

SESA
SECRETARIA DA
SAÚDE



AMAPÁ
GOVERNO DO ESTADO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023

MACAPÁ-AP

2020

Aprovado na Comissão Intergestores Bipartite–CIB

Em ____/____ de 2020

Deliberação nº ____/ 2020

Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde-CES

Em ____/____ de 2020

Resolução nº ____/ 2020

EQUIPE DIRIGENTE

Antônio Waldez Góes da Silva
Governador do Estado do Amapá
Jaime Domingues Nunes
Vice-governador

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Juan Mendes da Silva
Secretário de Estado da Saúde
Clélia Jeane da Silva Reis Gondim
Secretária Adjunta de Gestão e Planejamento
Leila Nazaré da Silva
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde
Denise Maria Andrade da Silva
Secretária do Fundo Estadual de Saúde

ENTIDADES VINCULADAS

Superintendência de Vigilância em Saúde
Dorinaldo Barbosa Malafaia
Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá
Ruimarisa Monteiro Pena Martins
Centro de Reabilitação do Amapá
Amaury Barros Silva

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Coordenadoria de Planejamento
Juvanete Amoras Távora
Samuel Spener
Marcos Tadeu Bolsão da Silva
Eunice Gomes Pereira

Colaboradores

Superintendência de Vigilância em Saúde

Iracilda Silva Pinto
Diovana Sena Alberto
Nilza Rosa de Almeida Salgado
Maria Angélica Oliveira de Lima
Jucilene dos Santos Machado Coelho
Leilian Hage **dos** Santos
Maria da Conceição Soutelo Souto da Silva
Maria Sueli Diniz Neris Isidoro
Sílvia Cláudia Cunha Maués
Sandro Rogério Mendes da Silva

Mara Jane Tavares Santana
Adalton da Costa Abreu

Superintendência de Atenção à Saúde

Alex Coimbra - Superintendente de Assistência à Saúde
Lucinete Gonçalves Barbosa
Thailine Borges de Almeida
Eduardo Leal Franco
José Everton Gomes da Silva
Liliane Cordeiro de Abreu

Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde

Ellen Maria Holanda Farias - Coordenadora de Políticas de Atenção à Saúde /SESA.
Wanuelly Andreza Silva Melo
Aldecy de Oliveira Serrão

Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá

Francis Pereira

Centro de Reabilitação do Amapá

Maria Angelita Souza Nascimento Capiotti

Escola de Saúde Pública Saúde

Raimundo Neto

Assessoria de Comunicação Social

Conselho Estadual de Saúde

CIR

CIB

Ouvidoria

Auditoria

Coordenadoria de Regulação, Controle e Avaliação

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

Coordenadoria de Gestão Educação e Trabalho em saúde

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE GESTÃO 2020-2023

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES.
USUÁRIOS		
Célio Alves dos Santos	TITULAR	Federação dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Estado do Amapá/ FETTAGRAF
Dayane Silva Machado	TITULAR	Sindicato dos Trabalhadores do ramo financeiro do Estado do Amapá – SINTRAF
Roberto Clay Barbosa Nunes	TITULAR	Rede de Associações e Ong's do Estado do Amapá – Forte
Dayla Cybele Avelar Nunes	TITULAR	Instituto Cultural Educacional da Amazônia – INCEMA
Maria do Socorro Madureira Campos	TITULAR	Associação de Comunicação Alternativa do Novo Horizonte – ACANH
Assunção Gomes da Graça	TITULAR	Instituto Eco Vida
Osená Maria Sales Sfair	TITULAR	Fórum Permanente em Defesa dos Direitos da Mulher no Amapá – FOPEMAP

Maria do Socorro Picanço	TITULAR	Central Única dos Trabalhadores – CUT
José Maria da Silva	TITULAR	Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Rádio Difusão e Televisão do Estado do Amapá – SINRADAP/AP
Wanderley Gomes da Silva	TITULAR	Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM
Rocka Marques Kamagusko	TITULAR	Grupo das Homossexuais e Thildes do Amapá – GHATA
Clara Maria Silva dos Passos	TITULAR	Sindicato dos Servidores Públicos Federais Cíveis no Estado do Amapá – SINDSEP/AP
Paulo Gilberto Araújo de Mello	TITULAR	Grupo de Energias Renováveis da Amazônia – Amapá/GERA
Ruany Camila Soares da Silva	TITULAR	Associação Amapaense De Apoio Aos Pacientes Em Tratamento Fora De Domicílio – AAPTFD

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES.
TRABALHADORES		
Kliger Fabiano Costa Campos	TITULAR	Sindicato de Enfermagem e Trabalhadores da Saúde do Amapá – SINDESAUDE

Ronnye Robson Santos da Silva	TITULAR	Conselho Regional de Serviço Social – AP CRESS
Ulisses Gomes Guimarães Neto	TITULAR	Sindicato dos Agentes e Fiscais Sanitários Municipais e Estaduais do Amapá - SINDIFISAP
Júlio César Sousa da Silva	TITULAR	Conselho Regional de Farmácia do Amapá – CRF/AP
Vania Mara Tavares Borralho	TITULAR	Sindicato dos Nutricionistas e dos Técnicos em Nutrição e Dietética do Amapá/SINDNUTRI/AP
Renata dos Santos Oliveira	TITULAR	Conselho Regional de Psicologia – CRP/AP
Quintino dos Santos Marinho	TITULAR	Conselho Regional de Enfermagem do Amapá - COREN/AP

NOME	CONDIÇÃO	ÓRGÃOS, ENTIDADES E INSTITUIÇÕES.
PRESTADOR GESTOR		
Juan Mendes da Silva	TITULAR	Secretaria do Estado da Saúde/SESA
Amaury Barros Silva	TITULAR	Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP

Ruimarisa Monteiro Pena Martins	TITULAR	Instituto de Hematologia E Hemoterapia do Amapá – HEMOAP
Roberto Wagner Bernardes	TITULAR	Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e Norte do Pará – DSEI
Manoel Elivaldo Nunes Viana	TITULAR	Sociedade Beneficente São Camilo
Jamayra Moniza Santos de Azevedo	TITULAR	Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Amapá – CERPIS
Alice Victória Alves do Vale Siqueira	TITULAR	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amapá – COSEMS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AASI	- Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ADT	- Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDPI	- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALSO	- Advanced Life Support in Obstetrics
APS	- Atenção Primária de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANEB	- Avaliação Nacional da Educação Básica
CGM	- Coeficiente Geral de Mortalidade
CES	- Conselho Estadual de Saúde
CGDANT	- Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis
CGM	- Coeficiente Geral de Mortalidade
CGR	- Colegiado de Gestão Regional
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CID	- Codificação Internacional de Doenças
CIES	- Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIR	- Comissão Intergestores Regional
CNES	- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	- Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	- Cartão Nacional de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPN	- Centro de Parto Normal
CRDT	- Centro de Referência em Doenças Tropicais
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
DAC	- Doenças do Aparelho Circulatório
DCA	- Doença de Chagas Aguda
DCAR	- Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório
DCNI	- Doença de Notificação Compulsória Imediata
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNV	- Declaração de Nascidos Vivos
DRC	- Doenças Respiratórias Crônicas
EAS	- Estabelecimento Assistencial de Saúde

ECG	- Eletrocardiograma
EPI	- Equipamento de Proteção Individual
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia Saúde da Família
E-SUS ABS	- Sistema de Informação da Atenção Básica
ESF	- Equipes Saúde da Família
FA	- Febre Amarela
FES	- Fundo Estadual de Saúde
FNO	- Fundo Constitucional Norte
GAR	- Gestação de Alto Risco
GEA	- Governo do Estado do Amapá
GM	- Gabinete do Ministro
HCA	- Hospital da Criança e do Adolescente
HCAL	- Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
HCV	- Vírus da Hepatite C
HCA	- Hospital da Criança e do Adolescente
HCV	- Vírus da Hepatite C
HE	- Hospital de Emergência
HELJ	- Hospital Estadual de Laranjal do Jari
HEMOAP	- Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá
HES	- Hospital Estadual de Santana
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HE	- Hospital de Emergência
HMML	- Hospital da Mulher Mãe Luzia
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPEN	- Instituto de Administração Penitenciária do Amapá
ICMS	- Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
IPA	- Índice Parasitário Anual
ISSO	- International Organization for Standardization (Organização Internacional para Padronização)
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geoprocessamento e Estatística
ICSAB	- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFAP	- Instituto Federal do Amapá
IMC	- Índice de Massa Corporal
IML	- Instituto Médico Legal
IPA	- Incidência Parasitária Anual
IST	- Infecção Sexualmente Transmissível
LT	- Leishmaniose Tegumentar
LACEN	- Laboratório Central de Saúde Pública
LOA	- Lei Orçamentária Anual
MGT	- Meningite
MM	- Meningite Meningocócica
NASF	- Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
MIF	- Mulher em Idade Fértil
MS	- Ministério da Saúde
NCOP	- Não Especificado em Outra Parte
NE	- Não Especificado
NEO	- Neoplasia
NHE	- Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
NVs	- Nascidos Vivos
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PBF	- Programa Bolsa Família
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PES	- Plano Estadual de Saúde
PFA	- Paralisia Flácida Aguda
PFVS	- Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PIB	- Produto Interno Bruto
PPA	- Plano Plurianual
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PPP	- Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
PSE	- Programa de Saúde na Escola
PTFD	- Programa Tratamento Fora do Domicílio
PFA	- Paralisia Flácida Aguda

PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PQAVS	- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PNE	- Plano Nacional de Educação
PUND	- Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RIPSA	- Rede Interagência de Informação para a Saúde
RMM	- Razão da Mortalidade Materna
RN	- Recém-Nascido
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
REDOME	- Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea
RENAST	- Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RMM	- Razão da Mortalidade Materna
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SAE	- Serviço de Assistência Especializada
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SG	- Síndrome Gripal
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISFAD	- Sistema de Informação Febre Amarela e Dengue
SISPACTO	- Sistema de Pactuação dos Indicadores
SISAP	- Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso
SIVEP	- Sistema de Vigilância Epidemiológica
SRAG	- Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TFD	- Tratamento Fora de Domicílio
TRM-TB	- Teste Rápido Molecular da Tuberculose
TB	- Tuberculose
TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
UNACON	- Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNIFAP	- Universidade Federal do Amapá
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

USA	- Unidade de Suporte Avançado
USB	- Unidade de Suporte Básico
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	- Veneral Disease Research Laboratory
VDRL	- Veneral Disease Research Laboratory
VIGIAGUA	- Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAPP	- Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada aos Acidentes com Produtos Perigosos
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VIGIAR	- Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar
VIGIDESASTRES	- Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos decorrentes dos Desastres Naturais
VIGIFIS	- Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Fatores físicos
VIGIPEQ	- Vigilância em Saúde de Populações expostas a Contaminantes Químicos
VIGIQUIM	- Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Substâncias Químicas
VIGISOLO	- Vigilância em Saúde de Populações expostas a Solo Contaminado
VIGITEL	- Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Identidade Organizacional.	22
Figura 2 - Mapa das Regiões de Saúde. Amapá, 2020.	51
Figura 3 - Desenho da Rede de Urgência e Emergência	124

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População estimada para o Amapá, até 2030.....	26
Gráfico 2 - Taxa de crescimento populacional para o Amapá, até 2030.....	26
Gráfico 3 - Pirâmide Etária, por sexo, da População do Amapá e Brasil, 2020.....	27
Gráfico 4 - Pirâmide Etária por sexo, da População do Amapá e Brasil, 2030.....	27
Gráfico 5 - Taxa de natalidade por 1.000 hab. Brasil e Amapá, 2010 a 2030.....	28
Gráfico 6 - Taxa mortalidade por 1.000 hab. Brasil e Amapá, 2010 a 2030.....	28
Gráfico 7 - Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Amapá e Brasil.....	29
Gráfico 8 - Percentual de domicílios adequados para moradia com água, rede de esgoto e coleta de lixo. Amapá, 2011-2015	30
Gráfico 9 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 1991.	31
Gráfico 10 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 2000.	32
Gráfico 11 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 2000.	32
Gráfico 12 - Curva de Mortalidade Proporcional por idade, Amapá e Brasil, 2018.	33
Gráfico 13 - Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas e Faixa etária. Amapá, 2017. .	34
Gráfico 14 - Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas e Faixa etária. Amapá, 2018. .	34
Gráfico 15 - Mortalidade Infantil no Amapá, série histórica de 2011-2018.	38
Gráfico 16 - Taxa de mortalidade infantil, por municípios. Amapá, 2018.....	39
Gráfico 17 - Razão de mortalidade materna. Amapá e Brasil, 2009 – 2018.....	40
Gráfico 18 - Percentual de óbitos maternos investigados. Amapá, 2012 – 2018.....	41
Gráfico 19 - Percentual de óbitos de mulheres segundo causa básica. Amapá, 2012 – 2016..	42
Gráfico 20 - Percentual de óbitos materno segundo período. Amapá, 2012 – 2016.....	43
Gráfico 21 - Proporção de parto normal e de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Amapá, 2009 a 2018.....	44
Gráfico 22 - Taxa de mortalidade por homicídios para cada 100 mil habitantes. Amapá, 2008 a 2017.	44
Gráfico 23 - Procedimentos de Saúde Auditiva realizados no período de 2017 a 2019	111
Gráfico 24 - Taxa de cobertura de Planos de Saúde. Amapá e Brasil, 2010 a 2019.	126

Gráfico 25 - Evolução dos Beneficiários. Amapá. 2018-2020.....	127
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População total, por gênero e zona rural/urbana. Amapá, 1991-2010	24
Tabela 2 - Estrutura etária da População do Amapá, 1991-2010	25
Tabela 3 - Taxas padronizadas de mortalidade/100.000 habitantes (Brasil e UF) 2015 e variação percentual de 1990 para 2015 para cinco principais tipos de cânceres, mulheres	36
Tabela 4 - Taxas padronizadas de mortalidade/100.000 habitantes (Brasil e UF) 2015 e variação percentual de 1990 para 2015 para os cinco principais tipos de cânceres, homens.	37
Tabela 5 - Número e percentual de óbitos maternos, segundo região de saúde. Amapá, 2012 – 2016.	42
Tabela 6 - Principais internações hospitalares do SUS por grupo de causa e local de residência – Amapá/BR, 2014 a 2018.	48
Tabela 7 - Número de internações hospitalares por pneumonia e local de residência em menores de 10 anos e idosos Amapá/BR, 2014 e 2018.	48
Tabela 8 - Distribuição da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 – 2019.....	77
Tabela 9 - Distribuição da cobertura populacional de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 – 2019.	79
Tabela 10 - Taxa de Mortalidade Infantil (< de 01 ano) período 2014-2018, por 1.000 nascidos vivos segundo município de residência do Estado Amapá período de 2014 a 2018 (*).	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estabelecimento de Saúde, por esfera jurídica. Amapá, 2020.	52
Quadro 2 - Distribuição de estabelecimentos de saúde, por município. Amapá.	53
Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde, por tipo e esfera jurídica, Região Central de Saúde, 2020.	54
Quadro 4 - Estabelecimentos de saúde, por tipo e esfera jurídica, Município – Macapá, 2018.	56
Quadro 5 - Equipamentos existente na Rede Estadual e Municipal. Amapá, 2020.	58
Quadro 6 - Equipamentos, por tipo e disponibilidade SUS, Região de Saúde - Área Central, 2020.	58
Quadro 7 - Equipamentos, por tipo e disponibilidade SUS, Município – Macapá, 2020.	59
Quadro 8 - Necessidade e Déficits de Equipamentos disponíveis para o atendimento SUS no Estado, Região de Saúde e no Município – Macapá, 2018.	60
Quadro 9 - Necessidade e Déficits de Exames p/equipamentos disponíveis p/atendimento SUS no Estado, Região de Saúde e no Município de Macapá,2018.	61
Quadro 10 - Consolidado de estimativa de leitos gerais do Estado do Amapá.	62
Quadro 11 - Necessidade e Déficits de Leitos Gerais disponíveis para o atendimento SUS no município de Macapá, 2018.....	62
Quadro 12 - Necessidade e Déficits de Leitos Complementares disponíveis para o atendimento SUS no estado do Amapá, 2018.	63
Quadro 13 - Tipos de Estabelecimentos-SUS.	65
Quadro 14 - Leitos de Internações por Município.....	68
Quadro 15 - Leitos Complementares SUS sob Gestão Estadual.	68
Quadro 16 - Unidades de Saúde de Atenção Primária.	73
Quadro 17 - Situação atual da implantação da (s) equipe (s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.....	73
Quadro 18 - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR).	74
Quadro 19 - Situação atual da implantação do (s) Núcleo (s) de Apoio à Saúde da Família (NASF).	74
Quadro 20 - Situação atual da implantação da (s) Equipe (s) de Saúde Bucal.....	75
Quadro 21 - Situação de implantação do Consultório na Rua.....	75
Quadro 22 - Percentual de Mães Adolescentes de 10-19 anos segundo município de residência do Estado Amapá período de 2014 a 2018 (*).	84

Quadro 23 - Capacidade Instalada do Serviço de Saúde Prisional, segundo informações DEPEN, 2018	91
Quadro 24 - Trabalhadores que atuam no Sistema Prisional do Amapá, segundo informações DEPEN, 2018.	92
Quadro 25 - Atendimentos de Saúde realizados no IAPEN, segundo informações DEPEN, 2018.	93
Quadro 26 - Pessoas com agravos transmissíveis, segundo informações DEPEN, 2018.	94
Quadro 27 - Cobertura do Acompanhamento das Condicionais de Saúde do Programa Bolsa Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 - 2019.....	95
Quadro 28 - Número absoluto de óbitos maternos segundo municípios do Amapá, no período de 2014-2018.	117
Quadro 29 - Percentual de parto normal segundo municípios do Amapá período de 2014 a 2018.	118
Quadro 30 - Percentual de nascidos vivos com 7 e mais consultas Pré-Natal segundo município Amapá período de 2014 à 2018(*).	120
Quadro 31 - Óbitos Neonatal Precoce (0 a 6d idade) e Taxa de Mortalidade segundo municípios de Amapá no período de 2014 a 2018.	121
Quadro 32 - Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia segundo municípios do Amapá período de 2014 a 2018(*).	121
Quadro 33 - Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, segundo municípios do Amapá no período de 2014 a 2018(*).	122
Quadro 34 - Capacidade Instalada da Rede de Urgência e Emergência no Amapá.	125

Sumário

APRESENTAÇÃO	20
INTRODUÇÃO.....	21
MAPA ESTRATÉGICO DA SESA 2020 a 2023	22
ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO AMAPÁ	23
INDICADORES DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS	23
População	24
Natalidade e Mortalidade	28
Índice de Desenvolvimento Humano	29
Saneamento básico	29
Produto Interno Bruto.....	30
Escolaridade	31
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	33
Mortalidade proporcional por idade.....	33
Mortalidade proporcional por Grupos de Causas Seleccionadas	33
Mortalidade Infantil.....	38
Mortalidade Materna	39
Mortalidade por homicídios	43
MORBIDADE	45
Internação hospitalar	47
ESTRUTURA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMAPÁ.....	49
Organização dos Serviços de Saúde	49
Estabelecimentos de Saúde.....	52
EQUIPAMENTOS DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	57
Leitos de Internação	62
Leitos Complementares de Internação	63
CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMAPÁ.....	63
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- APS	69
CAPACIDADE INSTALADA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO AMAPÁ.....	73
Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família	78
A SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA	79
Saúde da Criança	79
Saúde do Adolescente	82
Programa Saúde nas Escolas	84

Saúde da Mulher	85
Saúde do Homem	88
Saúde da Pessoa Idosa	89
Saúde da População Privada de Liberdade	91
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	94
ENFRENTAMENTO AO TABAGISMO	97
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE DO AMAPÁ	99
CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS TROPICAIS (CRDT)	99
SAE	100
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS-CEO.....	100
CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DO AMAPÁ - CERPIS	101
HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE -HCA.....	101
HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA	102
HOSPITAL ESTADUAL DE LARANJAL DO JARI	103
UPA LARANJAL DO JARI	103
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA OSWALDO CRUZ	103
SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO	104
Ultrassonografia e Ultrassonografia com Doppler Arterial e Venoso	104
Ecocardiograma Adulto e Infantil.....	105
Eletroencefalograma	105
Colonoscopia	105
Endoscopia digestiva alta	105
Serviços de Exames de Análises Clínicas	106
HEMOAP	108
CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ – CREAP	109
Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS - AMAPÁ).....	112
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO AMAPÁ	114
Rede Materno-Infantil.....	115
Mortalidade Materna	116
Parto normal.....	118
Pré-natal	119
Óbito neonatal.....	120
Rede de Urgência e Emergência.....	123

SAÚDE SUPLEMENTAR.....	126
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	127
OUVIDORIA.....	129
CONTROLE SOCIAL.....	130
FINANCIAMENTO.....	130
Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicador para Monitoramento e Avaliação.....	133
Eixo I – Programa 020.....	133
Eixo II – Programa 021.....	139
Eixo III – Programa 022.....	152
Eixo IV – Programa 002.....	160
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES), proposto para o quadriênio 2020 a 2023, explicita o compromisso do governo do Estado do AMAPÁ para o setor saúde pública, e reflete a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

O PES norteia a elaboração do orçamento do governo no tocante à saúde. Este entendimento vale tanto para os Planos de Saúde como para as Programações Anuais de Saúde, pois conforme o §2º do art. 36 da LC n.º. 141/12, antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, os entes da federação deverão encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde (PAS) ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação. Isto significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão.

O PES é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção, é elaborado observando os prazos do Plano Plurianual (PPA), conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 contém 04 (Quatro) eixos estratégicos que expressam as prioridades do governo e que orientarão a formulação de políticas de saúde para os próximos 4 anos.

Juan Mendes da Silva
Secretário de Estado da Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde – PES elaborado para o quadriênio 2020-2023 segue as diretrizes expressas pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do SUS e outros dispositivos. É a base para a execução, acompanhamento, a avaliação e a gestão do SUS, é o instrumento que apresenta as intenções e os resultados que se pretende atingir no período de quatro anos, os quais são expressos em diretrizes, objetivos e metas, sendo o instrumento que inicia o ciclo de planejamento.

Na construção do PES foram também observadas as diretrizes nacionais e estaduais das Conferências de Saúde, as macros diretrizes do Governo do Estado do Amapá e o Plano de Governo, além de outros documentos como Plano Plurianual, Plano Estadual de Saúde (2016 A 2019) e Relatórios de Gestão.

A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) iniciou em março de 2019, por meio do Projeto de Fortalecimento da Gestão do SUS, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários (CONASS).

Sob a coordenação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC, sete oficinas foram realizadas com a participação do grupo técnico da SESA e das autarquias, e em sua metodologia trabalhou a identificação dos macroproblemas, o diagnóstico da capacidade institucional, as Redes de Atenção à Saúde, os indicadores epidemiológicos e as condições sanitárias, bem como a definição das diretrizes estratégicas da saúde no estado do Amapá para o período de 2020-2023.

O resultado das oficinas foi compartilhado e aprovado pelos gestores, grupo técnico e autarquias.

Com base no diagnóstico, iniciou-se a elaboração do Plano Estadual de Saúde, que está organizado em eixos, que se desdobram em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. As diretrizes estabelecem as ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende realizar, com o objetivo de reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde pública identificados. As metas permitem acompanhar o alcance dos objetivos. E os indicadores são usados para acompanhar o alcance das metas, através do Painel de Bordo, consistindo em uma importante ferramenta para o monitoramento e avaliação do plano Estadual de Saúde.

MAPA ESTRATÉGICO DA SESA 2020 a 2023

Figura 1 - Identidade Organizacional.



ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO AMAPÁ

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são moduladas pela distribuição de renda, poder e recursos em nível global, nacional e local e são influenciadas por decisões políticas.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Análise de Situação de Saúde (ASIS) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.

A análise de situação de saúde tem o objetivo de subsidiar o planejamento de políticas e ações em saúde que respondam aos atuais desafios que interferem na saúde, bem como contribuir para ampliar a resolutividade do Sistema Único de Saúde em todo o País.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS

O Amapá situa-se a nordeste da região Norte e tem como limites a Guiana Francesa ao norte, o Oceano Atlântico ao leste, o Pará ao sul e oeste e o Suriname a noroeste. Possui uma população estimada em 2019 de 845.731 habitantes. Detém uma das maiores médias nacionais de urbanização (89,8% dos habitantes vivem em zonas urbanas). A capital, Macapá, abriga mais da metade da população estadual: 503.327 habitantes (IBGE, 2019).

É o Estado amazônico com maior cobertura florestal e mais bem preservada do país. Possui 17 unidades de conservação (12 federais e 5 estaduais). Os governos federal e estadual buscam manter intacto esse refúgio de belezas naturais temperado por tradições culturais únicas. Sua principal característica se dá por respeito à natureza e suas populações tradicionais.

Um dos grandes desafios que o Estado encontra é aliar a preservação ao crescimento econômico. Com 70% do território coberto por áreas protegidas, como: reservas biológicas e extrativistas, parques nacionais e terras indígenas que servem de escudo contra o desmatamento e outras formas de degradação.

O Amapá abriga um mosaico de paisagens naturais altamente biodiversas, precisa-se criar condições para utilizar esse tesouro florestal como motor do desenvolvimento econômico

e compromisso social, gerando renda e proporcionando um futuro mais promissor para a população, com responsabilidade ambiental. Na imensidão verde do Estado tem como base os recursos naturais um modelo de desenvolvimento para se empreender (SEBRAE-AP, 2019).

Em relação a população indígena, o Amapá é o primeiro estado brasileiro a ter todas as terras indígenas demarcadas. Nas duas grandes reservas, que representam 8,6% de todo o território estadual, 140.276 km², vivem as etnias - Galibi, Karipuna, Palikur, Waiãpi e Galibi Marworno, as quais recebem o apoio governamental da assistência saúde à orientação para melhorar a qualidade de vida através de novas alternativas econômicas.

População

O crescimento populacional no Amapá, entre 2000 e 2010, teve uma taxa média anual de 3,45% (IPEA, 2020). Salienta-se que a taxa de crescimento populacional é influenciada pela dinâmica de três fatores, natalidade, mortalidade e migrações.

O estado do Amapá apresenta grandes vazios demográficos, visto que sua densidade demográfica é baixa, apenas 4,7 habitantes por quilômetro quadrado.

No Amapá, no período de 1991 a 2010, a população urbana passou de 80,9% para 89,77% (Tabela 01).

Tabela 1 - População total, por gênero e zona rural/urbana. Amapá, 1991-2010

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	289.397	100	477.032	100	669.526	100
População residente masculina	145.187	50,17	239.453	50,2	335.135	50,06
População residente feminina	144.210	49,83	237.579	49,8	334.391	49,94
População urbana	234.131	80,9	424.683	89,03	601.036	89,77
População rural	55.266	19,1	52.349	10,97	68.490	10,23

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência¹ no Amapá passou de 72,61% para 57,67% e a taxa de envelhecimento, de 2,69% para 3,44%. Em 1991, esses dois indicadores eram,

¹ Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

respectivamente, 92,24% e 2,59%. O crescimento da população idosa está associado à redução das taxas de fecundidade e natalidade e ao aumento da esperança de vida ao nascer (Tabela 02).

Tabela 2 - Estrutura etária da População do Amapá, 1991-2010

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	131.353	45,39	187.906	39,39	222.621	33,25
15 a 64 anos	150.536	52,02	276.296	57,92	423.853	63,31
População de 65 anos ou mais	7.508	2,59	12.830	2,69	23.052	3,44
Razão de dependência	92,24	-	72,61	-	57,67	-
Taxa de envelhecimento	2,59	-	2,69	-	3,44	-

Fonte PNUD, IPEA e FJP

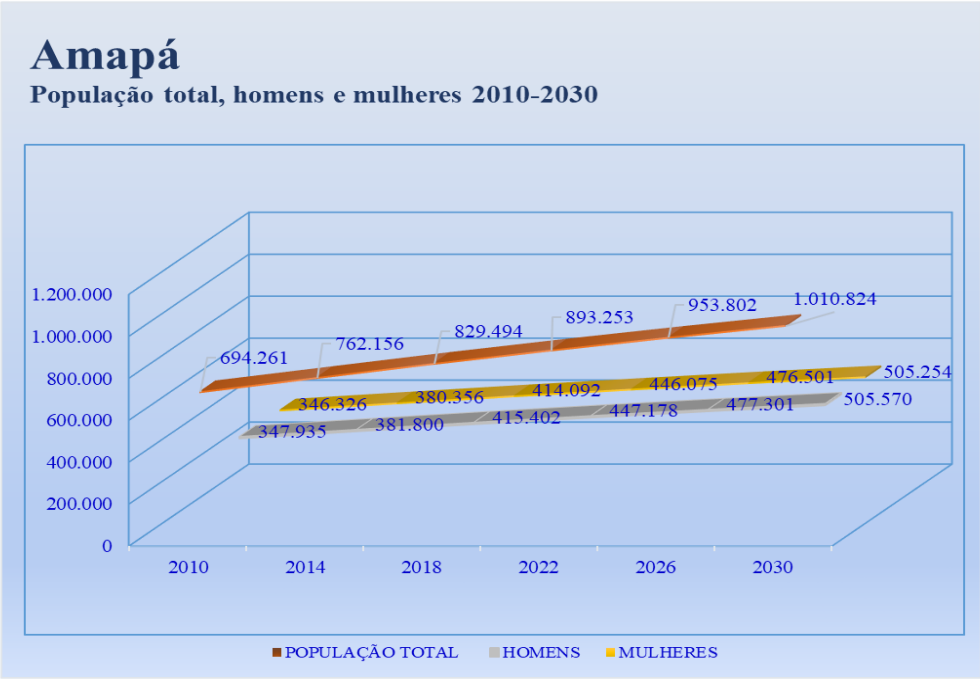
A população amapaense masculina e feminina está distribuída, de forma equilibrada, até a faixa etária entre 35 a 39 anos, ao analisarmos a pirâmide populacional de 2020 e comparamos com os dados populacionais do Brasil (Gráfico 1), apontando que a população do Amapá é jovem.

A projeção populacional do Amapá para 2030 será em torno de 1.010.824 habitantes (Gráfico 01). E a taxa de crescimento estimada é de 1,4 %, sinalizando uma queda no crescimento populacional (Gráfico 2), afetada pela redução da taxa de natalidade nos últimos anos.

Ao analisarmos a pirâmide etária do Amapá em 2020, observa-se que a população amapaense é muito jovem quando comparada com a do Brasil (Gráfico 3).

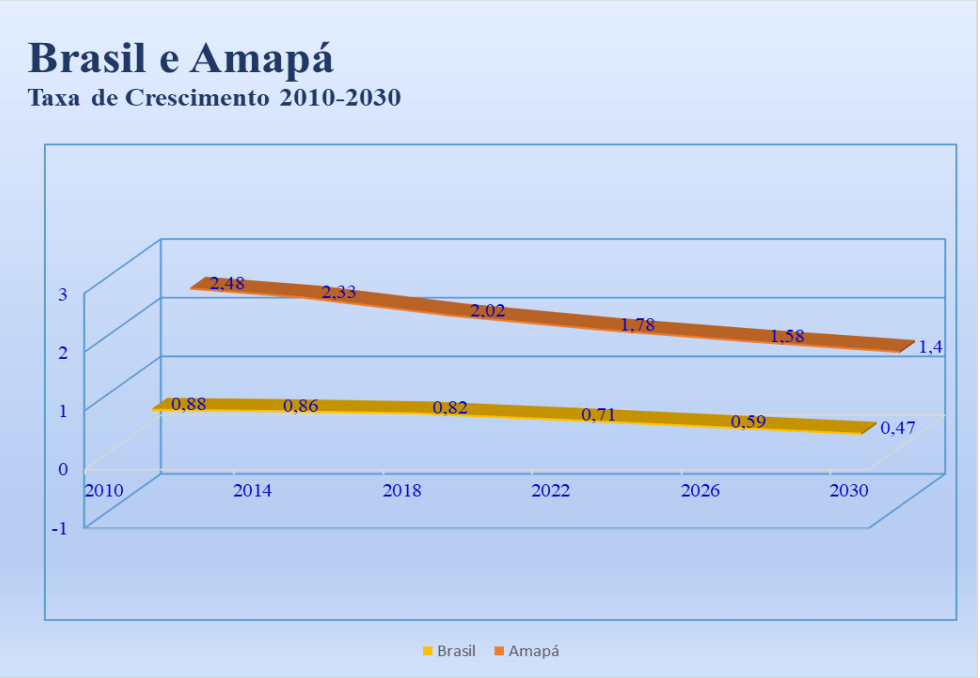
A pirâmide etária projetada para 2030 demonstra que a população amapaense se manterá jovem nos próximos 10 anos (Gráfico 4). Sendo necessário a elaboração de políticas públicas voltadas para este segmento populacional, de modo a minimizar os fatores de riscos de adoecimento.

Gráfico 1 - População estimada para o Amapá, até 2030.



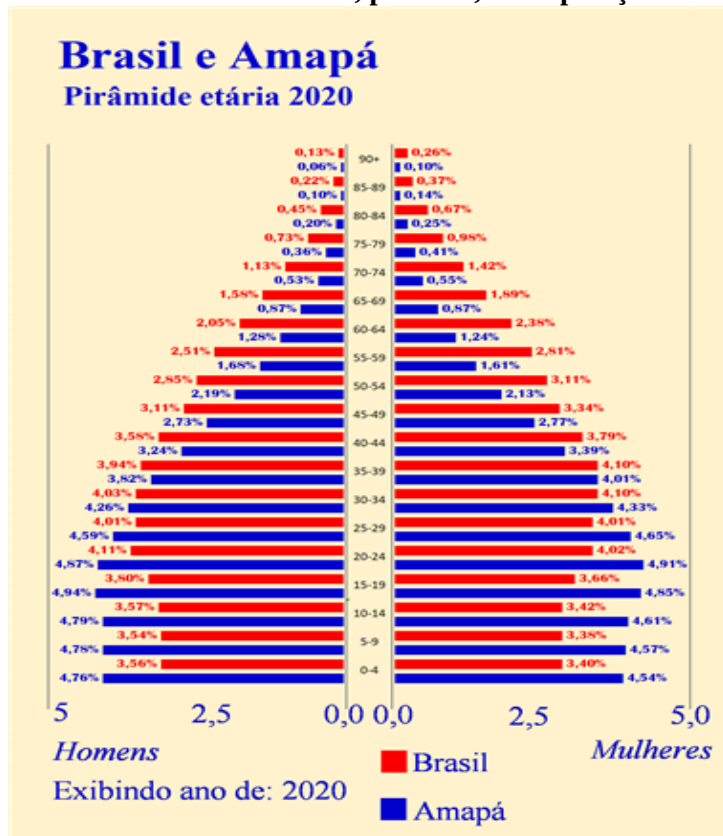
Fonte: IBGE, 2020

Gráfico 2 - Taxa de crescimento populacional para o Amapá, até 2030.



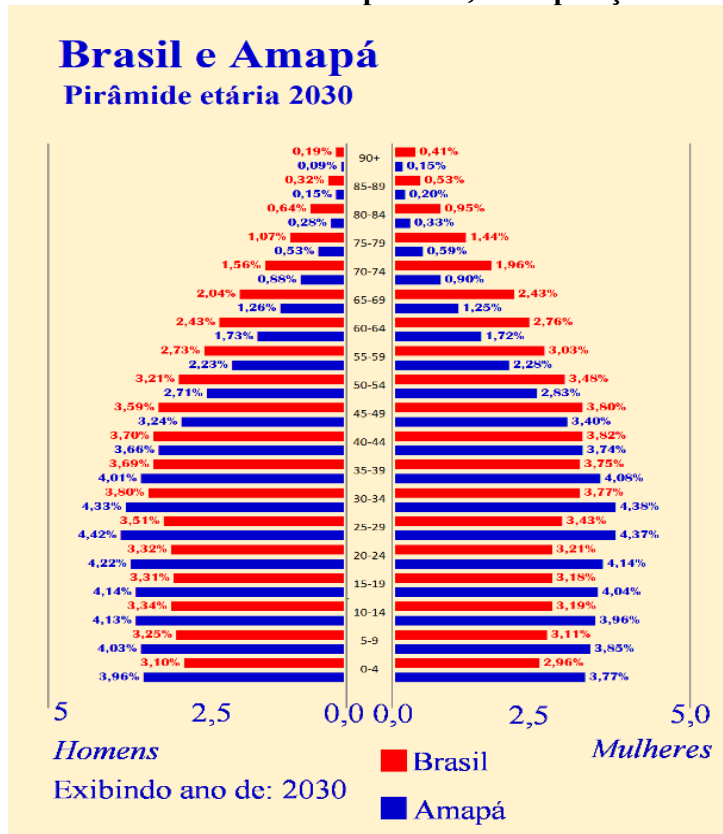
Fonte: IBGE, 2020

Gráfico 3 - Pirâmide Etária, por sexo, da População do Amapá e Brasil, 2020.



Fonte: IBGE, 2020

Gráfico 4 - Pirâmide Etária por sexo, da População do Amapá e Brasil, 2030.

