadro 06: Capacidade instalada e pontos de atenção por região de saúde do Estado do Amapá.

Estabelecimentos por tipo	Região Norte	Região Central	Região Sudoeste	Macrorregião
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	17	67	36	01 - ÚNICA
Postos de Saúde	31	35	39	01 - ÚNICA
Unidade Móvel Fluvial	1	-	-	01 - ÚNICA
Policlínica	-	1	-	01 - ÚNICA
Academia de Saúde	1	3	3	01 - ÚNICA
Hospital Geral	1	5	3	01 - ÚNICA
Hospital Geral (Antigas Unidades Mistas de Saúde)	3	3	2	01 - ÚNICA
Hospital Especializado	-	3	-	01 - ÚNICA
Clínica/Centro de Especialidade	1	3	3	01 - ÚNICA
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	01 - ÚNICA
Hospital/Dia – Isolado	-	1	-	01 - ÚNICA
Central de Gestão em Saúde	-	1	-	01 - ÚNICA
Centro de Atenção Hemoterapia e ou hematológica	-	1	-	01 - ÚNICA
Laboratório de Saúde Pública	1	1	-	01 - ÚNICA
Central de Regulação do Acesso	-	2	-	01 - ÚNICA
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	-	1	-	01 - ÚNICA
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde	-	1	-	01 - ÚNICA
Central de Abastecimento	-	1	-	01 - ÚNICA

Fonte: CNES, 2023.

Quadro 07: Quantitativo de leitos (SUS e Privados) por região de saúde.

Leito SUS por tipo	Região Norte	Região Central		Região Sudoeste		Macrorregião – ÚNICA	
	SUS	SUS	Privados	SUS	Privados	SUS	Privados
Cirúrgico	6	215	36	27	3	248	39
Clínico	65	387	64	80	10	532	74
Obstétrico	24	158	12	39	-	221	12
Neonatal	-	18	4	12	6	30	10
Pediátrico	31	174	59	62	20	267	79
Intensivo	5	111	94	12	12	130	106
Outras especialidades	-	32	-	-	-	32	-
	131	1.095	269	232	51	1.458	320

Fonte: CNES, 2023.

Quadro 08: Quantitativos profissionais com vínculo no SUS, por região de saúde.

Profissionais com vínculo SUS				
Profissionais	Região Norte	Região Central	Região Sudoeste	Macrorregião
Anestesistas	3	32	7	01 - ÚNICA
Cirurgião Geral	-	42	12	01 - ÚNICA
Ginecol. Obstetra	5	77	18	01 - ÚNICA
Médico da Família	17	113	58	01 - ÚNICA
Pediatra	3	95	18	01 - ÚNICA
Psiquiatra	-	10	4	01 - ÚNICA
Radiologista	-	45	-	01 - ÚNICA
Cirurgião Dentista	7	120	27	01 - ÚNICA
Enfermeiro	77	1283	248	01 - ÚNICA
Fisioterapeuta	15	373	128	01 - ÚNICA
Nutricionista	10	166	35	01 - ÚNICA
Farmacêutico	10	191	28	01 - ÚNICA
Assistente Social	13	225	41	01 - ÚNICA
Psicólogo	13	180	52	01 - ÚNICA
Auxiliar de Enfermagem	48	399	126	01 - ÚNICA
Técnico de Enfermagem	233	3142	812	01 - ÚNICA

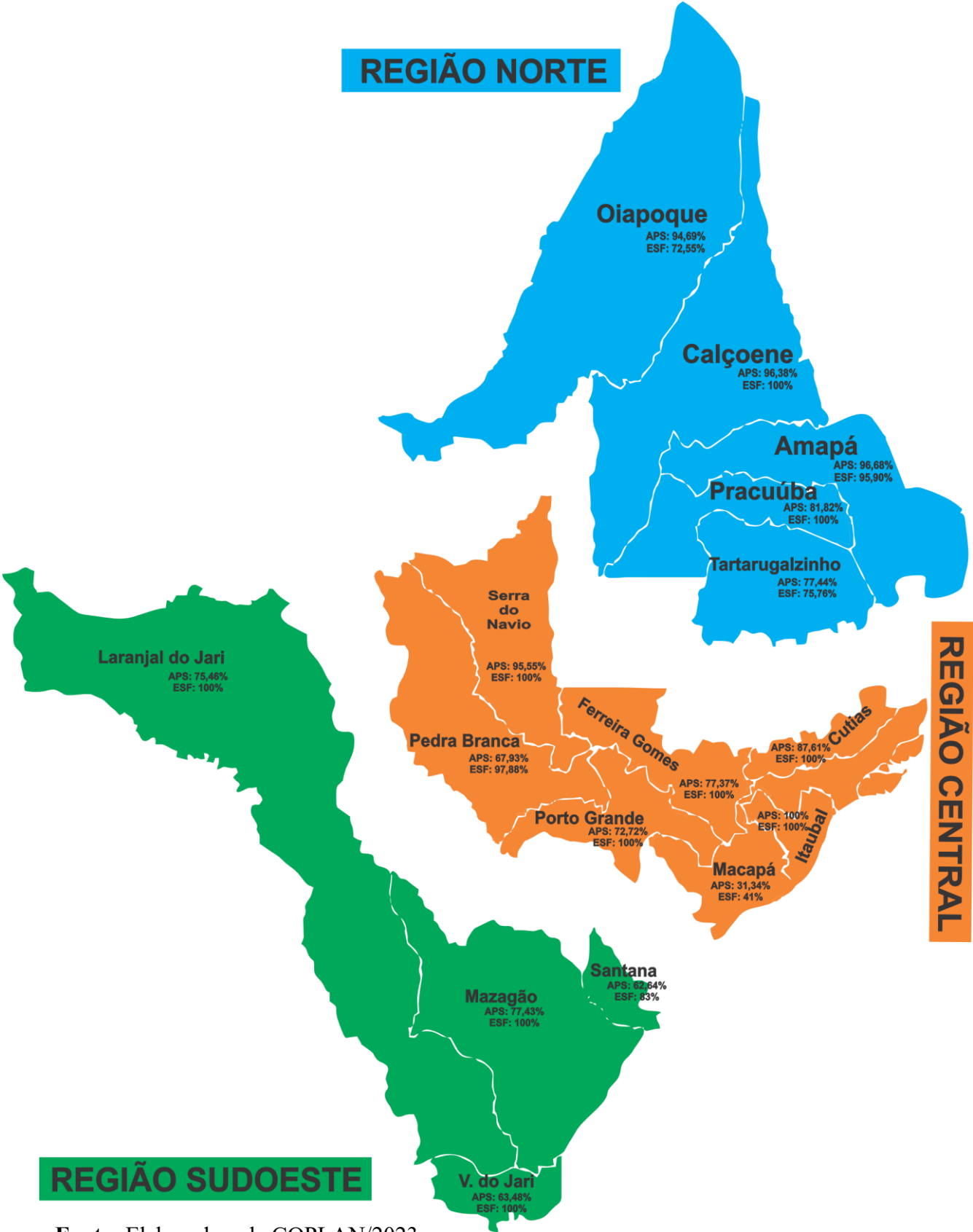
Fonte: CNES, 2023

Quadro 09: Quantitativo de ESF e ACS por região de saúde.

Região de Residência	Região Norte	Região Central	Região Sudoeste	Macrorregião
Equipe de Saúde da Família	23	113	66	202
Agente Comunitário de Saúde	149	792	381	1.322
Equipe de Saúde Bucal	44	159	97	300

Fonte: CNES, SESA/AP, 2023.

Figura 10: Cobertura de APS e ESF por região de Saúde no Estado do Amapá



Fonte: Elaborado pela COPLAN/2023.

4.1 REDE CEGONHA

Com base na Portaria Nº 1.459, de 24 de julho de 2011 que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha. Sendo uma das redes temáticas mais relevantes, de forma que são vastas as políticas, ações e outras estratégias voltadas a este seguimento, e em vistas aos seus quatro (4) componentes, quais sejam: I - Pré-Natal, II - Parto e Nascimento, III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

O Grupo Estadual Condutor da Rede Cegonha foi instituído através da Portaria nº 0918/2023-SESA e deverá mobilizar os dirigentes políticos do SUS, apoiar a organização e homologar os processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede cegonha, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos e monitorar/avaliar o processo de implantação/implementação da rede cegonha em cada região de saúde.

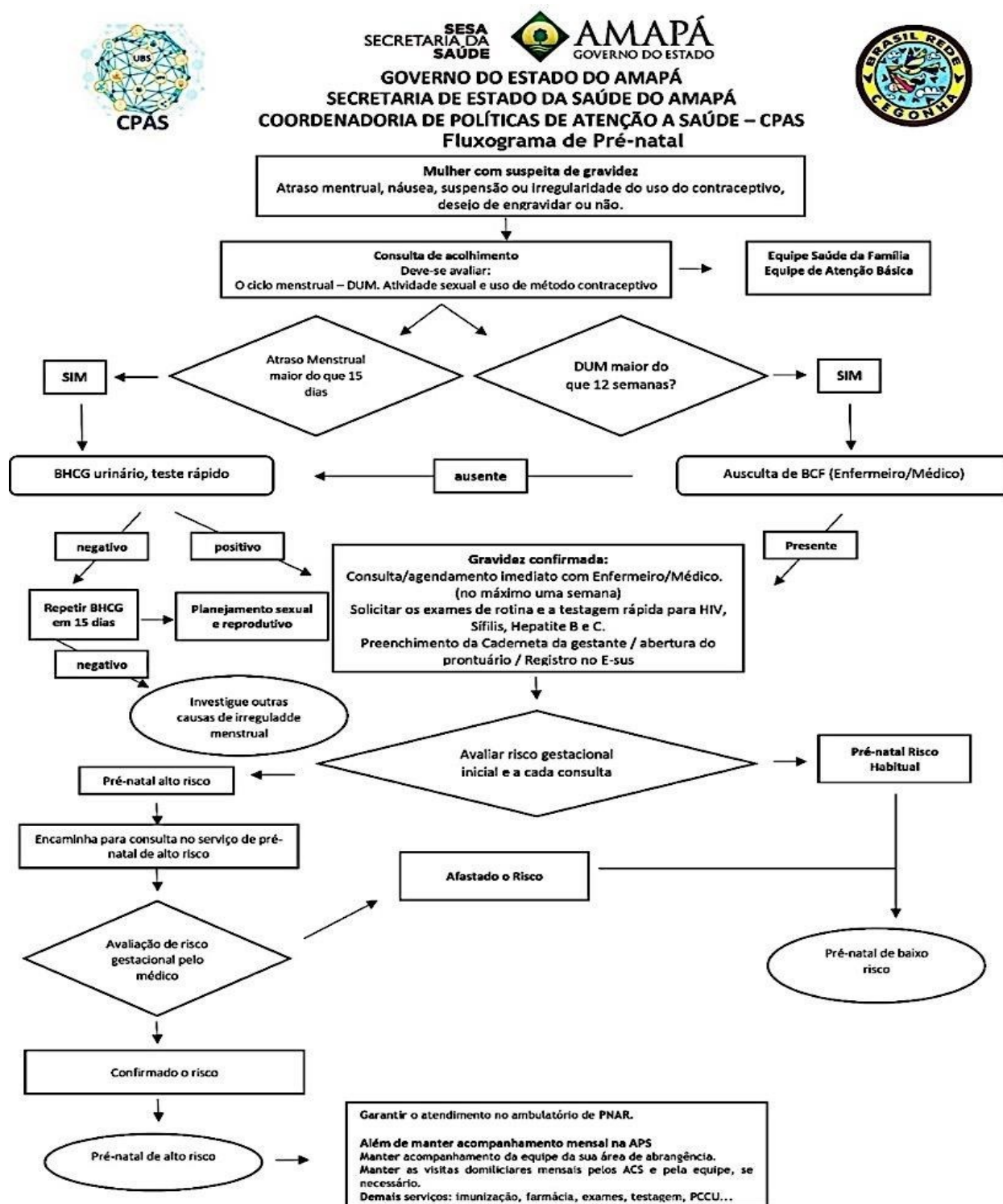
Os quatro componentes da Rede Cegonha vêm sendo conduzidos de forma deficiente e os impactos epidemiológicos que reverberam nos indicadores de morbimortalidade materna infantil, são detalhadas a seguir:

4.1.1 Pré-Natal

O pré-natal é o acompanhamento que se faz da gestante, desde o momento que se confirma a gravidez até o período do parto seguido do acompanhamento puerperal – realizado no pós-parto. Tem o objetivo de monitorar a gestante, uma vez que ela passará a ter um processo de mudanças fisiológicas relacionadas à gestação (AMAPÁ, 2022)

A proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas está comprometida em 10 dos 16 municípios do Amapá (SISAB, 2023). Evidenciando a necessidade de ações estratégicas a serem implantadas num esforço da união, estado e municípios para mudar esse cenário. Visando melhorar o pré-natal, foi elaborado e aprovado o Fluxograma de Pré-natal (Figura 11).