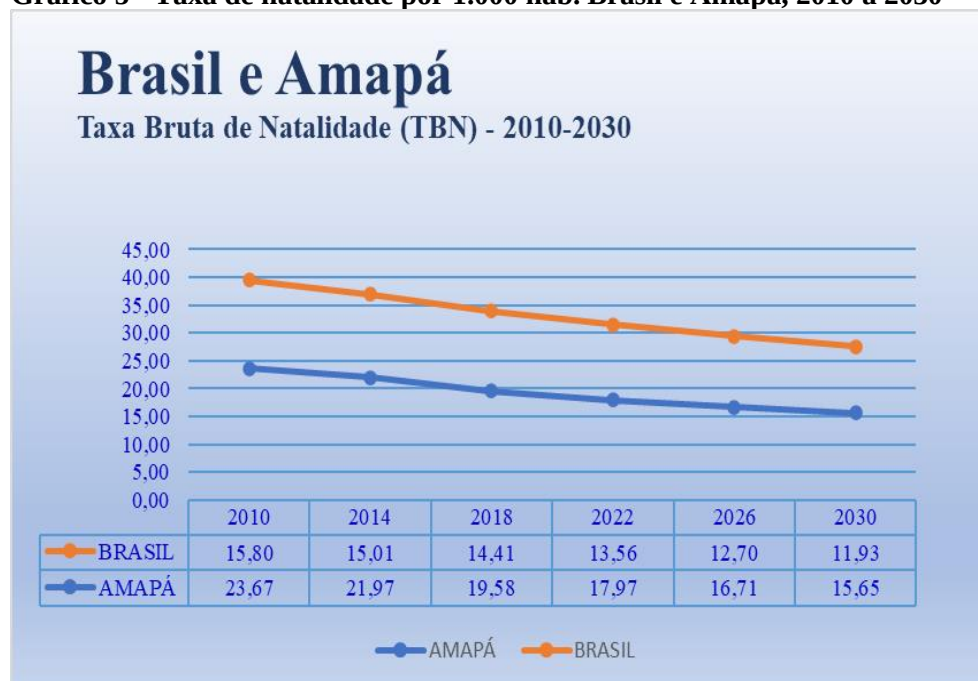


Fonte: IBGE, 2020

Natalidade e Mortalidade

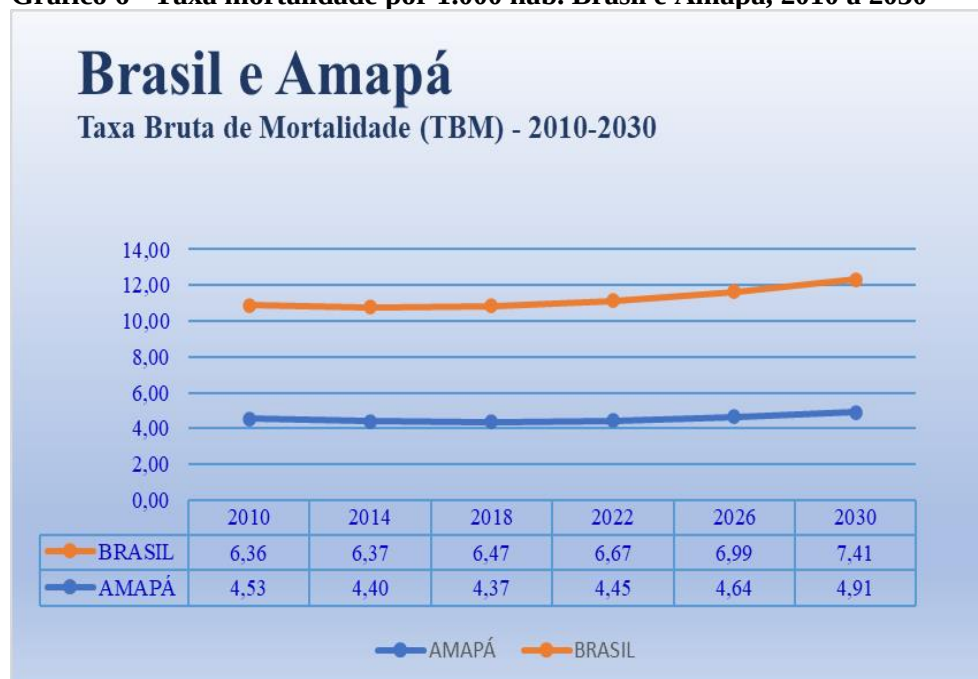
A taxa de natalidade no Amapá vem declinando, acompanhando a tendência no Brasil, conforme Gráfico 5. Em relação a taxa de mortalidade, temos uma média que vem se mantendo nos últimos dez anos (Gráfico 6).

Gráfico 5 - Taxa de natalidade por 1.000 hab. Brasil e Amapá, 2010 a 2030



Fonte: IBGE, 2020

Gráfico 6 - Taxa mortalidade por 1.000 hab. Brasil e Amapá, 2010 a 2030

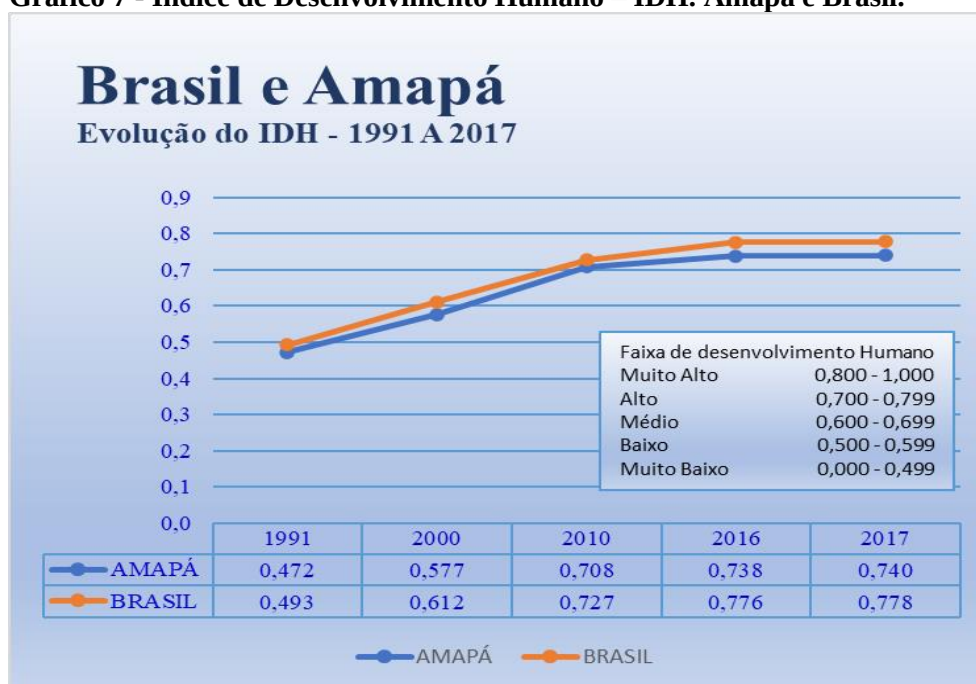


Fonte: IBGE, 2020

Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Amapá em 2010 foi 0,708, o que situa essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDH entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDH da UF é a Longevidade, com índice de 0,813, seguida de Renda, com índice de 0,694, e de Educação, com índice de 0,629 (IPEA, 2020).

Gráfico 7 - Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. Amapá e Brasil.



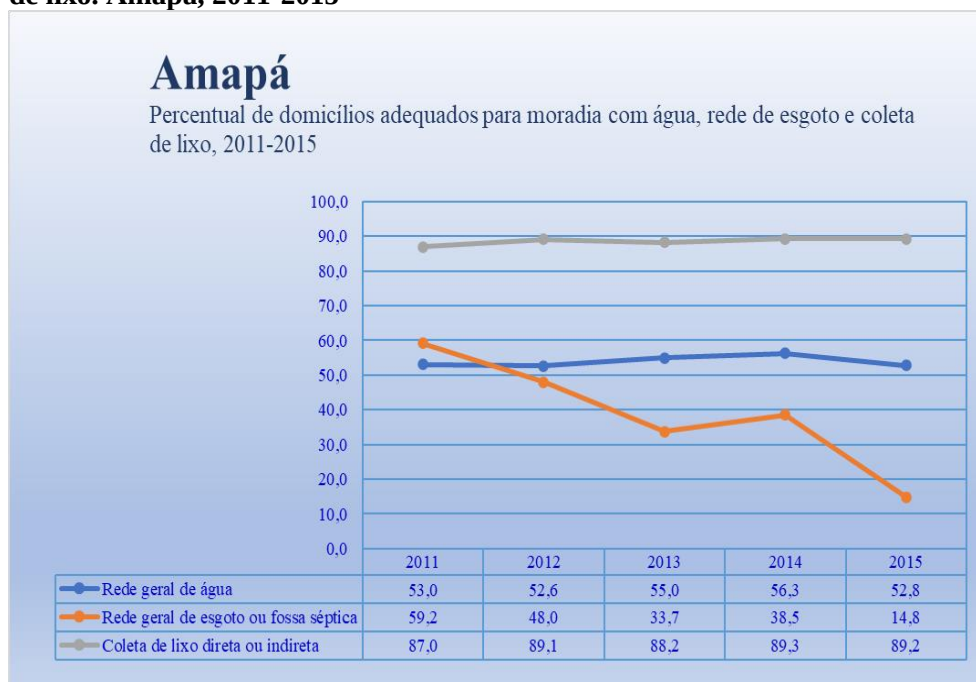
Fonte: IBGE, IPEA, PNUD, 2019

Saneamento básico

Saneamento é o conjunto de medidas que visa preservar ou modificar as condições do meio ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde, melhorar a qualidade de vida da população e à produtividade do indivíduo e facilitar a atividade econômica. Sendo considerado o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais.

O saneamento básico no estado do Amapá é precário, com apenas 14,8% da população tendo acesso a rede de esgoto ou fossa séptica, 52,8% a rede geral de água e 89,2% a coleta de lixo (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Percentual de domicílios adequados para moradia com água, rede de esgoto e coleta de lixo. Amapá, 2011-2015



Fonte: IBGE, 2020

Produto Interno Bruto

Em 2017, a economia do Amapá apresentou um crescimento de 7,4%, em valores nominais, com um Valor Adicionado de R\$ 14,470 (bilhões). Esse desempenho foi apontado pelo crescimento do índice de volume (1,7%) e do índice de preço 5,7%, que puxaram a economia para resultados melhores que nos últimos dois anos. Os setores que contribuíram mais significativamente para esse resultado foram a agropecuária e serviços.

Nesse ano, o setor primário apresentou crescimento na variação da produção em 7,0%, destacando-se a soja que, com 25,6%, foi o produto que mais contribuiu para a elevação desse índice. Essa *Commodity* vem apresentando crescimento na quantidade produzida (28,5%) e no valor da produção (30,4%) – (IBGE/PAM, 2019).

Como reflexo da expansão das áreas plantadas nos municípios de Itaúbal (26,0%), Macapá (23,0%) e Tartarugalzinho (22,0%). Outras atividades do setor que elevaram seus índices foram: a pesca, com 17,0%, e a criação de aves, com 15,0%.

A participação do setor industrial recuou 1,10% em relação ao ano anterior. Considerando o seu desempenho em 2017, este apresentou uma queda de (-2,76%) no Valor Adicionado, situação que ocorreu pelo pouco desempenho da atividade mineral na produção do minério não-ferroso. O setor também apresentou declínio na indústria de transformação (-58,37%) e construção civil (-19,26%). O Setor Industrial apresentou crescimento nas atividades

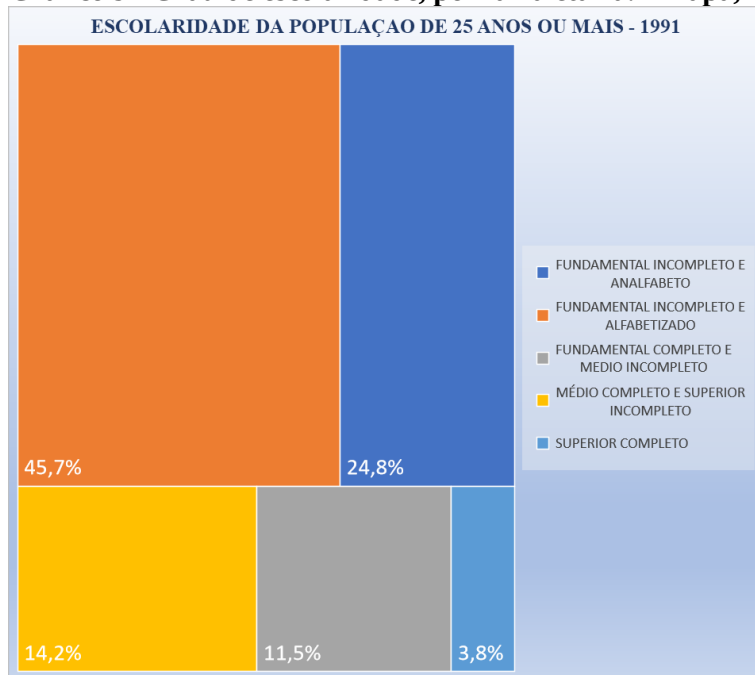
dos Serviços Industriais de Utilidade Pública - SIUP (82,78%), influenciado pela geração de energia das hidrelétricas instaladas nos municípios de Ferreira Gomes e Laranjal do Jari, que passaram a operar em plena atividade.

O Setor Serviços teve crescimento de 8,84% em relação ao ano anterior, destacando-se quase todas as atividades, exceto as “Atividades Profissionais” (-16,32%) e “Arte e Cultura” (-3,76%). A atividade “Alojamento e Alimentação” apresentou ganhos de participação, com 6,2% da economia amapaense em 2017, cujo crescimento (23,33%) se deu em decorrência da expansão dos serviços de alojamento em hotéis e similares (34,3%) e serviços de alimentação das famílias produtoras (25,5%). Outro destaque encontra-se nas atividades do comércio, que apresentaram recuperação (19,47%), ao se confrontar com o desempenho apresentado nos anos de 2015 e 2016, que despontaram com as maiores quedas (-4,01% e -11,56%), respectivamente.

Escolaridade

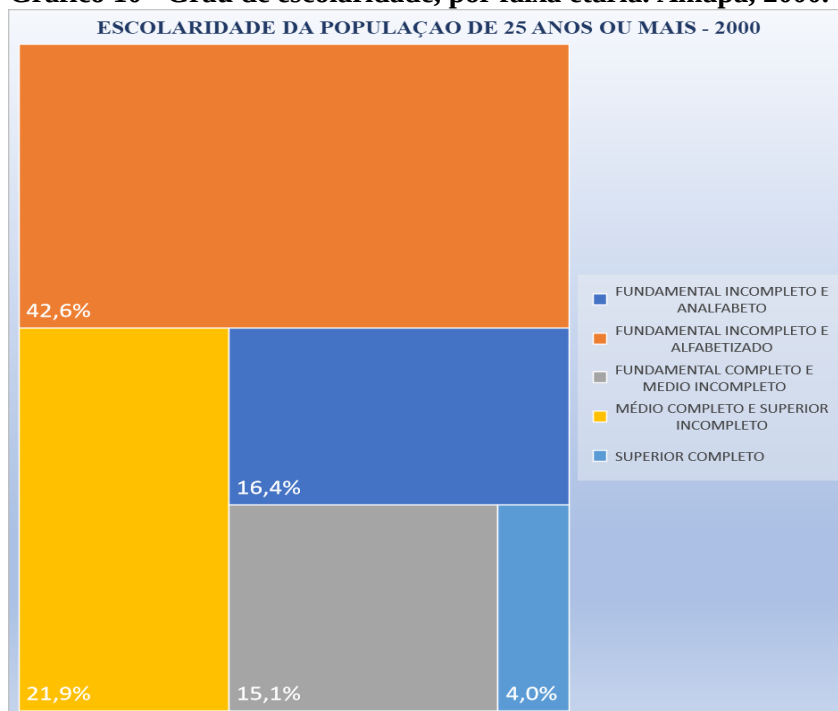
Ao analisar o grau de escolaridade nas últimas décadas, observa-se a ampliação de pessoas, na faixa etária de 25 anos ou mais, alfabetizadas. Em relação a formação com nível superior, aumentou de 3,8% , em 1991, para 10,9% em 2010. Observa-se também um crescimento na formação de nível médio, demonstrando que a educação no Amapá vem alcançando o seu papel social (Gráficos 9, 10 e 11).

Gráfico 9 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 1991.



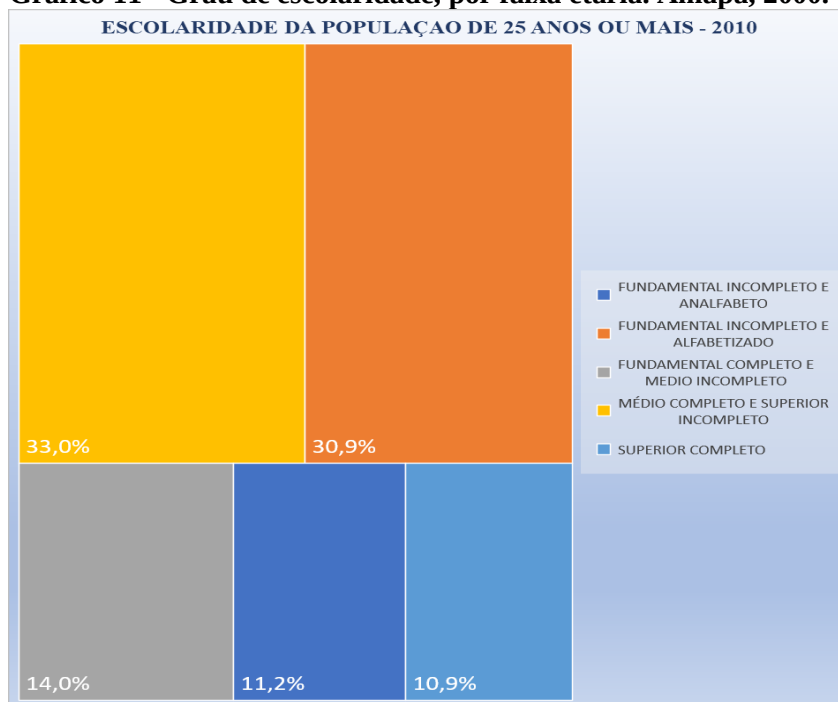
Fonte: PNUD, IPEA, 2018

Gráfico 10 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 2000.



Fonte: PNUD, IPEA, 2018

Gráfico 11 - Grau de escolaridade, por faixa etária. Amapá, 2000.



Fonte: PNUD, IPEA, 2018

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

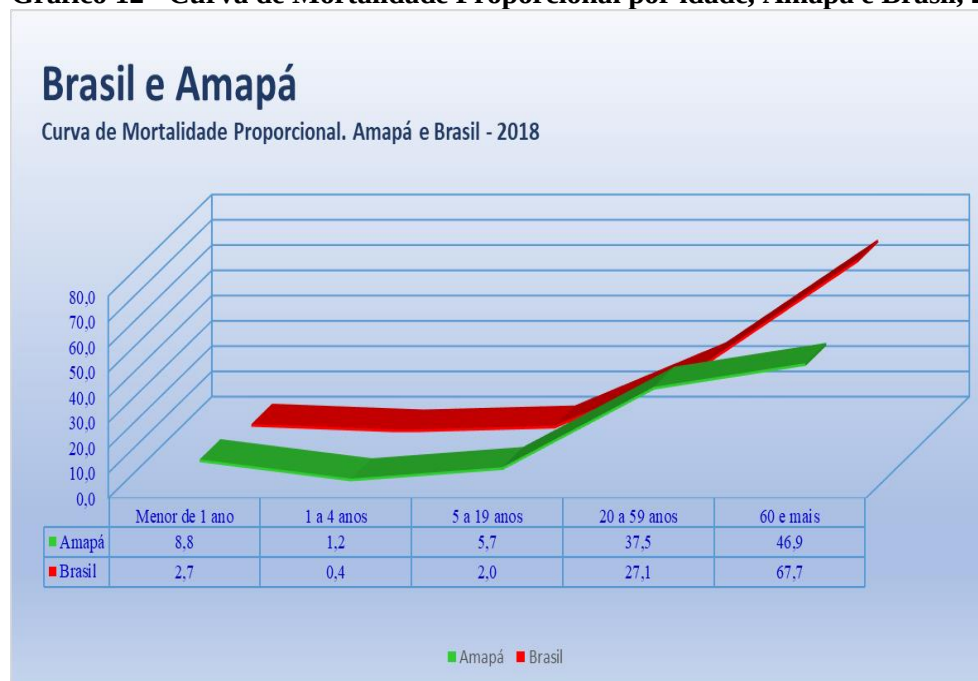
Para analisar as condições de saúde da população, a epidemiologia utiliza geralmente dados de morbidade e mortalidade. Apesar de se referirem à ocorrência de eventos indesejáveis, como doença e morte, e não propriamente à qualidade de vida ou saúde no seu sentido mais amplo, esses indicadores são usados pela facilidade operacional e por servirem de alerta para a necessidade de intervenção dos serviços de saúde.

Além da mortalidade e da morbidade, que avaliam o nível de adoecimento e óbitos, outros indicadores são importantes para avaliar a qualidade de vida de uma população, sendo importantes instrumentos para análise e planejamento das ações de intervenção.

Mortalidade proporcional por idade

No Amapá, em 2017, a mortalidade proporcional foi maior na população acima de 60 anos (46,9%), seguida da faixa etária de 20 a 59 anos (37,5%) e menores de 1 ano (8,8%), conforme Gráfico 12.

Gráfico 12 - Curva de Mortalidade Proporcional por idade, Amapá e Brasil, 2018.



Fonte: SIM/CIASS/SVS, 2020

Mortalidade proporcional por Grupos de Causas Seleccionadas

As principais causas de mortalidade, em menores de 1 ano, foram em razão de infecções perinatais e do aparelho respiratório. Entre a faixa de 15 a 34 anos, as causas externas por morbidade e mortalidade foram as principais razões de mortalidade. A partir de 45 anos, as doenças cardiovasculares e as neoplasias foram as principais causas de óbitos (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas e Faixa etária. Amapá, 2017.

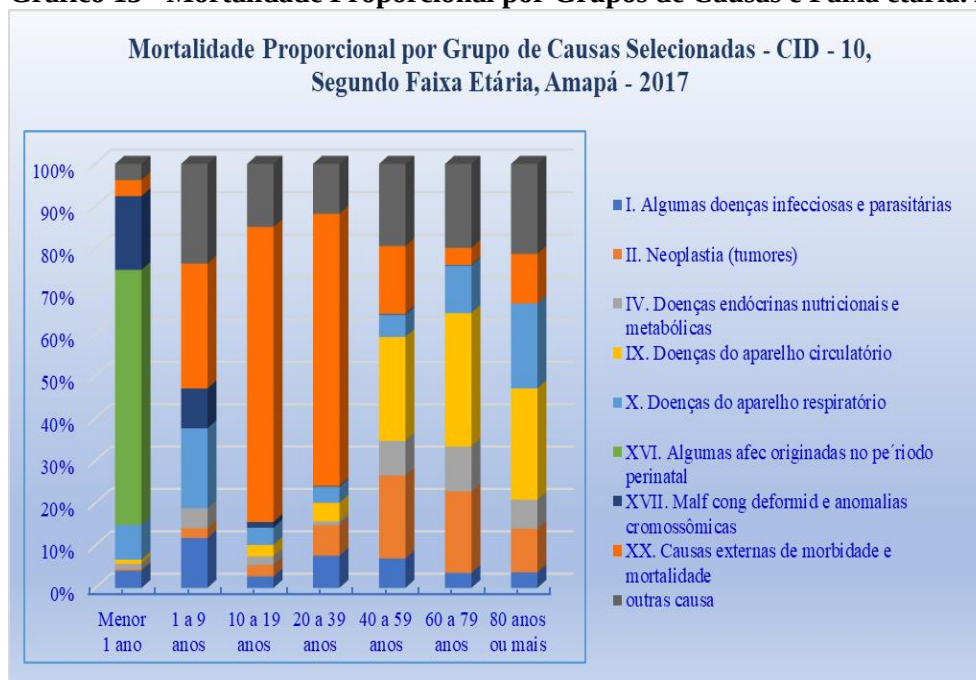
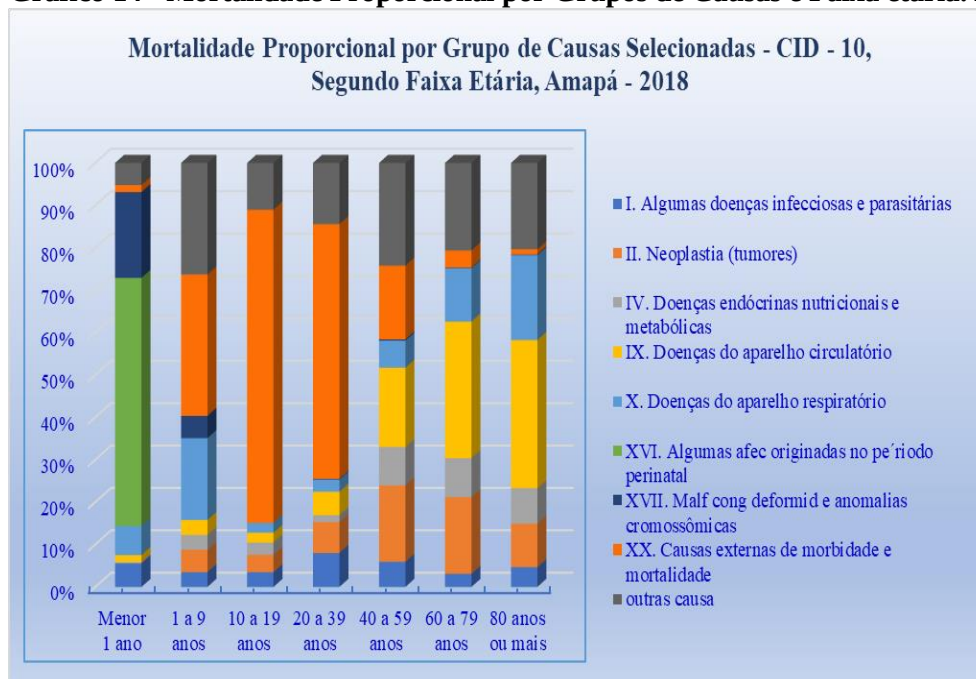


Gráfico 14 - Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas e Faixa etária. Amapá, 2018.



A mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias apontam a necessidade de intervenção nos hábitos alimentares e adoção de medidas de promoção da melhoria da qualidade de vida, práticas de atividade física e ações de prevenção e diagnóstico precoce que possibilitem o rastreamento.

No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, quarta causa de óbito por câncer em mulheres em 2015, apresentou redução acentuada de 1990 para 2015 (-33,9). No Amapá, essa taxa é elevada (22,6/100.000 habitantes), ficando em segundo lugar no ranking do Brasil, em 2015 (Tabela 3).

Uma maneira eficiente para prevenir o câncer do colo do útero é a realização de exames, como o *Papanicolaou* e HPV, para detectar a presença de lesões pré-cancerosas antes que elas se transformem em tumores malignos. Ambos os exames devem ser ofertados pela Atenção básica, garantindo o acesso à população de mulheres.

Ainda como medida preventiva, o Ministério da Saúde adotou a imunização contra o HPV em 2014, em meninas de 9 a 13 anos de idade, com a vacina quadrivalente. Esta faixa etária foi escolhida por ser a que apresenta maior benefício pela grande produção de anticorpos e por ter sido menos exposta ao vírus por meio de relações sexuais. Em 2017, as meninas de 14 anos também foram incluídas. Além disso, o esquema vacinal do SUS foi ampliado para meninos de 11 a 14 anos.

O câncer de pulmão é a segunda causa de mortalidade por neoplasias no Amapá (14,1/100.000 habitantes) entre as mulheres. Nem todos os cânceres de pulmão podem ser evitados, mas existem algumas maneiras de reduzir o risco de contrair a doença, como a modificação da exposição a fatores de risco como: não fumar e evitar a exposição passiva à fumaça do cigarro e ao radônio.

A terceira causa de mortalidade por neoplasia entre as mulheres é o câncer de estômago (13,6/100.000 habitantes). O consumo excessivo de sal, alimentos salgados e conservados no sal aumentam o risco de desenvolvimento de câncer de estômago. A ingestão de sal (cloreto de sódio) – caracterizada pelo consumo superior a 6 gramas por dia (equivalente a 2,4g de sódio), de todas as fontes alimentares - pode danificar o revestimento do estômago, promovendo inflamação e atrofia da mucosa gástrica.

Tabela 3 - Taxas padronizadas de mortalidade/100.000 habitantes (Brasil e UF) 2015 e variação percentual de 1990 para 2015 para cinco principais tipos de cânceres, mulheres

UF	Mulheres					
	Todos	Mama	Pulmões	Cólon/Reto	Colo do útero	Estômago
BR	106,8 (-7.5)	16,3 (-0.5)	12,8 (+20.7)	11,1 (+12.5)	9,6 (-33.9)	7,0 (-38.9)
RO	93,5 (-15.9)	10,8 (+1.4)	13,3 (+15.8)	6,5 (+6.3)	11,6 (-38.5)	7,9 (-41.1)
AC	102,6 (+7.7)	11,5 (+27.2)	17,2 (+44.1)	6,7 (+34.2)	15,6 (-19.5)	7,6 (-25.2)
AM	132,3 (-0.6)	14,0 (+18.2)	18,4 (+30.0)	9,5 (+20.0)	26,2 (-13.0)	12,2 (-27.7)
RR	103,5 (-9.3)	14,1 (+2.0)	16,0 (+18.1)	5,7 (+17.8)	15,1 (-34.7)	6,6 (-35.9)
PA	101,3 (-4.8)	12,3 (+14.0)	11,2 (+26.9)	8,0 (+17.4)	16,9 (-28.8)	10,3 (-28.4)
AP	119,2 (+2.0)	9,3 (+30.9)	14,1 (+38.2)	5,9 (+42.8)	22,6 (-22.3)	13,6 (-24.6)
TO	98,0 (+2.9)	11,9 (+25.9)	10,6 (+30.7)	7,3 (+35.4)	14,5 (-21.8)	6,3 (-20.5)
MA	107,8 (+5.2)	12,5 (+25.7)	10,9 (+36.1)	7,4 (+21.2)	23,1 (-11.1)	6,8 (-13.6)
PI	93,5 (+3.2)	13,2 (+27.5)	9,4 (+36.2)	6,6 (+17.4)	13,6 (-22.1)	5,2 (-19.2)
CE	115,6 (+15.2)	16,7 (+23.9)	15,6 (+62.9)	8,1 (+43.2)	12,4 (-12.5)	9,5 (-14.4)
RN	99,5 (+3.9)	14,0 (+10.4)	12,0 (+56.2)	7,6 (+18.7)	10,4 (-31.6)	7,1 (-24.0)
PB	99,6 (+13.4)	14,8 (+21.5)	10,8 (+48.3)	7,0 (+23.0)	10,8 (-15.8)	7,3 (-2.1)
PE	104,5 (-0.1)	16,5 (+9.9)	11,1 (+36.8)	8,3 (+17.5)	11,2 (-31.1)	6,0 (-21.4)
AL	88,6 (-7.8)	12,9 (+12.3)	10,3 (+21.8)	6,8 (+14.0)	12,4 (-33.3)	4,9 (-30.7)
SE	98,6 (-0.3)	15,4 (+21.3)	10,6 (+25.1)	7,7 (+18.9)	12,3 (-29.5)	5,4 (-23.6)
BA	102,7 (+3.4)	15,1 (+14.3)	10,0 (+44.6)	9,4 (+18.0)	11,0 (-23.4)	7,5 (-24.3)
MG	102,2 (-11.8)	15,0 (-0.3)	11,3 (+9.0)	10,4 (+13.3)	7,9 (-39.7)	7,1 (-46.9)
ES	98,5 (-11.4)	14,3 (+5.7)	10,8 (+8.1)	10,0 (+9.1)	9,0 (-38.7)	7,2 (-44.6)
RJ	111,2 (-11.2)	20,4 (-7.2)	12,8 (+9.8)	13,2 (+7.6)	8,7 (-32.8)	7,0 (-40.5)
SP	105,4 (-13.3)	17,2 (-9.4)	12,7 (+12.2)	13,4 (+11.6)	6,5 (-45.9)	6,6 (-49.0)
PR	113,5 (-9.3)	16,2 (+4.6)	14,4 (+15.8)	12,2 (+15.9)	8,3 (-41.2)	7,8 (-46.8)
SC	108,5 (-10.2)	15,9 (+0.1)	14,0 (+17.8)	10,7 (+2.6)	7,9 (-38.2)	7,5 (-44.8)
RS	122,3 (-12.2)	18,6 (-9.2)	18,3 (+20.2)	13,5(-4.9)	7,9 (-41.5)	6,1 (-43.4)
MS	102,4 (-9.1)	14,7 (+4.8)	13,0 (+18.1)	10,2 (+15.7)	11,1 (-38.5)	6,6 (-38.6)
MT	100,7 (-4.1)	13,8 (+16.1)	13,1 (+18.2)	8,9 (+19.7)	11,8 (-32.1)	6,6 (-32.3)
GO	99,6M3.0)	13,6 (+3.3)	13,9 (+10.8)	10,2 (+8.8)	9,6 (-44.8)	5,9 (-42.0)
OF	97,2(-20,8)	15,4 (-8.5)	10,7 (+0.2)	11,1 (+3.2)	7,2 (-51.0)	5,2 (-48.5)

FONTE: Revista Brasileira de epidemiologia, 2017.

Na Tabela 4, estão apresentadas as Taxas padronizadas de mortalidade/100.000 habitantes (Brasil e UF) 2015 e variação percentual de 1990 para 2015 para os cinco principais tipos de cânceres, homens.

O Câncer de estômago (38,6/100.000 habitantes) e próstata (34 /100.000 habitantes), foram as maiores causas de mortalidade por neoplasias entre os homens, no período de 1990-2015, no Amapá, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Taxas padronizadas de mortalidade/100.000 habitantes (Brasil e UF) 2015 e variação percentual de 1990 para 2015 para os cinco principais tipos de cânceres, homens.

UF	Homens					
	Todos	Mama	Pulmões	Cólon/Reto	Colo do útero	Estômago
BR	172,1 (-5,6)	33,4 (+12,2)	25,9 (-12,0)	19,5 (-37,3)	14,1 (+29,5)	10,5 (-14,1)
RO	149,9 (-13,3)	32,8 (+8,4)	21,9 (-7,5)	22,1 (-42,8)	8,1 (+15,2)	8,3 (-15,8)
AC	153,9 (+3,7)	32,5 (+25,8)	24,0 (+6,0)	23,0 (-22,2)	8,8 (+33,5)	5,6 (-0,3)
AM	184,5 (+1,0)	33,9 (+17,7)	33,5 (-8,1)	31,6 (-18,1)	9,7 (+31,7)	6,2 (-1,1)
RR	157,6 (-5,5)	37,4 (+14,0)	23,2 (-12,3)	23,5 (-36,0)	7,4 (+35,1)	5,7 (-8,0)
PA	148,3 (+0,2)	31,4 (+26,5)	23,2 (-8,5)	26,3 (-26,7)	8,7 (+32,9)	4,9 (-4,4)
AP	175,6 (-5,5)	34,0 (+36,6)	28,6 (+8,6)	38,6 (-17,1)	7,7 (+61,9)	5,8 (+19,5)
TO	141,1 (+17,9)	38,5 (+41,8)	18,2 (+20,5)	13,5 (-23,4)	9,0 (+63,1)	5,7 (+15,0)
MA	136,3 (-16,2)	32,8 (-0,1)	18,6 (-18,9)	18,0 (-42,8)	8,0 (-0,7)	4,1 (-18,0)
PI	138,2 (+16,8)	33,3 (+26,0)	19,6 (+18,1)	13,0 (-13,0)	8,8 (+51,0)	6,4 (+22,7)
CE	185,7 (+34,6)	36,8 (+41,5)	26,4 (+55,2)	28,6 (-1,4)	11,1 (+84,9)	11,6 (+55,6)
RN	164,5 (+28,0)	34,9 (+40,9)	21,1 (+36,1)	22,8 (-2,5)	10,2 (+53,4)	8,7 (+40,8)
PB	162,1 (+40,9)	35,0 (+45,0)	19,5 (+54,1)	21,3 (+14,0)	9,5 (+66,5)	9,4 (+47,3)
PE	152,1 (+17,1)	34,8 (+26,8)	20,8 (+16,7)	15,8 (-4,5)	8,8 (+48,3)	7,5 (+21,8)
AL	125,6 (+6,9)	29,3 (+22,4)	15,8 (-3,2)	13,6 (-18,5)	8,2 (+40,0)	5,9 (+7,6)
SE	152,0 (+15,0)	38,4 (+38,5)	21,1 (+6,0)	14,5 (-12,2)	10,0 (+47,1)	6,1 (+27,3)
BA	162,6 (+19,7)	38,7 (+40,9)	19,1 (+12,6)	18,7 (-13,8)	11,2 (+44,2)	10,0 (+27,3)
MG	167,0 (-8,0)	32,3 (+9,8)	21,8 (-8,7)	20,4 (-43,9)	12,6 (+31,8)	13,4 (-14,5)
ES	168,1 (-8,5)	31,9 (+14,0)	23,9 (-11,6)	20,5 (-46,5)	11,6 (+27,3)	14,4 (-9,1)
RJ	176,0 (-16,6)	34,2 (+2,9)	28,5 (-31,2)	17,8 (-44,2)	17,5 (+17,0)	9,0 (-23,3)
SP	173,4 (-17,4)	31,1 (-0,9)	25,1 (-24,5)	18,6 (-50,0)	17,9 (+22,5)	9,8 (-27,1)
PR	190,2 (-7,4)	34,0 (+14,6)	27,2 (-4,9)	21,7 (-44,7)	16,4 (+30,1)	13,9 (-25,5)
SC	195,0 (-13,2)	31,0 (+2,8)	36,7 (-10,8)	21,4 (-43,7)	14,0 (+13,7)	14,2 (-30,6)
RS	216,1 (-18,2)	34,4 (-5,1)	46,2 (-26,8)	17,2 (-44,7)	18,3 (+6,2)	16,7 (-32,0)
MS	167,2 (+3,3)	34,8 (+19,5)	24,8 (+3,0)	18,7 (-36,3)	13,7 (+50,1)	10,6 (+3,1)
MT	164,9 (-1,4)	36,9 (+16,4)	25,1 (+3,4)	19,5 (-42,6)	11,3 (+33,0)	9,6 (+0,5)
GO	155,6 (-4,9)	33,3 (+9,3)	24,0 (-3,9)	15,7 (-40,5)	12,0 (+25,0)	8,1 (-12,7)
OF	156,6 (-12,2)	33,2 (+0,6)	23,4 (-16,1)	14,9 (-43,5)	14,0 (+25,9)	7,5 (-18,4)

FONTE: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2017.

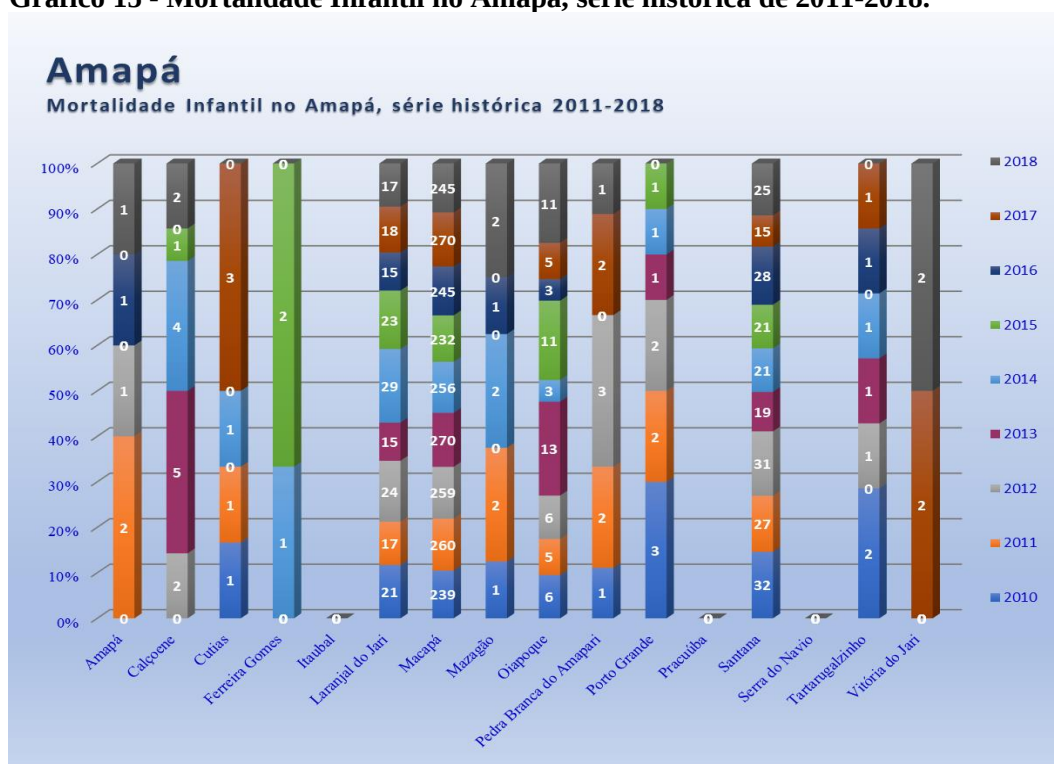
Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil mede o risco de morte para as crianças durante o primeiro ano de vida. Ela é decomposta em outras três taxas, a mortalidade perinatal, neonatal e pós-neonatal.

O aumento da escolaridade feminina, a elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado e o acesso aos serviços de saúde influenciam na taxa de mortalidade infantil.

No Amapá, a taxa de mortalidade infantil em 2018 foi de 18,5/1000 nascidos vivos, a segunda maior do país (Gráfico 15).

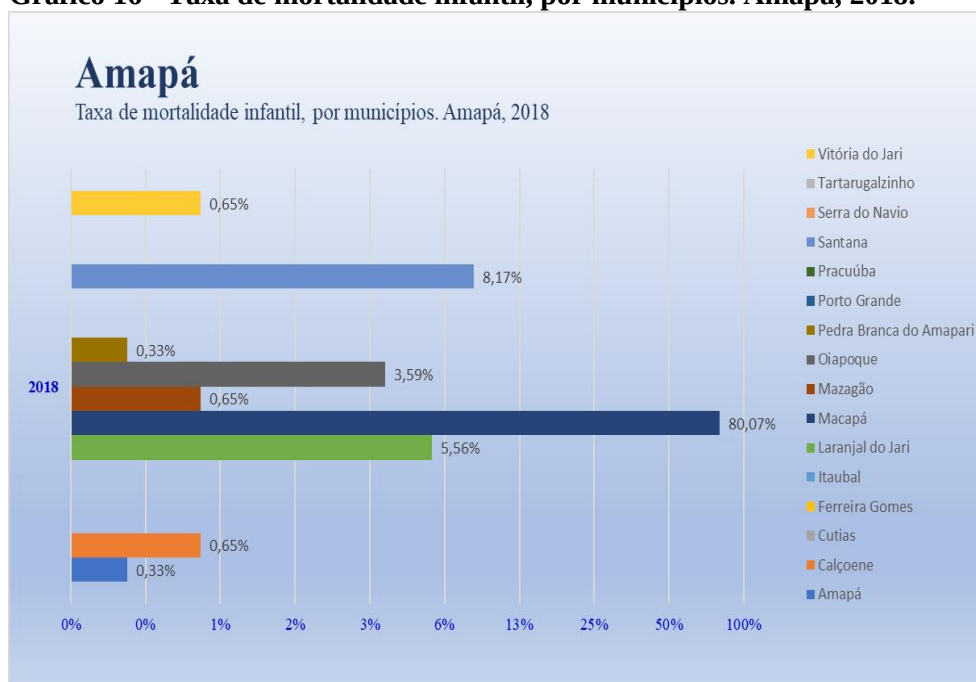
Gráfico 15 - Mortalidade Infantil no Amapá, série histórica de 2011-2018.



Fonte: TABNET DATASUS, 2020.

Ao analisar a taxa de mortalidade infantil entre os municípios do estado do Amapá, no ano de 2018, observa-se que a maioria dos municípios apresentou uma taxa de mortalidade infantil acima da média do Brasil, em 2018, que foi de 14,4 óbitos infantis para cada 1000 nascidos vivos (**Gráfico 16**). Isto evidencia a necessidade de adoção de medidas de intervenção com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, de forma organizada e articulada com todos os municípios.

Gráfico 16 - Taxa de mortalidade infantil, por municípios. Amapá, 2018.



Fonte: TABNET DATASUS, 2020.

Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um evento sentinela, sendo um importante indicador de saúde da população e da qualidade do cuidado em saúde oferecido a sociedade (BURCH et al., 2012; MITCHELL *et al.*, 2014). Os índices de mortalidade materna refletem o investimento financeiro dos governos em infraestrutura de saúde e a eficácia das políticas públicas (GONÇALVES, 2011). Evidências científicas mostram que altas taxas de mortalidade materna, perinatal, neonatal e infantil estão associadas com a existência de serviços de saúde inadequados e de má qualidade (CAMPBELL *et al.*, 2006).

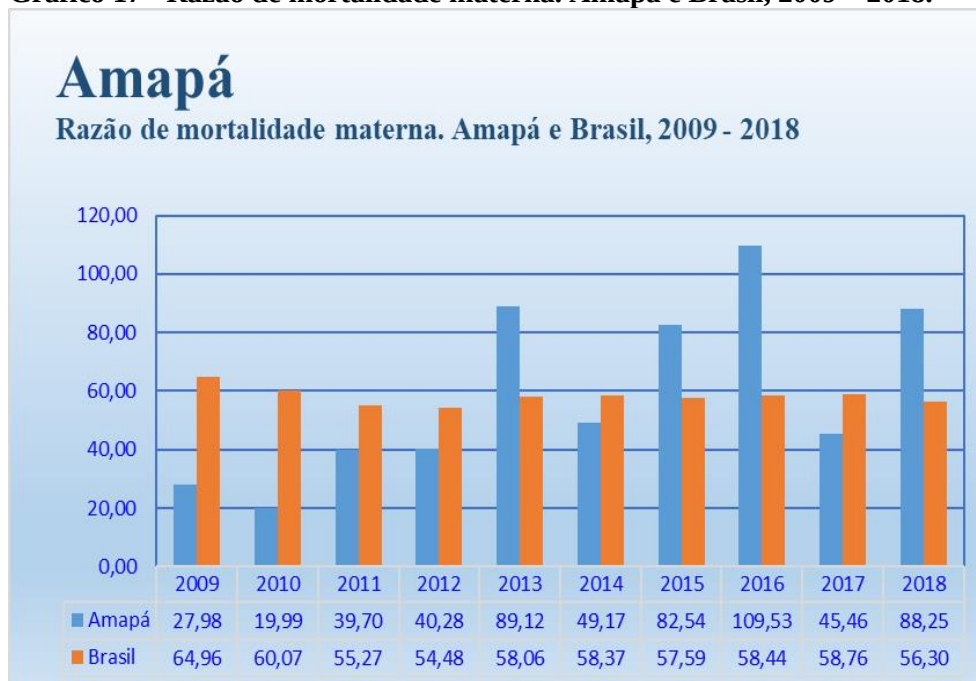
O tratamento adequado e oportuno pode aumentar muito a sobrevivência destas mães e seus bebês. Planejamento familiar, cuidado pré-natal, assistência ao parto de qualidade e assistência obstétrica de emergência têm sido identificadas como estratégias-chave para a redução da mortalidade materna (GILMORE, GEBREYESUS, 2012).

Como em muitos países em desenvolvimento estes serviços não são universais e/ou acessíveis, a mortalidade materna mantém-se nestes locais como um problema de saúde pública sem solução (ACHEM; AGBOGHOROMA, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna é evitável em 92% dos casos. As principais causas são hipertensão, hemorragia, infecção pós-parto, doenças do aparelho respiratório no parto ou no pós-parto e abortos, sejam espontâneos ou provocados.

A mortalidade materna no Amapá, no período entre 2009 e 2016, cresceu e atingiu 141,7 por 100 mil nascidos vivos, no ano de 2016, índices comparáveis a países como Butão e Argélia, (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Razão de mortalidade materna. Amapá e Brasil, 2009 – 2018.



Fonte: SIM/SINASC/CIASS/SVS, 2020.

No Amapá, durante o período de 2012 a 2018, houve aumento na investigação dos óbitos maternos. Em 2012, dos 06 óbitos registrados no SIM, apenas 01 (16,7%) deixou de ser investigado. Já em 2013, do total de 14 óbitos somente 03 (21,4%) deixaram de ser investigados. Nos anos subsequentes, 2014 a 2018, todos os óbitos maternos foram devidamente investigados, ou seja, o Estado do Amapá atingiu a meta estipulada pelo Ministério da Saúde (MS) de 100% dos óbitos maternos investigados pelas equipes técnicas de vigilâncias municipais (Gráfico 18).

Gráfico 18 - Percentual de óbitos maternos investigados. Amapá, 2012 – 2018.



Fonte: SIM/SVS, 2020.

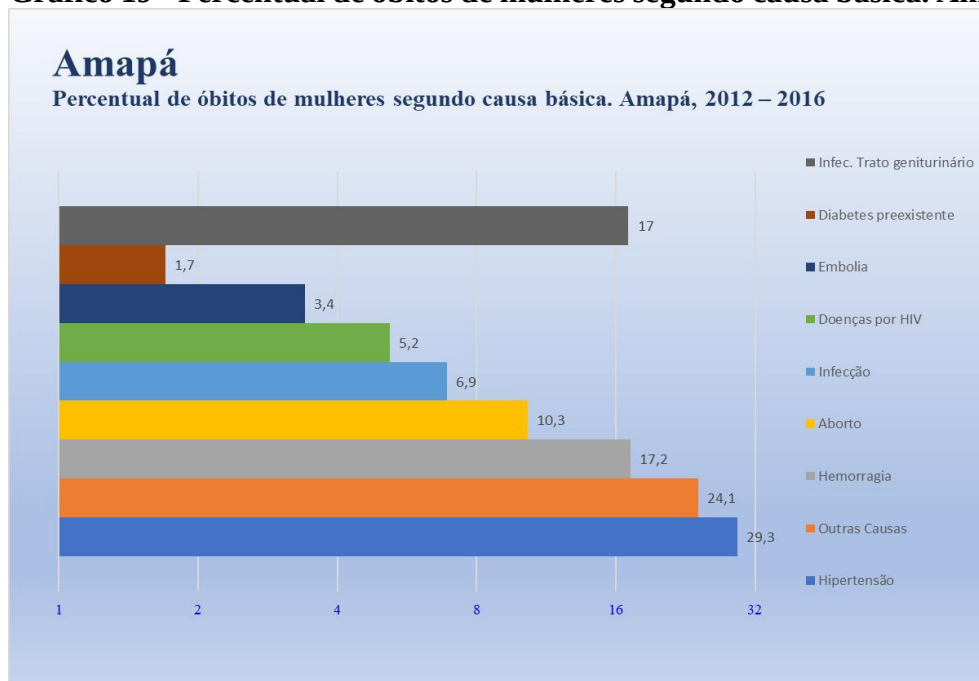
Do total de 58 mortes materna, 100% foram classificadas como evitáveis, segundo a lista Brasileira de Causas de Morte Evitáveis. Desta classificação 94,7% foram decorrentes de óbitos por causa direta, definida como aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de causas como: edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez e de gravidez que terminou com aborto.

Dos óbitos por causas Indiretas apenas três casos (5,2%) foram registrados no período analisado – diabetes mellitus preexistente e doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Os óbitos por causas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez não devida a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

No Amapá, as principais causas básicas de mortalidade materna, são a hipertensão e infecção do trato geniturinário, hemorragias e abortamento, conforme apresentado no Gráfico 19. Evidenciando a necessidade de intervenção na saúde da mulher, com o fortalecimento da rede materno-infantil.

Gráfico 19 - Percentual de óbitos de mulheres segundo causa básica. Amapá, 2012 – 2016.



Fonte: SIM/SVS-AP.

A região de saúde com maior incidência de óbitos foi a Central (56,9%), onde Macapá concentrou o maior percentual de óbitos (87,9%) seguida da região de saúde Norte (24,1%), sendo que o município de Tartarugalzinho apresentou o maior percentual (57,2%) e a região de saúde Sudoeste (18,9%), onde no município de Santana o percentual de óbitos maternos foi de 72,7% (Tabela 5).

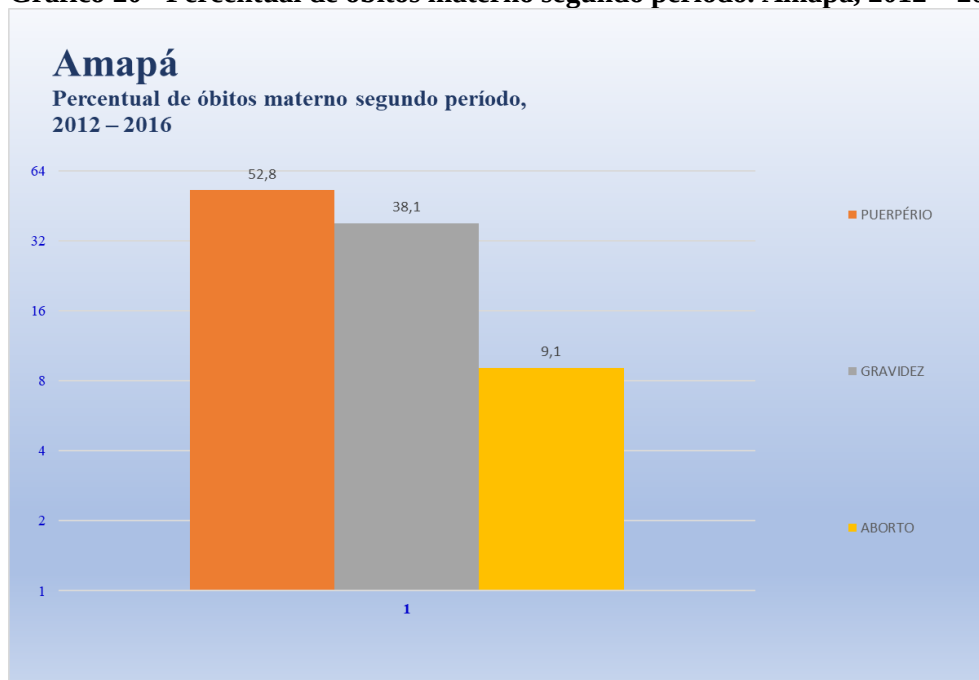
Tabela 5 - Número e percentual de óbitos maternos, segundo região de saúde. Amapá, 2012 – 2016.

Região de Saúde/Município de residência	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CENTRAL												
Cutias	0	0	1	11,1	0	0	0	0	0	0	1	3
Ferreira Gomes	0	0	0	0	0	0	1	14,3	2	20	3	9,1
Macapá	3	100	8	88,9	4	100	6	85,7	8	80	29	87,9
NORTE												24,1
Tartarugalzinho	1	50	1	33,3	3	100	1	33,3	2	66,6	8	57,2
Pedra Branca	1	50	0	0	0	0	1	33,3	0	0	2	14,3
Amapá	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	1	7,1
Oiapoque	0	0	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3	3	21,4
SUDOESTE												18,9
Laranjal do Jari	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	1	9,1
Mazagão	0	0	0	0	0	0	0	0	2	50	2	18,2
Santana	1	100	2	100	1	100	3	100	1	25	8	72,7
ESTADO	6	100	14	100	8	100	12	100	17	100	58	100

Fonte: SIM/SVS-AP.

Em relação ao período em que o óbito ocorreu 52,8% durante o puerpério, 38,1% durante a gravidez e 9,1% relacionado ao abortamento (Gráfico 20).

Gráfico 20 - Percentual de óbitos materno segundo período. Amapá, 2012 – 2016.



Fonte: SIM/CIASS/SVS, 2020.

Sabe-se que a razão da mortalidade materna é dependente da qualidade do pré-natal e do parto normal. Em 2009, apenas 29,4% nascidos vivos de mães, tinham 7 consultas ou mais de pré-natal, muito abaixo da média no Brasil que foi de 64,6. Em compensação a proporção de parto normal no Amapá em 2018 foi de 64,58% bem acima da média nacional (44%) (Gráfico 21).

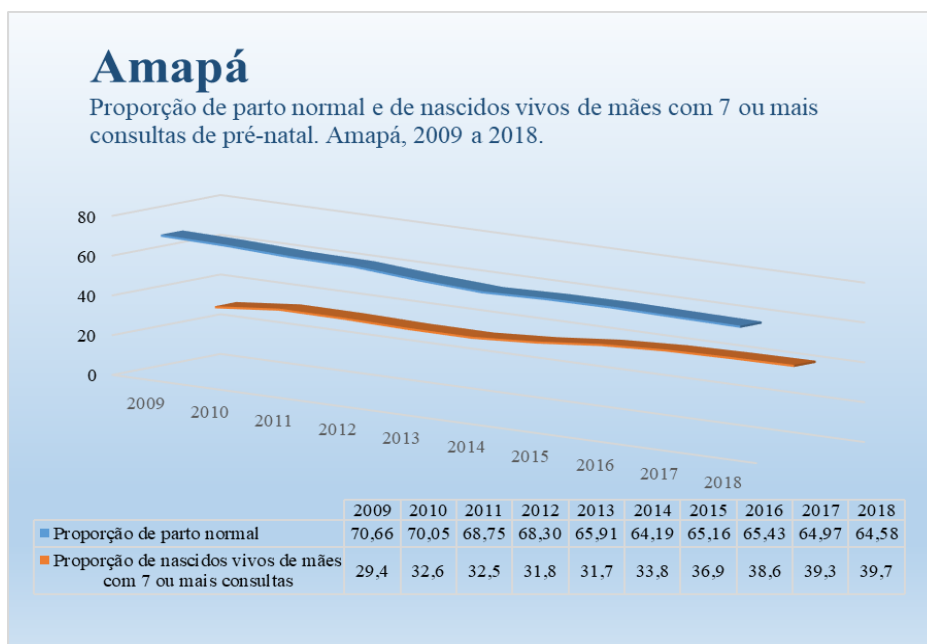
Em relação ao pré-natal, ainda é necessário que se implemente estratégias para sua qualificação e resolutividade com vistas a redução da mortalidade materna e infantil, considerando que estudos apontam que em sua maioria esses óbitos ocorrem por causas evitáveis e em 2017, conforme o sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/MS) apenas 39,3% dos nascidos vivos, nasceram de mães que obtiveram mais de 7 consultas de pré-natal.

Mortalidade por homicídios

O estudo da mortalidade é um importante mecanismo para conhecer uma sociedade. O nível e o padrão, aliadas às causas do morte possibilitam a realização de diversos diagnósticos sobre as condições sociais e econômicas de uma população bem como revelam as demandas por políticas sociais.

Gráfico 22, apresentamos a série histórica de 2008 a 2017, da taxa de mortalidade por homicídios.

Gráfico 21 - Proporção de parto normal e de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Amapá, 2009 a 2018.



Fonte: SINASC/CIASS/SVS, 2020.

Gráfico 22 - Taxa de mortalidade por homicídios para cada 100 mil habitantes. Amapá, 2008 a 2017.



Fonte: DATASUS, 2019.

MORBIDADE

Define-se como morbidade o estado de adoecimento. As informações desta análise referem-se ao período de 2014 a 2018 com ênfase aos anos em que houve aumento ou redução do indicador. Os dados sobre morbidade são obtidos usualmente através dos sistemas rotineiros de registro de morbidade – Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIHSUS).

O SINAN tem como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

No Brasil, as hospitalizações pagas pelo sistema público de saúde são conhecidas através de um instrumento, preenchido nos hospitais, obrigatório para a internação dos pacientes e para o posterior recebimento dos pagamentos referentes a essas internações, que é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH); documento que contém todas as informações relativas às internações, como dados demográficos, diagnósticos, procedimentos realizados e custos, o que permite o conhecimento do perfil da morbidade atendida por essa parcela do sistema e, de maneira importante, o cálculo dos custos das diferentes causas de internação.

Dentre os agravos, os mais relevantes que ocorreram no Estado no período da análise estão descritos abaixo:

O coeficiente de incidência de tuberculose aumentou 29,7% no período; sugestivo de melhora na oferta de exame diagnóstico e na oferta de exame de HIV para as pessoas diagnosticadas, o que fez o Estado alcançar a meta nacional, entretanto, o exame dos contatos vem declinando.

A incidência da hanseníase declinou no período, bem como a efetividade no exame intradomiciliar dos contatos com redução de 37,5% dos contatos intradomiciliares examinados nos anos da coorte dentre os casos novos de hanseníase diagnosticados. Em 2017 houve melhora na proporção de cura.

No Estado foram notificados 993 casos de sífilis em gestantes com aumento percentual na incidência de 83,3 nesse período. Analisando esses casos observa-se um aumento em todas as regiões de saúde: Norte de 155,6%, as regiões Central e Sudoeste que apresentaram aumento no período de 43,3% e 375,7% respectivamente. A taxa média de incidência de sífilis congênita foi de 5,7/1.000 NV, sendo o maior de 6,7/1.000 NV em 2015 e o menor registro em 2016 com 4,9/1.000 NV. O parâmetro pelo Ministério da Saúde é de 0,5 1.000 NV.

O percentual de AIDS na faixa etária de 15 a 49 anos, apresentou um aumento de 8,9% no período; avaliando por sexo, o feminino teve um incremento de 12,1% e o masculino 7,9%. Os casos de HIV/AIDS em menores de 5 anos são preocupantes, com registros anuais, demonstrando fragilidade no pré-natal, parto e no acompanhamento e desenvolvimento da criança. Os diagnósticos de HIV apresentam aumento significativo, devido a ampliação da oferta do teste rápido em todos os municípios.

Os casos de febre tifóide apresentaram aumento na incidência no período e variou de 0,7 para 4,8/100.000 habitantes, sendo 2018 o ano com a maior taxa. No mesmo período foram notificados 185.066 casos de Doença Diarreia Aguda no Estado e a incidência na população variou de 39,4 a 52,6/1.000 habitantes, sendo que 2018 apresentou a maior incidência.

A maior incidência de Leishmaniose tegumentar ocorreu na região de saúde Norte, a maior incidência no Estado foi registrada em 2014. Entre os municípios de cada região, os que apresentaram maiores taxas foram: Serra do Navio, Calçoene, Pedra Branca do Amapari Porto Grande e Oiapoque.

O coeficiente de incidência dos acidentes por animais peçonhentos sofreu aumento no período, passou de 85,2 para 102,3/100 mil habitantes com incremento de 20,6%. As serpentes são os maiores causadores (65,1%) seguido dos escorpiões (28,6%).

No Estado do Amapá, os casos de doença de Chagas apresentaram aumento importante, relacionados com a transmissão oral. Foram confirmados 141 casos em residentes, nesse período houve um aumento de 206,2%, sendo 2018 o ano de maior registro com 49 casos.

Avaliando o número de casos de malária por local provável de infecção (autóctones) no Estado, é possível observar que mais da metade dos municípios apresentou redução no período, com exceção de Itaubal, Oiapoque, Mazagão, Porto Grande, e Pedra Branca do Amapari, Santana e Laranjal do Jari.

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

Quanto ao IPA, observa-se redução nas regiões de saúde Norte e Central. O município de Mazagão contribuiu para elevação da região Sudoeste. Quanto ao Estado comparando 2014 e 2018 não houve redução. Somente os municípios de Tartarugalzinho e Santana foram classificados em médio risco de transmissão de malária em 2018.

Sobre a dengue houve um acréscimo de 218,6% do ano de 2014 a 2015, demonstrando o comportamento cíclico da doença. O Estado apresentou uma redução de 3.106 (2015) para 735 (2018), assim como em todas as regiões de saúde.

O primeiro caso autóctone da febre de *Chikungunya* no Estado foi registrado em agosto de 2014, no mesmo ano foram confirmados 1.519 casos. A região de saúde Norte foi a mais atingida, Oiapoque concentrou o maior número de casos. No Estado de 2014 a 2018 houve uma redução de 88,7% no número de casos devido as intervenções do controle vetorial e da vigilância entomológica.

A Vigilância Epidemiológica da Influenza conta atualmente com três Unidades Sentinelas (US) implantadas, sendo uma no Hospital de Emergências (HE) uma Hospital da Criança e do Adolescente (HCA) e outra implantada em 2019 no Hospital Estadual de Laranjal do Jari (HELJ). Foram processadas 132 amostras, 75 foram positivas - sendo 55 (73,3%) de Síndrome Gripal – SG e 20 (26,7%) de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG. Com relação a identificação dos vírus foram encontrados: H1N1 (8), influenza A/H3 Sazonal (13); influenza B (5); Vírus Sincicial Respiratório – VRS (29); meta pneumonia (11); e; outros vírus (9).

Houve a implantação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia nos hospitais do Estado (HCAL, HCA e HE), sendo o HE o que mais notificou no período (4.849).

No período foram notificados 6.323 agravos relacionados a saúde do trabalhador, sendo 71,2% (4.500) de acidente grave de trabalho com redução de 29,7% e aumento de 14,7% nas notificações de acidentes com material biológico.

Internação hospitalar

No período de 2014 a 2018 dentre os leitos cadastrados no SUS de residentes do Estado, “a gravidez, parto e puerpério (capítulo XV)” foram as principais causas de internação, sendo responsáveis por cerca de 75 mil ocupações de leito. Em 2018 chegou a 44,2% do total. Com exceção do capítulo XV as três principais causas de internações hospitalares, por Capítulo CID 10, foram as doenças do aparelho respiratório com 10,7% com acréscimo de 0,3% no período analisado; as doenças do aparelho digestivo com 8,8% com acréscimo de 17,9%; doenças do aparelho geniturinário registraram 5,9% com aumento de 4,0%.

As neoplasias figuram como a sétima causa e registraram 4,6% das internações com incremento de 28,1% no período analisado (Tabela 6).

As doenças do aparelho respiratório, no período totalizaram 17.161 internações, sendo a pneumonia em menores de 10 anos e idosos representou 13.110 casos (64,2%). Em menores de 1 ano houve redução de 23,2%; na faixa etária de 1 a 4 anos houve aumento de 0,9%; de 5 a

9 anos o acréscimo foi de 344,4% e na faixa etária com 60 anos e mais o acréscimo foi de 3,1% (Tabela 07).

Tabela 6 - Principais internações hospitalares do SUS por grupo de causa e local de residência – Amapá/BR, 2014 a 2018.

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	2018
XV. Gravidez parto e puerpério	15.502	15.275	14.675	15.050	15.301
X. Doenças do aparelho respiratório	3.697	3.383	2.976	3.396	3.709
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.595	2.678	2.349	2.527	3.059
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.962	1.681	1.551	2.091	2.040
XIX. Lesões envenenamento e algumas outras consequências causas externas	1.888	2.055	1.794	1.782	1.953
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.276	1.856	1.497	1.637	1.885
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.744	1.735	1.660	1.645	1.611
II. Neoplasias (tumores)	1.233	1.262	1.163	1.467	1.579
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	946	1.005	978	1.077	886
Demais grupos	2786	2370	2212	2260	2575
TOTAL GERAL	34.629	33.300	30.855	32.932	34.598

Fonte: DATASUS, 2019.

Tabela 7 - Número de internações hospitalares por pneumonia e local de residência em menores de 10 anos e idosos Amapá/BR, 2014 e 2018.

Faixa Etária	2014	2015	2016	2017	2018
Menor 1 ano	896	723	611	643	688
1 a 4 anos	1.104	1.015	935	992	1.114
5 a 9 anos	288	250	232	246	992
60 e +	290	290	229	312	299
Total	2.288	1.988	1.778	1.881	3.093

Fonte: DATASUS, 2019.

No período analisado, das internações por doenças do aparelho digestivo, a coledolitíase e colecistite representaram 13,8%. Em 2018 foi responsável por 38,1% dessas internações. A hérnia inguinal e outras hérnias no mesmo período registrou 23,2% e em 2018 as internações foram de 27,7%. As doenças do apêndice registraram no período 5,8% e em 2018 foi de 11,5%.

Com relação as doenças do aparelho geniturinário a insuficiência renal foi responsável por 11,2% das internações tanto no período analisado, seguida das doenças renais túbulo-intersticiais com 9,5%; a salpingite e a ooforite com 7,2%; hiperplasia de próstata foi de 5,4% no período.

Importante destacar a limitação dos dados de morbidade, decorrente do subregistro de agravos por parte dos estabelecimentos de saúde, do número limitado de leitos e da falta de credenciamento, bem como do preenchimento inadequado e/ou do não preenchimento das AIHs, resultando na fragilidade do faturamento das internações e na qualidade da informação, não demonstrando a verdadeira realidade.

ESTRUTURA DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMAPÁ

A Organização Mundial de Saúde define Sistema de Saúde como: “Um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população”. A configuração do sistema de saúde é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais.

Sistema de Serviços de Saúde, é um subsistema intersetorial de um sistema de saúde, responsável pelas ações de saúde propriamente dita, com predominância nas ações de recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde (prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc).

Os Sistemas de Serviços de Saúde são compostos por arquitetura, fisiologia e instrumentos. A arquitetura é o componente que envolve toda a estrutura do sistema. A Fisiologia relaciona-se com a capacidade de funcionamento do sistema com o intuito de responder socialmente às condições de vida da população. Já os instrumentos, referem-se aos recursos disponíveis pelo sistema, sejam eles tecnológicos, legais ou organizacionais, utilizados para reger e desenvolver tais funções (MENDES, 2019).

Organização dos Serviços de Saúde

O Sistema de Serviços de Saúde amapaense está organizado em três regiões de saúde: norte, central e sudoeste, como demonstrado na Figura 2.

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

Os municípios de Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias, Itaubal e Macapá, constituem a região central de saúde, onde está concentrada a maioria dos estabelecimentos de saúde, recursos humanos especializados e uma capacidade tecnológica mais elevada.

Da região sudoeste fazem parte os municípios de Vitória do Jari, Laranjal do Jari, Mazagão e Santana, que apresenta baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos.

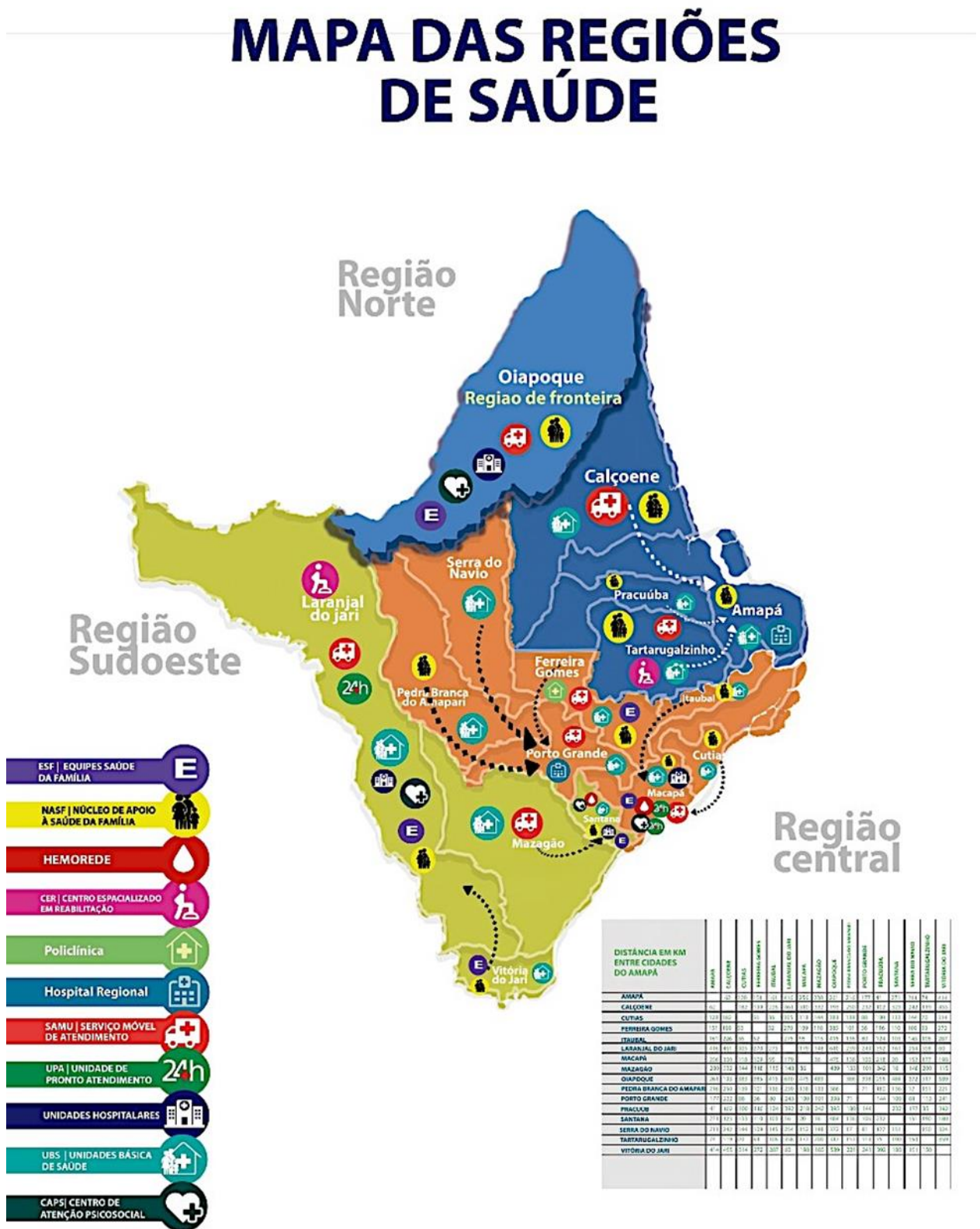
O decreto nº 7508/2011 menciona a região de saúde como espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O contrato Organizativo da Ação Pública em saúde (COAP) passa a ser o instrumento de colaboração firmado entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada (BRASIL,2011).

O Planejamento Regional Integrado tem uma dimensão de planejamento estratégico que envolve a formulação estratégica da qual resultam ações coordenadas de longo, médio e curto prazos. E tem como objetivo fazer uma análise do entorno político, institucional e sanitário, com o envolvimento de diferentes atores que atuam, na organização das redes de atenção à saúde (MENDES, 2019).

A gestão e a execução das ações e dos serviços de Atenção Primária são responsabilidades inerentes à gestão municipal. Sabendo disso, a SESA também entende que têm papel fundamental no apoio técnico e financeiro às equipes gestoras municipais para a sua adequada organização de acordo com os seus princípios e as necessidades de saúde da população, de acordo com as orientações de organização do Ministério da Saúde.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde adotou a Planificação como instrumento de planejamento e organização da Atenção à Saúde que leva em consideração todas as suas etapas. Esse planejamento é necessário para que a Atenção Primária à Saúde (APS) exerça um papel estratégico como coordenadora do cuidado aos usuários do SUS em um determinado território e sua articulação com as demais níveis de atenção.

Figura 2 - Mapa das Regiões de Saúde. Amapá, 2020.



Fonte: Elaborado pela COPLAN/ASCOM/SESA, 2019.

Estabelecimentos de Saúde

O sistema de serviços de saúde do Amapá é constituído por 633 estabelecimentos de saúde, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, sendo que a maior parte é da gestão pública (51,34%), conforme apresentado no Quadro 01. Existem ainda 230 estabelecimentos de Entidades privadas (36,33%), 10 estabelecimentos de entidades privadas sem fins lucrativos (1,58%) e 68 pessoas físicas (10,54%), conforme Quadro 1. Além desses estabelecimentos, encontra-se em fase de construção um Hospital Universitário, com previsão de inauguração em 2020.

Quadro 1 - Estabelecimento de Saúde, por esfera jurídica. Amapá, 2020.

Esfera Jurídica	Quantidade	%
Administração Pública	325	51,34
Administração Pública Federal	15	2,37
Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	42	6,64
Administração Pública Municipal	268	42,34
Entidades Empresariais	230	36,33
Demais Entidades Empresariais	230	36,33
Entidades sem fins Lucrativos	10	1,58
Pessoas Físicas	68	10,54
Total	633	100,00

Fonte: CNES/DATASUS, 2020.

A distribuição de estabelecimentos de saúde, por município, está apresentada no Quadro 2, onde se observa que há maior concentração no município de Macapá.

Observa-se um profundo vazio assistencial de saúde em alguns municípios como Cutias, Itaubal, Pracuúba, sendo necessário o fortalecimento e organização da atenção da atenção à saúde, de forma articulada com base no planejamento regional integrado e na organização das redes de atenção à saúde visando promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS.

A distribuição de estabelecimentos de saúde, por natureza pública e privada, demonstra que a iniciativa privada está fortemente instalada em Macapá e Santana, sendo que nos demais municípios é praticamente inexistente, o que reforça a necessidade de fortalecer a regionalização da saúde (Quadro 3).

Quadro 2 - Distribuição de estabelecimentos de saúde, por município. Amapá.

Municípios	Estadual			Municipal			Total	Pública	Privada
	Total	Vínculo SUS	Sem Vínculo SUS	Total	Vínculo SUS	Sem Vínculo SUS			
Amapá	1	1	0	13	12	1	14	13	1
Calçoene	1	1	0	8	8	0	9	9	0
Cutias	0	0	0	7	7	0	7	7	0
Ferreira Gomes	1	1	0	12	12	0	13	13	0
Itaubal	0	0	0	13	13	0	13	13	0
Laranjal	2	2	0	23	20	3	25	22	3
Macapá	38	38	0	354	51	303	392	89	303
Mazagão	1	1	0	25	24	1	26	25	1
Oiapoque	2	2	0	28	28	0	30	30	0
Pedra Branca	1	1	0	14	12	2	15	13	2
Porto Grande	0	0	0	22	18	4	22	18	4
Pracuuba	0	0	0	8	8	0	8	8	0
Santana	2	2	0	52	31	21	54	33	21
Serra do Navio	1	1	0	9	9	0	10	10	0
Tartarugalzinho	1	1	0	23	23	0	24	24	0
Vitória do Jari	1	1	0	10	10	0	11	11	0
Totais	52	52	0	621	286	335	673	338	335

Fonte: CNES/DATASUS, 2020.

Na região central de saúde, concentra-se a maior parte dos estabelecimentos de saúde. No Quadro 3, estão apresentados de acordo com o tipo e natureza jurídica.