Figura 11. Fluxograma do pré-natal



Fonte: AMAPÁ, 2022

A infra estrutura (pontos de atenção) da rede cegonha na macrorregião e regiões de saúde está apresentada na **Tabela 42**, com o Perfil da Rede Materna Infantil no Amapá.

Tabela 42: Perfil da Rede Materna Infantil da Macrorregião de saúde em 2023.

Região de Residência	Região Norte	Região Central	Região Sudoeste	Macrorregião
Maternidade de Alto Risco	-	1	-	1
Maternidade de Risco habitual	-	1	-	1
Centro de Parto Normal	-	2	-	2
Médico Gineco/Obstetra	5	77	18	100
Enfermeiro	77	1283	248	1608
Nº de leitos obstétricos				
Existente	24	166	40	230
Necessidade (Portaria 1631)	18	120	44	182
Nº de leitos obstétricos (GAR)				
Existente	-	20	-	20
Necessidade (Portaria 1631)	3	18	7	28
Nº de leitos intensivos adultos (Tipo I)				
Existente	-	2	-	2
Necessidade (Portaria 1631)	-	2	2	4
Nº de leitos intensivos neonatais				
Existente	-	40	-	40
Necessidade (Portaria 1631)	-	30	-	30
Nº de leitos de cuidados intermediários neonatais				
Existente	-	50	7	57
Necessidade (Portaria 1631)	-	40	5	45
Ultrassom Convencional				
Existente	3	31	9	43
Necessidade (Portaria 1631)	4	29	11	44
Ultrassom com Doppler				
Existente	-	18	1	19
Necessidade (Portaria 1631)	4	29	11	44

Fonte: CNES, 2023.

4.1.2 Parto e nascimento

A capital Macapá registrou em 2020 um total de 11.419 nascidos vivos o que corresponde a 69,6 % de todos os nascidos vivos no Estado do Amapá, seguido de Santana com 2.576 nascidos vivos (15,7%), Laranjal do Jari com 1.015 nascidos vivos (6,2%) e Oiapoque com 582 nascidos vivos (3,5%).

A rede de assistência obstétrica no Amapá é precária e concentrada em Macapá, onde está instalada 02 maternidades, o Hospital da Mulher Mae Luzia, que atende gestantes de baixo risco, risco intermediário e alto risco. A Maternidade Dra. Euclélia Américo atende gestantes de baixo risco e no momento está preparando-se estruturalmente para atender alto risco.

Há necessidade de ampliar oferta de leitos obstétricos de alto risco e de cuidados intensivos visando garantir a assistência às gestantes de alto risco. Bem como implantar a vinculação da gestante à maternidade onde será realizado o parto e a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera que não existe na macrorregião do Amapá.

O ambulatório de alto risco, vinculado à Maternidade Mae Luzia, está funcionando de forma precária em ambiência não apropriada. Sendo necessário urgentemente a estruturação física, de equipamentos e de profissionais qualificados para garantir a assistência obstétrica às gestantes de forma acolhedora e resolutiva.

4.1.3 Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

A atenção à saúde no puerpério tem por objetivo avaliar as condições de saúde do RN e da puérpera, orientar e apoiar a família para a amamentação e para cuidados básicos com o recém-nascido. Além de avaliar a interação da mãe com o recém-nascido, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las. Este componente trata-se das seguintes ações estratégicas:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

A triagem neonatal necessita de organização e ampliação do acesso, bem como da estruturação e definição de pontos de atenção para seguimentos dos recém-nascidos.

4.1.4 Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O sistema logístico é caracterizado pelas ações de transporte sanitário e regulação com vistas a garantir a integralidade e sistematização da assistência por meio da promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.

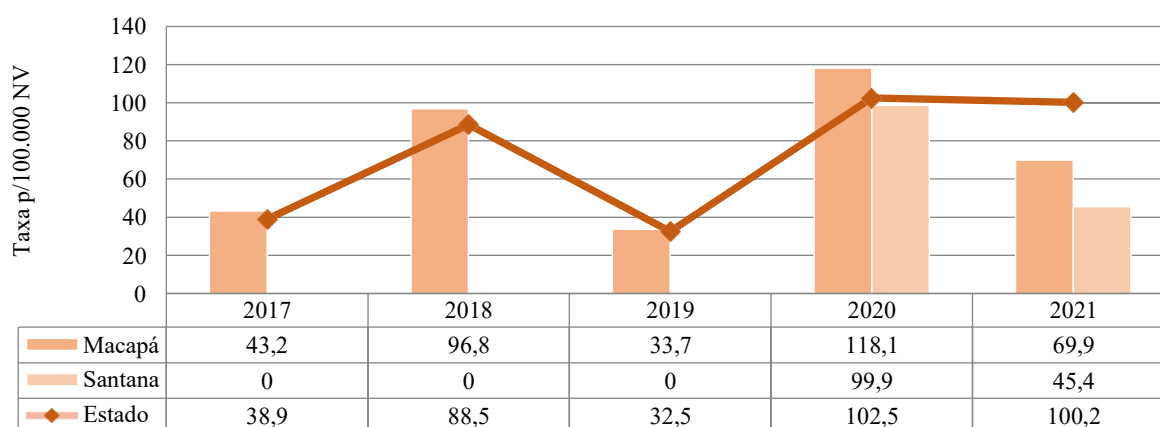
Na macrorregião única-Amapá não existe esse tipo de logística para o transporte sanitário de gestantes. As Unidades de Suporte Avançado à vida não são estruturadas para as urgências obstétricas e inexistente regulação obstétrica.

Há a necessidade de elaborar e implementar o Plano de Vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto e a implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação ambulatorial para as gestantes de alto risco e a criança com alterações na triagem neonatal e demais testes ao nascimento.

4.2 MORTALIDADE MATERNA

No período de 2017 a 2021, a macrorregião única-Ap, apresentou elevação na RMM de 38,9 para 100,2/100.000 NV, cabe destacar que no ano de 2017 teve razão de 38,9 e elevou essa razão para 88,5 em 2018, mas apresentou um considerável decréscimo para 32,5 no ano de 2019. Em 2020, em cenário de pandemia, atingiu a RMM de 102,5 e em 2021, passou para 100,2/100 mil NV (Gráfico 33).

Gráfico 33. Razão de mortalidade materna em Macapá, Santana e Estado – Amapá/BR, 2017 a 2021



Avaliando os óbitos em menores de 5 anos por tipo de evitabilidade no Estado de 2017 a 2021 os maiores registros seriam evitadas por adequada atenção a gestação, com média anual de 85 óbitos; passando de 29,1% para 39,6% no período com aumento de 36,1%, sendo 2018 o maior registro. Por adequada atenção ao recém-nascido a média anual foi de 52 óbitos; por ação adequada de diagnóstico e tratamento a média foi 42; por ações de promoção à saúde vinculada a ações de atenção a média anual foi 28; por adequada atenção a mulher ao parto a média anual foi 24; e devido a baixa adesão as ações de imunização foi registrado 3 óbitos no período analisado (Tabela 43).

Tabela 43. Número e proporção de óbitos por tipo de evitabilidade em menores de 5 anos – Amapá/BR, 2017 a 2021

Tipo de evitabilidade reduzíveis por:	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações de imunização	-	..	1	0,5	-	..	-	..	2	0,8
Adequada atenção à mulher na gestação	77	29,1	90	41,1	88	38,9	71	34,8	95	39,6
Adequada atenção à mulher no parto	28	10,6	19	8,7	21	9,3	22	10,8	28	11,7
Adequada atenção ao recém-nascido	73	27,5	50	22,8	41	18,1	53	26,0	45	18,8
Ações de diagnóstico e tratamento adequado	49	18,5	35	16,0	46	20,4	33	16,2	45	18,8
Ações de prom. A saúde vinculada a ações de atenção	38	14,3	24	11,0	30	13,3	25	12,3	25	10,4
Total de evitáveis	265	100,0	219	100,0	226	100,0	204	100,0	240	100,0

Fonte: Datasus/MS

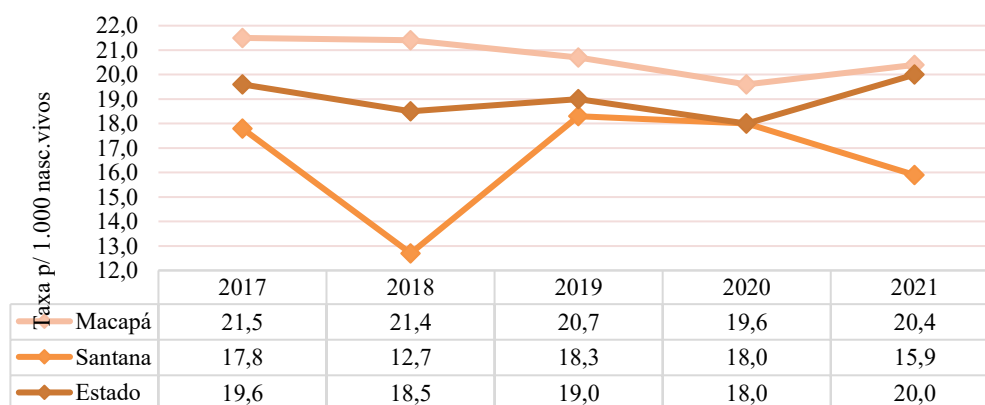
Nota: (-) Indica dado numérico igual a zero, não resultante de arredondamento.

(..) Não se aplica dados numéricos

O coeficiente de mortalidade infantil mede o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. É classificado em neonatal precoce (de 0 a 6 dias); neonatal tardio (7 a 27 dias); e pós neonatal (28 a 364 dias completos de vida).

No Estado de 2017 a 2021 a taxa de mortalidade infantil não apresentou variação significativa, conforme observa-se no Gráfico 34.

Gráfico 34. Taxa de mortalidade infantil – Macapá, Santana e Estado, 2017 a 2021



Fonte: SIM/Sinasc/SVS/Sesa.

Alguns desafios necessitam serem enfrentados na Rede Cegonha como as desigualdades sociais e raciais, o subfinanciamento, a ampliação da cobertura e fortalecimento da APS, ampliação do acesso, a baixa comunicação entre a APS e Atenção Especializada.

Como propostas do Ministério da Saúde para mitigar os problemas temos a implantação de protocolos para qualificação dos profissionais, protocolos do cuidado integral pré-natal, puerpério e urgências, recomposição do financiamento da rede cegonha, protocolos de regulação e transporte seguros e adequados às realidades locais, ampliação e qualificação do planejamento reprodutivo e familiar. Apresentamos as Diretrizes, Objetivos e Metas da Rede Cegonha no Apêndice A.

5 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE

No intuito de reduzir os vazios assistenciais e servir como interface entre a atenção básica e a média e alta complexidade, em 2003, foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU (BRASIL, 2006). Esta também busca atender outras necessidades, como implantação dos sistemas de regulação e estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tal regulamentação visa garantir atendimento integral aos pacientes, desde atenção básica até serviços de maior complexidade e meios adicionais de atenção, como o atendimento domiciliar (GRANJA *et al.*, 2013; UCHIMURA *et al.*, 2015).

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo **ampliar e qualificar o acesso humanizado** e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011).

A rede de atenção às urgências e emergências (RUE) tem como finalidade à articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

No Quadro 10 é possível visualizar os principais pontos de atenção que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Quadro 10: Pontos de atenção da RUE, por região de saúde.

Pontos de Atenção	Região Norte	Região Central	Região Sudoeste	Macrorregião
Sala de estabilização	5 *	14	7	26
SAMU	3	4	3	10
Base descentralizada	-	-	-	-
Central de Regulação de Urgência	-	1	-	1
UPA 24h (gestão estadual)	-	2	1	3
UPA 24 h (gestão municipal)	-	2	-	2
Hospitais Porta da RUE	-	2	1	3
Unidade de Cuidado prolongado	-	-	-	-

Fonte: CPAS/RUE, 2023

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências consiste na Promoção e prevenção; Componentes da Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas); SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia. Isto implica em um desafio muito grande para o Estado do Amapá dadas suas características, dispersão territorial e demográfica, dificuldade de acesso, comunidades ribeirinhas e quilombolas, questões culturais, disponibilidade de mão de obra especializada, entre outros aspectos para que se possa ter uma RUE consolidada e resolutiva.