Quadro 3 - Estabelecimentos de saúde, por tipo e esfera jurídica, Região Central de Saúde, 2020.

Tipo de Estabelecimento	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Demais entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
CONSULTORIO				115	2	61	178
CLÍNICA ESPECIALIZADA AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO		4	2	48	2		56
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA				40	1		41
CENTRO DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	1	2	55	1			59
POSTO DE SAÚDE			36				36
POLICLÍNICA				9	1		10
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PREHOSPITALAR EMERGENCIAL		3	4				7
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS		2	1				3
FARMÁCIA		1	3				4
HOSPITAL GERAL		1	1	1	1		4
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE		1	3		1		5
CENTRAL DE REGULAÇÃO		2					2
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ORGÃOS ESTADUAL		2					2
HOSPITAL ESPECIALIZADO		2					2

PRONTO ANTEDIMENTO		2					2
SECRETARIA DE SAÚDE		1	7				8
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	9				10
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS		1					1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E OU HEMATOLÓGICA		1					1
COOPERATIVA				1			1
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA		1	1				2
PRONTO SOCORRO GERAL		1					1
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	1						1
TOTAL	2	28	122	215	8	61	436
%	0,46	6,42	27,98	49,31	1,83	16,53	100

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

O Quadro 4, apresenta os estabelecimentos que compõem a rede de saúde no município de Macapá. Observa-se que dos 369 estabelecimentos, apenas 89 (24,12%) são estabelecimentos públicos de saúde.

A saúde privada está fortemente estabelecida no Município de Macapá, e de forma complementar contribui com 57,18% dos estabelecimentos privados de saúde.

As instituições sem fins lucrativos, representam 2,17% da rede de estabelecimentos de saúde.

As instituições públicas federais, representam apenas 0,54%, representado por 01 (uma) Unidade de Saúde instalada na Universidade Federal do Amapá e 01 (um) Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

Quadro 4 - Estabelecimentos de saúde, por tipo e esfera jurídica, Município – Macapá, 2018.

Tipo de Estabelecimento	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Demais entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
CONSULTÓRIO				114	2	61	177
CLÍNICA ESPECIALIZADA AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO		4	2	47	2		55
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA				38	1		39
CENTRO DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	1	2	32	1			36
POSTO DE SAÚDE			15				15
POLICLÍNICA				9	1		10
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PREHOSPURGÊNCIA EMERGENCI		3	4				7
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS		2	1				3
FARMÁCIA		1	2				3
HOSPITAL GERAL		1		1	1		3
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE		1	1		1		3
CENTRAL DE REGULAÇÃO		2					2
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ORGAOS ESTADUAL		2					2
HOSPITAL ESPECIALIZADO		2					2
PRONTO ATENDIMENTO		2					2

SECRETARIA DE SAÚDE		1	1				2
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		1	1				2
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS		1					1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E OU HEMATOLÓGICA		1					1
COOPERATIVA				1			1
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA		1					1
PRONTO SOCORRO GERAL		1					1
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	1						1
TOTAL	2	28	59	211	8	61	369
%	0,54	7,59	15,99	57,18	2,17	16,53	100

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

EQUIPAMENTOS DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os principais equipamentos que fazem parte do sistema de serviços de saúde amapaense estão distribuídos, na rede estadual e municipal, SUS e não SUS, conforme apresentado no Quadro 5.

De acordo com os dados do CNES, existem na Região de Saúde – Área Central, 4 mamógrafos, 26 equipamentos de radiografia, 5 tomógrafos, 1 equipamento de ressonância magnética e 20 ultrassons disponíveis ao SUS, conforme Quadro 6. Do total dos equipamentos em uso apresentados, 24,56% estão disponíveis para os usuários pelo SUS. Isto demonstra que as tecnologias de saúde no Amapá, estão concentradas na iniciativa privada e filantrópica.

Quadro 5 - Equipamentos existente na Rede Estadual e Municipal. Amapá, 2020.

Grupo de Equipamentos	Estadual		Municipal		Total	
	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS
Audiologia	2	2	3	3	5	5
Imagem	69	66	45	43	114	109
Infra estrutura	180	178	238	225	418	403
Odontologia	44	44	327	324	371	368
Manutenção da Vida	753	743	31	30	784	773
Métodos Gráficos	25	24	17	16	43	40
Métodos Ópticos	10	10	22	22	32	32
Outros equipamentos	105	105	57	57	162	162

Fonte: CNES/DATASUS/MS, 2020.

Quadro 6 - Equipamentos, por tipo e disponibilidade SUS, Região de Saúde - Área Central, 2020.

Equipamento	Existentes (1)	Em uso (2)	Disponíveis SUS (3)	% 3/1	% 3/2
Mamógrafo	11	11	4	36,36%	36,36%
Raio x	138	136	26	18,84%	19,12%
Tomógrafo Computadorizado	8	8	5	62,50%	62,50%
Ressonância Magnética	2	2	1	50,00%	50,00%
Ultrassom	69	67	20	28,99%	29,85%
Total	228	224	56	24,56%	25,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, existem, no Município de Macapá: 4 mamógrafos, 24 equipamentos de radiografia, 5 tomógrafos, 1 equipamento de ressonância magnética e 16 ultrassons disponíveis ao SUS, conforme Quadro 7. Do total dos equipamentos em uso apresentados abaixo, 22,83% estão disponíveis para os usuários do SUS.

Ao analisar os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentados na Portaria nº 1631, de 1 de outubro de 2015, em específico aos equipamentos de saúde para o apoio diagnóstico e terapêutico, apresenta-se adiante a quantidade de exames e equipamentos

necessários para atender à população da Região de Saúde – Área Central e do município de Macapá, considerando os parâmetros da referida Portaria.

Ainda para análise da situação da rede assistencial, quanto à disponibilidade de número de equipamentos, conforme apresentado acima, foram utilizadas informações segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS/MS. Em relação à produção assistencial, foram levantadas as informações, conforme as fontes: Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar - DATASUS/MS, no período de 2018.

Quadro 7 - Equipamentos, por tipo e disponibilidade SUS, Município – Macapá, 2020.

Equipamento	Existentes (1)	Em uso (2)	Disponíveis SUS (3)	% 3/1	% 3/2
Mamógrafo	11	11	4	36,36%	36,36%
Raio x	134	132	24	17,91%	18,18%
Tomógrafo Computadorizado	8	8	5	62,50%	62,50%
Ressonância Magnética	2	2	1	50,00%	50,00%
Ultrassom	64	62	16	25,00%	25,81%
Total	219	215	50	22,83%	23,26%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Nos Quadros 8 e 9, estão apresentados os déficits de equipamentos e de exames na região central de saúde e município de Macapá. Observa-se que há um déficit de exames de apoio ao diagnóstico, como ultrassonografia (-24,4%) e ressonância magnética (80%).

Quadro 8 - Necessidade e Déficits de Equipamentos disponíveis para o atendimento SUS no Estado, Região de Saúde e no Município – Macapá, 2018.

NÚMERO DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS P/ POPULAÇÃO TOTAL						Total de Equipamentos disponíveis parao SUS no Município	Total de Equipamentos disponíveis parao SUS na Região de Saúde	Total de Equipamentos disponíveis parao SUS no Estado	Déficit de Equipamentos no Município de Macapá		Déficit de Equipamentos na Região de Saúde Área Central		Déficit de Equipamentos no Amapá	
EQUIPAMENTO	Produtividade/Capacidade	Estimativa de Necessidade conforme parametro	MUNICÍPIO	CIR	ESTADO	Município Macapá	Região Saúde Área Central	Estado Amapá	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equipamento em relação	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equipamento em relação	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equipamento em relação
Ultrassom Convencional (população Total)	3.024 exames/ano	150 exames/1.000 hab/ano	24	28	41	16	20	31	-8	-33,3%	-8	-28,6%	-10	-24,4%
Ultrassom Convencional (Gestantes)	3.024 exames/ano	1 exame/gestante												
Ultrassom Convencional (Gestantes de Alto Risco)	3.024 exames/ano	2 exame/gestante												
Ultrassom obstétrico com Doppler (Gestantes)	3.024 exames/ano	1 exame/gestante												
Mamógrafos	6.758 exames/ano	% de mulheres em idades entre 40 a 59 anos de acordo c/ a faixa etária prevista em portaria	2	2	3	4	4	5	2	100,0%	2	100,0%	2	66,7%
Ressonância Magnética	5.000 exames/ano	30 exames/1.00 hab/ano	3	3	5	1	1	1	-2	-66,7%	-2	-66,7%	-4	-80,0%
Tomógrafos***	7.000 exames/ano	40 exames/1.00 hab/ano	3	3	5	5	5	5	2	66,7%	2	66,7%	0	0,0%

Fonte*pt gm/ms nº 1637/15 - ** TABNET/CNES/DATASUS/MS em 15/12/2019 - *** Parâmetro citado no Plano Diretor HU-UNIFAP (revisão 2, setembro/2015).

Quadro 9 - Necessidade e Déficits de Exames p/equipamentos disponíveis p/atendimento SUS no Estado, Região de Saúde e no Município de Macapá,2018.

NÚMERO DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS P/ POPULAÇÃO TOTAL						Total de Equipamento s disponíveis parao SUS no Município	Total de Equipamento s disponíveis parao SUS na Região de Saúde	Total de Equipamento s disponíveis parao SUS no Estado	Déficit de Equipamentos no Município de Macapá		Déficit de Equipamentos na Região de Saúde Área Central		Déficit de Equipamentos no Amapá	
EQUIPAMENTO	Produtividade/Capacidade	Estimativa de Necessidade conforme paramentro	MUNICÍPIO	CIR	ESTADO	Município Macapá	Região Saúde Área Central	Estado Amapá	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equ ipamento em relação	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equ ipamento em relação	Diferença de Equipamento em relação	% de produção/equ ipamento em relação
Ultrassom Convencional (população Total)	3.024 exames/ano	150 exames/1.000 hab/ano	74.045	83.280	124.424	8.545	9.590	13.894	-65.500	-88,5%	-73.690	-88,5%	-110.530	-88,8%
Ultrassom Convencional (Gestantes)	3.024 exames/ano	1 exame/gestante	12.201	12.582	17.693	1	282	1.432	-17.690	-100,0%	-17.962	-97,8%	-24.222	-91,9%
Ultrassom Convencional (Gestantes de Alto Risco)	3.024 exames/ano	2 exame/gestante	3.660	3.775	5.308									
Ultrassom obstétrico com Doppler (Gestantes)	3.024 exames/ano	1 exame/gestante	1.830	1.887	2.654									
Mamógrafos	6.758 exames/ano	% de mulheres em idades entre 40 a 59 anos de acordo c/ a faixa etária prevista em portaria	14.109	15.524	22.178	78	78	78	-14.031	-99,4%	-15.446	-99,5%	-22.100	-99,6%
Ressonância Magnética	5.000 exames/ano	30 exames/1.00 hab/ano	14.809	16.656	24.885	1.668	1.668	1.668	-13.141	-88,7%	-14.988	-90,0%	-23.217	-93,3%
Tomógrafos***	7.000 exames/ano	40 exames/1.00 hab/ano	20.733	23.318	34.839	17.179	17.179	17.179	-3.554	-17,1%	-6.139	-26,3%	-17.660	-50,7%

Fonte*pt gm/ms nº 1637/15 - ** TABNET/CNES/DATASUS/MS em 15/12/2019 - *** Parâmetro citado no Plano Diretor HU-UNIFAP (revisão 2, setembro/2015).

Leitos de Internação

Apresentamos abaixo o consolidado de leitos gerais do sistema de serviços de saúde do Amapá, e considerando os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se a distribuição e déficits conforme apresentados nas Quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Consolidado de estimativa de leitos gerais do Estado do Amapá.

CONSOLIDADO - DÉFICIT DE LEITOS GERAIS					
Estimativa de Leitos Gerais - Estado do Amapá					
Leitos por Especialidade	* Estimativa de necessidade Leitos Gerais (Parâmetros Mínimos) - (a)	** Leitos CNES Existentes no Amapá (b)	** Leitos CNES SUS no Amapá - (c)	Déficit de Leitos Existentes - (a - b)	Déficit de Leitos SUS (c - a)
Obstetrícia	111	226	207	115	96
Pediátrico	1.192	281	263	-911	-929
Clínicos*	739	430	361	-309	-378
Cirúrgicos	448	221	187	-227	-261
Total de Leitos Gerais	2.738	1.158	1.018	-1.580	-1.720
Total de Leitos UTI/UCI	278	114	61	-164	-217

Obs: * Os leitos CNES (outras especialidades e hospital dia) estão computados nos leitos clínicos.

Fonte: * PT GM/MS nº 1631/15 (Considerando cenário I da Portaria)

** TABNET/CNES/DAT ASUS/MS em 15/02/2019.

Quadro 11 - Necessidade e Déficit de Leitos Gerais disponíveis para o atendimento SUS no município de Macapá, 2018.

CONSOLIDADO - DÉFICIT DE LEITOS GERAIS					
Estimativa de Leitos Gerais - Estado do Amapá					
Leitos por Especialidade	* Estimativa de necessidade Leitos Gerais (Parâmetros Mínimos) - (a)	** Leitos CNES Existentes no Amapá (b)	** Leitos CNES SUS no Amapá - (c)	Déficit de Leitos Existentes - (a - b)	Déficit de Leitos SUS (c - a)
Obstetrícia	76	138	119	62	43
Pediátrico	669	180	162	-489	-507
Clínicos*	453	260	191	-193	-262
Cirúrgicos	275	186	152	-89	-123
Total de Leitos Gerais	1.644	764	624	-880	-1.020
Total de Leitos UTI/UCI	176	97	61	-79	-115

Obs: * Os leitos CNES (outras especialidades e hospital dia) estão computados nos leitos clínicos.

Fonte: * PT GM/MS nº 1631/15 (Considerando cenário I da Portaria)

** TABNET/CNES/DAT ASUS/MS em 15/02/2019.

Leitos Complementares de Internação

Leitos complementares são leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como: as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva. Os leitos complementares de internação são classificados em: Leito de Isolamento; Leito de Isolamento Reverso; Leito de Cuidados Intensivos (UTI); e Leito de Cuidados Intermediários (UCI).

Em se tratando de leitos complementares, há déficit em todos os tipos, sendo o maior em UTI Adulto e o menor em leitos de cuidados intermediários neonatais, a saber UCINCO e UCINCA, como se apresenta abaixo no Quadro 12.

Quadro 12 - Necessidade e Déficits de Leitos Complementares disponíveis para o atendimento SUS no estado do Amapá, 2018.

CONSOLIDADO - DÉFICIT DE LEITOS GERAIS					
Estimativa de Leitos Gerais - Estado do Amapá					
Leitos por Especialidade	* Estimativa de necessidade Leitos Gerais (Parâmetros Mínimos) - (a)	** Leitos CNES Existentes no Amapá (b)	** Leitos CNES SUS no Amapá - (c)	Déficit de Leitos Existentes - (a - b)	Déficit de Leitos SUS (c - a)
Obstetrícia	132	41	12	-91	-120
Pediátrico	38	10	5	-28	-33
Clínicos*	57	38	20	-19	-37
Cirúrgicos	34	19	18	-15	-16
Total de Leitos Gerais	17	6	6	-11	-11
Total de Leitos UTI/UCI	278	114	61	-164	-217

Obs: * Os leitos CNES (outras especialidades e hospital dia) estão computados nos leitos clínicos.

Fonte: * PT GM/MS nº 1631/15 (Considerando cenário I da Portaria)

** TABNET/CNES/DAT ASUS/MS em 15/02/2019.

CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO AMAPÁ

No tocante a característica do Sistema de Saúde, o Estado do Amapá ainda se apresenta como executor do processo de assistência concentrando ainda na sua maioria, sob sua gestão as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, além de desenvolver as funções de gerenciamento do processo.

Essa característica centralizada vem de um processo histórico que até hoje se arrasta fortalecida pela baixa adesão dos 16 municípios à descentralização na busca do comando único e na integralidade. Temos que considerar que essa baixa adesão também decorre do subfinanciamento resultando na falta de investimentos em estruturas físicas, tecnológicas e além da grande dificuldade que temos no Estado de fixar profissionais especializados nos municípios, com isso forçando a grande concentração da assistência especializada na capital do estado sob gestão estadual.

Com base nessa realidade o Estado do Amapá além da responsabilidade pela gestão, por intermédio de pactuação com os gestores municipais e mediante a contratualização dos serviços de natureza filantrópica e privados de maior complexidade e abrangência estadual, ainda tem papel fundamental na oferta de ações e serviços de saúde diretamente à população, por meio da administração direta de uma rede de serviços estaduais de saúde, ambulatoriais e hospitalares, além da cessão de Recursos Humanos para a atenção básica.

Um dos grandes desafios que vem sendo enfrentado pela gestão é o alto custo com pagamento dos profissionais de saúde, que no período representou 69,5% do total de gastos, comprometendo o direcionamento de recursos para desenvolvimento de outras ações de relevância para assistência inclusive em investimentos. Estudo com levantamento da força de trabalho e redirecionamento de profissionais com um melhor aproveitamento da carga horária de encontro às escalas de plantões vem sendo implementada em todas as unidades, aliado ao processo de implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, onde possibilita ao gestor, para efeito de planejamento, o monitoramento dos custos de cada unidade assistencial.

A rede hospitalar de média e alta complexidade com atenção ambulatorial e hospitalar do SUS, é formada por oito Hospitais em quatro cidades distintas, dos quais duas ofertam a alta complexidade em Serviço de Atenção à Saúde; assim como oito Unidades Mistas de Saúde em sedes municipais. Juntos ofertam 100% dos leitos SUS de internação do estado no montante de 947 e 100% dos leitos complementares (Isolamento, UTI's, UCINCo, UCINCa, UCINp e UCINa) que totalizam 91. Esses leitos correspondem a 87% dos disponíveis no Estado do Amapá.

O Estado do Amapá possui habilitações junto ao Ministério da Saúde, na alta complexidade em: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise e Diálise Peritoneal; Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON;

Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular. Sendo as habilitações em Nefrologia e UNACON no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima e a habilitação em Cardiologia no Hospital São Camilo e São Luís, filantrópico contratualizado com o estado.

Tomando por base o último período, ano de 2019, o Estado do Amapá apresenta sob sua gestão, uma rede assistencial de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar própria e terceirizada atendendo sua população e também absorvendo uma grande parte da população do vizinho Estado do Pará (Quadro 13 e 14).

Quadro 13 - Tipos de Estabelecimentos-SUS.

Tipo de Estabelecimentos SUS	Quantitativos
Centro de Saúde/Unidade Básica	1
Policlínica	1
Hospital Geral	6
Hospital Especializado	2
Unidade Mista	8
Clínica /Centro de Especialidade	8
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	1
Unidade Móvel Terrestre	1
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	3
Farmácia	1
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Hospital /Dia – Isolado	1
Central de Gestão em Saúde	1
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	1
Centro de Atenção Psicossocial	2
Pronto Atendimento	3
Central de Regulação Medica das Urgências	1
Laboratório de Saúde Publica	2
Central de Regulação do Acesso	2
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual.	1
Total	47

Fonte: TabWin /DATASUS/CNES.

Centro de Saúde/Unidade Básica, Instituto de Administração Penitenciária – IAPEN, CNES 6722679 , onde o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, estando no Amapá sob gestão estadual;

Policlínica, Instituto de Neurologia e Cardiologia do Amapá Ltda., CNES 9140344, contratado pela SESA para executar exames de Tomografia Computadorizada.

Hospital Geral, Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, CNES 2020645; Hospital Estadual de Santana, CNES 2021064; Hospital Estadual de Laranjal do Jarí, CNES 2020076; Hospital Estadual de Oiapoque, CNES 2021463, Hospital de Emergência Oswaldo Cruz 2020653 e Hospital São Camilo e São Luís, CNES 2020890, filantrópico contratado pela SESA.

Hospital Especializado, Hospital da Mulher, CNES 2020068; e Hospital da Criança e Adolescente, CNES 2019647.

Unidade Mista de Saúde, UMS de Serra do Navio, CNES 2021382; UMS de Amapá, CNES 2019701; UMS de Calçoene, CNES 2019728; UMS de Ferreira Gomes, CNES 2019663; UMS de Mazagão, CNES 2020165; UMS de Pedra Branca do Amapari, CNES 202121; UMS de Tartarugalzinho, CNES 2019671; e UMS Vitória do Jarí, CNES 2020149.

Clínica/Centro de Especialidade, Centro de Especialidade Odontológica – CEO 1, CNES 2020459; Centro de Especialidade Odontológica – CEO 2, CNES 6709001; Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP, CNES 2019655; Centro de Referência de Doenças Tropicais, CNES 2022192; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, CNES 3297284; Rede Sarah Macapá, CNES 3787907; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – Regional Santana, CNES 6685689; e Centro de Referência em Práticas Integrativas – CERPIS, CNES 3425002, que em razão da política que traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos serviços que define a competência do gestor municipal elaborar normas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde, mas que os estados e municípios também podem instituir suas próprias política, considerando suas necessidades locais, sua rede e processos de trabalho, onde o Estado do Amapá assume a gestão dessa Política.

Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado) Centro Diagnóstico Anátomo Patológico e Citopatologia – CEPAC, CNES 2021994; e Med Diagnóstico, CNES 7772068.

Prestadores contratados pela SESA para complementar a rede assistencial em exames anátomo patológico e citopatológico e exames de tomografias, ressonância magnética, mamografia, densitometria óssea e raio x, respectivamente.

Unidade Móvel Terrestre, Corpo de Bombeiro Militar do Estado, CNES 2021072.

Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência, USA 201 SAMU 192, CNES 6942040; USA 202 SAMU 192, CNES 6942067; e USA 203 SAMU 192 Ambulancha, CNES 7025645.

Farmácia, Coordenadoria de Assistência Farmacêutica – CAF, CNES 6911967.

Unidade de Vigilância em Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS, NES 6561691.

Hospital/Dia – Isolado, Hospital do Amor Macapá – CNES 9866310.

Central de Gestão em Saúde, Secretaria de Estado da Saúde – SESA, CNES 7150296.

Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica, Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá – HEMOAP, CNES 2020904.

Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial AD – CAPS Álcool e Drogas – Espaço Acolher, CNES 3041859; e Centro de Atenção Psicossocial CAPS II – Casa Gentileza, CNES 7790287.

Pronto Atendimento, Unidade de Pronto Atendimento Tipo I – UPA Zona Norte, CNES 7709196; Unidade de Pronto Atendimento Tipo I – UPA Zona Sul, CNES 9550291 e em outubro foi inclusa a Unidade de Pronto Atendimento de Laranjal do Jarí Tipo I, UPA Laranjal do Jarí, CNES 9619488.

Central de Regulação Medica das Urgências, Central de Regulação Medica das Urgências SAMU 192, CNES 6931693.

Laboratório de Saúde Pública, Laboratório Central de Saúde Pública LACEN, CNES 2019639 e Laboratório de Fronteira de Oiapoque – LAFRON, mantido pelo Laboratório Central – LACEN, CNES 7377584.

Central de Regulação do Acesso, Unidade Autorizadora de Tratamento Fora Domicilio - PTFD, CNES 3004368; e Central de Regulação de Serviço de Saúde, CNES 7150318.

Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual, Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado do Amapá, CNES 7932103.

No tocante a sua capacidade de leitos de Internação e leitos complementares são disponibilizados a toda rede no estado:

Quadro 14 - Leitos de Internações por Município.

Município	Quantitativos
160010 Amapá	37
160020 Calçoene	20
160023 Ferreira Gomes	12
160027 Laranjal do Jari	58
160030 Macapá	567
160040 Mazagão	14
160050 Oiapoque	41
160015 Pedra Branca do Amapari	15
160060 Santana	93
160005 Serra do Navio	30
160070 Tartarugalzinho	18
160080 Vitória do Jari	8
Total	913

Fonte: TabWin/DATASUS/CNES.

No Estado do Amapá existem também 34 leitos SUS sob gestão do Município de Porto Grande.

Quadro 15 - Leitos Complementares SUS sob Gestão Estadual.

Descrição	Quantitativos
- Leitos de Isolamento	21
- UTI Adulto Tipo I	8
- UTI Adulto Tipo II	4
- UTI Pediátrica Tipo II	5
- UTI Neonatal Tipo II	20
- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - UCINCo	18
- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru – UCINCa	6
- Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico	5
- Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	4
Total	91

Fonte: TabWin/DATASUS/CNES.

Diante dos problemas enfrentados pela ausência de alguns serviços de saúde, profissionais especializados e equipamentos sucateados sem condições de uso, a Secretaria de Estado da Saúde- SESA vem sendo acionada frequentemente pelo Ministério Público Estadual e Federal com ações judiciais, o que onera de maneira significativa o orçamento, vale ressaltar que a falta de oferta de alguns procedimentos na rede estadual gera o encaminhamento de pacientes através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio (PTFD) para outras unidades federadas correspondendo um impacto anual significativo no teto MAC (financiamento do SUS).

Além da necessidade de investimentos o estado precisa se adequar as portarias ministeriais para buscar junto ao Ministério da Saúde habilitações de diversos serviços que ora oferta a população, mas não tem o financiamento pelo Ministério da Saúde. Por este motivo entre outros não é efetuado os registros nos sistemas de informações para compor os bancos de dados (SIA e SIH), tais como: Leitos de UTI tipo II (neonatal, pediátrico e adulto), Cirurgias de Alta Complexidade em Neurologia, Cirurgias de Alta Complexidade em Trauma Ortopedia, Atenção Especializada em Oftalmologia, Atenção Especializada em Terapia Nutricional, Unidades de Pronto Atendimento – UPA's, Assistência a Gestante de Alto Risco, entre outros.

A gestão do sistema estadual de saúde não se restringe a gestão ambulatorial e hospitalar. Quando se trata de vigilância da saúde, 100% da população é assistida pelos serviços relacionados às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. O Estado atua no campo da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador utilizando-se das estratégias das políticas da atenção básica apoiando também aos municípios.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- APS

É a estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. A APS enfatiza a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como ponto central a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem

como a manutenção da saúde por meio de uma prestação de serviços continuada, centrada no indivíduo e no contexto em que ele está inserido.

A APS é o eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), é regida pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria - MS nº 2436/2017 que estabelece as diretrizes, princípios, atribuições e responsabilidades desse eixo para os três entes governamentais.

Há robustas evidências sobre as vantagens de sistemas de saúde baseados em uma APS Qualificada: melhores indicadores de saúde, especialmente infantis; reduz dos anos potenciais de vida perdidos; maior acesso e qualidade assistencial a serviços de saúde; melhor desempenho na prevenção das doenças e promoção da saúde; melhor desempenho dos sistemas de saúde, com menos gastos e menos internações por vários problemas; melhoria dos níveis de saúde das populações e redução das iniquidades em saúde chegando a resolver certa de 80% das demandas de saúde da população em um território.

A criação da Estratégia Saúde da Família (e-SF) significa uma indução financeira federal exitosa de ampliação e organização de equipes de APS, as quais passaram a realizar trabalhos clínico, preventivo e promocional, vinculadas a usuários territorialmente definidos. Em 2012, segundo a revisão de Mendes não foi encontrado nenhum estudo evidenciando benefícios para o modelo tradicional em relação à e-SF, análises mostram vantagens na conversão para esse modelo o que converge com a sistematização de evidências de *Fachini et al.*

Quanto à cobertura da APS brasileira, a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde mostrou que 72% da população não têm planos de saúde privados; 56% desta está cadastrada em uma equipe de saúde da família; 60% dos respondentes que foram atendidos em algum serviço ambulatorial, o foram no SUS; e mais na APS em relação às pesquisas anteriores. Os dados do Ministério da Saúde são convergentes: estimando 3 mil usuários por equipe de saúde da família, as 42.855 equipes implantadas até 2018 cobrem 62,4% da população brasileira.

De certo que ainda há um leque de fragilidades em relação ao acesso com vários problemas associados à melhoria de cobertura, fixação e cumprimento de carga horária de profissionais e de estruturas de serviços e ainda a organização do acesso quanto à priorização de grupos considerados preferenciais: grávidas, hipertensos, puericultura dentre outros.

As situações crônicas e a ampliação do acesso exigem melhor qualificação clínica dos profissionais. A longitudinalidade do cuidado deve funcionar como antídoto a essa tendência.

Quanto a esse aspecto, destacam-se os problemas de saúde mental, altamente prevalentes e relevantes na APS que precisam de uma abordagem psicossocial coerente ao invés da comum atenção centrada em psicofármacos, cujo uso corriqueiro é excessivamente medicalizante, pouco efetivo e gera aumento crônico da demanda dificultando o acesso.

O excesso de atividades preventivas individuais na APS deve ser evitado, devido ao seu alto potencial de geração de dano, medicalização e aumento da demanda. Tal excesso converte assintomáticos em preocupados e doentes crônicos, gera consultas e exames de rotina e especializado que requerem seguimento de modo a reduzir a sobrecarga assistencial desnecessária gerada pelo excesso de ações preventivas.

Os estudos disponíveis e a prática assistencial convergem para a constatação de que o acesso na APS brasileira é heterogêneo e permanece precário, envolvendo vários problemas já apontados em outro momento. As estratégias principais para ampliação do acesso na APS para quase toda a população envolvem fortalecer e qualificar para dar resolutividade e-SF e não apenas promover a expansão de cobertura, como ainda efetivar a equidade com vistas às diferenças loco regionais, considerando os vazios assistenciais associados às questões geográficas.

No Amapá, onde os municípios apresentam muitas desigualdades geográficas, de porte populacional, arrecadação / financiamento, desenvolvimento social e estrutura dos serviços de saúde, exigem-se a integração de todos os entes para conformar uma rede assentada em uma solidariedade sistêmica.

Nesse sentido a SESA, através da condução do componente estadual da PNAB tem realizado ações voltadas para qualificar a APS e promover a integração com a atenção especializada através da interface entre as ações e temáticas comuns à Rede de Atenção à Saúde, no entanto, a troca constante de gestores e de profissionais de APS configuram um grande problema no processo de organização, haja vista, que o investimento realizado se fragiliza, causando a fragmentação prejudicando o fortalecimento da ação, no entanto, ainda faz-se necessário que o Estado se faça mais presente frente suas atribuições para que se possa de fato promover ações efetivas de fortalecimento da APS aos Municípios.

Vale ressaltar ainda a necessidade de institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação das ações, o qual envolve a articulação conjunta de natureza técnico-político, com a prática dos sujeitos que estão executando e usufruindo às ações de saúde que implica na superação de concepções tradicionais sobre o caráter burocrático dos sistemas de informações em saúde, decorrentes da quantidade enorme de dados que são produzidos e encaminhados para outros níveis organizacionais, sem que sejam usados para o planejamento e avaliação das

ações pelo nível local e da introdução de mudanças profundas no dia-a-dia do trabalho para que a informação como instrumento de análise e de ação seja incorporada no interior das práticas de gestão e assistenciais.

A Cooperação Técnica em Saúde com os municípios do Estado tem um recorte importante e pode contribuir para elevar a saúde a um patamar que vai além das questões biomédicas, demandando um olhar sobre determinantes sociais, econômicos, étnicos, culturais, entre outros. As ações realizadas nessa modalidade de cooperação devem assumir papel estratégico com a finalidade de promoverem mudanças socioeconômicas e no perfil epidemiológico, onde o acesso à saúde é indicador de êxito na gestão pública.

Assim para que se alcance o desenvolvimento das políticas de saúde é necessário que se cumpra as ações estratégicas programadas para o cumprimento da meta, uma vez que as ações isoladas por si só não garantem a eficácia da ação proposta e o frágil monitoramento não é capaz de promover a correção preventiva de ações que geram a melhoria dos indicadores.

Executar o apoio institucional, objetiva promover uma maior articulação entre os municípios por meio da organização de uma rede de cooperação que visa ampliar a capacidade técnica e política entre a gestão municipal e estado com vistas ao fortalecimento do Sistema único de Saúde (SUS) buscando mobilizar as secretarias municipais de cada região de saúde em torno da agenda interfederativa mantendo circulante as informações em saúde e ainda das normativas, projetos e estratégias de financiamentos diversas disponíveis para a APS.

Atuar na perspectiva do desenvolvimento da Educação Permanente, é uma ação que possibilita a aprendizagem significativa e cooperação horizontal entre os gestores municipais de saúde, desenvolvendo a capacidade de escuta ampliada para as questões da gestão, e apoiar 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 (Plano de Saúde, Relatório de Gestão, PPA, LDO, LOA dentre outros instrumentos de gestão). É oportuno ainda sugerir que sejam propostos mecanismos que possam fortalecer as ações das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e sua capilaridade com os demais setores, reconhecer a importância de institucionalização do processo, assim como estruturar equipes técnicas, dotando de infraestrutura necessária para a implantação do apoio institucional, para que o Estado possa cumprir seu papel de ordenador da política pública de saúde.

No Amapá, a APS ainda apresenta fragilidades em sua organização, especialmente em se tratando da infraestrutura física, aparelhamento das unidades básicas de saúde e da baixa oferta das carteiras de serviços, mudança contínua de gestores e profissionais de saúde, nesse sentido, considerando que a APS representa o primeiro contato do indivíduo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão de forma democrática e participativa, sob forma de trabalho em equipe, apresentando a Estratégia Saúde da Família (e-SF) como proposta para reorganização da Rede.

A análise da cobertura da e-SF nos permite acompanhar não apenas o ritmo das expansões no Estado, mas também identificar os movimentos, dificuldades, potencialidades e organização das regiões no sentido da ampliação dos pontos de APS, a seguir apresenta-se um elenco de indicadores que traduzem o panorama da APS no Amapá.

A seguir faz-se uma apresentação do cenário da APS no estado do Amapá, com a avaliação de alguns indicadores prioritários que mensuram o perfil assistencial.

CAPACIDADE INSTALADA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO AMAPÁ

Quadro 16 - Unidades de Saúde de Atenção Primária.

TIPOLOGIA	QUANT
Posto de Saúde	81
Unidade Básica de Saúde	110
Polos de Academia de Saúde	09
Centro de Atenção Psicossocial	06
Centro Especializado em Reabilitação	04

Fonte: CNES/ MS – 2019.

Quadro 17 - Situação atual da implantação da (s) equipe (s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Equipes	Nº de Municípios com e-SF/ACS	Teto	Credenciado	Implantado
e-SF	16	391	172	148
ACS	16	2.043	1.032	976

Fonte: e-Gestor/SAPS/ MS – 2019.

O Estado apresenta um teto para implantação de 391 Equipes de Saúde da Família, atualmente com 148 equipes implantadas, correspondendo a uma cobertura de 71,79% (e-Gestor – SAPS / 2019), contudo, atuar no sentido de promover o incentivo ao incremento da cobertura representa um grande desafio considerando as especificidades loco regionais que ainda dificultam a fixação dos profissionais de saúde, bem como a organização e estruturas dos estabelecimentos de saúde existentes nos municípios.

Quadro 18 - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR).

HABILITADAS		IMPLANTADAS
e-SFR	e-SFRSB	e-SFR MAIS MÉDICOS ou PROVAB
1	0	1

Fonte: e-Gestor/SAPS/ MS – 2019.

Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área descrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As e-SFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área descrita.

Quadro 19 - Situação atual da implantação do (s) Núcleo (s) de Apoio à Saúde da Família (NASF).

NASF	Tipo	Nº de Municípios	Credenciado	Implantado
	I	7	13	12
	II	3	3	3
	III	3	3	3

Fonte: e-Gestor/SAPS/ MS – 2019.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua - eCR, equipes ribeirinhas - eSFR e fluviais - eSFF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a

consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

O parâmetro de teto do NASF é calculado a partir do número de e-SF credenciadas. Os NASF podem ser organizados em três modalidades definidas de acordo com o número de e-SF e/ou e-AB para populações específicas (e-CR, e-SFR e e-SFF): NASF 2 (3 a 4 e-SF e/ou e-AB); NASF 3 (1 a 2 eSF e/ou e-AB).

Quadro 20 - Situação atual da implantação da (s) Equipe (s) de Saúde Bucal.

Equipes	Nº de Municípios com eSB	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	16	391	149	98
eSB - II			7	2

Fonte: e-Gestor/SAPS/ MS – 2019.

Quadro 21 - Situação de implantação do Consultório na Rua.

Município	Credenciado	Implantado	Modalidade
MACAPA	1	1	II

Fonte: e-Gestor/SAPS/ MS – 2019.

O Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado.

Nesses quase 30 anos de SUS, a rede de atenção à saúde vem sendo estruturada no sentido de ampliar a capacidade instalada dos serviços. A construção do SUS tem avançado com políticas de atenção primária em saúde e de organização de redes, voltadas à universalidade e equidade no acesso e à integralidade nos cuidados.

No entanto, a lógica da oferta de serviços de saúde ainda impacta o modelo de atenção hegemônico, com serviços pulverizados e com o foco no procedimento. Além disso, uma intensa incorporação de tecnologias no setor de saúde ocorre ao mesmo tempo em que a

descentralização traz novos desafios aos gestores municipais, no que se refere a ampliação de acesso e melhoria da qualidade do atendimento ao cidadão.

Nesse sentido, é fundamental a observação sistemática da produção do SUS para identificar a capacidade instalada, seu funcionamento e a ampliação da sua possibilidade de produzir saúde.

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com relação a Atenção Básica sinalizam que a rede de atenção ao considerar a capilaridade entre seus componentes e pontos de atenção necessitam de investimentos, ordenação e repactuação dos serviços já existentes para atender de forma satisfatória os usuários a partir do desenho vigente das Regiões de Saúde do estado.

A estruturação de Redes de Atenção à Saúde, no contexto do SUS, a partir da regionalização da assistência, além de ser um dos princípios organizativos do SUS, foi assumida como estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização do sistema de saúde, de modo forçar a organização de redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, a fim de facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à atenção integral, bem como fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores.

No entanto, um novo olhar sobre a gestão do sistema, apontam para a necessidade de se institucionalizar o planejamento em saúde nas organizações públicas em função da fragilidade da capacidade dos governos em avançar no uso de práticas estruturadas de planejamento nas instituições.

A reordenação da Rede de Atenção no Amapá está em processo de ressignificação a partir das ações do Planejamento Regional Integrado com vistas a capilarização da rede assistencial de saúde, a qual nos últimos anos tem apresentado alguns implementos como a implantação de novas unidades básicas de saúde, centros de reabilitação, polos de academia de saúde e centros de atenção psicossocial, serviços que melhoram o acesso e fortalecem a oferta de ações que promovam a continuidade do cuidado aos usuários no território em que residem.