A estrutura da RUE no Amapá é precária, porém está em processo de organização, expansão e de habilitação de serviços. Assim é de fundamental importância e urgente a elaboração do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, baseado na regionalização visando estabelecer estratégias para implementar ações com vistas a descentralização de ações e serviços que estão sob gestão estadual, investimentos para ampliação e fortalecimento dos componentes da RUE, ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

Na macrorregião única-Ap, as portas de entrada de Urgência e Emergência necessitam de estruturação e qualificação dos profissionais para atuação na urgência e emergência, bem como garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva.

O Transporte aeromédico é terceirizado e está limitado aos municípios de Oiapoque e Laranjal do Jari.

Há necessidade de ampliar a oferta de leitos complementares (intensivos), descentralizar as bases do SAMU, implantar salas de estabilização e unidades de suporte avançado nos municípios sedes das regiões de saúde.

As linhas de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Trauma foram definidas como prioritárias inicialmente.

6 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são grupos de doenças que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais.

No Brasil, as DCNT representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. As doenças crônicas não transmissíveis são as doenças cardiovasculares, como a hipertensão; os diferentes tipos de diabetes; as doenças respiratórias crônicas, como a asma e a rinite alérgica; e alguns tipos de câncer. Essas doenças foram incluídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, na lista das dez maiores ameaças à saúde pública no planeta e o combate a elas faz parte do novo plano estratégico para os próximos cinco anos da entidade (FIOCRUZ, 2019)

As DCNT estão associadas à fatores de risco comportamentais como tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e sedentarismo. Os agravos não transmissíveis, como as violências e acidentes, também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população (BRASIL, 2022)

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas,

integradas voltadas à prevenção, promoção da saúde, cuidado integral, informação, avaliação e monitoramento (BRASIL, 2022).

Considerando a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu 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, 2014b).

Os dados referentes às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e fatores de risco associados das Regiões de Saúde do Amapá, mostram que na Região Norte há o predomínio da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 3.225 casos, seguido de Diabetes Mellitus com 1.168 casos. Sobre os fatores de risco associados, há destaque para o excesso de peso com 3.732 casos e Tabagismo com 3.051 casos (Tabela 43).

Tabela 43: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Norte do Amapá (2021).

DCNT/ MUNICÍPIO	Oiapoque	Calçoene	Amapá	Pracuuba	Tartarugal zinho	Total
HAS	1.153	295	878	183	716	3.225
DM	424	128	260	53	303	1.168
Neoplasias	14	2	17	5	12	50
Tabagismo	1.153	356	599	193	750	3.051
Excesso de Peso	1.698	318	545	334	837	3.732
DPOC	13	0	9	0	6	28
Asma	186	49	145	24	152	556
Doença Renal	27	5	15	5	14	66
Depressão	32	5	42	4	28	111

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2021).

Em relação aos dados referentes à Região Central, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se destaca com 38.691 casos, seguido de Diabetes Mellitus com 12.707 casos. Sobre os fatores de risco associados, há destaque para o excesso de peso com 3.032 casos e Tabagismo com 2.333 casos (Tabela 44).

Tabela 44: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Central do Amapá (2021).

DCNT/ MUNICÍPIO	Serra do navio	Macapá	Pedra Branca	Ferreira Gomes	Porto Grande	Cutias	Itaubal	Total
HAS	409	35.911	745	631	298	278	419	38.691
DM	130	11.754	277	216	108	88	134	12.707
Neoplasias	8	-	23	19	9	14	12	85
Tabagismo	423	-	771	475	179	267	218	2.333
Excesso de Peso	532	-	911	726	306	289	268	3.032
DPOC	4	-	8	5	2	5	0	24
Asma	61	-	174	116	44	34	6	435
Doença Renal	18	-	24	9	7	12	87	157
Depressão	22	-	38	13	8	26	11	118

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2021).

Tabela 45: Dados das DCNT e fatores de risco associados da Região Sudoeste do Amapá (2021).

DCNT/ MUNICÍPIO	Laranjal do Jari	Vitória do Jari	Santana	Mazagão	Total
HAS	3.334	641	7.028	667	11.670
DM	937	156	2.234	198	3.525
Neoplasias	86	6	306	9	407
Tabagismo	2.178	505	3.573	686	6.942
Excesso de Peso	3.478	489	7.113	664	11.744
Dpoc	35	2	87	8	132
Asma	581	84	1.124	132	1.921
Doença Renal	51	10	145	30	236
Depressão	131	17	539	24	711

Fonte: E-GESTOR/e-SUS/SISAB (2021).

Há informações oficiais nacionais, entre os quais está o relatório do VIGITEL publicado em 2023 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, encontram-se os indicadores: tabagismo, consumo de bebida alcoólica excesso de peso, obesidade e referência ao diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus da cidade de Macapá-AP.

O percentual de fumantes em Macapá foi de (8,0%), sendo menos prevalente em

mulheres (4,7%) do que e em homens (11,5%). Percentual de adultos que, nos últimos 30 dias consumiram quatro ou mais doses (mulheres) (9,9%) ou cinco ou mais doses (homens) (26,8%) de bebida alcoólica, sendo a taxa em Macapá de 18,1%.

Referente ao excesso de peso, a capital Macapá representou (61,9%), mais prevalente no público masculino (64,6%) do que no feminino (59,3%). Em relação à obesidade, o percentual em Macapá foi de (30,4%), em homens (33,4%) e em mulheres (27,5%).

A taxa para hipertensão arterial sistêmica em adultos > 18 anos observada em Macapá foi de (20,4%), sendo mais prevalente em mulheres (21,7%) do que em homens (19,0%). Por sua vez, a taxa de diabetes mellitus foi de 6,8%, com menor ocorrência em mulheres (6,2%) do que em homens (7,5%).

Em relação às complicações do DM à nível de sistema renal, dados do setor de nefrologia mostram que em 2020 o Estado realizou mais de 43 mil sessões de hemodiálise, método terapêutico que substitui a função renal. Foram atendidos 497 pacientes com problemas renais agudos ou crônicos que necessitaram do procedimento no qual o sangue do paciente é filtrado através de uma máquina.

No que diz respeito às amputações, no período de 2010 a 2020, foram registrados no Brasil um total de 247.047 internações relacionadas a Amputação/desarticulação de membros inferiores, e a Região Norte apresentou um total de 13.467.

No Estado do Amapá, estudo realizado no Hospital de Emergência (HE) no município de Macapá-AP, constatou 330 casos de amputação no período de 2011 a 2017 por meio da identificação dos prontuários. Desse quantitativo, 33 evoluíram à óbito. Os resultados mostraram que homens amputam mais, por buscar menos o serviço de saúde, caracterizando busca tardia somada à aceitação inadequada do DM e sentimento de invulnerabilidade. A média de idade dos pacientes com amputações foi de 60-69 anos (PENA *et al.*, 2020).

A atenção especializada, no que se refere ao acesso à consultas dos doentes crônicos com especialistas, a Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Não Transmissíveis (RDCNT) de Macapá através da Secretaria Municipal de Saúde oferta os serviços no Centro de Especialidades Doutor Papaléo Paes contando com algumas especialidades médicas, entre as quais estão: oftalmologia, gastrologista clínico, gastropediátrico, dermatologista, alergologista, hematologista, ortopedista, uroginecologista e as consultas por serviço de Telemedicina em parceria com o Hospital

Albert Einstein contando com as especialidades: cardiologia, endocrinologia, neurologia, neurologia pediátrica, pneumologia, psiquiatria e reumatologia.

As portas de entrada para atendimento em urgência e emergência aos doentes crônicos na capital são as Unidades de Pronto de Atendimento (UPAS) da Zona Norte e Zona Sul, Unidades Básicas de Saúde com serviço de Pronto atendimento (UBS Perpétuo Socorro, UBS Doutor Marcelo Cândia, UBS Congós) e Hospital de Emergência Oswaldo Cruz (HE). As internações clínicas e em Unidades de Terapia Intensiva, cirurgias, e outros procedimentos pelo SUS quando indicados são realizadas no próprio HE, HCAL, Hospital da Criança e do Adolescente e Hospital da Mulher Mãe Luzia e pela rede privada no Hospital Unimed e Hospital São Camilo e São Luís.

No que se refere ao componente apoio diagnóstico, o município de Macapá oferta exames de forma deficiente aos usuários com DCNT's nos laboratórios de algumas UBSs, entre as quais estão: UBS Congós, UBS Marcelo Cândia, UBS Lélío Silva, UBS Rubim Aronovitch, UBS Perpétuo Socorro e UBS BR 210.

No **Apêndice A**, apresentamos as diretrizes, objetivos, metas e indicadores traçados para a RDCNT.

7 ITINERÁRIO DO USUÁRIO E PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA RAS

Com o objetivo de estabelecer e padronizar um itinerário do usuário do SUS a partir do domicílio e da Atenção Primária apresentamos a **Figura 12**.

Os desafios para organização das RAS na Amazônia são hercúleos, dessa forma é prudente priorizar também as linhas de cuidado que serão organizadas e implantadas na macrorregião única do Amapá. Sendo as seguintes:

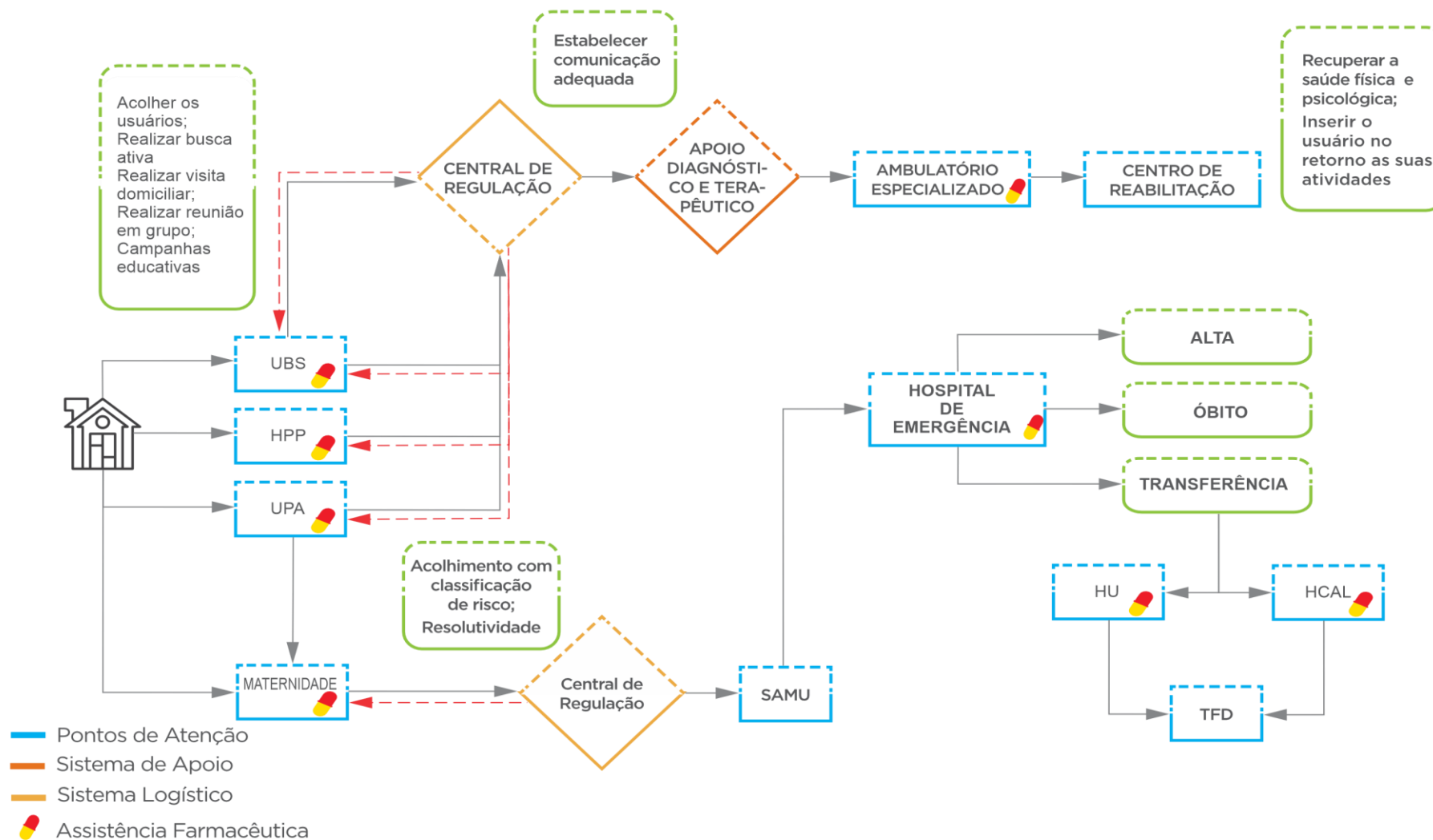
1. Linha de cuidado para Gestantes de Baixo Risco
2. Linha de cuidado para Gestantes de Alto risco
3. Linha de cuidado para a HAS
4. Linha de cuidado para DM
5. Linha de cuidado para a Doença Renal Crônica
6. Linha de cuidado para Obesidade/Sobrepeso
7. Linha de cuidado para Neoplasias
8. Linha de cuidado do Trauma
9. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
10. Linha de cuidado do Infarto do Miocárdio

Os Grupos Estaduais Condutores das Redes de Atenção Prioritárias deverão apresentar uma proposta para as linhas de cuidado a serem implantadas, as quais deverão ser homologadas pelo Comitê Executivo da Governança das Redes de Atenção à Saúde – CEGRAS e pactuadas na Comissão Intergestora Regional- CIR.