No entanto, é necessário solidificar o processo com vista ao seu funcionamento na prática e que atenda a necessidade dos usuários e um grande desafio ainda é organizar o transporte sanitário e a oferta de ações e serviços de forma regionalizada através de uma programação pactuada e integrada com vistas a organizar o fluxo do usuário da rede no espaço regionalizado, potencializando e otimizando as estruturas locoregionais com vistas a diminuir o fluxo e a sobrecarga para os serviços alocados na capital.

Tabela 8 - Distribuição da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 – 2019.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	2015	2016	2017	2018	2019
Amapá	8.690	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Calçoene	10.345	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cutias	5.523	100,0	76,14	100,0	100,0	100,0
Ferreira Gomes	7.087	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Itaubal	5.061	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Laranjal do Jari	46.639	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mazagão	19.981	100,0	88,14	100,0	100,0	100,0
Macapá	465.495	71,15	62,90	44,06	86,67	82,46
Oiapoque	24.892	73,34	71,10	81,00	81,13	88,89
Pedra Branca	14.560	77,18	73,99	68,43	68,43	81,52
Porto Grande	20.143	53,93	87,57	83,69	83,69	86,0
Pracúuba	4.655	78,34	76,14	99,00	100,0	100,0
Santana	113.854	78,34	99,85	100,0	97,51	99,64
Serra do Navio	5.025	100,0	100,0	85,65	100,0	100,0
Tartarugalzinho	15.665	93,53	90,72	59,00	42,83	88,0
Vitória do Jari	14.680	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
ESTADO	782.295	82,90	89,16	88,80	88,93	71,79

Fonte: e-Gestor / DAB / SAS/ MS – março, 2020.

Estudos apontam uma relação entre ampliação, a qualificação e o grau de resolutividade das ações de Atenção Básica, seja de forma tradicional ou pela Estratégia de Saúde da Família, geram menores percentuais de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB).

O Amapá atingiu 71,79% de cobertura de APS em 2019, esse indicador reflete o acesso da população aos serviços de atenção básica a partir das necessidades de saúde das pessoas. Ao relacionar esse indicador com as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica, pode-se obter tal mensuração.

Em 2019 foram registrados no Amapá 26.785 internações clínicas, dentre as quais 5.444, ou 20,32% foram por condições sensíveis à atenção básica, conforme dados do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD/MS). Ao relacionar esse resultado com a cobertura de Atenção Básica considerando que mais de 50% dos municípios apresentam 100%

de cobertura, observa-se que há necessidade de qualificar as ações realizadas com vistas ao alcance da resolutividade na continuidade do cuidado ao usuário e assim reduzir o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), uma vez que quanto menor o resultado desse indicador, melhor a qualidade da atenção prestada e um percentual menor de pessoas em processo de adoecimento, reduzindo a demanda reprimida para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde.

Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família

O Amapá ainda apresenta uma cobertura de saúde bucal de 50,34%, ainda insuficiente para atender com qualidade e promover a saúde bucal da população residente em seu território. Ao longo do período em destaque observa-se que os municípios não têm conseguido incrementar/ampliar o número de e-SB e tal resultado que impacta diretamente no acesso à saúde bucal revelando a fragilidade da capilaridade de ações voltadas para a promoção da saúde bucal, principalmente em atenção ao resultado elevado quantitativo de exodontia que foi de 2.480 no estado, segundo informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS, 2020), em relação aos procedimentos de atenção básica.

A falta de incremento da cobertura de e-SB no Estado pode estar atribuída à dificuldade de fixação do profissional odontólogo nos territórios, uma vez que a legislação prevê carga horária de 40h para compor uma equipe, das estruturas físicas deficitárias dos consultórios, manutenção e reposição dos equipamentos e insumos não atendem a necessidade para o desenvolvimento de suas atividades e ainda da fragilidade dos processos de trabalho e intersetorialidade das ações.

Promover a reorganização da oferta dos serviços e ações das equipes de Saúde Bucal, assim como rever o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, buscando a integração entre todos os profissionais da Atenção Básica, qualificar as ações das equipes de saúde bucal, buscando o trabalho intersetorial, com vistas a melhorar o acesso aos serviços, e a adoção / ampliação de ações de promoção da saúde bucal e promoção da assistência odontológica como parte dos cuidados integrais e indissociáveis da saúde geral, potencializar, a partir do planejamento das ações, a integração com o Programa Saúde nas Escolas (PSE), reavaliar o planejamento, a organização e extensão da prática da exodontias para que resultados mais satisfatórios sejam alcançados e detectados através da mudança do perfil epidemiológico da população e da satisfação do usuário com a sua saúde bucal.

Tabela 9 - Distribuição da cobertura populacional de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 – 2019.

MUNICÍPIOS	2015	2016	2017	2018	2019
Amapá	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Calçoene	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Cutias	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Ferreira Gomes	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Itaubal	71,34	100,0	100,0	100,0	100
Laranjal do Jari	46,23	52,83	100,0	94,31	96,16
Mazagão	72,04	88,14	100,0	100,0	84,30
Macapá	29,58	31,99	23,26	29,07	28,52
Oiapoque	43,80	42,66	81,00	54,09	41,55
Pedra Branca	77,18	73,99	68,43	68,43	100
Porto Grande	71,91	83,57	83,69	83,69	84,84
Pracuúba	74,34	76,14	100,0	100,0	76,61
Santana	82,89	81,67	50,79	47,80	95,54
Serra do Navio	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Tartarugalzinho	70,15	90,72	88,09	42,83	67,24
Vitória do Jari	98,26	96,07	100,0	100,0	92,22
ESTADO	77,35	82,36	74,70	82,51	50,34

Fonte: e-Gestor / DAB / SAS/ MS – março, 2020.

A SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA

Saúde da Criança

A primeira infância é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis às diversas doenças, muitas das quais podem ser prevenidas ou tratadas. No Amapá a população de 0 a 5 anos incompletos é de 69.973 crianças, conforme IBGE – Censo 2010.

A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável. A taxa de mortalidade infantil tem reduzido nos últimos anos no Brasil, resultado de diversas políticas de saúde, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, que contribuiu para a melhoria do acesso à saúde e outros programas com ações voltadas para a saúde da criança.

No Amapá as internações de crianças menores de um ano em 2017 somaram-se 2.565, sendo a primeira causa as doenças relacionadas às afecções originadas no período perinatal com

44,0%, seguido das doenças do aparelho respiratório com 35,8% das internações, segundo o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD/MS-2020).

A situação de saúde dessa fase da vida precisa de maior atenção considerando a alta taxa de mortalidade no Amapá (AP) que é 19,7/1.000 NV, conforme registro no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/MS - 2017), o qual ainda aponta que a primeira causa morte em crianças menores de 01 ano ocorre por afecções originadas no período perinatal representaram 58,0% dos óbitos. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde tais como a atenção pré-natal, ao parto, nascimento e ao recém-nascido (RN) faz parte da realidade social e sanitária de nosso estado. Neste contexto, o estado do Amapá implementa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros três anos de vida e em especial no período neonatal. Estas iniciativas baseiam-se na articulação dos pontos de atenção em rede no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a humanização do parto e do nascimento. Este processo se inicia no pré-natal e continua no atendimento adequado à mãe e ao recém-nascido na sala de parto e durante a internação na maternidade.

Na APS continua uma forte preocupação com as ações realizadas até o 5º dia de vida da criança. É a APS responsável pela visita domiciliar ao binômio mãe e RN para orientação de toda a família sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para os primeiros cinco dias de vida, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, realização do teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Tabela 10 - Taxa de Mortalidade Infantil (< de 01 ano) período 2014-2018, por 1.000 nascidos vivos segundo município de residência do Estado Amapá período de 2014 a 2018 (*).

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Amapá	0	0,0	0	0,0	3	22,4	0	0,0	3	21,3
Calçoene	8	40,6	1	5,1	2	11,3	1	4,8	3	14,3
Oiapoque	6	11,4	13	34,2	13	28,0	14	25,1	12	21,5
Pracuúba	0	0,0	1	11,6	2	30,3	2	25,0	0	0,0
Tartarugalzinho	5	16,7	2	6,6	6	19,2	2	6,7	3	10,0
Cutias	1	12,0	0	0,0	1	11,2	4	37,7	1	9,4
Ferreira Gomes	4	21,4	3	15,7	0	0,0	1	6,1	2	12,1
Itaubal	2	15,7	0	0,0	1	9,9	0	0,0	2	16,7
Macapá	189	19,3	167	17,5	168	17,7	199	21,5	202	21,8
P.B. Amapari	6	23,9	6	30,3	7	34,8	6	22,1	3	11,0
Porto Grande	7	16,2	3	7,2	9	24,4	4	10,1	4	10,1
Serra do Navio	1	13,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0
Laranjal do Jari	23	23,1	21	22,8	22	28,1	8	9,9	10	12,3
Mazagão	6	13,7	9	18,8	11	23,6	11	24,4	11	24,4
Santana	32	13,4	33	14,5	36	16,0	39	17,8	29	13,3
Vitória do Jari	3	10,9	4	14,4	3	12,2	10	36,4	9	32,7
ESTADO	293	18,0	263	16,8	284	18,5	303	19,7	294	19,1

Fonte: SIM – SVS/SESA – 2019 - dados sujeitos a alterações.

Conforme os registros de mortalidade infantil apresentado na tabela acima, observa-se a necessidade na qualificação e resolutividade para a atenção à saúde da criança, a começar pela assistência ao pré-natal, assistência à sala de parto e acompanhamento ao recém-nascido e crianças na APS, assim é imprescindível que se estabeleçam diretrizes prioritárias para a organização da atenção à saúde das crianças de 0 a 02 anos, com vistas a prestação da assistência de forma integrada no acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento e das doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco e assim garantindo uma atenção qualificada e resolutiva.

Nesse sentido Estado tem implementado ações em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com vistas as ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada para a prevenção da transmissão vertical do HIV

e da sífilis, qualificar os profissionais que atendem o RN na sala de parto em reanimação e transporte neonatal, capacitação dos profissionais da atenção primária no Método Canguru na atenção básica: cuidado compartilhado para o acompanhamento dos bebês egressos de UTIN, estímulo a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe/bebê à Atenção Básica, garantindo acesso dos RN para atendimento de puericultura nas Unidades de Saúde e para acompanhamento dos RN graves e egressos de UTIN, fomento a ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável, estimular o preenchimento adequado da Caderneta de Saúde da Criança, implantação da Estratégia AIDPI Neonatal e atenção compartilhada nos serviços de atenção primária que atendem a gestante e crianças, bem como o incentivo ao uso da Palivizumabe, como estratégia de enfrentamento as doenças respiratórias e a estratégia QualiNEO, que objetiva a redução da morbimortalidade neonatal nas Maternidades.

No entanto, apesar da implementação de várias ações voltadas para a qualificação de profissionais e organização de serviços tanto para a Atenção Primária quanto para a Atenção Especializada voltadas para a redução da mortalidade infantil, especialmente a neonatal, observa-se que ainda não se conseguiu alcançar o resultado esperado, haja vista, que o são ações que precisam ser acolhida e priorizada por um maior número de profissionais e gestores para que as mesmas sejam institucionalizadas e se incorporem à rotina dos serviços de atenção à criança.

Saúde do Adolescente

As marcantes transformações fisiológicas, psicológicas e sociais da adolescência modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com a família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia. Segundo as projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), adolescentes (10 a 19 anos) somam 151.505 pessoas e como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina a prioridade de atendimento a esse grupo, e de formulação e execução das políticas públicas.

A importância da adolescência na formação de hábitos e estilos de vida, bem como a vulnerabilidade deste grupo às questões socioeconômicas, às desigualdades de gênero, aos aspectos de raça/etnia e, aos diferentes tipos de preconceitos determinam a necessidade de uma atenção específica a este segmento populacional. Os índices de morbidade e mortalidade por causas externas são a primeira causa de mortalidade entre adolescentes e jovens, pois, segundo

o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/MS) 74,6% dos óbitos desse grupo populacional ocorreu por esse grupo de causa.

Outro fator que merece destaque é a prevalência de sobrepeso e obesidade no Brasil e, em todo o mundo. Na população adolescente do Amapá, a prevalência de sobrepeso identificada entre a população acompanhada e registrada do Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2019 foi de 25,2%, e a obesidade chegou a 14,63 % num total de 246 adolescentes em ambos os sexos. Esse resultado obtido de um universo de 0,16% do total de adolescentes não reflete a realidade.

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, associada a condições de morbidade como diabetes, hiperlipidemia, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. O excesso de peso na infância e adolescência é considerado um fator predisponente para a obesidade na vida adulta.

A formação de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física na infância e adolescência são importantes, bem como o desenvolvimento mecanismos para o controle e prevenção da obesidade e para redução da morbimortalidade na vida adulta. A gravidez na adolescência suscita preocupações em vários setores da sociedade, sendo considerada por muitos, importante problema de saúde pública.

A cobertura vacinal de adolescentes ainda se encontra insuficiente, especialmente no que se refere a Hepatite B e nas situações em que imunobiológicos especiais são previstos e perfeitamente viáveis na rede pública. As questões abordadas evidenciam a fragilidade das políticas públicas voltadas a essa faixa etária. Adolescentes não estão acostumados a procurar serviços de saúde. É necessário tornar os serviços de saúde mais acolhedores para que cada oportunidade de contato com eles possa ser aproveitada para promover a saúde, detectar e encaminhar questões de importância para qualificar a saúde dessa população.

As experiências da gravidez e da maternidade na adolescência estão inscritas em diferentes contextos socioculturais, que delimitam possibilidades e significados para sua ocorrência. A gravidez na adolescência, na visão de vários autores, trata-se de fenômeno complexo e heterogêneo. Reconhecendo a multiplicidade de situações envolvidas nesta questão, as políticas públicas são fundamentais para possibilitar que a escolha aconteça no momento desejado e/ou planejado e, que a atenção e os cuidados em saúde sejam assegurados, no planejamento reprodutivo, no pré-natal e na assistência ao parto.

Nesse contexto, a gravidez na adolescência no Amapá ainda merece bastante reflexão uma vez que os resultados desse indicador demonstram números bastante elevados. Em 2018,

a população de adolescentes do sexo feminino no Amapá estava estimada em cerca de 76.032 e desse total 3.586, ou 23,3% tornaram-se mães precocemente.

Quadro 22 - Percentual de Mães Adolescentes de 10-19 anos segundo município de residência do Estado Amapá período de 2014 a 2018 (*).

Município	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amapá	52	36,6	58	35,8	50	37,3	50	35,5	77	41,4
Calçoene	72	36,5	57	28,8	59	33,3	54	25,7	44	19,7
Oiapoque	141	26,6	110	23,4	133	23,8	131	23,5	150	27,5
Pracuúba	22	30,1	28	32,6	22	33,3	31	38,8	24	31,6
Tartarugalzinho	83	27,9	106	34,9	101	32,3	98	32,7	97	30,6
Cutias	30	36,1	23	26,7	31	34,8	43	40,6	35	30,2
Ferreira Gomes	69	36,7	77	40,3	51	28,3	40	24,2	47	28,0
Itaubal	31	24,4	29	26,4	24	23,8	38	31,7	41	26,5
Macapá	2416	24,6	2271	23,9	2124	22,4	1916	20,7	1849	20,0
Pedra Branca do Amapari	70	25,5	59	24,1	75	29,8	83	30,5	78	28,4
Porto Grande	126	29,2	132	31,7	88	23,8	122	30,8	135	30,7
Serra do Navio	14	19,2	19	30,2	17	25,4	14	23,3	15	20,3
Laranjal do Jari	624	62,7	571	61,9	583	74,5	514	63,3	531	64,0
Mazagão	320	72,9	272	56,9	244	52,2	233	51,8	264	52,1
Santana	134	5,6	139	6,1	164	7,3	135	6,2	153	6,7
Vitória do Jari	88	32,1	93	33,5	72	29,3	84	30,5	78	26,5
ESTADO	4292	26,3	4044	25,6	3838	24,7	3586	23,3	3618	23,0

Fonte: SINASC – SVS/SESA – 2019.

No Amapá, as ações voltadas para a condução dessa política de saúde busca atuar em consonância as estratégias do Programa Saúde na Escola, e com as demais políticas de saúde dos ciclos de vida com o objetivo de fortalecer as ações voltadas para promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde mental e para o protagonismo da saúde sexual e reprodutiva, ação que resultaram no desenvolvimento do Projeto integrado de Promoção da Saúde Mental, com enfoque na prevenção do suicídio no âmbito escolar e da elaboração do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes que será implantado em 2020.

Programa Saúde nas Escolas

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes,

jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Presente no Amapá desde 2012, o PSE está presente em todo o território estadual com a pactuação de 276 escolas Estaduais e Municipais para o ano de 2020, que tem como objetivo cumprir ações voltadas para promoção da saúde elencadas nas doze metas prioritárias: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; Verificação e atualização da situação vacinal; Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS; Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

No sentido de apoiar a execução dessas metas, o Estado atua com vistas à capilaridade das ações de forma integrada as políticas dos ciclos de vida, uma vez que o segmento escolar aglutina em seus espaços pessoas em todas as faixas etárias.

Saúde da Mulher

O Estado do Amapá tem uma população feminina é de 334.391mulheres conforme IBGE – Censo, 2010, desse total 227.553 são mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária entre 10 a 49 anos.

A Política Integral da Saúde das Mulheres está estruturada por ações que acontecem na atenção primária, secundária e terciária a partir da oferta dos programas prioritários da saúde da mulher como Saúde Reprodutiva, atenção obstetrícia e ginecologia, atenção às mulheres vítimas de violência e às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Climatério e a intensificação da utilização correta da caderneta da gestante.

Dentre as ações com maior fragilidade, destaca-se as voltadas para o diagnóstico precoce dos cânceres de mama e colo de útero, pois segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) são as neoplasias mais incidentes no Norte do País. O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papiloma Vírus Humano - HPV. A infecção genital por este vírus é muito frequente e pode evoluir para câncer se não for tratado em tempo oportuno. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer – INCA é que o Amapá tenha para os anos de 2020-2022 registre cerca de 70 casos novos de câncer de mama 90 casos novos de câncer do colo de útero.

Em 2019, segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) o Amapá realizou 48 internações por neoplasia maligna de mama e 41 por neoplasia maligna de colo de útero. O rastreamento do câncer de mama é feito pelo exame de mamografia, com encaminhamento referenciado da atenção básica para a rede secundária como orientação das diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.

Em 2017, o Estado realizou 90 mamografias diagnósticas e 455 mamografias de rastreamento. Para que os casos tenham diagnóstico precoce é importante que a rede secundária esteja bem estruturada com capacidade de realizar os procedimentos recomendados conforme os Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer da Mama.

O exame preventivo (Papanicolau) deve ser realizado para rastrear lesões em todas as mulheres de 25 a 64 anos de idade e os casos alterados devem ser tratados / seguidas conforme Diretrizes para o Rastreamento Precoce do Câncer de Colo do Útero no Brasil, o estado registrou no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) em 2017 o quantitativo de 164.661 exames citopatológicos do colo uterino, atingindo uma cobertura de 0,030 das mulheres na faixa etária preconizada pelo MS.

No entanto é preciso estruturar e qualificar os serviços para ampliar o acesso das mulheres aos exames recomendados nas “Diretrizes Brasileiras de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero” e nas “Diretrizes Brasileiras para Detecção Precoce do Câncer de Mama”, com a finalidade de acompanhar, tratar e encaminhar os casos de câncer o mais precoce possível.

Em 2019 o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) do Amapá obteve um ganho em sua rede de prevenção e atenção à detecção precoce do câncer de colo de útero e mama com a implantação e funcionamento a partir de um convênio estadual em agosto da

unidade de prevenção do “Hospital de Amor, de Barretos”, fato que certamente potencializará as ações preventivas à saúde da mulher.

Em se tratando da Saúde Reprodutiva, Obstetrícia e Ginecologia, as ações estão concentradas na oferta de métodos contraceptivos no âmbito da atenção primária, inclusive com atividades de orientação e educação em saúde buscando garantir acesso às informações de qualidade para que as mulheres escolham de forma consciente o que é melhor para si e/ou seu companheiro no tocante a sua vida reprodutiva. Os serviços oferecem os métodos farmacológicos de anticoncepção orais e injetáveis. O implante do dispositivo intrauterino (DIU), e os processos preparatórios para a esterilização cirúrgica por laqueadura e vasectomia, são ofertados conforme protocolos do Ministério da Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde, em conformidade com a proposta apresentada pelo Ministério da Saúde está trabalhando para a ampliação da oferta de Métodos Contraceptivos de Longa Duração e Reversíveis (chamados LARC’s – sigla em inglês), prioritariamente DIU de cobre, mas também a oferta de DIU hormonal e implante hormonal subcutâneo para casos selecionados.

O pré-natal de alto risco, é realizado no Hospital da Mulher Mãe Luzia, com a oferta de consultas e solicitam exames preconizados no Protocolo de atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido. A consulta puerperal e o seguimento do recém-nascido das gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal de alto risco deve ser de responsabilidade deste centro de referência, em colaboração com a atenção primária.

A Atenção às mulheres vítima de violência, infecções sexualmente transmissíveis, são oferecidos pela rede de atenção, desde a atenção primária até a atenção especializada conforme requer cada caso.

Sobre as ações das Infecções Sexualmente transmissíveis (IST), referentes ao diagnóstico, tratamento e ações de prevenção são realizadas no âmbito da APS e em alguns casos, dependendo da complexidade do diagnóstico encaminham para referência estadual.

O cenário descrito sucinto a necessidade de apoiar e fortalecer as ações voltadas para a saúde da mulher. Ampliar o escopo das ações recomendadas nos protocolos da Política da Saúde das Mulheres é tarefa fundamental. Também é preciso continuar capacitando os profissionais em parceria para que esses serviços sejam de fato e de direito, pontos de assistência das Mulheres, inclusive as com Deficiência e Mobilidade reduzida.

É necessário efetivar o monitoramento das unidades inserindo questões relacionadas à gestão e organização de serviços, avaliar a eficácia da APS e da Atenção Especializada, bem

como os nós críticos do segmento dos diagnósticos alterados para realização em tempo oportuno do tratamento indicado.

Saúde do Homem

Segundo dados do IBGE-CENSO, 2010, a população amapaense do sexo masculino contabiliza 335.135 homens, sendo que destes, 115.449 estão na faixa etária entre 20 a 39 anos, 53.781 na faixa de 40 a 59 anos e 16.661 e 16.661 tem 60 anos ou mais.

Em 2009, foi publicada, pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), através da Portaria GM nº 1.944, cujo público prioritário é de homens com idade entre 20 a 59 anos. A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados da saúde.

De acordo com o MS (2017), as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, concentram-se em 05 (cinco) grupos principais. A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas, acidentes e violências, em segundo estão as doenças do aparelho circulatório, em terceiro, as neoplasias, em quarto, as doenças do aparelho digestivo e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório. No entanto, deve-se atentar que, as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos (MS, 2009).

No Amapá, em relação às causas de mortalidade desse segmento não difere do cenário nacional. Em 2017 foram registrados 559 óbitos por acidentes e violências, na faixa etária entre 20 a 59 anos, de acordo com Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/MS). Tal panorama sinaliza que é necessário investir em políticas públicas que promovam a cultura de paz, bem como atuar no sentido de criar estratégias para que a população masculina busque cuidados contínuos de ações que provam saúde e nesse sentido o Governo Federal está em fase de implantação do Programa Saúde toda hora que prevê a mudança de horários no funcionamento das UBS na perspectiva de passar a receber a população em horários diferenciados.

O atual panorama descrito sugere a necessidade de apoiar e fortalecer as ações voltadas para a saúde dessa população, sendo necessário implementar ações já realizadas na Política da Saúde do Homem.

Ao longo dos anos tem se fomentado junto aos Municípios a execução de estratégias que promovam a saúde desse segmento a exemplo o reforço para o acolhimento nas UBS com

a implantação de horários diferenciados, a educação em saúde nos locais de trabalho, estímulo à imunização e ainda a sedimentação da estratégia do Pré-natal do parceiro que objetiva promover a aproximação do casal no período gestacional, preparar o homem para o exercício da paternidade ativa” incluindo-o nas atividades educativas do pré-natal e ainda incentivar a busca pela medicina preventiva.

Ressalta-se que a Área Técnica de Saúde do Homem, implantou a “**Carteira do Homem**”, cujo objetivo é o registro pelo profissional de saúde dos exames realizados, aferição da pressão arterial e glicemia, buscando monitorar as condições clínicas e ainda estimular o segmento masculino a acompanhar sua condição de saúde já que em geral, eles não costumam ir ao médico apenas com o agravamento de doenças e procura atendimento médico já nos estágios mais avançados.

Saúde da Pessoa Idosa

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira totaliza 10,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais. Segundo o Censo IBGE-2010, a população de pessoas com 60 anos ou mais amapaense é composta 34.471 mil pessoas, indicando a tendência do envelhecimento da população.

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa atua no fortalecimento das ações junto aos municípios, objetivando o alcance do envelhecimento ativo e a participação social. É crescente o número de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, fazendo uso contínuo de medicamentos, com maior risco de descompensações clínicas, gerando internamentos frequentes, aumento de comorbidades e aumento da mortalidade nesta faixa etária, caracterizado por sua maior fragilidade, baixa reserva funcional, polipatologias e polifarmácia.

Informações do sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD/MS), Amapá registrou em 2017 o quantitativo 3.579 internações de pessoas com 60 anos ou mais, sendo que a primeira causa dessas internações ocorreu por doenças do aparelho circulatório, com 26,0% das internações, seguido por 14,7% das doenças do aparelho digestivo e 11,5% por doenças do aparelho geniturinário.

O SIM, registrou em 2017, 1.566 óbitos de pessoas com 60 anos ou mais, sendo que a maior taxa de óbitos foi registrada por doenças do aparelho circulatório com 33,14%, seguindo por 23,81% de óbitos por doenças respiratórias e 15,40% por mortes ocasionadas por neoplasias. Este perfil populacional exerce um impacto significativo na procura dos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade da assistência.

Muito embora, as orientações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as de atenção básica, e as demandas específicas dessa população, exigindo um esforço maior para ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes. O MS define como prioridade, o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos a essa população já desenvolvidos nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação.

Para isso, as especificidades e singularidades dessa população devem ser priorizadas na organização e ofertas de serviço. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente o seu grau de dependência, buscando a autonomia possível, do sujeito em questão. Para tanto, se faz necessário maior investimento na articulação setorial, intersetorial visando ao estabelecimento de consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção de projetos, com prioridade nos temas de atenção domiciliar, centros-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento a violência e a qualidade do cuidado oferecido em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

No Amapá as ações para saúde ainda se apresentam com pouca visibilidade, no entanto, o aumento da expectativa de vida tem impulsionado os gestores e profissionais de saúde a buscar estratégias para implementar ações intersetoriais voltadas para promoção da saúde, com vistas a qualificar o envelhecimento e minimizar os custos com ações de saúde curativas. Tem-se observado a implantação de projetos voltados para busca da alimentação saudável, prática de atividades físicas, bem como o autocuidado.

Saúde da População Privada de Liberdade

Em 02 de janeiro de 2014, o Ministério da saúde publicou através da Portaria nº 01, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no âmbito do SUS, com a estruturação dos serviços de saúde a partir da constituição de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) para atuarem como ordenadoras e portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, o PNAISP prevê o incremento dos recursos financeiros destinados à assistência a saúde dessa população. Em 2014 o Estado fez adesão à PNAISP com vistas a implementar as ações de saúde voltadas para esse segmento e alcançar uma melhoria na qualidade da assistência a essa população. No entanto é necessário avançar para que o Município de Macapá também faça essa adesão e assim compartilhar as responsabilidades inerentes à PNAISP de maneira a conseguir alcançar todas as metas previstas.

A população carcerária existente no Instituto de Administração Penitenciária do Amapá (IAPEN) conforme dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN/MJ - 2018) é de 2.963 pessoas, sendo 2.850 homens e 113 mulheres.

Conforme mostra o Quadro 23, o IAPEN, possui uma área destinada ao funcionamento da unidade de saúde que não está em conformidade com o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, editado pelo MS em 2008, assim é preciso que a estrutura atual passe pelas adequações com vistas a melhoria da qualidade do atendimento prestado a essa população, bem como o aparelhamento dos espaços e o abastecimento de insumos e correlatos necessários para a garantia da assistência ofertada. Quadro 23 - Capacidade Instalada do Serviço de Saúde Prisional, segundo informações DEPEN, 2018

CATEGORIA: MÓDULO DE SAÚDE - ESPAÇOS MÍNIMOS	QUANTIDADE
Estabelecimentos com consultório médico	4
Estabelecimentos com consultório odontológico	3
Estabelecimentos com sala de coleta de material para laboratório	1
Estabelecimentos com sala de curativos, suturas, vacinas e posto de enfermagem	4
Estabelecimentos com cela de observação	0
Estabelecimentos com cela de enfermaria com solário	0

Estabelecimentos com sanitário para pacientes	2
Estabelecimentos com sanitários para equipe de saúde	3
Estabelecimentos com farmácia ou sala de estoque/ dispensação de medicamentos	1
Estabelecimentos com central de material esterilizado/ expurgo	0
Estabelecimentos com sala de lavagem e descontaminação	0
Estabelecimentos com sala de esterilização	0
Estabelecimentos com vestiário	2
Estabelecimentos com depósito de material de limpeza - DML	4
Estabelecimentos com sala de atendimento clínico multiprofissional	1
Estabelecimentos com sala de procedimentos	1
Estabelecimentos com sala de raio x	0
Estabelecimentos com laboratório de diagnóstico	0
Estabelecimentos com cela de espera	0
Estabelecimentos com solário para pacientes	0
Estabelecimentos com outros espaços de saúde	0
Estabelecimentos que não possuem módulo de saúde (mínimos e complementares)	2

Fonte: INFOPEN/MJ – Relatório 2018. Acesso, março 2019.

O quadro de profissionais de saúde do IAPEN é reduzido e não atende à demanda de saúde da população carcerária, caracterizando a necessidade de se estruturar o quadro de profissionais de saúde para qualificar o atendimento à saúde dessa população e assim reduzir o atendimento em estabelecimentos externos. O IAPEN, não possui equipes de saúde prisional cadastradas, uma vez que não há o quantitativo de profissionais suficiente para a implantação dessas equipes conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade (Quadro 24).

Quadro 24 - Trabalhadores que atuam no Sistema Prisional do Amapá, segundo informações DEPEN, 2018.

Categoria	Total
Assistente Social	3
Enfermeiros	4
Psicólogo	4
Tec. Enfermagem	5

Dentistas	1
Técnico/a ou auxiliar odontológico	1
Médicos/as - outras especialidades	1
Terapeuta/ terapeuta ocupacional	1
Total	20

Fonte: INFOPEN/MJ – Relatório 2018. Acesso, março 2019.

O Quadro 25 demonstra que a maioria dos atendimentos à saúde oferecido no IAPEN é realizado nos estabelecimentos de retaguarda. Tal situação pode estar associada às condições de estrutura da unidade de saúde daquela instituição, seja ela pelas questões físicas, de equipamentos, ou por deficiência do quantitativo e do elenco insuficiente de profissionais de saúde que prestam serviços no IAPEN, por conta da dificuldade de alocação dos mesmos nesse espaço.

Ressalta-se que as informações contidas nesse quadro considerando o quantitativo de pessoas privadas de liberdade que se encontram encarceradas no IAPEN podem estar subnotificadas, em razão da deficiência da alimentação do e-SUS Prisional ou do registro adequado das saídas para atendimento médico ou de apoio diagnóstico externo.

Quadro 25 - Atendimentos de Saúde realizados no IAPEN, segundo informações DEPEN, 2018.

INFORMAÇÕES DA ÁREA DE SAÚDE	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Consultas médicas realizadas externamente	35	90	125
Consultas médicas realizadas no estabelecimento	8	15	23
Consultas psicológicas	29	184	213
Consultas odontológicas	18	99	117
Quantidade de exames e testagem	17	19	36
Quantidade de intervenções cirúrgicas	-	-	-
Quantidade de vacinas	21	3	24

Fonte: INFOPEN/MJ – Relatório 2018. Acesso, março 2019.

O Quadro 26, sinaliza a situação epidemiológica para doenças transmissíveis na população carcerária no Amapá, no entanto, as informações as quais ilustram o quadro acima podem não revelar a realidade. A situação de saúde da população carcerária sugere um imenso

laboratório de análise epidemiológica, uma vez que concentra uma grande quantidade de internos que vivem aglomerada e confinada, cenário que sugere um perfil epidemiológico adverso e com grande incidência de doenças infectocontagiosas como hanseníase, tuberculose, ISTs e Aids, sífilis e hepatites, dentre outras.

Quadro 26 - Pessoas com agravos transmissíveis, segundo informações DEPEN, 2018.

QUANTIDADE DE PESSOAS COM AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS	HOMENS	MULHERES	TOTAL
HIV	1	2	3
Sífilis	-	5	5
Hepatite	-	-	-
Tuberculose	-	-	-
Outros	-	-	-

Fonte: INFOPEN/MJ – Relatório 2018. Acesso, março 2019.

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As ações de Alimentação e Nutrição no estado do Amapá são desenvolvidas dentro das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, buscando focar na melhoria das condições nutricionais da população do Amapá, prestando apoio aos Municípios no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, bem como faz a interface com todas as políticas e programas de saúde voltadas para os Ciclos de Vida.

Dentre as ações prioritárias, apresenta-se a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável que prima pela implantação e implementação das diretrizes do Guia Alimentar da População Brasileira, da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, da Vigilância Alimentar e Nutricional com foco na prevenção e controle da obesidade e doenças crônicas; Estratégia Intersetorial de Prevenção e do Programa Crescer Saudável, cujas diretrizes estão voltadas para o estilo saudável de vida para evitar o sobrepeso e a obesidade.

A Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais são norteados pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó (vitaminas e minerais) – NutriSUS e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), cujos insumos são fornecidos pelo MS, ficando sob a

responsabilidade do estado a sua distribuição, monitoramento e avaliação do desenvolvimento dessas estratégias. Ressalta-se que tais ações são registradas no Sistema de Informações com vistas a estabelecer o diagnóstico nutricional.

Além dos programas que buscam garantir a qualidade das condições nutricionais da população, a PNAN tem para retaguarda do avanço dessas estratégias o acompanhamento das condicionalidades de saúde através do Programa Bolsa Família cujo objetivo das condicionalidades é garantir a oferta das ações básicas, e potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuir para a sua inclusão social.

A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização das crianças. Assim, as famílias beneficiárias do PBF com mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) destaca que é de responsabilidade comum a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF) as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.

Quadro 27 - Cobertura do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família, segundo Região de Saúde, Amapá, 2015 - 2019.

MUNICÍPIOS	2015	2016	2017	2018	2019
Amapá	76,32	65,97	73,98	52,77	56,77
Calçoene	84,96	85,37	80,99	79,35	78,44
Cutias	67,22	59,33	62,04	70,01	74,75
Ferreira Gomes	81,44	88,54	74,07	92,33	86,0
Itaubal	24,65	78,61	77,66	56,69	66,43
Laranjal do Jari	75,98	67,03	58,23	81,04	71,47
Mazagão	86,91	87,29	87,17	45,12	52,02
Macapá	47,12	46,10	59,52	46,99	85,50

Oiapoque	30,49	59,33	57,38	40,55	45,57
Pedra Branca	72,83	47,03	74,65	79,48	86,29
Porto Grande	64,32	54,25	58,21	66,77	52,46
Pracuúba	89,04	89,09	91,67	89,68	84,95
Santana	40,89	41,49	50,53	53,07	52,83
Serra do Navio	85,51	75,28	70,76	54,37	31,28
Tartarugalzinho	79,07	72,58	72,16	99,79	73,72
Vitória do Jari	52,16	58,50	73,23	76,34	66,40
TOTAL ESTADO	66,05	67,42	61,65	65,49	66,55

Fonte: e-Gestor / DAB / SAS/ MS – março, 2020.

Ao considerar a Meta Brasil de 73%, para o cumprimento deste indicador, observa-se que o Estado não tem seguido o parâmetro, em 2019 a cobertura estadual foi de 66,55%, resultado abaixo da meta preconizada. Ao analisar a série histórica observa-se que seis municípios conseguiram alcançar a meta Brasil, e o que apresentou o menor índice de cobertura ficou com Serra do Navio com 31,28% (Quadro 27).

Os resultados demonstram que as estratégias para o acompanhamento das condicionalidades do PBF necessitam ser revistas, com vistas ao alcance da cobertura preconizada e assim alcançar os objetivos do Programa, considerando ainda, que o acompanhamento das condicionalidades de saúde aglutina ações importantes para avaliar o crescimento e desenvolvimento da saúde materno-infantil.

Assim, o resultado atual desse indicador reflete a necessidade de melhorar a organização e efetivação das ações intersetoriais entre Saúde, Educação e Assistência Social integradas aos Programas de Alimentação e Nutrição, Saúde das Mulheres e Crianças e com o Programa Saúde nas Escolas, dentro das ações previstas na pactuação anual.

Ressalta-se que esse indicador é a base para monitorar a qualidade da implementação do Cad-Único e do cumprimento das condicionalidades de saúde, com o objetivo de apoiar financeiramente os municípios na implementação do PBF, através do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), recurso destinado ao apoio as ações do programa que é disponibilizado ao fundo de assistência social, mas que pode ser revertido em custeio para as ações da saúde,

considerando à promoção da intersetorialidade. Esse recurso pode ser considerado como um mecanismo de incentivo financeiro à capacidade gerencial dos municípios ao cumprimento de suas respectivas responsabilidades intersetoriais referentes ao PBF.

Para efeitos de acompanhamento das condicionalidades da saúde, são consideradas aquelas famílias que recebem o benefício e que têm crianças menores de sete anos, mulheres em idade fértil (10 a 50 anos), gestantes e nutrízes. Neste caso, é necessário que, além dos dados antropométricos, se registre o cumprimento do calendário de vacinação de menores de sete anos, e para as gestantes a realização de consultas de pré-natal, assim, o acompanhamento das famílias beneficiárias deve proporcionar o acesso a uma rede mais ampla de serviços sociais e da utilização das redes de saúde e educação de forma a fazer parte da rotina das famílias do PBF.

Tais ações devem envolver o levantamento cadastral, a partir do CadÚnico, para que a Saúde possa realizar o cruzamento de informações, considerando o cadastro de grávidas no pré-natal e acompanhamento de crianças, nas ações de crescimento e desenvolvimento, busca ativa, acompanhamento pela sala de vacina e intensificar junto às equipes de ESF, nas visitas domiciliares pelos ACSs com a perspectiva de agendamento do comparecimento do beneficiário na busca ativa e da inserção dos dados no e-Gestor como estratégia de se obter o perfil da população beneficiária.