De acordo com as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores apresentados no Apêndice A, propomos a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das RAS, observando a realidade de cada região de saúde, os pontos de atenção presentes e os vazios assistenciais.

Figura 12: Itinerário do Usuário do SUS

Intinerário Terapêutico
Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião /AP



8 REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

8.1 REGULAÇÃO EM SAÚDE

A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo 3 dimensões:

1) Regulação de Sistemas de Saúde:

Objeto: os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional,

Sujeitos: respectivos gestores públicos,

Objetivo: definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

2) Regulação da Atenção à Saúde:

Objeto: a adequada prestação de serviços à saúde,

Sujeitos: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde,

Objetivo: garantir, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores COAP, a prestação de ações e serviços de saúde;

3) Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial):

Objeto: acesso aos serviços de saúde,

Sujeitos: seus respectivos gestores públicos,

Objetivo: Organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS;

Na macrorregião Amapá, a Central de Regulação Estadual Dr. Ademar Rodrigues dos Anjos integra as centrais de regulação ambulatorial, urgência e emergência; e leitos. Além disso, coordena o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD) e Central Estadual de Transplante de órgãos que está em processo de implantação.

O sistema utilizado pela Central Estadual de Regulação é Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório. O sistema é composto de três módulos: Ambulatorial (marcação

de consultas e exames especializados), Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).

A regulação do acesso na macrorregião única encontra-se em fase de ampliação de forma gradativa para leitos hospitalares e exames especializados. Para as consultas especializadas o acesso está sendo gerenciado pela Rede do Superfácil de forma precária e pouco eficiente. As cirurgias eletivas ainda não estão sendo reguladas pela Central Estadual de Regulação.

A implementação de uma ficha de referência e contra referência padronizada para facilitar a comunicação entre a APS e a Atenção Especializada e garantir o acesso às consultas e outros serviços especializados deve ser proposta pela SESA para pactuação e homologação pela Comissão Intergestora Regional e Bipartite, visto que o prontuário eletrônico não está implantado na grande maioria dos municípios e também em nenhum dos serviços e unidades hospitalares estaduais.

Há ainda a necessidade de implantar a regulação na maioria dos municípios ou pelo menos naqueles em que a conectividade está presente visando buscar a transparência da utilização de recursos de saúde para a população própria e referenciada; viabilizar a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios; permitir a referência em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identificar as áreas de desequilíbrio entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na programação; e permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

A regulação é um componente importante para a organização das redes de atenção à saúde, devendo receber investimentos e um esforço concentrado do Estado e dos municípios para a implantação e organização da regulação do acesso de forma informatizada, transparente e garantindo a equidade e integralidade da saúde dos munícipes, garantindo o acesso aos serviços de saúde.

9 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a

proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2023)

Para a implantação do e-SUS é necessário analisar o cenário para a informatização em cada município. A Secretaria Estadual de Saúde, não conhece a realizada dos municípios/regiões de saúde quanto à viabilidade para a implantação do sistema e-SUS, devendo se aprofundar esse estudo em parceria com o COSEMS e assim traçar estratégias para a implementação nas regiões de saúde.

Para a utilização do PEC é necessário um cenário adequado de informatização no serviço de saúde com a disponibilidade, no mínimo, de computadores para os profissionais que trabalham na assistência à saúde e recepção da unidade, não é necessária conexão com a internet, pois o servidor do PEC pode ser instalado em um computador mais robusto na UBS para que o sistema seja compartilhado com os demais ambientes. Já a utilização do CDS é indicada para estabelecimentos de saúde que não possui conexão de internet nem, unidade de saúde que não possuem computadores suficientes para os profissionais (BRASIL, 2023)

No estado do Amapá foi realizado o 1º Fórum de Saúde Digital no dia 29 de junho de 2023, promovido pelo Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) que discutiu temas sobre informatização, qualidade da internet, necessidades de equipamentos, qualificação profissional e uso de ferramentas digitais como o prontuário eletrônico e o Conecte SUS.

Em relação aos demais sistemas informatizados como SINAN, SINASC, SIM, a alimentação dos dados nos municípios do estado do Amapá ainda necessita de maior atenção por parte de gestores e dos profissionais de saúde nos estabelecimentos de saúde que não coletam os dados ou quando coletam o fazem de forma incorreta e não oportuna e também das vigilâncias municipais que não cumprem a rotina de fluxo e periodicidade do envio dos dados. Algumas equipes de vigilâncias têm alta rotatividade decorrente de vínculos temporários, estrutura física inadequada, equipamentos como computadores e impressoras em quantidade reduzida, ausência de telefone, internet com velocidade insuficiente, transporte pouco disponível para atividades de busca ativa de óbitos e nascimentos e de busca de fichas de investigação de óbitos e até mesmo para transportar os computadores que necessitam de manutenção e atualização.

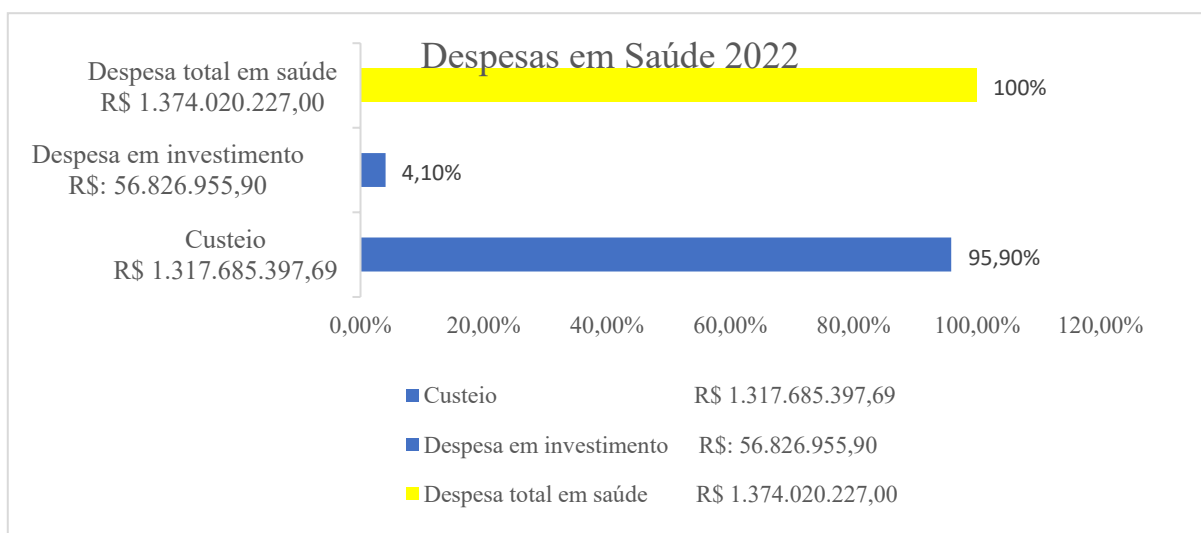
10 RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, assim o estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da Seguridade Social, fazendo valer o direito de acesso da população.

Na perspectiva de garantir o acesso da população e o financiamento do SUS, foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo um instrumento utilizado para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, permitindo o monitoramento da aplicação de recursos em saúde referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos (SIOPS, 2023).

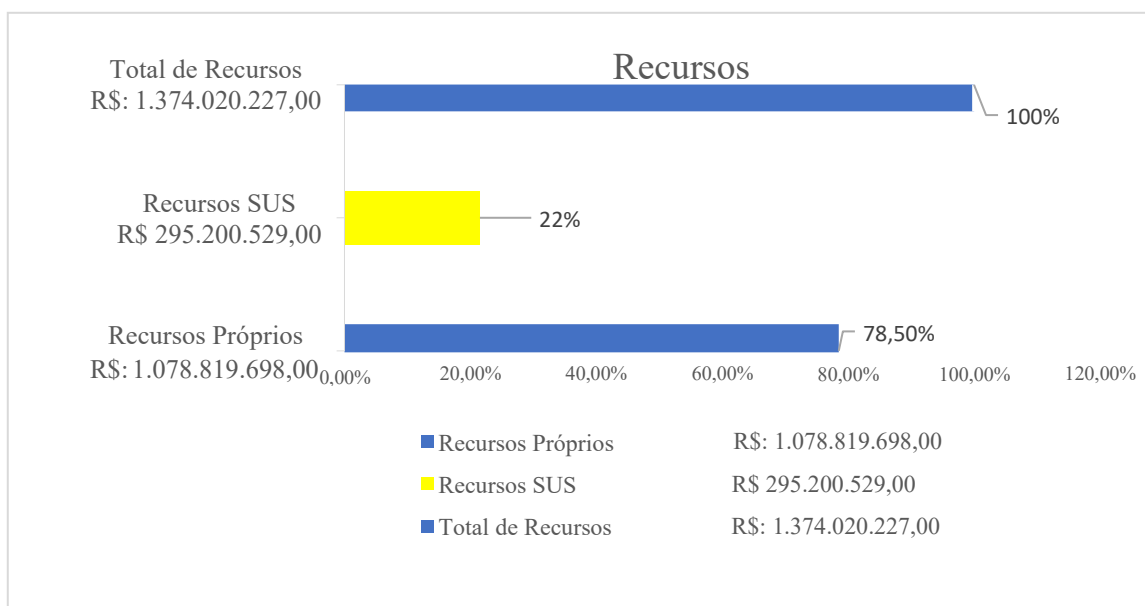
Assim, em relação as despesas em saúde, o estado do Amapá atingiu um percentual de 4,10% em despesa com investimento no ano 2022 (gráfico 33) e 95,90% correspondem ao custeio das ações e serviços. Já em relação aos recursos na macrorregião, 22% correspondem ao SUS e 78,50% é proveniente de recurso próprio (gráfico 35).

Gráfico 35: Demonstrativo com ações e serviços públicos referente às despesas em saúde em 2022.



Fonte: SIOPS, 2023.

Gráfico 36: Demonstrativo de ações e serviços públicos referente à recursos em 2022.



Fonte: SIOPS, 2023.

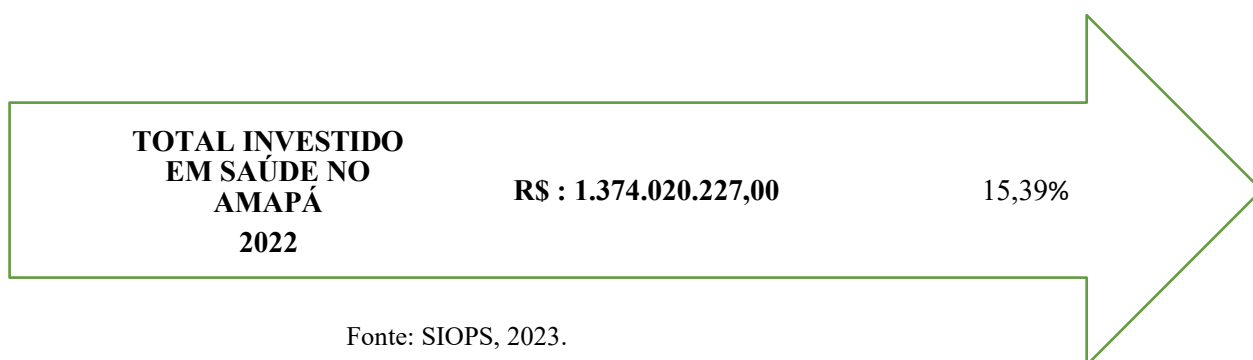
Quadro 11: Despesa total de saúde por habitante em 2022.

Ano 2022	Despesa Saúde por Habitante/Dia	Despesa Saúde por habitante – Total ao ano
	R\$ 4,28	R\$ 1.565,63

Fonte: SIOPS, 2023.

De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012, o estado deve aplicar em ações e serviços de saúde anualmente, no mínimo, 12% relativos à arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos. No entanto, o estado do Amapá em 2017, constituiu a lei estadual nº 2.216, que estabelece no mínimo 15% de investimento em saúde. O investimento total em saúde na macrorregião única no ano de 2022 é demonstrado na **Figura 13**.

Figura 13: Total de investimento em saúde no Amapá em 2022.



Fonte: SIOPS, 2023.

11 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

11.1 GESTÃO DO TRABALHO

A Política da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde está sob responsabilidade da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Gestão na Saúde e da Escola de Saúde Pública. A Política está assentada em dois pilares, a gestão dos recursos humanos e a promoção da educação permanente em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (AMAPÁ, 2023).

O planejamento das ações de educação permanente e gestão do trabalho está em elaboração pelo Grupo Técnico de Trabalho, o qual deverá apresentar o Plano de Gestão da Educação e Trabalho em Saúde incluindo as necessidades das redes de atenção à saúde prioritárias, as quais estão também contempladas nas diretrizes, objetivos e metas apresentados no **Apêndice A**.

Conforme apresentado no DOMI, para a organização das redes de atenção à saúde prioritárias, é necessário realizar o diagnóstico da força de trabalho do SUS na APS e conseqüentemente o dimensionamento das necessidades por município e região de saúde visando reduzir as desigualdades regionais e os vazios assistenciais.

Como estratégia para retenção e valorização dos profissionais de saúde no território propõe-se a implantação de uma política de valorização e retenção dos profissionais de saúde, incluindo um incentivo para valorização dos mesmos.

Associado à política de valorização e retenção dos profissionais no território propõe-se o Plano de Educação Permanente com foco nas três redes prioritárias visando a qualificação da APS e da Atenção Especializada.

12 ANÁLISE GERAL DA MACRORREGIÃO

12.1 AS PRIORIDADES SANITÁRIAS E NECESSIDADES MACRORREGIONAL

Este tópico apresenta as necessidades prioritárias de saúde da população da Macrorregião de Saúde Única-AP. O processo de priorização ocorreu durante o ano de 2022, a partir de reuniões internas de alinhamento inicial seguidas de levantamento de dados nos Sistemas Informatizados de Saúde, visitas técnicas aos municípios e elaboração do Manuscrito do Diagnóstico Situacional. Foram realizadas Oficinas de

Projeto de Governança das RAS em Macapá, do Projeto de Regionalização Integrada e de dispersão nos municípios, ao encerramento das disciplinas foi elaborado o produto preliminar. Após, fez-se a sinergia dos projetos e oficinas com setores da SESA e SVS para então a Definição das prioridades sanitárias.

Nas **Figuras 14, 15, 16 e 17**, estão apresentadas as prioridades sanitárias e as necessidades Macrorregional, bem como as prioridades sanitárias por Região de Saúde e Rede de atenção à saúde.

Ao analisar os indicadores do PREVINE BRASIL é evidente a necessidade da implementação de uma estratégia para o Fortalecimento da Atenção Primária com a inclusão de incentivos financeiros estaduais visando melhorar a qualidade da assistência na APS e o alcance de metas pelos gestores municipais e valorização da força de trabalho do SUS nos municípios.

Durante os debates do processo de regionalização, ficou evidente a necessidade de rever o formato da organização das regiões de saúde, tendo em vista as dificuldades geográficas e as distâncias entre os municípios no formato atual.

Da mesma forma, é evidente a necessidade de se debater a estratégia de organização das RAS através do consórcio federativo e assim consolidar de forma significativa a economia de escala operacional.

São grandes os desafios para implementar a regionalização da saúde no Amapá, entre outros podemos citar o subfinanciamento como principal fator limitador para o avanço da organização do sistema de saúde em regiões de saúde visando garantir a economia de escala e a otimização de recursos humanos e materiais. Ainda no contexto da Regionalização, as relações intergovernamentais são consideradas a chave para o sucesso de pactuação das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde.

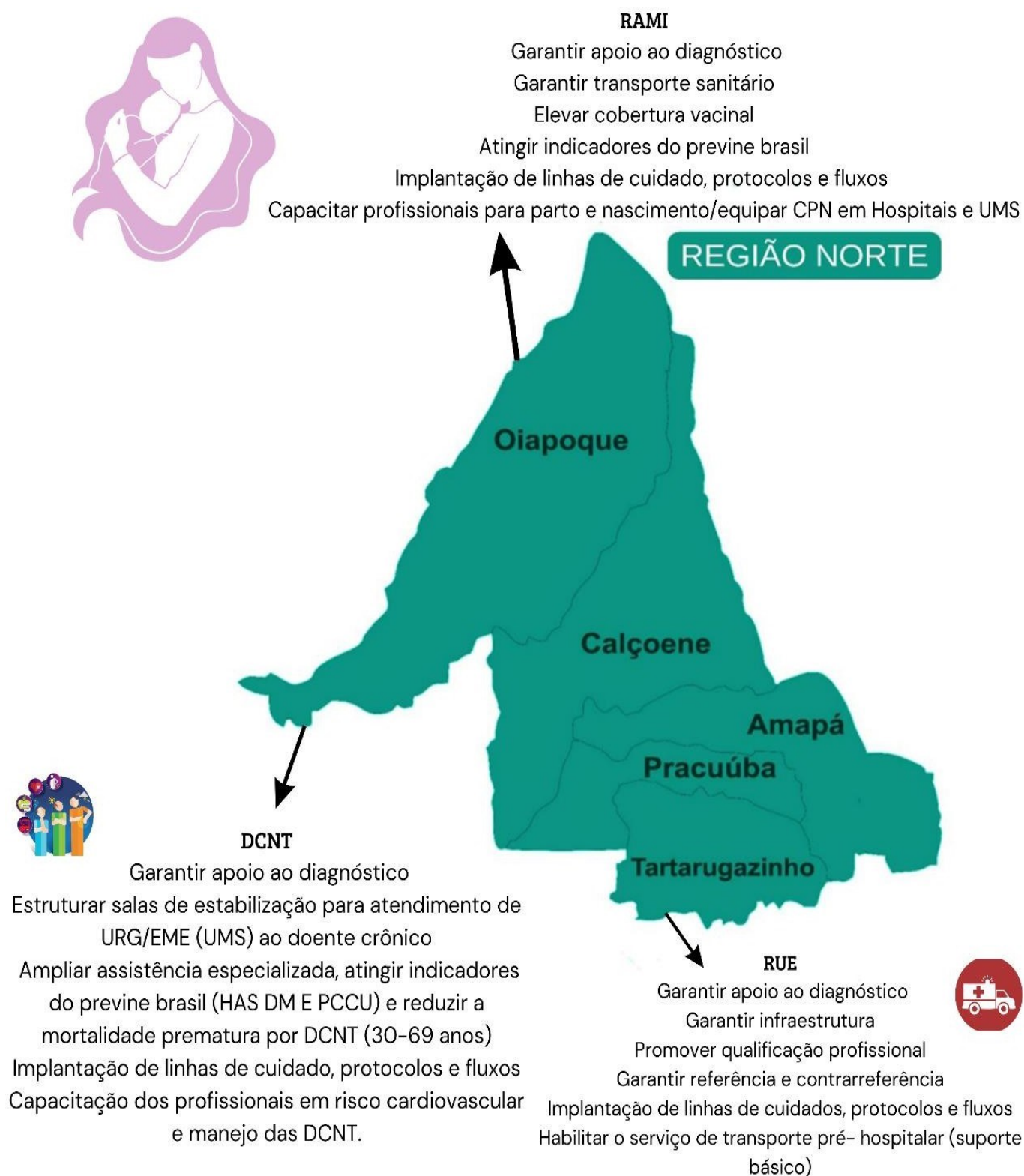
Figura 14: Top 10 Prioridades Sanitárias e Necessidades macrorregionais

PRIORIDADES SANITÁRIAS E NECESSIDADES MACRORREGIONAIS



Fonte: SESA-AP, 2023

Figura 15: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde - NORTE



Fonte: COPLAN/SESA-AP, 2023.

Figura 16: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde - CENTRAL



Fonte: COPLAN/SESA-AP, 2023.

Figura 17: Prioridades Sanitárias por Região de saúde de Rede de atenção à saúde – SUDOESTE



Fonte: COPLAN/SESA-AP, 2023.

13 SAÚDE NA FRONTEIRA INTERNACIONAL E INTERESTADUAL

Ao longo de diversos anos, Brasil e França desenvolveram uma colaboração significativa, destacada pelo Acordo de Cooperação assinado em Paris pelos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Jacques Chirac em 28 de maio de 1996. A promulgação oficial desse acordo foi ratificada pelo decreto nº 2.200, datado de 08 de abril de 1997. Estratégias como a assinatura do memorando de entendimento entre os dois países têm fortalecido o diálogo entre as áreas técnicas, a assistência mútua, a organização dos serviços com troca de informações e a melhoria na qualidade do atendimento em saúde à população na região fronteiriça.

Desde 1996, a cooperação mantém espaços de discussão regulares com ampla pauta, promovendo eventos em saúde, como a Semana de Saúde na Fronteira, que ocorre anualmente em duas edições; participação efetiva nos encontros do Conselho do Rio e na reunião da Comissão Mista de Cooperação Transfronteiriça (CMT). Referente a linha do tempo destacam-se:

1997-1999: Ocorreram as primeiras reuniões de Cooperação Transfronteiriça, no mês de setembro de 1997, em Brasília, seguida pela segunda em Caiena/Guiana Francesa em março de 1999, quando estabeleceu-se a regularidade dos encontros e as linhas básicas do relacionamento entre Brasil e França na região.

2002: Foi realizada em Macapá no mês de janeiro de 2002, a terceira reunião que resultou em cooperação técnica bilateral, destinado aos serviços médicos de urgência, emergência e controle de endemias.

2008-2009: Na quarta reunião em Caiena (2008) e a quinta em Macapá (2009) o enfoque foi no combate a endemias e doenças transmissíveis, fortalecendo intenções com acordos de intercâmbio mensal de dados epidemiológicos e criação da Comissão de Vigilância em Saúde-Bilateral.

2009: Realizada em dezembro no município de Oiapoque a primeira reunião do subgrupo de trabalho em Saúde Brasil e Guiana Francesa, formalizando acordos como o intercâmbio mensal de dados epidemiológicos.

2010: Em agosto de 2010, em Brasília, foi discutido o Plano de Assistência Mútua Transfronteiriça, prevendo a entrada de bombeiros brasileiros em território francês em situações de emergência.

2012-2019: Reuniões e eventos sequenciaram abordando temas diversos dentre estes: educação em saúde, doenças transmissíveis, saúde mental e populações autóctones. Destaca-se em 2015 a realização em Macapá da Semana de Saúde na Fronteira, em 2016 a 10ª Reunião em Cayenne/Guiana Francesa e a XI Reunião da Comissão Mista-CMT em Macapá em 2019.

No que se refere ao atendimento a pacientes na fronteira de Oiapoque levando em consideração a Carta da DG ARS (Diretora geral da Agência Regional de Saúde – Cayenne, Guiana Francesa), de 26/11/2019 em anexo III, houve a solicitação do SAMU 973 para emergências vitais individuais, assinada pelas partes na declaração de decisões sobre ações de cooperação em saúde propostas em 2020. Também foi ressaltada a necessidade de implementação efetiva do sistema de regulação de pacientes para garantir a continuidade do tratamento e evitar transferências desnecessárias.

Embora não exista uma pactuação interestadual entre o Pará e o Amapá, tanto os serviços de saúde do Amapá como o do Pará realizam os atendimentos dos usuários do SUS em seus respectivos serviços de saúde. Sendo que a macrorregião única do Amapá atende os usuários do SUS provenientes de Afuá, Breves, Chaves, Portel, Almeirim e outros através dos municípios de Santana, Macapá e Laranjal de Jari .

Em relação a pactuação com o Pará é necessário o aprofundamento desse debate e o estreitamento do diálogo entre as Secretarias Estaduais de Saúde para então elaborar uma proposta de pactuação interestadual e submeter à apreciação pela Comissão Intergestora Tripartite, visando a compensação de recursos e a formalização do atendimento aos pacientes oriundos do Pará e vice-versa e assim garantir a assistência na fronteira de forma integral e resolutive.