ENFRENTAMENTO AO TABAGISMO

O uso do tabaco passou a ser identificado como fator de risco para uma série de doenças a partir da década de 1950. No Brasil, na década de 1970, começaram a surgir movimentos de controle do tabagismo liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas. A atuação governamental, no nível federal, começou a institucionalizar-se em 1985 com a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, em 1986, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo.

Desta forma, desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir

a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres.

Em novembro de 2005, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado internacional de saúde pública que tem como objetivo conter a epidemia global do tabagismo. A implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passa então a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, que é orientada ao cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT/OMS pelo país. Cabe ressaltar, que por todo o trabalho que já vinha sendo realizado, o Brasil teve um papel de destaque no processo de negociação deste Tratado.

O Amapá, a partir das diretrizes do programa, tem buscado intensificar as ações para o enfrentamento ao tabagismo a partir do fomento de campanhas, implantação de estratégias como o Programa de Tratamento do Tabagismo que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, hoje presentes apenas nos Municípios de Macapá e Santana em razão da grande dificuldade em que os municípios de menor porte encontram em organizar equipes com a presença de um psicólogo para coordenar o Programa; o Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas que tem como objetivo geral formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida, esse programa se faz presente nos Municípios de Macapá e Santana.

O Programa Saber Saúde forma profissionais da educação e da saúde para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde e prevenção do tabagismo com crianças, adolescentes e jovens dentro das escolas. Nesse sentido, apresenta informações de base científica que auxiliam na abordagem do tema tabagismo e outros fatores de risco à comunidade escolar e local.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS UNIDADES DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE DO AMAPÁ

A Coordenadoria de Gestão das Unidades Descentralizadas da Secretaria de Estado da Saúde tem por finalidade promover a descentralização de responsabilidades administrativas e de gerenciamento no âmbito dos municípios articulando e promovendo as ações, programas e projetos da SESA de forma descentralizada e regionalizada, coordenando, planejando e monitorando a execução das atividades de assistência à saúde, no âmbito dos municípios, cuja responsabilidade está sob a gestão do município e o gerenciamento da Secretaria de Estado da Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde tem 08 (oito) Unidades Mistas de Saúde, cuja gestão ainda encontra-se sob a responsabilidade do estado. A maioria dessas unidades de saúde foram construídas na década de 90. Atualmente essas unidades necessitam de reformas e adaptações, visando adequá-las a legislação sanitária vigente. Parte da força de trabalho é contratada através de contrato temporário. O parque tecnológico é precário, necessitando de substituições e modernização. A manutenção administrativa dessas unidades é realizada através da transferência de recursos pelo Fundo Rotativo e de contratos terceirizados de serviços de apoio.

É necessário que a SESA inicie a transferência da gestão dessas unidades de saúde para os municípios, de forma pactuada com os gestores municipais, com o objetivo de garantir os princípios de organização do SUS.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS TROPICAIS (CRDT)

O CRDT é a referência para doenças tropicais no Estado do Amapá, na promoção, prevenção e recuperação da saúde, oferecendo serviços de qualidade e humanizado aos cidadãos. Sendo responsável pelo diagnóstico de doenças como as hepatites virais, Doença de Chagas, Leishmaniose, Hanseníase, Tuberculose, entre outras.

O CRDT está instalado em um ambiente inadequado para o tipo de estabelecimento, com uma estrutura laboratorial deficiente e sucateada.

Há necessidade de investimento na modernização tecnológica e na qualificação e atualização dos profissionais de saúde visando a melhoria da assistência aos pacientes referenciados ao CRDT.

SAE

O Serviço de Atenção Especializada-SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo do paciente portador do vírus HIV/Aids e outras ISTs com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Presta atendimento médico, com resolutividade diagnóstica, e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos pacientes e familiares.

No âmbito do SAE está instalado o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis. Atuam também na prevenção dessas e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS-CEO

O CEO possui duas unidades de atendimento odontológico de média e alta complexidade, que desde o final de julho de 2019, estão funcionando no mesmo prédio na Avenida Duque de Caxias, s/nº- Centro (CEO 1).

Oferece a população amapaense 10 (dez) especialidades odontológicas: Periodontia, Cirurgia Buco-maxilo-facial, Estomatologia, Radiologia, Clínica Geral, Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, Odontopediatria, Ortodontia/Ortopedia dos Maxilares, Endodontia e Prótese Dentária. O custeio do CEO advém de duas fontes: a federal, através do Programa Brasil Sorridente e a estadual, oriunda do Fundo Estadual de Saúde – FES.

Há uma grande demanda reprimida de atendimento odontológico especializado em municípios pólos do estado como Santana, Laranjal do Jari, Ferreira Gomes e Oiapoque; que deveriam ser gerenciados por uma Coordenadoria Estadual de Saúde Bucal- CESB, que apesar da grande necessidade e solicitações do CEO, a SESA alega falta de disponibilidade orçamentária para acrescentá-la em seu organograma. Aliás o Estado do Amapá é o único estado da federação que não tem uma CESB para gerir o serviço de Saúde Bucal do Estado.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE DO AMAPÁ - CERPIS

O Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Amapá - CERPIS Amapá atua na Assistência Especializada em Terapias Naturais, através de atendimentos e serviços ambulatoriais, tais como: Acupuntura e suas Práticas Integrativas, Massoterapia, Serviço social, Enfermagem Terapêutica, Fitoterapia/Clinico, Naturopatia, Geoterapia, Procedimentos Holística, Acupuntura, Auricular, Trofoterapia/Nutrição, Fisioterapia Integrada, Assistência Farmacêutica, Psicologia Clínica e demais práticas inseridas e preconizadas pela Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC.

O presente relatório contém as informações resultantes da consolidação das atividades realizadas neste Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Amapá - CERPIS Amapá, durante o exercício de 2019, podendo ser definido como instrumento propositivo para subsidiar reflexões e ações que serão construídas conjuntamente pela equipe técnica e gestores da SESA/AP.

Recentemente o CERPIS tem parceria com o Laboratório de Pesquisa para FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz - RJ) se tornando membro do Observa PICS.

HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE -HCA

O Hospital da Criança e do Adolescente, é um hospital de médio porte, referência estadual, atende a clientela de 29 dias a 17 anos e 11 meses. Possui 158 leitos de internação, distribuídos em 117 leitos de clínica médica pediátrica, 10 leitos de Clínica Cirúrgica, 10 leitos de Tratamento Intensivo Pediátrico tipo II, 05 de unidade de cuidados intermediários- UCIP e 25 leitos no Pronto Atendimento Infantil. O Pronto Atendimento Infantil é a porta de entrada de Urgência e Emergência, atende as urgências e emergências clínicas na faixa etária de 0 a 12 anos, bem como é referência estadual no atendimento as crianças vítimas de violência.

O HCA conta com a única UTI Pediátrica do Estado do Amapá, atendendo a também demanda do estado do Pará (ilhas do Pará) e rede privada, contém 05 leitos habilitados e outros 05 cinco funcionando aguardando habilitação. O centro cirúrgico atende a clientela de 0 a 17 anos e onze meses, realiza cirurgias de pequeno porte na especialidade de cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, bucomaxilo-facial, cirurgia ginecológica (casos de

violência sexual), cirurgias traumatológicas de pequeno porte, as demais especialidades e cirurgias de grande porte são encaminhadas ao Hospital de Clínicas Alberto Lima.

A clínica Médica Pediátrica possui 158 leitos de internação, atende a clientela de 29 dias a 17 anos e 11 meses, recebe os casos de internação do Pronto Atendimento Infantil, Hospital Estadual de Santana, Hospital de Emergência. A superlotação que ocorre no hospital HCA é uma realidade que perpassa há anos, por vários fatores que estão envolvidos na gênese desse problema: estrutura física, falta de leitos, salas e banheiros interditados sem condições de uso altamente inóspito, patógeno a utilização, móveis bem avariados, equipamentos deteriorados, danificados e antigos, ambientes desagradáveis, instalações elétricas antigas, inadequadas podendo provocar grandes riscos. Mediante a complexidade das instalações elétricas serem projetadas há muito tempo, é importante esclarecer que há muitas instalações elétricas inadequadas, gerando risco a todos, é incabível que as instalações tragam prejuízos tanto ao paciente como a todos os envolvidos no ambiente.

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA

O Hospital Estadual de Santana (HES) está localizado à Rua Salvador Diniz sob nº. 187 Bairros dos Remédios, no Município de Santana/AP, possui como nível de referência a Atenção Básica e a Média Complexidade I, sua área de abrangência é regional, por ser o único hospital público localizado no município de Santana (município sede de uma das três regiões de saúde existentes no Estado do Amapá), atende todo o município de Santana que, segundo o IBGE possui uma população estimada em 2020 de 121.364 (cento e vinte e um mil trezentos e sessenta e quatro) habitantes, além dos municípios de Mazagão, Laranjal do Jarí, Vitória do Jarí; e os Distritos do Coração e da Fazendinha, e as Ilhas do Pará em função de sua localização geográfica.

Oferece como apoio a diagnóstico, os serviços de imagenologia (Radiologia Digital e Ultrassonografia), métodos gráficos (Eletrocardiograma) e Laboratório (Análises Clínicas). Na área de terapia constam os serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (destinados aos pacientes internados e em observação no Pronto Atendimento). Além de consultas ambulatoriais de Cardiologia, Cirurgia Geral (adulto), Cirurgia Pediátrica, Buco-Maxilo, Otorrinolaringologista, Pré-anestésico e Urologia.

Apresenta uma estrutura física deficiente, que atualmente está recebendo intervenções visando a ampliação e adequação das ambiências com o objetivo de melhorar a assistência à população adscrita atendida na região sudoeste de saúde.

HOSPITAL ESTADUAL DE LARANJAL DO JARI

É o único hospital da região do Vale do Jari, atende os munícipes e comunidades adjacentes. É classificado como hospital de pequeno porte, atende urgência/emergência, internação, consulta ambulatorial de clínico geral, e especialidades em pediatria, ortopedia/traumatologia, ginecologia/obstetrícia, psicossocial, reabilitação. Realiza exames por imagem (raios-X, Ultrasson, eletrocardiograma), exame de análises clínica; Possui 58 leitos registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNS distribuído em clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ortopédica/traumatologista, ginecológica, obstétrica, Pré- Parto, Parto e Pós-Parto (PPP). Possui duas salas cirúrgicas, sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA).

UPA LARANJAL DO JARI

A UPA de Laranjal do Jari oferta atendimentos médicos em Clínica Geral. Dispõem para os usuários os seguintes serviços/sítios funcionais: sala de inalação (nebulização), coleta de sangue, laboratório, farmácia, sala de espera, sala de medicação, sala de isolamento, sala vermelha, (sala de estabilização) com 02 leitos, sendo uma maca de reanimação, sala de observação, adultos com 04 leitos e observação pediátrica com 03 leitos, totalizando 09 leitos.

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA OSWALDO CRUZ

O Hospital de Emergência é a principal porta de entrada de urgência e emergência do Estado. É caracterizado como hospital especializado em atendimento clínico e trauma-ortopedia e referência no tratamento de queimados. Apresenta uma estrutura física deficiente e que não atende as normas regulamentadoras da ANVISA para estabelecimentos de saúde.

Não possui habilitação dos leitos de UTI e para o serviço de Trauma-ortopedia. Há uma organização dos processos de trabalho incipiente, sendo necessário que se estabeleça protocolos clínicos e procedimentos operacionais padronizados visando a melhoria da qualidade da assistência hospitalar.

SERVIÇO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO

A Secretaria de Estado da Saúde, através da Coordenadoria de Apoio ao Diagnóstico e conjuntamente com as gerências de diagnóstico por imagem e gerência de núcleo laboratorial, estabeleceu a organização dos fluxos dos atendimentos necessários para que os serviços de apoio ao diagnóstico fossem ofertados aos usuários de forma igualitária e universal.

Na ocasião foram verificados e avaliados os serviços ofertados, a estrutura dos setores, quantitativos de pessoal, equipamentos, tópicos inerentes ao uso dos serviços ofertados no apoio ao diagnóstico. Atualmente os seguintes serviços são ofertados:

- a) Raios x convencional
- b) Mamografia
- c) Ultrassonografia e Ultrassonografia com Doppler Arterial e Venoso
- d) Ecocardiograma
- e) Eletroencefalograma (sem sedação)
- f) Colonoscopia
- g) Endoscopia Digestiva Alta

E de forma complementar são contratualizados os seguintes serviços:

- a) Ressonância Nuclear Magnética
- b) Tomografia Computadorizada
- c) Densitometria óssea
- d) Arteriografia

Ultrassonografia e Ultrassonografia com Doppler Arterial e Venoso

Os exames acima nominados estão sendo realizados dentro das disponibilidades de agendas distribuídas dentre os médicos ultrassonografistas pertencentes ao Quadro de Servidores do HCAL.

Além dos exames normais de USG, foi estendido o acesso à USG com DOPPLER arterial e venoso dos Membros Inferiores e Superiores, onde a demanda é crescente, e estamos conseguindo avançar diante das dificuldades que se apresentam, mesmo tendo apenas 01 (um)

profissional que realiza este tipo de exame. Nas demais unidades os serviços de ultrassonografias são realizados de acordo com a competência de cada hospital.

Ecocardiograma Adulto e Infantil

O atendimento deste exame na modalidade (adulto) está sendo realizado dentro do fluxo normal de agendamentos. No entanto, desde o segundo semestre de 2019, o Ecocardiograma Infantil ficou prejudicado com a saída de 02 (duas) médicas responsáveis pela realização do exame, o que tem comprometido significativamente as agendas e consequentemente a atendimento da grande demanda.

Eletroencefalograma

O Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima é o único que oferta o exame, no entanto, apenas na modalidade SEM SEDAÇÃO.

Há uma grande demanda para os exames na condição COM SEDAÇÃO, em sua maioria de crianças menores de 06 (seis) anos. Infelizmente esse tipo de solicitação não pode ser contemplado pelo serviço, devido a falta de equipamentos necessários na sala de exames, entre eles, carrinho de emergência completo, cilindro de oxigênio abastecido, e o profissional em Anestesiologia presente durante a realização do exame.

Colonoscopia

O HCAL recebe diariamente uma demanda expressiva de pacientes com pedidos deste exame, o setor de Imaginologia é quem faz o acolhimento e realiza o agendamento de uma PRÉ-CONSULTA, onde o médico irá avaliar o paciente e, se realmente necessário, prescrever o preparo e agendar de fato o exame. Essa avaliação é de suma importância, pois em alguns casos, não é necessária a realização do procedimento.

Endoscopia digestiva alta

O Setor de Imaginologia HCAL acolhe atualmente demandas de Endoscopia Digestiva Alta apenas para pacientes INTERNADOS, NEFROLOGIA e UNACON, bem como aquelas demandas advindas do Ministério Público ou Sentenças Judiciais.

Esta limitação de atendimento dá-se em decorrência do HCAL possuir apenas 01 (um) tubo endoscópico e a higienização e esterilização entre um exame e outro leva em torno de 1h de tempo, o que nos impossibilita a abertura de vagas para pacientes eletivos.

Serviços de Exames de Análises Clínicas

O serviço de análises clínicas nas unidades de saúde do Estado estava sendo ofertado de forma terceirizada, através de contratação de empresa especializada, que presta serviços a todas as unidades hospitalares e nas Unidades do interior, cuja gestão ainda é estadual.

O Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, por ser hospital de referência em todo o Estado do Amapá, no ano de 2019, o Laboratório desta unidade atendeu pacientes Internados e Ambulatoriais, tendo uma estimativa de 368.158 exames/ano, sendo 353.030 exames de rotina e 15.128 exames de Imunohormônios.

No ano de 2019, iniciou-se a regulação por esta coordenação, o serviço do exame denominado BERA, também conhecido como PEATE (Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico), é indicado para realizar o diagnóstico de perda auditiva em crianças, além disso, trata-se de um exame auditivo indolor, não invasivo, e tem como função identificar como está o desenvolvimento das vias auditivas, diagnosticar problemas no nervo auditivo (como tumores, ou tronco encefálico), em casos de doenças neurológicas ou tumores intracranianos e em casos de cirurgias da fossa craniana. O mesmo será cadastrado e realizado no CREAP, para pacientes ambulatoriais.

A outra unidade do equipamento para a realização do BERA, será implantado no Hospital da Mulher, em que atenderá os pacientes internados das diversas unidades de saúde do Estado, em que haja o serviço de internação, o prazo dado a esta Coordenação de Apoio ao Diagnóstico foi de que seria efetivado ainda no ano de 2019, mas em decorrência da obra de infraestrutura na sala onde irá ser realizado o exame não ter sido concluída, provavelmente se estenderá para o ano de 2020.

Recentemente foi realizado a contratação de empresa especializada para locação de tomógrafos, intensificador de imagem e CRs para as unidades hospitalares. Essa iniciativa, a curto prazo, é significativa para a melhoria na prestação dos serviços de diagnóstico, pois, será possível retomar os exames de Raios x para pacientes eletivos no HCAL, que estão suspensos por falta especialmente dos equipamentos CR's.

O Hospital de Maternidade Mãe Luzia, que atualmente possui um serviço de Radiologia inteiramente pronto e ainda não inaugurado por falta de um CR, passará a realizar os exames de Raios x não apenas de seus RN's, mas também de suas internas, sem que seus técnicos

precisem deslocar-se de sua unidade de lotação (dia/noite/sol/chuva) até outras unidades para realizarem a digitalização dos exames.

O Hospital de Emergência, Hospital da Criança e Adolescente, e Hospital Estadual de Santana, também passarão a realizar seus exames radiográficos de forma mais eficaz, pois contarão com aparato de qualidade e suficiente para a demanda.

A locação dos aparelhos de Tomografia gerará uma redução de custo significativa, pois ao invés de convênio com clínicas terceirizadas passaremos a realizar os exames de tomografia nos hospitais de maior necessidade (HCAL e HE), e com isso, ao invés de só gerarmos custos, também será possível gerar receitas ao faturarmos os exames realizados. Sendo viável, num futuro próximo, a própria aquisição de todos esses equipamentos.

O arco cirúrgico possibilitará a realização de mais cirurgias, em especial ortopédicas, que necessitam desta utilização.

É necessário ainda reorganizar melhor o serviço, com as adequações previstas nos conselhos de classe, portarias e regulamentações, para que possamos ao menos alcançar um ambiente de trabalho mais digno aos nossos servidores e obviamente aos nossos pacientes que são a maior razão de todos os esforços.

Almeja-se ainda estender outros exames que não fazem parte da carta gerencial deste Núcleo, mas que fazem parte da Tabela do SUS.

Os exames que apresentam uma procura bastante expressiva durante o atendimento no balcão de recepção do núcleo, além de judicialização por parte de usuários que se sentem prejudicados, são: ESPIROMETRIA E ESCLEROTERAPIA. Outro exame bastante procurado é a CINTILOGRAFIA ÓSSEA, que era realizado através de contrato firmado com a INNEURO/SESA, mas que no momento estamos sem cobertura com nenhuma clínica credenciada.

Como planejamento para o LAC/HCAL, primeiramente para o ano de 2020, deverá ser restabelecida a oferta de todos os exames laboratoriais de rotina e Imunohormônio, para a rede ambulatorial e internados.

Os serviços referentes ao atendimento de pacientes internados continuarão sendo prestado em todo o Complexo Hospitalar, Clínica Nefrológica (exames de Imunohormônio para Macapá e Santana), oriundos do interior através de logística definida, Gasometrias para os Hospitais HCAL, HE, HES, HCA, HMML, reativar o Teste do Pezinho em lugar a ser definido.

Há necessidade de implantação de exames de microbiologia para que o Estado possa oferecer um apoio ao diagnóstico de forma eficiente e segura. Bem como a ampliação dos

exames de imuno-histoquímica e outros complementares necessários ao seguimento e apoio ao diagnóstico do paciente oncológico.

Para que possamos realizar os aprimoramentos necessários e tão logo alcançarmos melhores resultados, reduzindo assim o número de judicializações, que tem sido nossos maiores entraves, e prestar à nossa população melhor qualidade na oferta de serviço de apoio ao diagnóstico, serviço de suma importância para a promoção à saúde, a Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com o Governo do Estado, diante da realidade financeira atual, tem feito o máximo possível para garantir com eficiência a prestação dos serviços de apoio ao diagnóstico.

HEMOAP

O Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá, é uma autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, criado através da lei nº 338/1993.

A Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, regulamentou o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, dispondo sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional.

Sendo assim, o Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá – HEMOAP/AP coordena e desenvolve a Política Estadual de Sangue humano, seus componentes e derivados, de acordo com a legislação vigente, prestando atendimento Hematológico e Hemoterápico com qualidade à rede de Saúde do Estado, conforme previsto no Art. 14 da Lei n 10.205/2001 que regulamenta a Política Nacional de Sangue e também presentes no Decreto Estadual nº 5519 de 1997 que traz as diretrizes em âmbito estadual.

A Hemorrede do Estado até agosto de 2019 está constituída por 01 (um) Hemocentro Coordenador e 06 (seis) Agências Transfusionais, sendo 03 (três) no município de Macapá, 01 (uma), Santana, 01 (uma) Oiapoque, 01 Laranjal do Jari e possui planejamento para a instituição da agência do Hospital da Criança para compor a região central de saúde do Estado, abrangendo todas as regiões de saúde do Estado. O município de Macapá é o órgão de referência na área de Hemoterapia e Hematologia, com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde.

Tem como atividades nas áreas de Hemoterapia, que inclui a captação de doadores de sangue e de candidatos à doação de medula óssea (REDOME), coleta, processamento e

distribuição de sangue e seus componentes, exames laboratoriais das bolsas de sangue para detecção de infecções transmissíveis pelo sangue, exames imunohematológicos, pesquisa de hemoglobina S em doadores de sangue. Além da Hematologia que envolve a assistência às doenças hematológicas benignas, atendimento multidisciplinar e atendimento ambulatorial.

A Hemorrede tem importante papel junto à população, garantindo o acesso aos procedimentos hemoterápicos, de forma segura, conforme preceitos constitucionais, além de contribuir significativamente para o uso racional de hemocomponentes.

O HEMOAP presta assistência médica hematológica aos pacientes portadores de coagulopatias, doença falciforme e talassemia. Além de realizar a captação de doadores de sangue e de medula óssea. Executa coleta, armazenamento, processamento, análise laboratorial e a distribuição do sangue coletado e de seus hemocomponentes. Estes processos são realizados segundo rigorosos critérios de qualidade e de padrões técnicos estabelecidos pela legislação vigente.

CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ – CREAP

Em 14 de Julho de 2017, o Centro de Reabilitação do Estado do Amapá – CREAP, passou a ser autarquia estadual com personalidade jurídica de direito público, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com patrimônio e receitas próprias, dotada de autonomia orçamentária, financeira e administrativa.

O Centro de Reabilitação do Estado é referência em reabilitação física, intelectual e auditiva para o Estado do Amapá. Oferecendo serviços em diversas especialidades como fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, que estão distribuídas em quatro clínicas: Adulto, Infantil, Estimulação Precoce e Órtese e Prótese. Realiza ações de concessão aos usuários que necessitem de OPM e/ou AASI através do Programa de Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva respectivamente, exames audiológicos, consulta médica Otorrinolaringológica, Neurológica, ortopedista e clínico geral.

Dentre os projetos e ações elaborados pela Instituição que são relevantes: expansão do CREAP Itinerante para os municípios, nos bairros, nas escolas; ampliação dos atendimentos em parceria com instituições de ensino na criação do terceiro turno para realizar procedimentos fisioterapêuticos, diminuição do tempo de espera e educação permanente para os profissionais com orçamento do CREAP.

Em 2018 foi firmado parceria com a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos dias que motivou a doação de 600 cadeiras de roda para pacientes inscritos no programa de

Órtese e Prótese do Creap. Além das doações, foi ofertado um curso, promovido pela Organização Mundial de Saúde – OMS, a 16 profissionais do CREAP e do Estado do Amapá, para prescrição, avaliação e orientação correta da Cadeira de Rodas e meios auxiliares de Locomoção.

No exercício de 2019 houveram avanços nas demandas reprimidas dos procedimentos de reabilitação, ampliando para 83.233 atendimentos/ano. Foram incluídos dois procedimentos que não eram realizados na rede estadual na saúde auditiva exames de BERA e EPAC. Contudo ainda existe falta de profissionais para atendimento na clínica precoce e clínica infantil os referidos setores atendem crianças com diversas patologias onde a procura está acima da média dos anos anteriores.

Os serviços realizados em 2019 no âmbito da serviços de Reabilitação Física e Reabilitação da Saúde Auditiva trouxeram avanços na melhoria do acesso da população amapaense aos serviços especializados e aos programas de concessão de órtese, prótese, meios auxiliares de locomoção e dispensar de aparelhos auditivos pelo Projeto CREAP ITINERANTE que executou ações nos Municípios onde os serviços não são oferecidos aos munícipes pelas prefeituras, sendo no Municípios; Porto Grande, Cutias e Serra do Navio; com uma média de 300 pacientes atendidos e em média 750 procedimentos por ação.

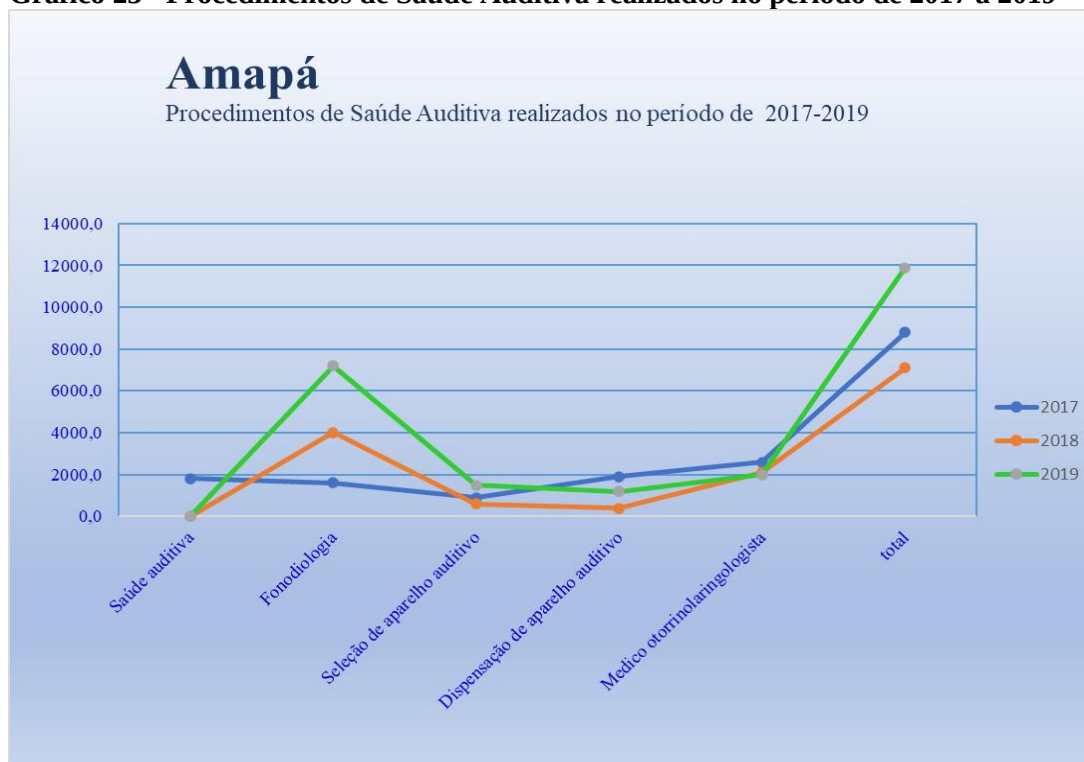
Considerando que na Reabilitação da Saúde Auditiva foi incluso novos exames: BERA pela concessão do aparelho por meio da Secretaria de Saúde e concessão do aparelho para exame EPAC em parceria com Tribunal de Justiça do Estado, ambos exames não eram realizados na rede pública. No Gráfico 23, estão apresentados os dados relacionados ao período de 2017 a 2019.

O projeto REABILITE-SE foi desenvolvido pela Instituição para valorizar o trabalho dos servidores garantindo a promoção da saúde física e emocional dentro do ambiente de trabalho. No decorrer de 2019, o projeto foi desenvolvido através de eventos voltados para a promoção da saúde, como as campanhas nacionais do Ministério da Saúde e datas comemorativas.

Os serviços realizados em 2019 no âmbito da serviços da Reabilitação Intelectual trouxeram avanços para promoção de atividades lúdicas, que contribuem para o desenvolvimento e independência dos pacientes em tratamento, com objetivo de potencializar a relação afetiva, intelectual e social das nossas crianças com responsáveis e terapeutas por meio do PROJETO BRINCANDOTERAPIA foram realizadas 08 (oito) ações em 2019, em parceria Espaço Criança, no shopping Amapá Gardem, 80 crianças do CREAP participaram do Projeto.

O PROJETO DE CINOTERAPIA também no âmbito da Saúde Intelectual, que é um método que utiliza cães ou outros animais como recurso terapêutico ocorreu em parceria com

Gráfico 23 - Procedimentos de Saúde Auditiva realizados no período de 2017 a 2019



Fonte: CREAP, 2020.

o Batalhão de Operações Especiais (BOPE) e tem como recurso a Cinoterapia. Em 2019, foram 03 (três) ações do projeto, que aconteceram tanto no Canil do Bope quanto no Creap, promovendo a interação, inclusão e independência de 20 pacientes do CREAP.

Dentre as ações importantes que ocorreram em 2019 podemos citar: “Conversando com Autismo e Um dia no Museu”. A primeira aconteceu no mês de Abril, na AABB, em comemoração ao dia mundial de conscientização do autismo. O evento oportunizou atividades terapêuticas de estimulação sensorial de forma lúdica e recreativa, a fim de oportunizar as famílias o aprendizado de ações similares. E a segunda foi realizada no mês de outubro, em alusão ao dia das crianças, no Museu Sacaca, com o objetivo de trabalhar a independência, coordenação motora e interação das crianças em atendimento no Creap, através de atividades lúdicas com a participação de responsáveis e terapeutas.

Em relação a curso de capacitação profissional foram realizadas na área Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Técnicos em Enfermagem. Dentre os cursos: Gua sha, Dry Needling, Bandagem Rígida e Manipulação da Coluna Vertebral, com 28 fisioterapeutas capacitados. Na área da fonoaudiologia aconteceu em

2 módulos a capacitação de 09 (nove) profissionais para realizar o exame e tratamento do Distúrbio Auditivo Central no Creap a partir de janeiro de 2020. Na área da fisioterapia e terapeuta ocupacional infantil, foi realizada a capacitação no Método Bobath, em São Paulo para atender crianças do Setor Precoce e Infantil do Creap.

Também em 2019 a Instituição firmou parceria com a Vara de Execução de Pena Alternativas/TJAP com aprovação de 3 projetos no valor de 147.000, para aquisição de equipamentos de Fisioterapia e Saúde Auditiva. Sendo estes: 8 Ultrassom, 8 Laser, 8 Neurodyn, 8 Infravermelhos, 02 máquinas de gelo com capacidade de produção de 500 quilos/dia e 02 trituradores, como também, Bolas, Rolos, Halteres, Jump e colchonetes para os Setores Precoce e Infantil. Bem como, aquisição do aparelho para realizar exame e tratamento do Distúrbio do Processamento Auditivo Central – DPAC, para o Setor de Saúde Auditiva do CREAP.

Em 2019 houve aumento do quantitativo de pacientes atendidos no Creap com Transtorno do Espectro Autista (TEA), ampliação do número de encaminhamentos de pacientes do Creap ao Centro de Especialidade Odontológica para pessoa com deficiência para tratamento bucal, implantação do Prontuário Eletrônico pelo Centro de Gestão da Tecnologia da Informação – PRODAP, melhoria na rede de Internet junto com o PRODAP com cabo de fibra ótica.

Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS - AMAPÁ).

A Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS/SESA) é uma autarquia vinculada a Secretaria de Estado da Saúde, criada em julho de 2017, através da Lei 2209/2017, pelo Governo do Estado do Amapá com o objetivo de unir e criar um sistema fortalecido de vigilância em saúde, agregando três áreas : a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS), Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), com personalidade jurídica de direito público, com patrimônio e receitas próprias, dotada de autonomia orçamentária, financeira e administrativa.

A SVS exerce protagonismo na vigilância à saúde da população através do planejamento, monitoramento, avaliação e cooperação técnica aos municípios, garantindo prestação de serviços eficazes para promoção de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e vigilância laboratorial.

As principais ações de Vigilância em Saúde têm como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual

como coletiva dos problemas de saúde. Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde.

Estas ações incluem o apoio técnico e orientação às Secretarias Municipais de Saúde para a implementação de ações de vigilância em saúde, com ênfase na coordenação e execução de programas sustentáveis de prevenção e controle de doenças como malária, dengue, tuberculose, hanseníase e outras doenças transmissíveis; Investigação, busca ativa de casos, emissão de alertas e de notas técnicas, estabelecimento de planos de contingência para mitigação, prevenção e controle de surtos e epidemias, infecções alimentares e meningites, entre outras, na capital e no interior do estado, Acompanhamento e apoio técnico aos municípios vitimados pelas enchentes, Monitoramento e Supervisão das Ações de Vigilância Sanitária aos municípios do interior do Estado, Inspeções em Produtos e Serviços de Alto Risco na Capital e municípios do Estado, Execução de ações de promoção conjuntas com órgãos municipais e estaduais dos programas Vida no Trânsito, prevenção de violência doméstica, academia de saúde, boletins epidemiológicos, alertas, notas técnicas, Produção de material educativo, Manutenção dos sistemas de informação de interesse epidemiológico no estado, Implantação e implementação do SI-PNI em todas as salas de vacina do estado, publicação de artigos científicos.

Entre os principais problemas para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde que são de responsabilidade da gestão estadual do SUS, podemos citar: a insuficiência de profissionais para atender às demandas de vigilância de novas doenças emergentes como zika e chikungunya, execução de programas VIGIÁGUA, VIGIPEQ, VIGISOLO, VIGIAR, a insuficiência de equipamentos de informática e outros materiais de consumo levando à suspensão temporária de algumas atividades estratégicas de apoio técnico, supervisão e capacitação aos municípios.

São apontados ainda alguns aspectos relacionados à gestão municipal, que interferem na execução de ações da Vigilância em Saúde do estado, como o baixo comprometimento de grande parte dos gestores municipais e interesse dos profissionais de saúde que trabalham nos programas; deficiência de recursos humanos nos municípios, questões políticas e interferências ambientais no processo de transmissão de doenças; insuficiência de recursos financeiros para a execução das ações de vigilância; gestão inadequada por parte de muitas Secretarias Municipais de Saúde quanto aos recursos federais transferidos para a Vigilância em Saúde ou outros Blocos de Financiamento que afetam a execução das ações de saúde no município, a alta rotatividade de profissionais contratados temporariamente em função de ausência de política de fixação de profissionais de saúde.

Há necessidade de investimento para a aquisição de equipamentos e outras tecnologias com o objetivo de modernizar a gestão, permitindo o desenvolvimento de ações estratégicas como a implantação do processo digital das ações de vigilância sanitária, atualizações dos sistemas de informação (SIM, SINASC, SIPNI, SIS AGUA SIS SOLO).

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO AMAPÁ

O Ministério da Saúde com vistas a qualificar os serviços de saúde sugere a implantação das Redes Temáticas Prioritárias para o fortalecimento e organização da Rede de Atenção à Saúde dentre elas a Rede Materna Infantil e Urgência e Emergência tendo em vista a alta mortalidade materna e infantil e a superlotação dos hospitais de emergências. Essas redes prioritárias são regidas por portarias que normatizam as diretrizes e responsabilidades de cada ente no processo de planejamento, organização, operacionalização e capilaridade entre os componentes e pontos de atenção que configuram a RAS.

As redes de atenção são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Portaria 4.279, de 30/12/2010). Esses arranjos precisam ser constituídos nas Regiões de Saúde que é o espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e serão referência para a transferência de recursos entre os entes federativos. Devem conter ações de atenção básica, atenção psicossocial, vigilância à saúde, urgência-emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

A Rede de Atenção à Saúde então definida como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

No Amapá, estão instituídas como prioritárias a Rede Materno Infantil e a Rede de Urgência e Emergência, embora as Redes Psicossocial e Pessoa com Deficiência já possuam Planos Estaduais.

Ressalta-se que de acordo com o atual cenário epidemiológico presente no Amapá está prevista para o quadriênio 2020-2024 a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, o que certamente contribuirá para o avanço da capilaridade e organização das ações e serviços voltados para o enfrentamento dos agravos não transmissíveis.

A seguir apresenta-se o panorama da organização das redes Materno-Infantil e Urgência e Emergência no estado.

Rede Materno-Infantil

A Rede Materno Infantil (RMI) foi instituída no Estado do Amapá, através da Portaria 0482/2018 e têm como principais objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança até 24 meses após o nascimento, organizar a rede de atenção para garantir acesso, acolhimento e resolutividade para fins de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Tem como público-alvo a mulher no período da gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Mediante tamanha importância da reestruturação da Rede Materna e Infantil Estadual, inúmeros esforços foram instituídos, e no ano de 2013, o Amapá encontrava-se com a Rede totalmente pactuada e os planos de ação regionais encaminhados ao Ministério da Saúde, entretanto, é necessário que seja publicada nova Portaria com a composição de Novo Grupo Condutor para acompanhar as Ações que serão desempenhadas pelo Estado.

Essas ações têm o objetivo de melhorar a saúde para a população e reduzir a morbimortalidade materna e infantil. A qualidade da assistência prestada durante o pré-natal de risco habitual, alto risco e puerpério ainda representa um grande desafio, principalmente na garantia dos exames mínimos a serem realizados. Um dos entraves da rede obstétrica tem sido a garantia do parto de risco habitual por parte dos municípios, além de provocar o deslocamento dessas gestantes da região onde moram para regiões distantes, que podem ocasionar situações em que gestações de baixo risco possam evoluir para partos de alto risco.

Entretanto, a maternidade de alto risco, de gestão Estadual, passa a receber um número superior de gestantes de alto risco e também de risco habitual advinda de outros municípios provocando superlotação.