APÊNDICE A: CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

MACROPROBLEMA : Gestão da força do trabalho e da educação em saúde deficiente

DIRETRIZ 1: Fortalecer a gestão do trabalho e da educação na saúde com foco na APS

Objetivo 1 : Dimensionar e desenvolver a Força de Trabalho da APS e AE na macrorregião de saúde

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Realizar o dimensionamento da força de trabalho da APS e AE, até 2024	Força de trabalho da APS dimensionada	–	CGETES
2. Realizar o mapeamento da necessidade da Força de Trabalho (GO, Ped, Neo e EO) de acordo com as recomendações do MS e outras instituições regulamentadoras, até 2024	Mapeamento realizado	–	CGETES
3. Elaborar diretrizes, estratégias e dispositivos para o processo de educação permanente em saúde das equipes gestoras dos 16 municípios, até 2025	Estratégias de EPS pactuada em CIB e implementadas nos municípios	–	ESP
4. Qualificar 100 % das equipes de ACS, com foco na saúde materna e neonatal, até 2027.	% de equipes de ACS qualificadas	Número de equipes de ACS/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP
5. Qualificar 100 % das equipes de ESF, com foco na saúde materna e neonatal, até 2027	% das equipes da ESF qualificadas	Número de equipes de ESF/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP
6. Qualificar 100% da equipe da AE, com foco na saúde materna e neonatal, até 2027	% das equipes da AE qualificadas	Número de equipes de AE/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP

Objetivo 2: Garantir a permanência dos profissionais nos territórios

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Implantar estratégias de valorização e retenção dos profissionais de saúde locados e qualificados para estabelecer permanência nos territórios, até 2027	Política de valorização e retenção dos profissionais de saúde implantada	–	CGETES

CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

MACROPROBLEMA : Serviços de saúde fragmentados, desarticulados, desestruturados e insuficientes

DIRETRIZ 1: Melhorar a infra estrutura e a organização dos Pontos de Atenção das RAS

Objetivo 1: Ampliar a infra estrutura para o funcionamento das RAS

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Construir 02 maternidades (Macapá e Santana), até 2027	Número de maternidades construídas	-	SEINF
2. Reformar 01 maternidade (Macapá), até 2024	Maternidade reformada	-	SEINF
3. Construir 03 CGBP (Macapá e Santana), até 2027	Número de CGBP construída	-	SEINF
4. Construir 01 Centro de Referência em Saúde da Mulher, até 2027	Centro de Referência em Saúde da Mulher	-	SEINF
5. Construir 01 Pronto Atendimento Infantil, até 2027	Pronto Atendimento Infantil construído	-	SEINF
6. Equipar 100% dos pontos de atenção construídos/reformados da RC, até 2027	% de estabelecimentos de saúde equipados	Número de pontos de atenção construídos/reformados/ Número de pontos de atenção equipados x 100	SESA
7. Habilitar 100% dos serviços de saúde componentes da RC , até 2027	% de serviços de saúde habilitados	Número total de serviços de saúde componente da RC/Número de serviços de saúde da RC habilitados x 100	COPLAN
8. Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco em cada região de saúde, até 2027	Ambulatório de Pré-natal implantado	-	GRUPO CONDUTOR
9. Implantar o ambulatório Neonatal de seguimento do Rn em cada região de saúde, até 2027	Número de ambulatórios de seguimento de RN implantados	-	GRUPO CONDUTOR

Objetivo 2: Garantir a comunicação eficiente entre APS e AE

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Preencher a caderneta de 100 % das gestantes , até 2027	% de gestantes com caderneta preenchida	Número de gestantes cadastradas/Número de gestantes com caderneta preenchida x 100	APS
2. Implantar 03 colegiados regionais para facilitar a comunicação, até 2024	Número de colegiados regionais implantados	-	COPLAN
3. Elaborar e pactuar plano de cuidado por ponto de atenção de acordo com a linha de cuidado pactuada para a vinculação da gestante no território, até 2025	Planos de cuidado elaborado e pactuado	-	Grupo Condutor
4. Monitorar os Planos Terapêuticos Singulares por ponto de atenção, até 2027	% de Planos Terapêuticos Singulares monitorados	Número total de PTS/Número de PTS monitorados x100	Grupo Condutor
5. Implantar relatório de alta e de transferência (referência e contra-referência) e atendimento compartilhado APS/AE, até 2025	Relatório de alta implantado	-	Grupo Condutor

CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

DIRETRIZ 2: Melhorar a infra estrutura e a organização dos Pontos de Atenção da Rede Cegonha

Objetivo 3: Ampliar a oferta de serviços especializados

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Ampliar a oferta de leitos hospitalares (03 intensivos , 30 obstétricos de Alto risco e X neonatais), até 2027	Número de leitos hospitalares/tipo ampliados	–	Grupo Conduto/SESA/SEINF
2. Implantar 03 unidades neonatais (HES, HELAJA e HEO), até 2027	Número de unidades neonatais implantadas	–	Grupo Condutor/SESA/SEINF
3. Garantir a oferta de 46.094 consultas médicas de pré-natal , até 2027	Número de consultas médicas de pré-natal realizadas	–	Grupo Condutor/SESA/Municípios
4. Garantir a oferta de 15.365 consultas puerperais, até 2027	Número de consultas puerperais realizadas	–	
5. Garantir a oferta de 46.094 consultas (enfermagem) de pré-natal , até 2027	Número de consultas de enfermagem de pré-natal realizadas	–	
6. Garantir a oferta de 15.365 consultas odontológicas (Macapá, Santana, Mazagão, Amapá e Pracuuba) até 2027	Número de consultas odontológicas realizadas	–	
7. Ampliar em 20% a oferta de teleconsultas em GO, Neuropediatria, cardiologia pediátrica , endocrinologistas, geneticistas, até 2027	% de teleconsultas ofertadas	Número de teleconsultas ofertadas no ano anterior/Número de teleconsultas ampliadas x 100	Grupo Condutor/SESA/Municípios

MACROPROBLEMA: Ausência de organização do sistema de saúde amapaense

DIRETRIZ 2 : Estabelecer modelo de saúde baseado na organização em redes temáticas de saúde

Objetivo 1: Organizar as redes cegonhas regionais

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar 03 Planos Regionais da Rede Cegonha , até 2024	Número de Planos Regionais da Rede Cegonha elaborados e aprovados	–	ARTICULADOR DA RC
2. Monitorar 100% dos Planos Regionais da Rede cegonha semestralmente, até 2027	% de Planos Regionais da Rede Cegonha monitorados	No total de de planos regionais/ No de Planos regionais monitorados x 100	ARTICULADOR DA RC
3. Fomentar projetos de pesquisas científicas voltados a Rede Cegonha, até 2027	Número de projetos de pesquisas executados	–	

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

Objetivo 2: Organizar e qualificar o acesso à assistência integral do usuário

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Estabelecer e aprovar fluxo macrorregional para o acesso (itinerário) aos usuários (Gestante, Puérpura, RN, etc) do SUS, até 2024	Fluxo macrorregional aprovado	–	GRUPO CONDUTOR
2. Implantar as linhas de cuidado nas RAS prioritárias (Gestante de Baixo Risco e Gestante de alto risco para as principais causas de morbimortalidade: hipertensão, hemorragia e sepse), até 2025	Número de Linhas de cuidado implantadas	–	GRUPO CONDUTOR
3. Elaborar e aprovar os protocolos assistenciais (Gestante de Baixo Risco e Gestante de alto risco) , até 2025	Número de protocolos elaborados e aprovados	–	GRUPO CONDUTOR
4. . Implantar 3ª etapa do método canguru compartilhado com a APS, até 2025	Método Canguru implantado	–	GRUPO CONDUTOR

Objetivo 3: Reorganizar a assistência orientada para a vigilância em saúde, visando a integralidade e a humanização

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Descentralizar e integrar as ações de vigilância em saúde com as ações de assistência, até 2027	Número de ações de vigilância em saúde descentralizadas e integradas	–	SVS
2. Implantar o Programa de humanização, até 2027	Programa de humanização implantado	–	ASSISTÊNCIA
3. Implantar o programa de Fortalecimento da APS, até 2024	Programa de Fortalecimento da APS implantado	–	CPAS
4. Investigar 100% dos óbitos de MIF em tempo oportuno	% de óbitos de MIF investigados	No de óbitos de MIF ocorridos no período/No de óbitos de MIF investigados x 100	SVS
5. Investigar 100% dos óbitos infantis, até 2027	% de óbitos infantis investigados	No de óbitos infantis ocorridos no período/No de óbitos infantis investigados x 100	SVS
6. Implementar o Comitê de Mortalidade Infantil, até 2024	Comitê de mortalidade infantil implantado	–	Grupo Condutor

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

DIRETRIZ 3 : Estabelecer modelo de saúde baseado na organização em redes temáticas de saúde

Objetivo 1 : Melhorar o desempenho dos indicadores do PREVINE e da MMI

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Ampliar a ≥ 80% a proporção de gestantes com realização dos exames de sífilis e HIV , até 2027	proporção de gestantes com realização dos exames de sífilis e HIV	$\frac{\text{Nº de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré - natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré - natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$	SVS
2. Ampliar a ≥ 80% a proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal, até 2027	proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-nata	$\frac{\text{Nº de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré - natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré - natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Cadastro municipal SISAB}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$	CPAS
3. Ampliar a ≥ 60% a proporção de gestantes com atendimento odontológico, até 2027	proporção de gestantes com atendimento odontológico	$\frac{\text{Nº de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}}{\left(\text{Nº de gestantes com pré - natal na APS} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro}}{\text{População IBGE}} \times \text{nº nascidos vivos SINASC} \right)} \times 100$	SAÚDE BUCAL
4. Ampliar a 95% a cobertura vacinal em menores de 1 ano, até 2027	% a cobertura vacinal em menores de 1 ano	número de crianças menores de um ano com esquema vacinal específico completo/ população na faixa etária de menores de um ano x 100	Grupo Condutor/ SESA/Municípios
5. Alcançar 100% de salas informatizadas e com envio dos dados para o CPNI/ E-SUS	% de salas informatizadas	No total de salas de imunização/no de salas informatizadas x 100	SVS
6. Reduzir de 108 para 40/100000 NV a taxa de mortalidade materna por causas evitáveis, até 2027	Taxa de mortalidade materna por causas evitáveis	número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério (*) / número de nascidos vivos de mães residentes x 100.000	Grupo Condutor
7. Reduzir de 18,5 para 10/1000 NV a mortalidade infantil, até 2027	Taxa de mortalidade infantil	número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade/número total de nascidos vivos de mães residentes x 1.000	Grupo Condutor

MACROPROBLEMA : Ausência de sistemas informatizados e de logística

DIRETRIZ 4 : Fortalecer o sistema logístico e de informação em saúde na macrorregião

Objetivo 1: Garantir o transporte sanitário de urgência e eletivo, de amostras e resíduos sólidos

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Transporte Sanitário eletivo e de urgência para emergências gineco-obstétricas, neonatais, pediátricas e transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário elaborado e aprovado	—	COPLAN

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

2. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos sólidos, até 2024	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos elaborado e aprovado	–	ASSISTÊNCIA
3. Elaborar o Plano de Transporte sanitário de amostras biológicas, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário de amostras biológicas elaborado e aprovado	–	CADI
4. Implantar e pactuar prontuário eletrônico integrado ou manual, até 2027	Prontuário eletrônico implantado	–	COTEC
5. Desenvolver aplicativo de seguimento ao neonato oriundo das Unidades de Terapia Intensiva compartilhado com a APS, até 2025	Aplicativo de seguimento do neonato desenvolvido	–	COTEC
6. Qualificar 100% das equipes dos municípios que atuam na alimentação das informações de saúde, até 2027	% das equipes qualificadas	Número de equipes existentes no município /Número de equipes qualificadas x 100	CPAS/SVS

MACROPROBLEMA: Assistência farmacêutica e Apoio ao diagnóstico e terapêutica deficiente

DIRETRIZ 5 : Fortalecer o sistema de apoio ao diagnóstico e terapêutica à RAS

Objetivo 1: Implementar melhorias no apoio ao diagnóstico e terapêutica

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Garantir a oferta de exames de 15.365 ultrassonografias obstétricas, até 2027	Número de ultrassonografias obstétricas realizadas	–	CADI
2. Garantir a oferta de exames de 2.305 ultrassonografias obstétricas com Doppler, até 2027	Número de ultrassonografias obstétricas com Doppler realizadas	–	CADI
3. Garantir a oferta de 2.305 de Tococardiografia ante-parto, até 2027	Número de tococardiografia ante-parto realizadas	–	CADI
3. Garantir a oferta de 2.305 exames de curva glicêmica clássica, até 2027	Número de exames de curva glicêmica clássica realizadas	–	SESA/Municípios
4. Garantir a oferta de 30.729 exames de VDRL para detecção de sífilis, até 2027	Número de exames de VDRL realizados	–	SESA/Municípios
5. Garantir a oferta de 15.365 exames de sorologia para Toxoplasmose, até 2027	Número de exames de sorologia para toxoplasmose realizados	–	SESA/Municípios

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES - REDE CEGONHA

6. Garantir a oferta de 15.365 exames de sorologia para HBsAg, até 2027	Número de exames de sorologia para HBsAg realizados	–	SESA/Municípios
7. Garantir a oferta de 30.729 exames de sorologia para HIV1+ HIV2, até 2027	Número de exames de sorologia para HIV1+ HIV 2 realizados	–	SESA/Municípios
8. Garantir a oferta de 691 exames de ECG , até 2027	Número de exames de ECG realizados	–	CADI
9. Implementar a triagem neonatal (fase IV),nas três regioes de saúde, até 2024	Triagem neonatal implementada	–	CADI
10.Monitorar o % de gestantes com exames de pré-natal em tempo oportuno	% de gestantes com exames de pré-natal em tempo oportuno	Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação/ Número de gestantes com pré-natal na APS x 100	CPAS
11. Realizar 15.365 testes da olherinha, até 2027	Número de testes da olherinha realizados	–	SESA/Municípios
12. Realizar 15.365 testes do Olhinho, até 2027	Número de testes do olhinho realizados	–	SESA/Municípios

Objetivo 2: Implementar melhorias na assistência farmacêutica

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. 100% dos serviços da rede cegonha com disponibilidade de medicamentos de acordo com os protocolos pactuados na APS, AAE, AHE, até 2027	% dos serviços da rede cegonha com disponibilidade de medicamentos de acordo com os protocolos pactuados na APS, AAE, AHE	Número de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-	COASF
2. Adquirir 100% do elenco de medicamentos e imunobiológicos necessários nas UTINs, UCINCO e UCINCA, até 2027	% de medicamentos e imunobiológicos adquiridos	Número total de medicamentos e imunobiológicos do elenco/Número de medicamentos e imunobiológicos adquiridos x 100	COASF

MACROPROBLEMA: Subfinanciamento do SUS

DIRETRIZ : Garantir o financiamento das ações e serviços de saúde

Objetivo 1: Implementar melhorias no apoio ao diagnóstico e terapêutica

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar o Plano de Investimento/região de saúde , até 2024	Plano de Investimento elaborado e aprovado	–	COPLAN
2. Ampliar em 40% a captação recursos de emendas parlamentares para investimento, até 2027	% de captação de recursos de emendas parlamentares ampliados	Número de recursos captados no ano anterior/Número de recursos captado no ano em curso x 100	COPLAN

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

MACROPROBLEMA : Gestão da força do trabalho e da educação em saúde deficiente

DIRETRIZ 1: Fortalecer a gestão do trabalho e da educação em saúde

Objetivo 1 : Dimensionar e desenvolver a Força de Trabalho da APS e AE na macrorregião de saúde

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Contratar consultoria para realizar o dimensionamento da força de trabalho da APS e AE, até 2024	Consultoria contratada	–	CGETES
2. Levantar a necessidade da Força de Trabalho de acordo com as recomendações do MS e outras instituições regulamentadoras, até 2024	Força de trabalho da APS dimensionada	–	CGETES
3. Capacitar a equipe gestora dos 16 municípios, até 2025	Número de equipes gestoras municipais capacitadas	Número de equipes gestoras existentes/número de equipes gestoras capacitadas x 100	ESP
4. Qualificar 100 % das equipes de ACS, até 2027	% de equipes de ACS qualificadas	Número de equipes de ACS/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP
5. Qualificar 100 % das equipes de ESF, até 2027	% das equipes da ESF qualificadas	Número de equipes de ESF/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP
6. Qualificar 100% da equipe da AE para atuar na RDCNT, até 2027	% das equipes da AE qualificadas	Número de equipes de AE/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP

Objetivo 2: Garantir a permanência dos profissionais nos territórios

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Implantar política de valorização e retenção dos profissionais de saúde locados e qualificados para estabelecer permanência nos territórios, até 2027	Política de valorização e retenção dos profissionais de saúde implantada	–	CGETES

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

MACROPROBLEMA : Alta mortalidade prematura por DCNT

DIRETRIZ 1: Melhorar a qualidade da assistência às pessoas com condições crônicas não transmissíveis

Objetivo 1 : Reduzir a mortalidade Prematura de indivíduos com 30-69 anos por DCNT

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Reduzir 2% ao ano a mortalidade prematura de indivíduos com 30-69 anos por DCNT	Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos)		Grupo Condutor

Objetivo 2 : Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 anos

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Ampliar para 70% a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 anos, até 2027	Taxa de Cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 anos	Nº de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento, nos últimos dois anos, em determinado local e período x 100/ Nº de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, no respectivo local e período	Grupo Condutor

Objetivo 3 : Aumentar a cobertura de exame de Papanicolau em mulheres de 25-64 anos

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Ampliar para > 40% a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 anos, até 2027	Taxa de Cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 anos	Nº de mulheres de 25 a 64 anos com exames citopatológicos do colo do útero realizados nos últimos três anos/ Nº de mulheres de 25 a 64 anos, residentes	Grupo Condutor

Objetivo 4 : Aumentar a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com consulta e pressão arterial aferida

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Ampliar para > 50% a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com consulta e pressão arterial aferida	proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com consulta e pressão arterial aferida	$\frac{\left(\frac{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial com consulta em hipertensão arterial e aferição de PA nos últimos 6 meses}}{\text{Nº de pessoas com hipertensão arterial no SISAB}} \right) \text{ ou } \left(\frac{\text{Potencial de cadastro x \% Pessoas com hipertensão arterial na PNS}}{\text{Potencial de cadastro}} \right) \times 100$	Grupo Condutor

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

Objetivo 5 : Aumentar a proporção de consulta com hemoglobina glicada em pessoas com DM

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Ampliar para > 50% a proporção de pessoas com DM com consulta e hemoglobina glicada	proporção de pessoas com DM com consulta e hemoglobina glicada	$\frac{\text{Pessoas com diabetes, com consulta em DM e solicitação de exame de hemoglobina glicada nos últimos 6 meses}}{\left(\frac{\text{Número de pessoas com diabetes no SISAB}}{\text{Potencial de cadastro}} \times \% \text{ de pessoas com diabetes na PNS} \right)} \times 100$	Grupo Condutor

MACROPROBLEMA: Ausência de organização das RDCNT

DIRETRIZ 2: Melhorar a infra estrutura e a organização dos Pontos de Atenção das RAS

Objetivo 1 : Melhorar a infra estrutura dos pontos de atenção para o funcionamento da RDCNT

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Implantar o Ambulatório de Obesidade e Doenças metabólica, até 2027	Ambulatório de Obesidade implantado	—	Grupo Condutor
2. Implantar 01 CACON, até 2027	CACON implantado	—	Grupo Condutor
3. Implantar 03 unidades de Nefrologia (Oiapoque, Laranjal do Jari e Porto Grande), até 2027	Número de unidades de nefrologia implantado	—	Grupo Condutor
4. Implantar a radioterapia até 2024	Unidade de radioterapia implantada	—	MS/SESA
5. Ampliar a UNACON, até 2025	Unidade de Oncologia ampliada	—	SESA/SEINF

Objetivo 2: Garantir a comunicação entre APS e AE

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Implantar 03 colegiados regionais para facilitar a comunicação, até 2024	Número de colegiados regionais implantados	—	COPLAN

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

Objetivo 3: Ampliar a oferta de serviços especializados

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Ampliar em 30 % a oferta de leitos hospitalares até 2027	% de leitos hospitalares ampliados	Número de leitos hospitalares existentes/Número de leitos hospitalares ampliados x 100	Grupo condutor
2. Ampliar em 30 % de consultas especializadas , até 2027	% de consultas especializadas ampliadas	Número de consultas especializadas disponibilizadas/Número de consultas especializadas ampliados x 100	Grupo condutor
3. Ampliar a oferta de teleconsultas em 5 especialidades (endocrinologistas, oncologistas, cirurgiões, nefrologistas e geriatras) , até 2027	Número de especialidades ofertadas	–	Grupo condutor
4. Ampliar em 120/ano a oferta de sessões de hemodiálise, até 2027	Número de sessões de hemodiálise ampliadas	–	Grupo Condutor/SESA
5. Ampliar em 50% a oferta de sessões de quimioterapia, até 2027	% de sessões de hemodiálise ampliadas		Grupo Condutor/UNACON

Objetivo 4: Organizar as redes de DCNT regionais;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar os Planos Regionais da DCNT, até 2024	Planos Regionais de DCNT elaborados e aprovados	–	Grupo Condutor

Objetivo 5: Organizar e qualificar o acesso à assistência integral do usuário;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Estabelecer e aprovar o itinerário macrorregional para o acesso dos usuários do SUS, até 2024	Fluxo macrorregional aprovado	–	Grupo Condutor/COPLAN
2. Implantar as linhas de cuidado prioritárias (sobrepeso e obesidade, doença renal crônica, diabetes, neoplasias) até 2027	Número de Linhas de cuidado implantadas	–	Grupo Condutor
3. Elaborar e aprovar os protocolos assistenciais, até 2025	Número de protocolos elaborados e aprovados	–	Grupo Condutor

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

MACROPROBLEMA:

DIRETRIZ 1: Organizar a vigilância em saúde

Objetivo 1: Reorganizar a assistência orientada para a vigilância em saúde e a integralidade

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Descentralizar e integrar as ações de vigilância em saúde com as ações de assistência, até 2027	Número de ações de vigilância em saúde descentralizadas e integradas	–	SVS
3. Implantar o programa de Fortalecimento da APS, até 2025	Programa de Fortalecimento da APS implantado	–	CPAS

MACROPROBLEMA: Ausência de sistemas informatizados e de logística;

DIRETRIZ 1: Fortalecer o sistema logístico e de informação em saúde na macrorregião;

Objetivo 1: Garantir o transporte sanitário de urgência e eletivo e de amostras biológicas

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Transporte Sanitário eletivo e de urgência, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário elaborado e aprovado	–	Grupo Condutor
2. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos sólidos, até 2024	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos elaborado e aprovado	–	Grupo Condutor
3. Elaborar o Plano de Transporte sanitário de amostras biológicas, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário de amostras biológicas elaborado e aprovado	–	CADI

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

Objetivo 2: Garantir a identificação da população no território;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
2. Implantar o prontuário eletrônico ou manual , até 2027	Prontuário eletrônico implantado	-	APS

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da informação nos sistemas de saúde;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Qualificar 100% das equipes dos municípios que atuam na alimentação das informações de saúde , até 2027	% das equipes qualificadas	Número de equipes existentes no município /Número de equipes qualificadas x 100	CPAS

MACROPROBLEMA: Assistência farmacêutica e Apoio ao diagnóstico e terapêutica deficiente;

DIRETRIZ 5: Fortalecer o sistema de apoio à RAS;

Objetivo 1: Implementar melhorias no apoio ao diagnóstico e terapêutica;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Ampliar a exames de imagem (PET-TC/Cintilografia, Raio -x, TC), até 2027	% de exames de imagem ampliados	-	CADI
2. Ampliar em 100% a oferta de marcadores tumorais, até 2027	% de exames de marcadores tumorais ampliados	-	CADI
3. Ampliar em 100% a oferta de biópsias, até 2027	% de biópsias realizadas	-	CADI
3. Ampliar em 100% a oferta de exames anatomo patológicos, até 2027	% de exames gráficos ampliados	-	CADI
4. Implantar hemoglobina glicada em centros de referência nas tres regioes de saúde, até 2024	Número de regiões de saúde com centros de referência com hemoglobina glicada	-	CADI/APS
5. Garantir a oferta de 17.074 exames de hemoglobina glicada, até 2027	Número de exames de hemoglobina glicada realizados	-	CADI/APS
6. Ampliar para 61.093 a oferta de exames de PCCU, até 2027	Número de exames ofertados	-	SESA/ Municípios

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, REDES DE DOENÇAS CRÔNICAS - RDCNT

7. Ampliar para 25.545 a oferta de exames de mamografia, até 2027	Número de exames de mamografia ofertados	-	SESA/ Municípios
8. Ampliar a oferta de 14919 exames de endoscopia, até 2027	Número de exames de endoscopia ofertados	-	CADI
9. Ampliar a oferta de 3.072 exames de colonoscopia. até 2027	Número de exames de colonoscopia ofertados	-	CADI

Objetivo 2: Implementar melhorias na assistência farmacêutica;