Os desafios para a melhoria da rede obstétrica pode-se citar o fortalecimento dos Grupos Condutores Regionais, a realização dos Fóruns Regionais para discussão da linha de cuidado e a construção de estratégias para resolução dos pontos críticos encontrados em relação ao pré-natal, assistência ao parto e nascimento e acompanhamento da criança; a garantia do acompanhante da escolha da mulher em todas as unidades estaduais e em todo o período de internação, vinculação das gestantes às maternidades de referência para o parto, efetivação das boas práticas dentro das maternidades de Alto Risco e Risco Habitual, e a utilização de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e nascimento, bem como a

implantação da estratificação de risco para gestantes e ampliação da atenção ao pré-natal de alto risco para outras unidades que realizam parto.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem estimulando a construção de Centros de Parto Normal (CPN) como instrumento potente para a mudança do modelo vigente de atenção ao parto através da atuação neste espaço da enfermagem obstétrica.

Mortalidade Materna

Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%.

Esta redução tem sido reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde.

A mortalidade materna engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois ainda é um grande problema de saúde pública.

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2016, foram registrados 1.463 casos no Brasil, uma queda de 16% em relação ao ano de 2015. Para reduzir a morte materna, o Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como instituído medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como naquele de urgência e emergência. Associadamente, o fortalecimento das ações da Comissão Nacional de Mortalidade Materna e dos Comitês Estaduais e Municipais de Investigação do Óbito Materno é outra importante estratégia em curso.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico puerperal chama a atenção, pois são mortes envolvendo o ciclo natural da vida, perpetuação da espécie e vivência da sexualidade e não, mortes ocasionadas por doenças. Como agravante, em 92% dos casos, essas mortes maternas são por causas evitáveis. No relatório de monitoramento da CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* - Comitê para 106 a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), o Brasil foi o 4º país mais lento em reduzir a mortalidade materna. A meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2015 era de 75% e o país só reduziu 43% (1993-2013). A OMS considera índices elevados aqueles acima de 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

O Amapá não conta com o Comitê de Mortalidade Materna instalado, que tem a tarefa de analisar os óbitos em todas as suas etapas classificando-os em evitáveis ou não, além da participação na discussão e encaminhamentos das políticas de combate e prevenção das mortes maternas. Para alcançar a meta de redução de óbitos maternos, a estratégia prioritária é organizar a linha de cuidado de forma a garantir a continuidade da atenção integral humanizada e de qualidade desde a Atenção Primária até a Alta Complexidade, em consonância com as Políticas de Saúde da Mulher. Assim, existem ainda dificuldades no monitoramento dos óbitos maternos que vão desde o preenchimento inadequado das declarações de óbito até a subnotificação dos óbitos maternos declarados.

No quadro 28, apresentamos uma série histórica de mortalidade materna em cada Município, no período de 2014 a 2018.

Quadro 28 - Número absoluto de óbitos maternos segundo municípios do Amapá, no período de 2014-2018.

Município de Residência	2014	2015	2016	2017	2018*
AMAPÁ	0	0	1	0	0
CALÇOENE	0	0	0	0	0
OIAPOQUE	0	1	1	1	0
PRACUÚBA	0	0	0	0	1
TARTARUGALZINHO	3	1	2	1	0
CUTIAS	0	0	0	0	1
FERREIRA GOMES	0	1	2	0	0
ITAUBAL	0	0	0	0	0
MACAPÁ	4	6	8	4	9
PEDRA BRANCA	0	1	0	0	0
PORTO GRANDE	0	0	0	0	1
SERRA DO NAVIO	0	0	0	0	0
LARANJAL DO JARI	0	0	1	0	1
MAZAGÃO	0	0	2	0	1
SANTANA	1	3	0	0	0
VITÓRIA DO JARI	0	0	0	0	0
ESTADO	8	13	17	6	14

Fonte: SIM / SVS – 2019 – *dados preliminares.

Após análise da série histórica acima observa-se que houve elevação considerável de 120% nesse indicador no ano de 2018 comparado ao ano 2017. Diante desse dos resultados desse indicador traduz que é necessário implementar ações de impacto para as mulheres em idade fértil, considerando que os casos de mortalidade materna indicam a fragilidade da atenção à saúde a esse segmento que em sua maioria são por causas evitáveis. Ressalta-se ainda que é

de fundamental importância, a instituição do Comitê de Mortalidade Materna no Estado do Amapá, a qualificação do pré-natal e a redução do número de cesárias para que se possa reverter esse indicador.

Parto normal

São muitas as vantagens que o parto natural proporciona para gestante e RN, e que as políticas de humanização na saúde investem neste tipo de procedimento. Contudo, há situações em que o parto natural deve ser evitado e substituído pela cesariana; em alguns casos por indicação médica para que sejam evitadas complicações ao longo do procedimento de parto que possam culminar em danos para mãe e filho, e em outras situações, por livre escolha da gestante, situação esta que erroneamente ainda persiste como cultura entre as gestantes, mesmo que em menores proporções.

A série histórica revela uma redução de 0,5% do número total de partos normais no estado do Amapá no ano de 2018 comparado ao ano de 2017 (Quadro 29)

Quadro 29 - Percentual de parto normal segundo municípios do Amapá período de 2014 a 2018.

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amapá	120	84,5	141	87,0	119	88,8	123	87,2	161	86,6
Calçoene	164	83,2	168	84,8	147	83,1	171	81,4	172	77,1
Oiapoque	347	65,5	317	67,4	397	71,0	275	49,4	283	51,9
Pracuúba	67	91,8	69	80,2	57	86,4	72	90,0	64	84,2
Tartarugalzinho	225	75,5	246	80,9	264	84,3	247	82,3	261	82,3
Cutias	65	78,3	75	87,2	68	76,4	86	81,1	88	75,9
Ferreira Gomes	136	72,3	143	74,9	136	75,6	123	74,5	126	75,0
Itaubal	104	81,9	93	84,5	82	81,2	93	77,5	116	74,8
Macapá	6049	61,6	5883	61,8	5871	61,9	5707	61,6	5673	61,2
Pedra Branca do Amapari	212	77,4	175	71,4	201	79,8	158	58,1	165	60,0
Porto Grande	306	71,0	301	72,2	265	71,8	287	72,5	319	72,5
Serra do Navio	51	69,9	44	69,8	40	59,7	31	51,7	43	58,1
Laranjal do Jari	614	61,6	602	65,2	491	62,7	486	59,9	514	61,9
Mazagão	328	74,7	378	79,1	352	75,4	360	80,0	388	76,5
Santana	1539	64,4	1488	65,3	1512	67,1	1443	66,0	1472	64,6
Vitória do Jari	169	61,7	190	68,3	169	68,7	184	66,9	191	65,0
ESTADO	10496	64,3	10313	65,2	10171	65,5	9846	64,6	10036	64,1

Fonte: SIM/ SVS-2019* dados preliminares.

E como enfrentamento para que esse percentual atinja o preconizado pelo MS que é de 75% é importante que sejam fortalecidas as ações de educação em saúde no pré-natal bem como as ações de educação continuada para os profissionais obstetras com foco na importância de se primar pela opção ao parto normal quando a mulher apresenta as condições de saúde favoráveis.

Pré-natal

No Brasil, embora a mortalidade materna tenha sofrido redução, nas últimas décadas, o número de óbitos neonatais continua elevado ao considerar a evitabilidade dessas ocorrências, ou seja, essas mortes infantis poderiam ser evitadas com ações qualificadas desde o pré-natal, parto e nascimento, considerando que as causas mais incidentes de morbimortalidade materna e perinatal são a sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica.

No decorrer dos anos observa-se a ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal no país, com a realização de um maior número de consultas pelas gestantes por aquelas que têm maior nível de escolaridade, no entanto há necessidade de se qualificar a atenção pré-natal, uma vez que é a estratégia base para que se consiga a redução da mortalidade materna e infantil, uma vez que é durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto e até ao 27º dia de vida do recém-nascido que essas mortes ocorrem.

Dessa forma, o pré-natal é o período de preparar a gestante tanto fisicamente quanto psicologicamente para o momento do parto, levando assim os profissionais inseridos a praticarem o processo de educação e cuidados com suas pacientes (RIOS; VIEIRA, 2007; TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Na análise do quadro 30, o indicador demonstrou uma discreta elevação de 0,6% do número de nascidos vivos com 7 e mais consultas do Pré-Natal segundo os municípios do Estado entre os anos de 2017 e 2018. Entretanto, os Municípios de Macapá e Tartarugalzinho não atingiram essa meta preconizada pelo MS que é de 73% de cobertura nesse indicador, o que sugere a alta taxa de mortalidade materna e infantil.

Assim diante das informações apresentadas se faz necessário a implementação de ações para ampliar a cobertura do pré-natal para essa faixa de consultas, bem como efetivar estratégias que possam qualificar as ações de pré-natal como exemplo a realização dos exames preconizados pelo MS.

No quadro 30, apresentamos uma série histórica de % de Nascidos vivos com o número de 7 consultas de Pré-Natal em cada Município, no período de 2014 a outubro de 2018*.

Quadro 30 - Percentual de nascidos vivos com 7 e mais consultas Pré-Natal segundo município Amapá período de 2014 à 2018(*).

MUNICÍPIO	2014		2015		2016		2017		2018*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amapá	49	34,5	66	40,7	51	38,1	45	31,9	82	44,1
Calçoene	59	29,9	57	28,8	51	28,8	55	26,2	77	34,5
Oiapoque	182	34,3	172	36,6	186	33,3	209	37,5	243	44,6
Pracuúba	12	16,4	9	10,5	6	9,1	24	30,0	28	36,8
Tartarugalzinho	77	25,8	77	25,3	67	21,4	79	26,3	82	25,9
Cutias	13	15,7	17	19,8	17	19,1	20	18,9	24	20,7
Ferreira Gomes	59	31,4	79	41,4	69	38,3	65	39,4	71	42,3
Itaubal	28	22,0	27	24,5	18	17,8	27	22,5	36	23,2
Macapá	3316	33,8	3488	36,6	3831	40,4	3697	39,9	3535	38,1
Pedra Branca do Amapari	109	39,8	85	34,7	70	27,8	74	27,2	120	43,6
Porto Grande	127	29,5	169	40,5	132	35,8	161	40,7	210	47,7
Serra do Navio	31	42,5	41	65,1	43	64,2	27	45,0	41	55,4
Laranjal do Jari	342	34,3	359	38,9	350	44,7	399	49,1	423	51,0
Mazagão	108	24,6	114	23,8	110	23,6	125	27,8	170	33,5
Santana	884	37,0	927	40,7	877	38,9	901	41,2	969	42,5
Vitória do Jari	104	38,0	128	46,0	114	46,3	138	50,2	174	59,2
ESTADO	5500	33,7	5815	36,8	5992	38,6	6046	39,3	6285	39,9

Fonte: SINASC base estadual/CIAS/SVS/SESA-AP. Dados sujeitos a alterações. Atualização em 23/10/19.

Óbito neonatal

A mortalidade infantil refere-se aos óbitos de menores de 1 ano de vida, subdividindo-se em mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida) e mortalidade pós-neonatal (óbitos de 28 dias até 364 dias de vida). A mortalidade neonatal é dividida em dois períodos, neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardia (7 a 27 dias de vida).

A literatura aponta que os óbitos neonatais estão intimamente vinculados às condições de vida e saúde da mulher, porém dependem principalmente da assistência prestada durante a gestação, parto, pós-parto e também dos cuidados imediatos prestados ao recém-nascido (FRÉU, *et al*, 2004).

Os resultados das políticas socioeconômicas os avanços e retrocessos da assistência oferecida pelos serviços de saúde refletem diretamente sobre os coeficientes de mortalidade neonatal e de seus determinantes. Para enfrentar o desafio da redução dos óbitos neonatais relacionados às condições de atenção à mulher durante o período gestacional e ao acesso oportuno a serviços é importante a qualificação da atenção pré-natal, ao parto e ao nascimento.

O Ministério da Saúde tem investido em estratégias para fortalecer a rede hospitalar obstétrica de alto risco e ampliar o número de leitos do Sistema Único de Saúde, além de qualificar os profissionais de saúde para o atendimento à gestante e ao neonato, com objetivo de reduzir a morbimortalidade materno infantil em especial com a disponibilização de recursos financeiros para investimento às estruturas físicas de maternidades, habilitação de leitos especializados e de serviços, bem como a execução de projetos de aprimoramento e inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (*Apice On*).

No Quadro 31, apresentamos a série histórica, de 2014 a 2018, da taxa de mortalidade neonatal precoce. E ainda, no Quadro 32, a taxa de mortalidade neonatal tardia e Quadro 34, a mortalidade pós neonatal.

Quadro 31 - Óbitos Neonatal Precoce (0 a 6d idade) e Taxa de Mortalidade segundo municípios de Amapá no período de 2014 a 2018.

Municípios	2014		2015		2016(*)		2017(*)		2018	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Amapá	0	0,0	0	0,0	1	7,5	0	-	1	5,4
Calçoene	5	25,4	1	5,1	1	5,6	0	-	2	9,0
Oiapoque	3	5,7	6	15,8	5	10,8	7	12,8	8	14,7
Pracuúba	0	0,0	0	0,0	2	30,3	0	0,0	0	0,0
Tartarugalzinho	2	6,7	1	3,3	4	12,8	1	3,2	0	0,0
Cutias	1	12,0	0	0,0	1	11,2	2	17,2	0	0,0
Ferreira Gomes	2	10,7	2	10,5	0	-	0	0,0	1	6,0
Itaubal	1	7,9	0	0,0	1	9,9	0	0,0	0	0,0
Macapá	85	8,7	79	8,3	85	9,0	89	9,6	113	12,2
Pedra Branca do Amapari	1	4,0	4	20,2	3	14,9	1	3,6	1	3,6
Porto Grande	3	7,0	2	4,8	4	10,8	2	4,5	1	2,3
Serra do Navio	0	0,0	0	0,0	0	-	1	13,5	0	0,0
Laranjal do Jari	17	17,1	13	14,1	13	16,6	4	4,8	6	7,2
Mazagão	2	4,6	5	10,5	4	8,6	5	9,9	8	15,8
Santana	14	5,9	16	7,0	16	7,1	16	7,0	15	6,6
Vitória do Jari	3	10,9	2	7,2	1	4,1	6	20,4	7	23,8
ESTADO	139	8,5	131	8,4	141	9,2	134	8,5	163	10,3

Fonte: SIM base estadual/CIAS/SVS/SESA-AP. Dados sujeitos a alterações. Atualização em 23/08/2019

Quadro 32 - Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia segundo municípios do Amapá período de 2014 a 2018(*)

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016(*)		2017(*)		2018	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Calçoene	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0
Oiapoque	0	0,0	0	0,0	1	2,2	2	3,6	1	1,8
Pracuúba	0	0,0	1	11,6	0	0,0	1	12,5	0	0,0

Tartarugalzinho	1	3,3	0	0,0	1	3,2	1	3,3	0	0,0
Cutias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,4	1	8,6
Ferreira Gomes	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,0
Itaubal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Macapá	38	3,9	33	3,5	31	3,3	34	3,7	27	2,9
Pedra Branca do Amapari	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6
Porto Grande	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	2,5	1	2,3
Serra do Navio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Laranjal do Jari	2	2,0	2	2,2	2	2,6	2	2,5	1	1,2
Mazagão	1	2,3	0	0,0	2	4,3	2	4,4	1	2,0
Santana	8	3,4	3	1,3	10	4,4	10	4,6	4	1,8
Vitória do Jari	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0
ESTADO	52	3,2	40	2,6	48	3,1	55	3,57	38	2,4

Fonte: SIM base estadual/CIAS/SVS/SESA-AP. Dados sujeitos a alterações. Atualização em 23/08/2019.

Quadro 33 - Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, segundo municípios do Amapá no período de 2014 a 2018(*).

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Amapá	0	0,0	0	0,0	2	14,9	0	0,0	2	10,8
Calçoene	3	15,2	0	0,0	0	0,0	1	4,8	1	4,5
Oiapoque	3	5,7	7	18,4	7	15,1	5	9,0	3	5,5
Pracuúba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0
Tartarugalzinho	2	6,7	1	3,3	1	3,2	0	0,0	3	9,5
Cutias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,4	0	0,0
Ferreira Gomes	1	5,3	1	5,2	0	0,0	1	6,1	0	0,0
Itaubal	1	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,9
Macapá	66	6,7	55	5,8	52	5,5	76	8,2	62	6,7
Pedra Branca do Amapari	4	15,9	2	10,1	4	19,9	5	18,4	1	3,6
Porto Grande	4	9,3	0	0,0	5	13,6	1	2,5	2	4,5
Serra do Navio	1	13,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Laranjal do Jari	4	4,0	6	6,5	7	8,9	2	2,5	3	3,6
Mazagão	3	6,8	4	8,4	5	10,7	4	8,9	2	3,9
Santana	10	4,2	14	6,1	10	4,4	13	5,9	10	4,4
Vitória do Jari	0	0,0	2	7,2	2	8,1	3	10,9	2	6,8
ESTADO	102	6,3	92	5,9	95	6,2	114	7,4	93	5,9

Fonte: SIM base estadual/CIAS/SVS/SESA-AP. Dados sujeitos a alterações. Atualização em 23/08/2019.

O óbito pós neonatal é aquele que ocorre entre os 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. No quadro acima, estão demonstrados o número e a taxa de mortalidade pós-neonatal, onde se observa que houve aumento no resultado desse indicador num percentual de 1,8%, traduzindo o aumento em 29 óbitos entre os anos de 2017 e 2018.

Rede de Urgência e Emergência

A atenção a Urgência e Emergência é um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde e demanda aos gestores a organização desta RAS, com o propósito de capilarizar as ações inerentes aos seus componentes e integração entre os pontos de atenção.

A fragilidade das estruturas, o financiamento, a extensão territorial, o despreparo e a rotatividade dos profissionais nos serviços podem ser elencados como um grande entrave, e torna o processo complexo, uma vez que sua organização envolve diversos e diferentes atores.

A proposta de regionalização do sistema urgência e emergência deve ser articulado com seus diversos componentes, desde a atenção primária em seu componente básico até a atenção especializada devendo atuar como estratégia necessária porque, simultaneamente, permite o acesso ao melhor cuidado, segundo um amplo leque de gravidade, e garante o acesso ao cuidado especializado, que não poderia ser disponibilizado em centros locais.

No Brasil, a importância de um sistema de UE foi reconhecida pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2048/2002, que estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e os critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços (**Brasil, 2002**). Nessa perspectiva, é proposto, então, que cada estado organize seu sistema de UE, cuja estruturação é considerada essencial para a consecução dos princípios do SUS (**Brasil, 2002**). A efetivação da proposta pressupõe que o sistema de UE se organize sob a forma de rede e que esta incorpore serviços de diferentes complexidades.

A implementação da RUE no Amapá tem a finalidade de organizar a atenção da Urgência e - UE no Estado, buscando consolidar a Rede de Atenção de Urgência e Emergência no âmbito da macrorregião. Porém, a extensão territorial, as estruturas obsoletas, dificuldade de acesso, fragmentação das ações impactam na gestão, organização da assistência, promoção e prevenção da saúde, tais fatores interferem na descentralização da gestão e gerência dos serviços de UE os quais ainda estão sob a responsabilidade do Estado.

Componentes da RUE segundo Portaria GM/MS nº 1.600 de 7 de julho de 2011: – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviço Atendimento Móvel de Urgência e Emergência - SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências e Emergências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento - UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral

aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Figura 3 - Desenho da Rede de Urgência e Emergência



Fonte: MS

A organização da RUE concentra seus serviços na Capital Macapá, assim é necessário normatizar a descentralização, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção especializada em saúde e das áreas afins e/ ou temáticas observadas os princípios e diretrizes do SUS que ainda se encontram sob gerência estadual.

Dentre os desafios da RUE estão a capilarização da rede em todo o estado, na perspectiva de desenvolver e garantir o cumprimento das políticas de saúde, através de ações individuais e coletivas de atenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população do Estado do Amapá; a certificação do acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a integração e interligação dos pontos de atenção da RUE fazendo-se cumprir os critérios para a adesão do componente SAMU, Adequação do Plano Estadual da RUE e definição por parte do MS do componente Sala de Estabilização.

Quadro 34 - Capacidade Instalada da Rede de Urgência e Emergência no Amapá.

COMPONENTES	QUANTIDADE
Porta de Entrada	05
SAMU	03
UPA	03
Sala de Estabilização	02
Leitos clínicos de retaguarda	331
Leitos de UTI	37
Leitos de Longa permanência	178
Complexo regulador	01
Atenção domiciliar	03

Fonte: DATASUS/MS -2020.

A estrutura da RUE está em processo de desenvolvimento, expansão e de habilitação de serviços. Assim é de fundamental importância investir em estratégias para novas pactuações com vistas a descentralização de ações e serviços que estão sob gestão e gerência do estado para capilarizar a rede entre as regiões de saúde com perspectivas de organizar as portas de entradas das Unidades de Urgência e Emergência, redefinir fluxos e protocolos (Quadro 35).

O perfil de morbimortalidade da população amapaense aponta as doenças crônicas degenerativas, as isquêmicas cardíacas e acidentes vasculares cerebrais, e as lesões por causas externas como as principais causas de morte da população, cenário que desafia a implementação das ações da Rede de Atenção à Saúde, especialmente a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, mas sem perder o foco na qualificação da Atenção Primária por ser o ordenador do sistema de saúde, tanto pela cobertura, quanto pela capacidade em acolher o usuário e dar resposta às situações de urgências.

No tocante a implementação da RUE no estado, é necessário priorizar o fortalecimento de várias ações no âmbito da saúde e de abrangência intersetorial, a exemplo: ações voltadas para a redução dos acidentes de trânsito e da violência urbana, intensificar a capacitação dos profissionais de todos os pontos de atenção da rede, melhorar a oferta de ações ambulatoriais de atenção especializada que, aliada à baixa cobertura e resolutividade da atenção básica,

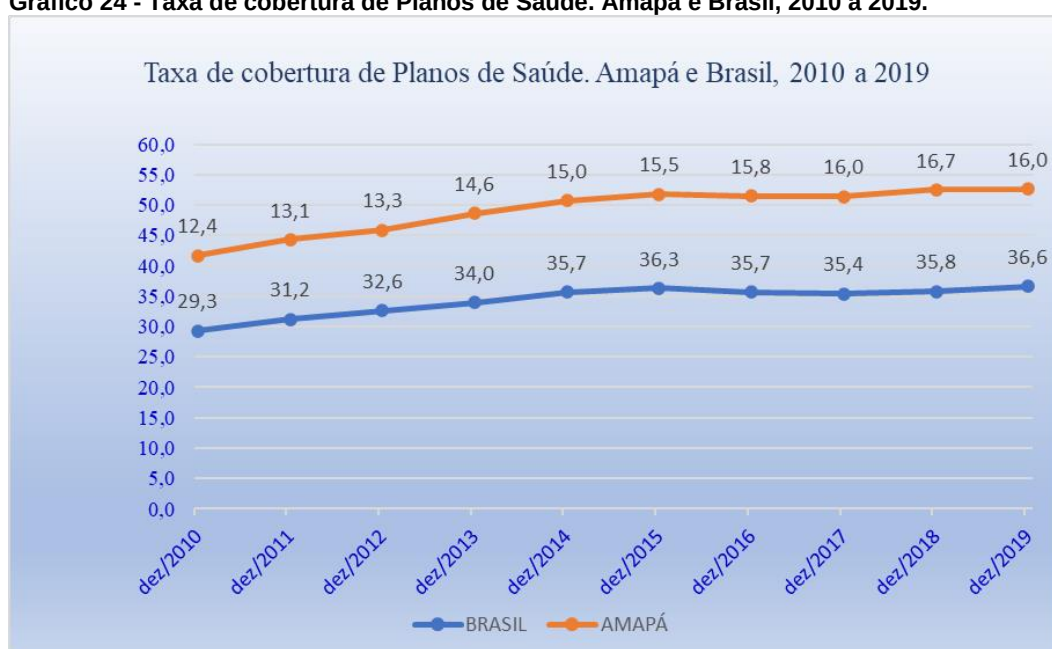
provoca a sobrecarga na assistência pré-hospitalar e hospitalar, que passam assim a ser a grande “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde.

SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar é exercida pela iniciativa privada, através de quatro principais modalidades: medicina de grupo, seguro de saúde, cooperativa médica e auto-gestão. Cada um com suas características e formas de organização.

No período de 2009 a 2015, a taxa de cobertura de planos de Saúde no Amapá apresentou-se estável, conforme demonstrado no Gráfico 24.

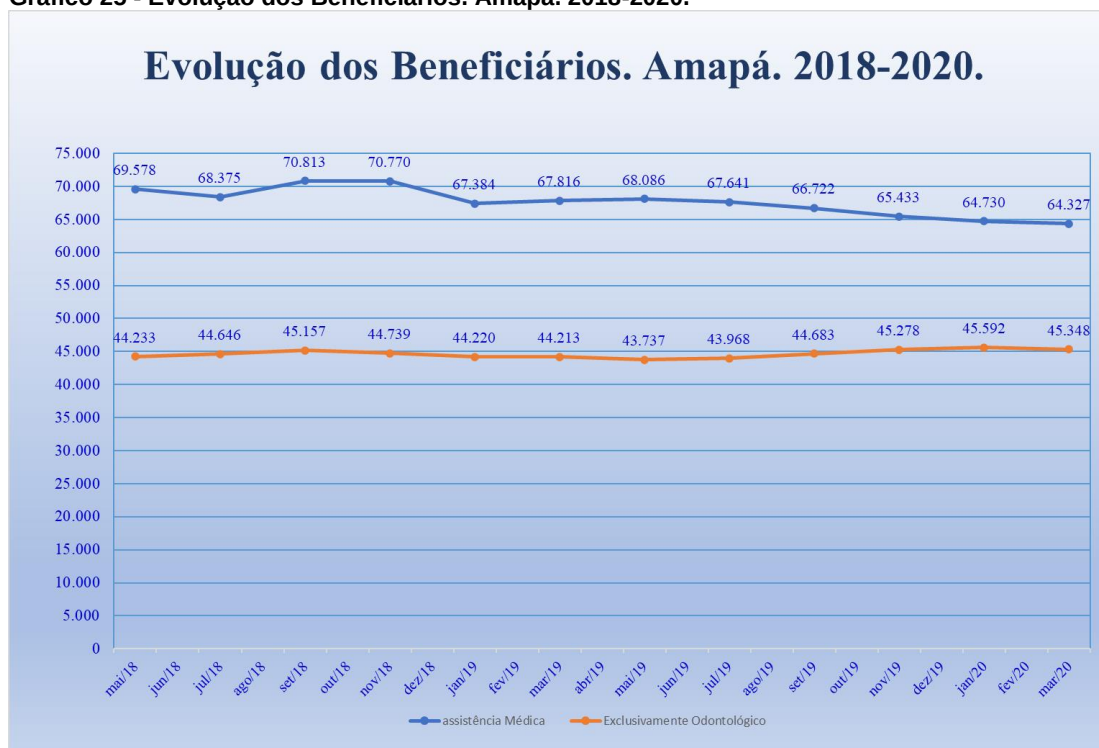
Gráfico 24 - Taxa de cobertura de Planos de Saúde. Amapá e Brasil, 2010 a 2019.



Fonte: SIB/ANS/MS, 2015.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019, houve uma redução de 70.357 para 65.291 beneficiários. E a taxa de cobertura, que era de 9,7% em 2015, no ano de 2019, ampliou para 15,86% (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Evolução dos Beneficiários. Amapá. 2018-2020.



Fonte: SIB/ANS/MS, 2020.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos Estados e Dos Municípios (CONASS, 2017).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção.

No Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) publicados pelo Ministério da Saúde. Os PCDTs definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis. Os medicamentos que fazem parte do elenco do CEAF são descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) e possuem atributos específicos que

garantem a gestão do componente por meio de sistemas de informação, bem como, o cumprimento dos critérios definidos nos PCDTs.

A Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS, apresenta a divisão do elenco de medicamentos em três grupos e define as responsabilidades de financiamento entre os entes federados:

Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, subdividido em:

Grupo 1A: medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;

Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos para aquisição pelas secretarias estaduais de saúde;

Grupo 2: medicamentos financiados e adquiridos pelas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal;

Grupo 3: medicamentos financiados de acordo com as normativas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos PCDTs como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

A aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico é responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo realizada de forma centralizada e sendo os medicamentos repassados aos Estados para que os mesmos distribuam aos Municípios.

Os recursos financeiros do Ministério da Saúde para o componente Estratégico são para aquisição de medicamentos de programas considerados estratégicos no cuidado da saúde, também dispensados na rede básica de saúde. São medicamentos para o tratamento de Tuberculose, Hanseníase, o Combate ao Tabagismo, para a Alimentação e Nutrição e para as Endemias Focais (Ex: Malária, Leishmaniose, Dengue, dentre outras), Coagulopatias e DST/AIDS. Esses medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e/ou municípios de acordo com programação informada pelos Estados e Municípios.

No Amapá a estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pela insuficiência de recursos financeiros

envolvidos, como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento de estoque, distribuição e dispensação.

A demanda por medicamentos é crescente e a disponibilidade de recursos não vem na mesma proporção. A eficácia e eficiência na gestão da assistência farmacêutica pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e de pessoal qualificado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

É imprescindível que exista um fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos, conhecido por todos os profissionais envolvidos, sendo as competências e as atribuições de todas as atividades padronizadas através da implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP). A padronização de procedimentos tem o objetivo de qualificar a sua realização, orientar novos trabalhadores e uniformizar as condutas e os resultados. A elaboração dos POPs é uma tarefa trabalhosa, uma vez que descreve todas as etapas do processo e deve ter a participação das pessoas responsáveis pela sua execução, bem como o treinamento de todos os funcionários envolvidos com sua execução.

A deficiência de padronização de medicamentos no âmbito do Estado, bem como a ausência de definição de diretrizes e protocolos clínicos são obstáculos que a gestão da assistência farmacêutica enfrenta, o que colabora com o desperdício e o aumento da judicialização.

É necessário a implementação de sistemas informatizados para garantir o controle e a rastreabilidade da cadeia de compra, estoque, distribuição e dispensação. Além da qualificação e atualização dos corpo de farmacêuticos clínicos nas unidades hospitalares.

OUVIDORIA

A atuação da Ouvidoria do SUS atende, fundamentalmente, ao comando constitucional do art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal que determina ao Poder Executivo, observadas as disposições legais, a instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões dos (as) cidadãos (ãs), especialmente os usuários dos serviços públicos, e garantir espaços, mecanismos e instrumentos de participação e controle social sobre sua atuação e serviços ofertados à população.

A Ouvidoria do SUS/AP faz parte da Política Participativa do SUS, e atua como canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, subsidiando a Política de Saúde do Estado.

CONTROLE SOCIAL

O Controle Social tem por objetivo integrar a sociedade com a administração pública, cuja a finalidade precípua é de solucionar as problemáticas e deficiências que afligem a sociedade com mais eficiência. Isso ocorre em razão da sociedade, nos dias de hoje, demonstra-se cada vez mais interessada em solucionar essas deficiências e, auxiliar a administração pública com objetivo de disponibilizar os serviços públicos aos cidadãos que os utilizam.

O controle social consiste na descentralização dos serviços públicos, neste caso da saúde, por parte do Estado, estimulando grupos sociais imbuídos a solucionar as deficiências na prestação dos referidos serviços, respaldados legal e constitucionalmente, ou seja, a efetiva participação social na gestão pública. É um instrumento democrático no qual se vislumbra a participação dos cidadãos no exercício da função estatal, retratando a vontade da sociedade como fator de avaliação para a criação de metas a serem alcançadas atinentes as políticas públicas da saúde, bem como fiscalizando o implemento por parte do Ente Público.

O Conselho Estadual de Saúde foi criado pela Lei n.º 1.628, de 12 de março de 2012, dentre as atribuições se destacam: atuar na formulação de estratégia e no controle e acompanhando, analisando e fiscalizando a execução das Políticas de Saúde, na esfera do Governo Estadual, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho é composto por 28 (vinte e oito) membros que, respeitando a paridade instituída na Lei Federal nº 8.142, de 1990 e proporções da Resolução nº 333/CNS, representarão no órgão os seguimentos da sociedade, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e governo, da seguinte forma: 50% (cinquenta por cento), de entidades representantes dos usuários do SUS; 25% (vinte e cinco por cento), de entidades representantes dos trabalhadores em saúde pública; e 25% (vinte e cinco por cento), de entidades representantes de governo e prestadores de serviços em saúde pública. O Conselho se reúne uma vez por mês ordinariamente, sempre que necessário diante pauta de grande relevância, se reúne extraordinariamente.

FINANCIAMENTO

As ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2015, o Brasil teve um gasto anual de 8,9% do PIB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O SUS, desde a sua constituição apresentou mudanças normativas que afetaram o seu financiamento (PIOLA et al., 2018).

O Congresso nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 29 que vinculou percentuais mínimos de recursos para serem aplicados em ações e serviços de saúde, sendo 12% para os estados e 15% para os municípios (MENDES, 2019).

Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

A Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, atualmente a maior referência legal no que se refere ao financiamento do SUS, regulamentou a emenda constitucional nº 29. Essa legislação definiu o percentual mínimo a ser aplicado em saúde, distinguindo as consideradas despesas com ações e serviços de saúde e o seu controle. A partir de janeiro de 2018 os recursos do Ministério da Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde;

II. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio transferidos são destinados à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde também serão transferidos em conta corrente única, aplicados conforme definido no ato normativo pactuado e publicado em portaria específica, e destinar-se-ão, exclusivamente, à: I. aquisição de equipamentos; II. obras de construções novas utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e III. obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

A Portaria nº. 2.979 de 12 de novembro de 2019, estabeleceu o novo modelo de financiamento federal na APS e substituiu as principais formas de financiamento da Atenção

Básica, por 4 dimensões de financiamento: Capitação Ponderada; Desempenho; Programas (Incentivos); e, Provimento.

A nova estrutura de financiamento federal para a APS classifica os municípios de acordo com a tipologia do IBGE (de espaços rurais e urbanos) e focaliza no cadastramento de pessoas (registro baseado no CPF, único para cada pessoa) por equipe de saúde. Os municípios são classificados de rurais remotos a urbanos, e a tipologia municipal define o número de pessoas que cada equipe vai atender, desde que estejam cadastradas. Além disso, são empregados critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde deverão ser financiados de acordo com o PPA, LDO e LOA, conforme art. 30, da Lei Complementar 141/2012.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicador para Monitoramento e Avaliação.

Eixo I – Programa 020

Gestão do Sistema Único de Saúde: Realizar a gestão do SUS por intermédio de um processo descentralizado na definição de metas pactuadas para a educação em saúde, para os investimentos de infraestrutura física e tecnológica e na implementação do acompanhamento e monitoramento em tempo real da execução da assistência a saúde no Estado.

0020 - GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
1056 - INVESTIMENTO E INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA
000544 - Equipamentos
000545 - Construção
000546 - Reforma / ampliação
2112 - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS
000606 - Educação Superior
000607 - Educação Técnico-profissionalizante
000608 - Educação Popular
2625 - GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
000539 - Ouvidoria
000540 - Auditoria
000541 - Controle Social
2628 - POLITICA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
000542 - Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
2663 - MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE
000588 - Comissões Intergestoras
000589 - Economia da Saúde
000609 - Tecnologia e Informação em Saúde

Ação PPA 1056		
Diretriz: Investimento e Infraestrutura Física e Tecnológica		
Ampliar, Modernizar, e Qualificar a Rede de Saúde do SUS/AP nos diferentes níveis de atenção, promovendo a melhoria da prestação de serviços aos usuários do sistema, a partir de construções, ampliações, reformas e aquisições de equipamentos, dos espaços físicos, ambiência e serviços especializados, tornando-os resolutivos.		
Objetivo: Promover a qualidade dos serviços no âmbito da saúde, para a população, através da implementação da infraestrutura física e tecnológica.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Construir uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON.	2019 0	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia construída.
2. Estruturar tecnologicamente a UNACON para ampliação e implantação de novos serviços.	2019 0	Equipamentos para implantação de novos serviços adquiridos.
3. Concluir o prédio para o funcionamento do Complexo Regulador do estado.	2019 Em obra.	Prédio do Complexo Regulador concluído.
4. Construir, reformar ou ampliar prédio para funcionamento do Hospital Geral com Urgência e Emergência	2019 Projeto	Construção reforma ou ampliação do prédio do Hospital Geral com Urgência e Emergência concluído.
5. Construir nova Maternidade do	2019	Hospital de Maternidade construído.

Estado.	Projeto	
6. Concluir a obra da Maternidade de Risco Habitual da Zona Norte - MRH	2019 Em fase de conclusão	Obra da Maternidade de Risco Habitual concluída.
7. Concluir as obras do Hospital da Criança e do Adolescente – HCA.	2019 - Fase de nova licitação	Obra do Hospital da Criança e do Adolescente concluída.
8. Reformar e ou ampliar as Unidades Mistas de Saúde.	2019 Projeto	Reformas das Unidades Mistas realizadas
9. Concluir as obras do Hospital Estadual de Santana - HES	2019 Em andamento	Obras do Hospital Estadual de Santana concluídas.
10. Construir no Município de Oiapoque o Laboratório de Fronteira - LAFRON	2019 Em análise	Laboratório de fronteira construído.
11. Concluir as obras do Hospital da Mulher Mãe Luzia - HMML	2019 Em andamento	Obras do Hospital da Mulher concluídas.
12. Concluir a obra do Hospital de Clínicas - HCAL	2019 Em andamento	Obras do Hospital de Clínicas concluídas.
13. Reformar e ampliar o Hospital Estadual de Laranjal do Jarí – HELJ.	2019 Projeto	Reforme e ampliação do Hospital Estadual de Laranjal do Jari concluídas.
14. Construir a porta de entrada para urgência e emergência do Hospital Estadual de Oiapoque - HEO	2019 Projeto	Porta de entrada para urgência e emergência construída.
15. Reforma e ampliação do Prédio onde funciona a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica – CAF, para o armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos.	2019 Projeto SEINF	Prédio reformado e ampliado.
16. Compor o parque tecnológico com aquisição de equipamentos móveis e materiais permanentes para toda estrutura da assistência e da gestão da SESA.	2019 0	Estrutura assistencial e de gestão composta.

Ação PPA 2112

Diretriz: Escola de Saúde Pública do Sistema Único de Saúde

Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde, visando o desenvolvimento e qualificação profissional refletindo na melhoria da prestação dos serviços e da gestão em saúde, assim como fomentar a pesquisa científica no âmbito do SUS, buscando a incorporação de produtos e a inovação tecnológica para a melhoria dos processos de gestão e da assistência em saúde.