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Adquirir 100% dos medicamentos neoplásicos padronizados, até 2027	% dos medicamentos neoplásicos padronizados adquiridos	Número de medicamentos padronizados/Número de medicamentos adquiridos x 100	COASF
2. Garantir 100% dos os medicamentos padronizados para a terapêutica dos renais crônicos, até 2027	% de medicamentos padronizados para a terapêutica dos renais crônico adquiridos	Número de medicamentos padronizados/Número de medicamentos adquiridos x 100	COASF
3. Garantir o fornecimento de anti-hipertensivos padronizados usados na linha de cuidado da HAS, até 2017	% de medicamentos padronizados para a HAS adquiridos	Número de medicamentos padronizados/Número de medicamentos adquiridos x 100	COASF/APS-Municípios
4. Garantir o fornecimento de medicamentos padronizados para DM, até 2027	% de medicamentos padronizados para a DM adquiridos	Número de medicamentos padronizados/Número de medicamentos adquiridos x 100	COASF/APS-Municípios

MACROPROBLEMA: Subfinanciamento do SUS;

DIRETRIZ 6: Garantir o financiamento das ações e serviços de saúde;

Objetivo 1:

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar o Plano de Investimento/região de saúde , até 2024	Plano de Investimento elaborado e aprovado	-	COPLAN
2. Ampliar em 40% a captação recursos de emendas parlamentares para investimento, até 2027	% de captação de recursos de emendas parlamentares ampliados	Número de recursos captados no ano anterior/Número de recursos captado no ano em curso x 100	COPLAN

CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES- REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

MACROPROBLEMA : Gestão da força do trabalho e da educação em saúde deficiente

DIRETRIZ 1: Fortalecer a gestão do trabalho e da educação em saúde

Objetivo 1: Dimensionar e desenvolver a Força de Trabalho do SUS na macrorregião de saúde

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Realizar o dimensionamento da força de trabalho do SUS, até 2024	Força de trabalho da APS dimensionada	–	CGETES
2. Realizar o mapeamento da necessidade da Força de Trabalho para a RUE, de acordo com as recomendações do MS e outras instituições regulamentadoras, até 2024	Mapeamento realizado	–	CGETES
3. Elaborar diretrizes, estratégias e dispositivos para o processo de educação permanente em saúde das equipes gestoras dos 16 municípios, até 2025	Estratégias de EPS pactuada em CIB e implementadas nos municípios	–	ESP
4. Qualificar 100 % das equipes da APS e AE para atuarem na RUE, até 2027.	% de equipes de ACS qualificadas	Número de equipes de ACS/ Número de equipes de ACS qualificadas x 100	ESP

Objetivo 2: Garantir a permanência dos profissionais nos territórios

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Implantar política de valorização e retenção dos profissionais de saúde locados e qualificados para estabelecer permanência nos territórios, até 2027	Política de valorização e retenção dos profissionais de saúde implantada	–	CGETES

MACROPROBLEMA : Assistência farmacêutica e apoio ao diagnóstico e terapêutica precária

DIRETRIZ 1: Melhorar a qualidade da assistência na RUE

Objetivo 1: Garantir o apoio ao Diagnóstico e Terapêutica

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Implantar uma referência de laboratório de análises clínicas em cada ponto de atenção da RUE, nas três regiões de saúde, até 2027	Número de referência de laboratório de análises clínicas implantada	–	CADI
Implantar uma referência de raio X, em cada ponto de atenção da RUE, nas três regiões de saúde, até 2027	Número de referência de raio x implantada	–	CADI
Implantar uma referência de ultrassonografia, em cada ponto de atenção da RUE, nas três regiões de saúde, até 2027	Número de referência de ultrassonografia implantada	–	CADI

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO



CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES- REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Implantar exame de ECG, em cada ponto de atenção da RUE, nas três regiões de saúde, até 2027	Número de ECG implantados	–	CADI
Implantar exame de ECG, no SAMU, até 2027	ECG implantado no SAMU	–	SAMU

Objetivo 2: Garantir a (infra) estrutura de acesso aos pontos de urgência e emergência

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Estruturar e qualificar as 16 Portas de Entradas de Urgência e Emergência, até 2027	Número de portas estruturadas e qualificadas	–	Grupo Condutor RUE
2. Estruturar e qualificar as 03 Portas de Entradas de Urgência e Emergência obstétrica, até 2027	Número de portas de urgência e emergência de obstetrícia estruturadas e qualificadas	–	Grupo Condutor RUE
3. Implantar a rede regionalizada do SAMU, até 2027	Rede regionalizada do SAMU implantada	–	SAMU
4. Construir 01 central de regulação de Urgência e Emergência, na capital, até 2027	Central de Regulação construída	–	SEINF/SESA
5. Adquirir 4 unidades fluviais (Laranjal do Jari, Oiapoque, Macapá e Mazagão)	Número de unidades fluviais adquiridas	–	Grupo Condutor RUE
6. Estruturar X salas de estabilização nos municípios, até 2027	Número de salas de estabilização estruturadas	–	Grupo Condutor RUE

Objetivo 3: Habilitar os pontos de atenção da RUE

Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
Habilitar a Central de Regulação de Urgência e Emergência estadual, até 2025	Central de regulação de Urgência e Emergência habilitada	–	COPLAN
Habilitar 02 Unidades de Suporte Avançado(Santana e Porto Grande)	Número de USAs habilitadas	–	COPLAN
Habilitar 4 unidades fluviais (Laranjal do Jari, Oiapoque, Macapá e Mazagão)	Número de unidades fluviais habilitadas	–	COPLAN
Habilitar 05 unidades de SAD (EMAD tipo II e EMAP0 para o município de Macapá, até 2027	% de equipes SAD implantadas em Macapá	Número de unidades SAD implantadas/Número de unidades habilitadas x 100	COPLAN
Habilitar 29 unidades de SAD (EMAD tipo II e EMAP) para a macrorregião, até 2027	% de equipes SAD implantadas na macrorregião	Número de unidades SAD implantadas/Número de unidades habilitadas x 100	COPLAN

GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO			
		SECRETARIA DE SAÚDE	
CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES- REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Objetivo 4: Melhorar a gestão e governança da RUE			
Implantar o Grupo Condutor Estadual da RUE	Grupo Condutor Estadual implantado	—	COPLAN
Elaborar e aprovar o Plano Estadual da Rede de urgência e emergência, até 2024	Planos Estadual da Rede de Urgência e Emergência elaborado e aprovado	—	Grupo Condutor
MACROPROBLEMA: Ausência de sistemas informatizados e de logística;			
DIRETRIZ 1: Fortalecer o sistema logístico e de informação em saúde na macrorregião;			
Objetivo 1: Garantir o transporte sanitário de urgência e eletivo e de amostras biológicas			
Meta	Indicador/Produto	Fórmula do Indicador	Responsável
1. Elaborar e aprovar o Plano Estadual de Transporte Sanitário eletivo e de urgência, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário elaborado e aprovado	—	Grupo Condutor
2. Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos sólidos, até 2024	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos elaborado e aprovado	—	Grupo Condutor
3. Elaborar o Plano de Transporte sanitário de amostras biológicas, até 2024	Plano Estadual de Transporte Sanitário de amostras biológicas elaborado e aprovado	—	CADI

REFERÊNCIAS

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Gabinete do Governador. Lei Complementar nº 2.216, de 26 de julho de 2017. Amapá, 2017.

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Plano estadual de educação permanente em saúde Amapá 2019-2023. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-AP-2019-2023.pdf>.

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Linha de Cuidado Materno-Infantil no Estado do Amapá. 2022. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/livraria/SESA_f80448c6889e1afcdb3c689561762c40.pdf

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. 2023. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/livraria/SESA_4e063cd8d225aa75a92d9a4f3f8d37ba.pdf

BRASIL TURISMO. Guia geográfico Amapá. Mapa do Amapá. Guia geográfico – Brasil Turismo, 2023. Disponível em: <https://www.brasil-turismo.com/amapa.htm>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. IBGE, 2021. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/pesquisa/37/30255>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Divulgação Especial - PNAD. Medidas de Subutilização da Força de Trabalho no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Novos_Indicadores_Sobre_a_Forca_de_Trabalho/pnadc_202204_trimestre_novos_indicadores.pdf.

BRASIL. Ministério da Economia. Governo lança Programa Emergencial de Manutenção do Emprego para enfrentar efeitos econômicos da Covid-19. [Brasília] 01 abr. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/ptbr/assuntos/noticias/2020/abril/governo-lanca-programa-emergencial-de-manutencaodo-emprego-para-enfrentar-efeitos-economicos-da-covid-19>.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids. Boletim epidemiológico, Brasília, n. esp, dez. 2022. Disponível em:
https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-_2022_internet_2411_finalizado.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Brasília, Ministério da Saúde; 2023: Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023: 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 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>.

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, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant2022_2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf ISBN 97865-5993-102-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tétano Acidental. 2018. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/tetano-acidental>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento Básico (SNIS). 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/ptbr/assuntos/saneamento/snis>.

CASTELLS, Manuel et al. A sociedade em rede: do conhecimento à política. **A sociedade em rede: do conhecimento à ação política**, p. 17-30, 2005.

DNIT - Assessoria de Comunicação 2017 – <http://www.dnit.gov.br/noticias/dnit-assinaordem-de-servico-do-trecho-norte-da-br-156-ap>.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Inovação. PenseSUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/inovacao>.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Instinto Fernandes Figueira. Disponível em: <https://www.iff.fiocruz.br/>

GRANJA, G. F. et al. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das redes de atenção à saúde. In: **Congresso brasileiro**

de política, planejamento e gestão em saúde. 2013. p. 116.

GOVERNO DO AMAPÁ. Diagro captura morcegos hematófagos para prevenir a raiva em rebanhos de Macapá. 2022. Disponível em: <https://portal.ap.gov.br/noticia/1105/diagro-captura-morcegos-hematofagos-paraprevenir-a-raiva-em-rebanhos-de-macapa>.

GUMARÃES, R.; *et al.* Política de ciência: tecnologia e inovação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2022 - Quilombolas: primeiros resultados do universo. IBGE, 2023b. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2023/07/Quilombolas-Primeiros-Resultados-IBGE-27jul2023.pdf>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Amapá. IBGE, 2023a. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742010000200010&script=sci_arttext&tlng=pt.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

NOCK, Matthew K.; BORGES, Guilherme; ONO, Yutaka (Ed.). Suicídio: Perspectivas globais das pesquisas mundiais de saúde mental da OMS. Imprensa da Universidade de Cambridge, 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. **Termo de cooperação nº 91 – Fortalecimento da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde (2022).** 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-91-fortalecimento-da-politica-nacional-ciencia-tecnologia-e-inovacao>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Suicide worldwide in 2019. OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

PANTOJA, C.S.M.P; TÁVORA, J. A., et al. O Processo de Regionalização em Saúde no Estado do Amapá: Avanços e Desafios. 1ª ED: Dialética, São Paulo, 2023. 260p.

PENA, Francineide Pereira da Silva *et al.* Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus após cirurgia de amputação. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 5, 2020.

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/sites/default/files/arquivos/recursos/guia_visat_cerest_vales.pdf.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SEPI. Secretaria Extraordinária dos Povos Indígenas. Povos Indígenas do Amapá e Norte do Pará, 2020. Disponível em: <http://www.sepi.ap.gov.br/interno.php?dm=961>.

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, 2022. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/sistemasdeinformacao.html>

SILVA JUNIOR, et al. Atlas Geográfico Escolar do Estado do Amapá. Macapá, AP: GERCO/IEPA, UNIFAP, 2022. Disponível em: <https://www2.unifap.br/editora/files/2022/04/atlas-geografico-escolar-do-estado-do-amapa.pdf>.

SILVA, A. R. F. **Perspectivas das políticas territoriais na faixa de fronteira internacional da Amazônia oriental brasileira:** estados do Pará e do Amapá. 2011. 190 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém, 2011.

SILVA, Gutemberg de Vilhena; GRANGER, Stéphane; TOURNEAU, François-Michel Le. Desafios à circulação na fronteira entre Brasil e Guiana francesa (França). **Mercator (Fortaleza)**, v. 18, 2019.

SUPERTI, Eliane; SILVA, Gutemberg de Vilhena. Comunidades Quilombolas na Amazônia: construção histórico-geográfica, características socioeconômicas e patrimônio cultural no Estado do Amapá. **Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de geografia**, São Paulo, v. 23, n. 23, 2015. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/10021>.

TOSTES, José Alberto; FERREIRA, José Francisco de Carvalho. O Amapá e a Guiana Francesa sob a ótica do corredor transfronteiriço. **Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de geografia**, n. 31, 2017.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 972-983, 2015.