Objetivo: Fortalecimento da Educação Permanente em Saúde.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Instituir a Escola de Saúde Pública do Amapá; Regularizar a Escola de Saúde Pública do Amapá; Credenciar a Escola de Saúde Pública do Amapá no Conselho Estadual de Educação – CEE.	Necessidade de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS no Amapá.	Escola instituída, regulamentada e credenciada.
2. Readequar o Programa de Residências em Saúde	Necessidade de adequação e atendimento de demanda formativa e de treinamento em serviço multiprofissional na saúde	Ato de encerramento do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem e Ato de credenciamento da Residência Multiprofissional.
3. Ofertar o Curso de Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i> na modalidade de Residência Multiprofissional – 68	Qualificação da demanda formativa e de treinamento em serviço multiprofissional na	Número de residentes qualificados

profissionais.	saúde.	
4. Implementar o Programa de Pós-Graduação <i>Latu Senso</i> da Escola de Saúde Pública do Amapá para 800 profissionais.	Demandas por formação continuada não atendida nos anos anteriores	Número de profissionais pós-graduados.
5. Promover cursos de capacitação, aperfeiçoamento, oficinas e seminários para 4.000 profissionais de nível superior	Demandas dos diversos setores da SESA.	Número de profissionais capacitados.
6. Promover cursos de capacitação, aperfeiçoamento, oficinas e seminários para 3.600 profissionais de nível médio.	Demandas dos diversos setores da SESA.	Número de profissionais capacitados
7. Realizar formação inicial de nível técnico para 490 pessoas.	Demandas por formação inicial de nível técnico	Número de concluintes da formação.
8. Implementar 54 ações de educação Popular.	Demandas por promoção de educação popular	Número de ações implementadas.
9. Gerir 56 convênios a serem firmados entre instituições de ensino públicas e privadas e a SESA para a realização de estágio curricular	Regulação dos convênios firmados entre instituições de ensino e a SESA	Número de convênios regulados
10. Assegurar o papel da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) na participação na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.	Identificação das necessidades reais de educação permanente para melhoria do SUS-AP	Reuniões de apresentação de necessidades de educação permanente e avaliação das atividades de educação realizadas nos períodos anteriores.
11. Incentivar, coordenar e acompanhar 868 pesquisas científicas no âmbito do SUS.	Demandas por desenvolvimento de pesquisas científicas pelo SUS.	Número de pesquisas realizadas.
12. Promover a incorporação de resultados (produtos) de pesquisas na assistência e na gestão do SUS.	Ausência ou desconhecimento de resultados de pesquisas relevantes a qualificação da assistência e da gestão do SUS.	Número produtos de pesquisa incorporados na assistência e na gestão.

Ação PPA 2625

Diretriz: Gestão Estratégica e Participativa

Promover atividades voltadas ao aprimoramento da Gestão do SUS, visando à maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluam o apoio ao Controle Social, à Educação Popular, à Mobilização Social, à busca da Equidade, ao Monitoramento e Avaliação, à Ouvidoria, à Auditoria e à Gestão Ética nos serviços públicos de saúde.

Objetivo: Executar as ações de gestão de forma transparente, com qualidade através do controle social fortalecido, tendo uma ouvidoria efetiva, com os processos de auditoria eficaz, utilizando os instrumentos de gestão.

Ouvidoria do SUS

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Estruturar a Ouvidoria Geral do SUS/SESA/AP	Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007-MS/SGEP.	Ouvidoria Geral estruturada
2. Implantar Ouvidorias nas 28 unidades assistenciais sob gestão da SESA.	Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007-MS/SGEP. Hospitais 8; Centros de Referência 6; Unidades Mistas 8; UPA's 3; SAMU 1; HEMOAP 1; e	Número de Ouvidorias implantadas

	LACEN 1.	
3. Apoiar os 16 Municípios para Implantação de Ouvidorias Municipais de Saúde.	Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007-MS/SGEP. Total de municípios do estado (16)	Número de Municípios apoiados para implantação de Ouvidoria
4. Elaborar 8 projeto de capacitação técnica de servidores da rede de Ouvidoria Estadual do SUS/AP.	Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007-MS/SGEP.	Número de Projetos elaborados
Auditoria		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Realizar 10 Auditorias de Gestão	2017 - 2,2,3 e 3	Número de Auditorias de Gestão realizadas.
2. Realizar 10 Auditorias na rede de assistência a Saúde	2017 - 2,2,3 e 3	Número de Auditorias realizadas na rede assistencial.
3. Realizar 100% de visitas técnicas de acordo com as demandas da Gestão	2017	Número demandas com visitas técnicas realizadas.
4. Participar em 20 Eventos para qualificação dos servidores	Programação Ministério da Saúde – 5,5,5 e 5	Número de eventos com participação de servidores.
5. Emitir 100% de parecer Técnico de acordo com as demandas da Gestão	2017	Número de demandas com parecer técnico emitido.
Controle Social		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Garantir a operacionalização do Conselho Estadual de Saúde.	Reuniões mensais, 72 no período.	Número de reuniões ordinárias e extraordinárias no período. Respectivamente 48 e 24
2. Apoiar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.	Visitas técnicas, 64 no período	Número de apoio técnico realizado.
3. Realizar monitoramentos das metas propostas na 16ª Conferência Nacional de Saúde e do PES-2020/2023, mediante o monitoramento das respectivas PAS;	Conferência Nacional e Estadual de Saúde 2019. Prevista de 64.	Número de monitoramentos realizados.
4. Efetivar a Operacionalização do Plano Estadual de Educação Permanente para o Controle Social no SUS com a qualificação de 84 conselheiros.	-	Número de conselheiros qualificados
5. Analisar, apreciar e deliberar sobre os instrumentos de gestão do SUS/AP.	Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Total de 21 instrumentos.	Número de análises e deliberações no período.
6. Garantir a operacionalização das Conferências Municipal e Estadual de Saúde.	Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Conferências de Saúde no total de 17.	Número de Conferências de saúde operacionalizado.
7. Realizar fiscalizações nas Unidades de Saúde Municipais e Estadual.	Unidades de Saúde da rede SUS do Estado contidos no CNES	Número de unidades de saúde fiscalizadas.
8. Acompanhar a transferência e aplicação de recursos aos municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde – SUS.	Transferências do Fundo Nacional e Fundo Estadual de Saúde. 32 transferências	Número de transferências com acompanhamento dos recursos aplicados.
9. Fiscalizar a atuação das unidades assistenciais do SUS sob gestão do estado e as privadas contratualizadas.	2019 - Hospitais 8; Centros de Referência 6; Unidades Mistas 8; UPA's 3; SAMU 1; HEMOAP 1; e LACEN 1. Hospital São Camilo,	Número de unidades de saúde fiscalizadas.

	Hospital de Barretos, A.C. Cambraia, Med Diagnóstico. Sendo 3 fiscalizações por unidade ao ano.	
10. Acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária do Fundo Estadual de Saúde.	Orçamentos dos anos de 2020 a 2023. 48 no período. SIOPS 24 lançamentos no período.	Acompanhamento bimestral da aplicação dos recursos no período.
Monitoramento e Acompanhamento dos Instrumentos de Gestão		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Apoiar e acompanhar 16 Municípios nos 03 instrumentos de Gestão.	PPA Municipal 2018 a 2021	Número de municípios acompanhados
2. Consolidar os 21 instrumentos de Gestão do Estado no período.	Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. (1 PES, 4 PAS, 12 RDQ e 4 RAG).	Número de Instrumentos de Gestão consolidados
3. Monitorar os instrumentos de Gestão do Estado.	Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Número de Instrumentos de Gestão monitorados
4. Submeter os 21 Instrumentos de Gestão ao CES.	Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. (1 PES, 4 PAS, 12 RDQ e 4 RAG).	Número de Instrumentos de Gestão submetidos ao CES.
5. Apresentar em 12 Audiência Pública na Assembleia Legislativa do Estado, os Relatórios Detalhado do Quadrimestre - RDQ's.	Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Números de Relatórios Detalhados do Quadrimestre apresentados em Audiência Pública.
Cooperação Técnica de Saúde na Fronteira		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Acompanhar o processo de Cooperação Técnica de Saúde na Fronteira, Brasil/França	2019 - 7	Ações de cooperação acompanhadas.

Ação PPA 2628		
Diretriz: Política da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde		
Promover condutas e práticas unificadas da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para todos profissionais e servidores da SESA/AP, visando ações coerentes e com conhecimento nivelados à todos.		
Objetivo: Garantir um serviço de qualidade a população e a valorização do serviço por meio de um atendimento humanizado que promova a integração profissional e usuário do sistema.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Revisar o Plano de Carreira, Cargo e Salário (PCCS) Lei 1059/2006;	PCCS (Lei 1059/2006).	PCCS revisado
2. Realizar mesa de negociação, de forma periódica, com 24 encontros no período, com os trabalhadores do SUS	Regimento da Mesa de negociação aprovado em maio de 2017	Número de encontros realizados
3. Realizar estudo de quantitativo de servidores na área da gestão e da assistência. (Sprint de Dimensionamento).	PCCS (Lei 1059/2006; Lei 066/93).	Sprint de Dimensionamento efetivado
4. Subsidiar, com informações necessárias, a realização de	PCCS (Lei 1059/2006; Lei 066/93).	Número de unidades com dimensionamento de pessoal realizado.

concurso público, de novos serviços de saúde na SESA.		
5. Implantar controle biométrico em todas as 24 unidades de saúde sob gestão da SESA.	Procedimento de Gestão; recomendação P.A 1.12.000351/2017-09.	Número de unidades com controle biométrico instalado
6. Implantar o projeto de saúde do trabalhador “Cuidando de quem Cuida”, nas 24 unidades assistenciais sob gestão da SESA.	Grande número de absenteísmo em 2017.	Número de unidades com o projeto implantado.

Ação PPA 2663

Diretriz: Modernização da Gestão do SUS

Qualificar e consolidar o modelo de gestão da SESA e dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde no Estado do Amapá, fortalecendo a governança estadual e regional para melhor acesso da população, atendendo aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde, estabelecidos constitucionalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: Fazer com que a gestão tenha uma estrutura organizacional e funcional que dê respostas às redes de atenção a saúde criando condições para que as ações e serviços de saúde sejam prestados de forma eficiente, equitativa e com qualidade.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Efetivar a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde – SES	Lei nº 2.212 de 14 de julho de 2017, que dispõe sobre a finalidade e estrutura organizacional básica e de cargos da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências.	Regulamentação da estrutura efetivada.
2. Operacionalizar a Comissão Intergestora Bipartite, mantendo a realização de 44 reuniões no período.	2017 . 11 reuniões no período da CIB Estadual.	Número de Reuniões para deliberações e pactuações.
3. Operacionalizar as Comissões Intergestoras, Regionais, mantendo a realização de 120 reuniões no período.	2017 . 30 reuniões no período.	Número de Reuniões para deliberações e pactuações.
4. Acolher os novos gestores municipais do SUS que tomarão posse em janeiro de 2021.	Evento com gestores municipais que assumiram em 2018.	Número de encontros realizados.
5. Promover o uso racional e eficiente dos recursos públicos por meio da Política de Economia da Saúde nas 26 unidades assistenciais sob gestão da SESA.	Custo de unidade assistencial, para efeito de planejamento.	Número de unidades de saúde como PNGC implantado e monitorado.
6. Implantar sistema de gestão das informações em saúde a fim de subsidiar o planejamento do SUS/Ap em tempo real.	Necessidade constante de acessar diversas informações em tempo oportuno	Sistema implantado.

Eixo II – Programa 021

Organização das Redes de Atenção a Saúde: Reorganizar e estruturar os serviços e ações de saúde de forma integrada, hierarquizada, igualitária e articulada em todos os pontos e níveis de atenção dentro das Redes de Saúde, com a finalidade de garantir acesso a toda população no Estado do Amapá.

0021 - ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
2109 - UNIDADES DA CAPITAL
000551 - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
000552 - Centro De Referencia De Doenças Tropicais - CRDT
000553 - Saúde Mental - CAPS
000554 - Centro de Referencia em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CERPIS/AP.
000555 - Hospital da Criança e do Adolescente - HCA
2110 - UNIDADES DO INTERIOR DO ESTADO
000556 - Unidades Mistas de Saúde - UMS
000557 - Hospital Estadual de Santana - HES
000558 - Hospital Estadual de Oiapoque - HEO
000559 - Hospital Estadual de Laranjal do Jari - HELJ
2111 - HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA
000591 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia - HCAL
000592 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON/HCAL
000593 - Internações Clínicas - HCAL
000594 - Serviços de Consultas Especializadas e Procedimentos Ambulatoriais - HCAL
000595 - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT/HCAL
000597 - Internações para Procedimentos em Cirurgias Especializadas - HCAL
2617 - QUALIDADE DO SANGUE
000480 - Hematologia
000481 - Hemoterapia
2621 - CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPLEMENTARES
000596 - Hospital Filantrópico
000598 - Contratação por credenciamento de serviços de assistência à saúde
000599 - Contratualização com instituição sem fins lucrativos
000600 - Contratualização com Hospital Universitário
2622 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO INFANTIL
000571 - Rede Materno Infantil - Hospital Maternidade Mãe Luzia (Gestação de alto risco)
000572 - Rede Materno Infantil - Maternidade de Risco Habitual “Dra. Euclélia Américo”
000573 - Rede Materno Infantil - Hospital Estadual de Laranjal do Jari (Gestação de Risco Habitual)
000574 - Rede Materno Infantil - Maternidade do Hospital Estadual de Santana (Gestação de Risco Habitual)
000575 - Rede Materno Infantil - Hospital Estadual de Oiapoque (Gestação de Risco Habitual)
000590 - Rede Materno Infantil - Unidades Mistas de Saúde
2624 - ASSISTENCIA FARMACEUTICA
000578 - Apoio Técnico e Financeiro aos Municípios
000582 - Aquisição de Insumos/Correlatos
000583 - Medicamentos Excepcionais
000584 - Sentenças Judiciais
000585 - Dar suporte às Farmácias atendidas pelo Estado
000587 - Medicamentos Essenciais
2626 - AVALIAÇÃO, CONTROLE E REGULAÇÃO
000543 - Regulação
000603 - Controle e Avaliação

000604 - Tratamento Fora de Domicílio
000605 - Central Estadual de Transplante
2633 - REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA
000560 - Porta de Entrada dos Hospitais de Referências
000561 - Serviço de Atendimento Móvel - SAMU
000562 - Unidade de Pronto Atendimento - UPA/Pré-Hospitalar FIXO
000563 - Manutenção dos leitos de UTI'S
000564 - Manutenção do Hospital de Emergência Oswaldo Cruz
2647 - FORTALECIMENTO DA ATENCAO PRIMARIA DE SAUDE
000568 - Repasse Financeiro aos Municípios
000569 - Implantar o Apoio Institucional aos Municípios
000570 - Qualificar a Atenção Primária a partir da Planificação da Atenção à Saúde
2696 - PROMOVER SAÚDE, BEM ESTAR E QUALIDADE DE VIDA
000469 - Reabilitação Física
000488 - Reabilitação da Saúde Auditiva
000491 - Serviços de Reabilitação da Saúde Intelectual
000494 - Monitoramento da Triagem Neonatal
2711 - CONTRATUALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE
000601 - Gestão de OSS na UPA da Zona Sul
000602 - Gestão de OSS na Maternidade de Risco Habitual

Ação PPA 2109		
Diretriz: Manutenção das Unidades de Saúde da Capital sob Gestão do Estado		
Manter o pleno funcionamento das Unidades de Saúde para o atendimento integral, oportuno e adequado, com toda estrutura de apoio e multiprofissional, estrutura de medicamentos, correlatos e insumos, exames especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) e procedimentos especializados necessários às demandas dos usuários do SUS.		
Objetivo: Realizar atendimentos de saúde a população referenciada da atenção primária.		
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Realizar 96.000 Procedimentos de Periodontia.	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número procedimentos de periodontia realizados.
2. Realizar 24.000 Procedimentos de Bucomaxilofacial.	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de Procedimentos de Bucomaxilofacial realizados.
3. Realizar 2.400 Procedimentos de Estomatologia.	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de estomatologia realizados.
4. Realizar 19.200 Procedimentos de Radiologia	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de radiologia realizados.
5 Realizar 48.000 Procedimentos de Clínica Geral	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de clínica geral realizados.
6. Realizar 8.000 Procedimentos de Pacientes Com Necessidades Especiais - PNE	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de paciente com necessidade especial - PNE realizados
7. Realizar 48.000 Procedimentos de Odontopediatria	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de odontopediatria realizados.
8. Realizar 2.400 Procedimentos de Ortodontia/ Ortopedial Funcional dos Maxilares	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de ortodontia/ortopedial funcional dos maxilares realizados.
9. Realizar 28.800 Procedimentos de Endodontia	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de endodontia realizados.
10. Realizar 4.800 Procedimentos de Prótese Dentária	RAG 2018 - Capacidade de instalação da unidade	Número de procedimentos de prótese dentaria realizados.

Centro de Referencia de Doenças Tropicais - CRDT		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Realizar 104.528 procedimentos multiprofissionais de média complexidade referenciados.	Capacidade de instalação da unidade	Número procedimentos de multiprofissional de média complexidade referenciado realizado
2. Realizar 158.108 consultas médicas especializadas.	Capacidade de instalação da unidade	Número de consultas médicas especializadas
3. Realizar 8.400 pequenas cirurgias ambulatoriais e curativas	Capacidade de instalação da unidade	Número de pequenas cirurgias ambulatorial e curativas
4. Ofertar 320 órteses e calçados adaptados para pacientes com sequelas em hanseníase	Capacidade de instalação da unidade	Número de órteses e calçados adaptados para pacientes com sequelas em hanseníase ofertado
5. Ofertar 24.000 exames para apoio diagnostico no SAE-ETC	Capacidade de instalação da unidade	Número apoio diagnostico realizados no SAE-ETC.
6. Ofertar 12.000 exames para apoio diagnóstico no CRDT	Capacidade de instalação da unidade	Número apoio diagnostico realizados no CRDT
Saúde Mental - CAPS		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Realizar 48 ações do Grupo condutor da saúde mental	Capacidade da unidade	Número de Ações do grupo condutor da saúde mental realizados.
2. Manter atenção qualificada com 22.144 atendimentos em uso problemático de álcool e outras drogas através do CAPS-AD - Espaço Acolher	Capacidade da unidade	Número de atendimento qualificado no CAPS – AD - Espaço Acolher realizado
3. Manter atenção qualificada com 25.520 atendimentos em transtornos mentais severos e persistentes, através do CAPS III - Casa Gentileza	Capacidade da unidade	Número de atendimento qualificado no CAPS III - Casa Gentileza realizado
4. Prestar apoio técnico anual até 2023, para abertura do Serviço Residencial Terapêutico no âmbito municipal.	Abertura da unidade	Ação de apoio técnico prestado para implantação do serviço de residência terapêutica no Município de Macapá.
Centro de Referencia em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CERPIS		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Disponibilizar 356.400 atendimentos em práticas integrativas e complementares	Capacidade de instalação da unidade	Número de atendimentos em práticas integrativas e complementares realizado
2. Implantar e Implementar as práticas integrativas e complementares nos 16 Municípios	Capacidade de instalação da unidade	Número de municípios com práticas integrativas e complementares implantadas e implementadas
3. Implementar o Projeto de Plantas Medicinais e Fitoterápicos da Rede SUS.	Capacidade de instalação da unidade	Projeto de plantas medicinais e fitoterápicos da Rede SUS implementado.
4. Realizar 8 eventos comemorativos	Projeto elaborado em 2019	Número de eventos comemorativos realizados
Hospital da Criança e do Adolescente - HCA		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Disponibilizar 16.248 internações em pediatria	- Em 2019, 3.429 internações clínicas e cirúrgicas; - Considerando o número de leitos de internação 134, 9,5 m.p,	Número de internações de pacientes.

	80% t.o, projeta-se 4.062 internações a.a.	
2. Reduzir, no período, para 6,0 a média de permanência nos leitos clínicos pediátricos.	Média de permanência em 2019, 9,5	Redução da Média de permanência no período para leitos clínicos pediátricos.
3. Realizar 5.610 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais eletivos	-	Número de procedimento cirúrgico ambulatorial realizado.
4. Realizar 554.288 procedimentos de apoio e diagnóstico (SADT)	2019 – 112.661 Capacidade instalação	Número de serviço de apoio e diagnóstico realizado
5. Realizar 1.604.624 atendimentos multiprofissional.	Capacidade de instalação	Número de atendimento multiprofissional realizado

Ação PPA 2110

Diretriz: Unidades de Saúde do Interior do Estado

Manter e qualificar a estrutura e a assistência à saúde prestada aos usuários do SUS nos diversos municípios de estado, para atendimentos multiprofissionais, serviços de apoio e diagnóstico, apoio com medicamentos, correlatos e insumos, visando a reabilitação e reinserção do indivíduo à comunidade.

Objetivo: Realizar atendimentos de saúde a população referenciada da atenção primária

Unidades Mistas de Saúde

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Repassar a Gestão e Gerencia das 8 Unidades Mistas de Saúde aos Municípios.	Capacidade de resolutividade das unidades mistas	Número de Unidades Mistas de Saúde repassadas aos municípios.
2. Ofertar 120.000 consultas nas clínicas básicas.	Capacidade de resolutividade das unidades mistas	Número de consultas realizadas
3. Ofertar 5.236 internações nas clínicas básicas.	Capacidade de resolutividade das unidades mistas	Numero de internações nas clínicas básicas realizada.
4. Ofertar 634.400 Procedimentos de Apoio ao Diagnóstico.	Capacidade de instalação das unidades	Numero de procedimentos de apoio e diagnóstico realizado

Hospital Estadual de Santana

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Ofertar 24.000 consultas nas clínicas Especializadas	Capacidade de resolutividade do Hospital	Número de consultas especializadas realizadas
2. Ofertar 2.080 internações nas clínicas Especializadas	Capacidade de resolutividade do hospital estadual de Santana	Numero de internações nas clínicas especializadas realizadas
3. Ofertar 104.400 Procedimentos de Apoio ao Diagnóstico.	Capacidade de instalação do hospital estadual de Santana	Numero de procedimentos de apoio diagnóstico realizados
4. Habilitar o serviço de alta complexidade em nefrologia no Hospital Estadual de Santana	Serviços disponibilizados em 2017	Serviço de Alta complexidade de Nefrologia Habilitado.

Hospital Estadual de Oiapoque

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Ofertar 24.000 consultas nas clínicas especializadas	Capacidade de resolutividade do hospital	Numero de consultas especializadas realizadas.
2. Ofertar 2.040 internações nas clínicas especializadas	Capacidade de resolutividade do hospital	Numero de internações nas clínicas especializadas realizadas.
3. Ofertar 123.600 Procedimentos de Apoio e Diagnóstico.	Capacidade de instalação do hospital.	Numero de procedimentos de apoio e diagnóstico realizados.

Hospital Estadual de Laranjal do Jari – HELJ

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Ofertar 48.000 consultas em	Capacidade de resolutividade do	Número de consultas especializadas

clínicas especializadas	hospital	Realizadas
2. Ofertar 8.000 internações nas clínicas especializadas	Capacidade de resolutividade do hospital	Numero de internações nas clínicas especializadas realizadas.
3. Ofertar 433.508 Procedimentos de Apoio e Diagnóstico	Capacidade de instalação do hospital	Numero de procedimentos de apoio e diagnósticos realizados.

Ação PPA 2111

Diretriz: Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima – HCAL

Ampliar, modernizar, e qualificar a assistência à saúde prestada ao SUS, sendo referencia da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, contando com equipe de médicos especialistas equipe multiprofissional, estrutura de apoio e diagnóstico, medicamentos, correlatos e insumos necessários às demandas dos usuários.

Objetivo: Realizar atendimentos de saúde à população referenciada da atenção primária para diagnóstico e procedimentos especializados de Média e Alta Complexidade, visando a reabilitação e a reinserção do indivíduo na comunidade.

Unidade de Alta Complexidade em Nefrologia

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Disponibilizar 244.978 Sessões de Hemodiálise.	2017 - 38.878	Número de sessões de hemodiálise realizadas
2. Disponibilizar 17.061 Consultas Médicas em Nefrologia (Pediatra e Adulta)	2018 - 3.230	Número de consultas em nefrologia realizadas.
3. Disponibilizar 656 procedimentos para confecções de Fístula Artéria Venosas;	2017 - 45	Número de confecção de fístula artério venosa realizadas
4. Disponibilizar 604 procedimentos de implante de cateter duplo Lumen para hemodiálise.	2017 - 198	Número de implantes de cateter realizados.
5. Realização de Atendimento Multiprofissional	-	Número de atendimentos multiprofissionais realizados.

Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Disponibilizar 14.218 Consultas Médicas em Oncologia.	2018 - 3.252	Número de consultas em oncologia realizadas.
2. Disponibilizar 21.200 Sessões de Quimioterapia /Hormonioterapia.	2017 - 3.313 (Portaria pede 5.300 aa)	Número de sessões de quimioterapia/hormonioterapia realizado.
3. Disponibilizar 2.600 Cirurgias Oncológicas.	2019 - 134 (Portaria pede 650 aa)	Número de cirurgias oncológicas realizadas.
4. Disponibilizar 30.784 Cirurgias Ambulatoriais	2018 - 58	Número de cirurgias ambulatoriais em oncologia realizadas
5. Disponibilizar 525 Procedimentos de Pulsoterapia.	2018 - 31	Número de procedimentos de pulsoterapia realizado.
6. Habilitar a UNACON com o Serviço de Radioterapia.	2019 - 0	Serviço de Radioterapia Habilitado

Internações Clínicas

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Disponibilizar 12.816 internações clínicas de pacientes referenciados nas diversas especialidades.	2019 - 1.130 - Abaixo da capacidade. Nº de leitos clínicos em 12/2019: 75+14 (30/8x89x12x80%) Onde:	Número de internações em clínicas nas diversas especialidades

	30 dias do mês; 8 média de permanência; 75+14 nº leitos clínicos; 12 meses do ano; e 80% taxa de ocupação= 3.204aa	
2. Reduzir, no período, para 8,0 a média de permanência nos leitos clínicos.	2019 – 18,2	Redução da Média de permanência no período para leitos clínicos
Serviços de Consultas Especializadas e Procedimentos Ambulatoriais		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Ofertar no período, 444.300 Consultas Especializadas para toda a rede assistencial do estado.	2017 - 86.961 consultas especializadas	Número de consultas especializadas realizadas.
2. Ofertar 20.360 procedimentos ambulatoriais.	2017, 2018 e 2019 - Por atendimento individual em psicoterapia; atendimento de aferição de PA; atendimento de oxigenioterapia e atendimento de nebulização/inalação = 5.090	Número de procedimentos ambulatoriais realizados.
3. Ofertar 2.500 procedimentos do aparelho da visão.	2019 - 549	Número de procedimentos de oftalmologia realizadas
4. Ofertar 23.760 consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico 03.01.01.004-8).	Média 2017 a 2019 = 5.940 Assistente Social, Fisioterapeuta Nutricionista e Psicólogo	Número de consultas realizadas de profissionais nível superior, exceto médico.
Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Ofertar 2.558.000 diagnósticos em geral	2017, 2018 e 2019 Por Subgrupo: Laboratório Clínico (amb e intern.): 598.000; Radiologia: 28.876; Ultrassonografia: 9.445; Endoscopia: 304; Em especialidades: 2.683	Número de diagnósticos em geral realizados
Internações para Procedimentos em Cirurgias Especializadas		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Ofertar 9.792 procedimentos cirúrgicos.	2018 - 68 leitos - 1.946 cirurgias. Abaixo da capacidade. Capacidade: (30/8x68x12x80%) Onde: 30 dias do mês; 8 média de permanência; 68 nº leitos cirúrgicos; 12 meses do ano; e 80% taxa de ocupação.= 2.448	Número de internações para procedimentos cirúrgicos realizados.
2. Reduzir para 8,0 a média de permanência, no período, de leitos cirúrgicos.	2019 – 12,6	Redução da média de permanência no período para leitos cirúrgicos.

Ação PPA 2617		
Diretriz: Qualidade do Sangue		
Ampliar e Qualificar a produção e fornecimento dos hemocomponentes a todos os cidadãos que necessitam do referido produto.		
Objetivo: Ampliar a oferta de hemocomponentes de qualidade a população.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento

		e Avaliação da Meta
1. Manter 6 Agências Transfusionais descentralizadas	Termo de cooperação técnica para descentralização das Agências Transfusionais. HCAL, HMML, HE, HES, HELJ e HEO.	Número de Agências mantidas descentralizadas
2. Ampliar para 83.603, captação de doadores.	Média de crescimento populacional até 2023 2.5% A.A. 2019 – 19.643	Número de doadores captados
3. Ampliar para 158.901 a oferta de hemocomponentes.	Média de crescimento populacional até 2023 2.5% a.a. 2019 – 37.333	Número de hemocomponentes ofertados
4. Manter atividades laboratoriais e hemoterápicas	Contratações Anuais do Hemocentro. Número de contratos 4.	Número de contratos efetivados para manutenção das atividades
5. Manter PGR – Plano de Gerenciamento de Resíduos	Plano atualizado em 2019	Manutenção do plano
6. Implementar serviço de aférese	Necessidade de retomar e qualificar o serviço de Hemoterapia	Serviço de Aférese Implementado.
7. Ampliar para 17.459 as consultas hematológicas.	Média de crescimento populacional até 2023 2.5% a.a 2019 - 4.102	Número de Consultas realizadas
8. Manter fornecimento de 132.000 itens no período, de medicamento específico para pacientes falciformes	Média de dispensação anual aos pacientes atendidos no Hemocentro	Número de itens de medicamentos dispensados
9. Implementar Laboratório de Coagulopatia até 2021	Necessidade de qualificação do serviço de Hematologia	Laboratório de Coagulopatia Implementado
10. Implantar serviço de fisioterapia	Necessidade de qualificação do serviço de Hematologia	Serviço de fisioterapia implementado.

Ação PPA 2621		
Diretriz: Contratação de Serviços de Saúde Complementares a Rede Complementar os serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, para o apoio diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e resolutivo considerando as regiões de saúde e os vazios assistenciais, visando ao menor deslocamento entre os municípios de residência dos usuários e os municípios de localização dos prestadores de serviço.		
Objetivo: Contratar serviços de saúde de empresas privadas para realizar atendimento ao usuário do SUS com a finalidade de garantir seu direito de acesso aos serviços.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Contratar com Hospital Filantrópico de forma complementar a rede assistencial, na média e alta complexidade.	2017 - 1	Contrato e documento descritivo efetivado.
2. Contratar por intermédio de credenciamento, 5 serviços complementares a rede	2017 - 4	Número de serviços credenciados contratados.
3. Monitorar e avaliar a execução dos serviços das Organizações Sociais em Saúde (OSS).	2019	Serviços das OSS monitorados e avaliados.
4. Contratar de forma complementar a rede assistencial instituição sem fins lucrativos	2017 - 0	Número de contratos realizados
5. Contratar com Hospital Universitário	2017 - 0	Contratação efetivada.

Ação PPA 2622

Diretriz: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil

Proporcionar atenção humanizada e qualificada em todos os níveis de atenção, em tempo oportuno, com resolutividade e em conformidade com as diretrizes da área Materno Infantil, ofertando atendimentos multiprofissionais, serviços de apoio e diagnóstico, procedimentos especializados, medicamentos, correlatos e insumos.

Objetivo: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil – RAMI, para garantir acesso, acolhimento e resolutividade em tempo oportuno, qualificando a assistência prestada às mulheres e às crianças em toda a rede assistencial do SUS no estado.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento Avaliação da Meta
1. Fortalecer o Grupo Condutor da Rede Materno Infantil para a realização de Monitoramento, Avaliação, Acompanhamento e Apoio técnico	Aprimorar a rede de atenção Materno Infantil.	Redução da mortalidade Materno Infantil
2. Reduzir em 2,5% ao ano o coeficiente de mortalidade materna.	Nº de óbitos maternos diretos e indiretos nº de nascidos vivos x 100.000 (2017 - 43,2).	Redução do Coeficiente de mortalidade materna.
3. Reduzir em 2,0% ao ano o coeficiente da mortalidade infantil	(Número de óbitos em menores de 1 ano de idade) / (Número de nascidos vivos) x 1.000 (2017 - 21,5).	Redução do Coeficiente de mortalidade infantil.
4. Reduzir em 2% ao ano o coeficiente de mortalidade Neonatal	44,2% em 2017 neonatal precoce 18,2 em 2017 neonatal tardio 37,62 em 2017 pós neonatal	Redução Coeficiente da mortalidade neonatal.
5. Reduzir em 57,8 % no período, o número de caso de sífilis em gestantes.	237 em 2017	Redução do Número de caso de sífilis em gestantes
6. Reduzir em 67,4% no período, o número de caso de sífilis congênita em crianças menores de 1 ano	92 em 2017	Redução do Número de caso de sífilis congênita em crianças menores de 1 ano
7. Habilitar o HMML em Referência na Assistência em Gestação de Alto Risco - GAR.	Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, II) 1.931 - Número de consultas de pré-natal de alto risco em 2017.	Hospital habilitado em GAR junto ao Ministério da Saúde
8. Manter Serviço de Apoio e Diagnóstico – SADT, para suprir a RAMI, ofertando 2.000.000 exames de laboratório e de imagem para gestantes de risco habitual e de alto risco.	Quantidade: 2019 – 392.000; 2020 – 431.200; 2021 – 474.320; 2022 – 521.752; e 2023 – 573.927	Número de Exames realizados.
9. Prestar assistência a 58.955 parto e nascimento de forma adequada nas unidades assistências que compõe a rede.	Quantidade: 2016 – 12.394; 2017 – 12.649; 2018 – 13.638; 2019 – 13.816; 2020 – 14.092; 2021 – 14.515; 2022 – 14.950; e 2023 – 15.398	Número total de partos realizados na RAMI.
10. Incentivar o aumento em 22% no período a proporção de partos normais.	Total de partos normais/Total geral de partos x 100 (2017 - 61,6%)	Proporção aumento de partos normais.
11. Manter salas cirúrgicas para realização de 31.400 procedimentos eletivos, obstétricos e ginecológicos.	Quantidade: 2016 - 4.023; 2017 – 4.427; 2018 – 5.516; 2019 – 6.150; 2020 – 6.767; 2021 – 7.443; 2022 – 8.187; e 2023 – 9.003	Número de procedimentos cirúrgicos nas especialidades de obstetrícia e ginecologia realizadas.

12. Implantar Casa de Gestante Bebê e Puérpera – CGBP.	2017 – 0	Número de CGBP implantadas
13. Implantar os Centros de Parto Normal - CPN com ambiências PPP	2017 – 0	Número de CPN implantadas
14. Implantar serviço de Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, nas 5 unidades assistenciais (HMML, HERH, HES, HELJ e HEO)	2017 – 0	Número de unidades assistenciais com o acolhimento e classificação de risco obstétrico implantados.
15. Manter serviço de Banco de Leite Humano para realizar 48.000 atendimentos individuais, doadores recém-nascidos receptores.	Quantidade produção x projeção: 2016 – 5.565; 2017 – 7.750; 2018 – 7.796; 2019 – 8.836; 2020 – 9.984; 2021 – 11.281; 2022 – 12.747; e 2023 – 14.404 Procedimentos: 01.01.04.003-2, 01.01.04.004-0 02.02.01.077-5, 02.02.01.078-3 02.02.08.009-9 e 02.02.08.024-2	Número de procedimentos realizados no período.
16. Manter serviço ambulatorial especializado multiprofissional e multidisciplinar, em obstetria, ginecologia e neonatologia.	2017 - 11.039 atendimentos	Número de atendimentos ambulatoriais realizados por médicos e profissionais de nível superior não médicos.
17. Manter o serviço de Triagem Neonatal.	2017 Teste do pezinho: 9.180 Teste da orelhinha: 13.096 Teste do olhinho: 0	Número de exames de triagem neonatal realizado proporcional ao número de nascidos vivos.
18. Habilitar e qualificar leitos de Unidades de Tratamento Intensivo e leitos de Unidades de Tratamentos Intermediários das unidades assistenciais que compõe a RAMI.	2017 HMML, MRH, HES, HELJ e HEOPQ	Número de leitos de UTI Neonatal, Pediátrico e Adulto em obstetria e leitos intermediários neonatais habilitados.
19. Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos Hospitais.	-	Núcleo de Segurança do Paciente implantado.

Ação PPA 2624

Diretriz: Assistência Farmacêutica – CAF

Ampliar e Qualificar a Assistência Farmacêutica com ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos, garantindo o acesso, o uso racional e a integralidade da atenção.

Objetivo: Abastecer as unidades de saúde com medicamentos e insumos para realizar o atendimento de saúde aos usuários do SUS.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Proporcionar o acesso aos medicamentos padronizados pelo SUS pela população.	2019	Número de medicamentos disponibilizados no período/ Número total de medicamentos padronizados x 100
2. Qualificar e padronizar os processos de trabalho dos serviços de Assistência Farmacêutica.	2019	Número de ações executadas/Número de ações planejadas x100
3. Implantar o uso racional de medicamentos e correlatos	2019	Número de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos executadas/Número de ações que disciplinem a

		prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos planejadas x 100
4. Promover o abastecimentos de medicamentos e correlatos das 28 unidades assistenciais do estado sob gestão e a gerência da SESA.	2019 - 24	Número de unidades assistenciais abastecidas com medicamentos e correlatos
5. Monitorar por intermédio do FES, os repasses, aos 16 municípios, dos recursos financeiros referentes à contrapartida estadual assistência farmacêutica pactuados na CIB.	2019	Número de municípios com recursos repassados pelo estado

Ação PPA 2626		
Diretriz: Regulação, Controle e Avaliação Ampliar e Qualificar as ações de Regulação da Atenção à Saúde, Controle e Avaliação visando dar resposta e assegurar o acesso aos serviços para os cidadãos, em tempo oportuno e conforme a classificação de risco.		
Objetivo: Implantar no Estado do Amapá a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitando as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.		
Regulação		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Implantar o Complexo Regulador no Estado	PES 2016 a 2019	Complexo Regulador Implantado
2. Regular no período 444.300 - Consultas Especializadas para todo o estado.	Meta do serviço de consultas especializadas do HCAL (2020:103.083; 2021 :108.237; 2022: 113.649; e 2021: 119.331.)	Número de consultas especializadas reguladas.
3. Regular no período 110.187 exames especializados complementar a rede	Exames contratados (terceiros complementar a rede)	Número de exames contratados regulados
4. Regular no período 1.894 leitos disponíveis ao SUS (internação e complementar)	2017 – 947 2019 – 1.087 (int e compl.)	Número de leitos (internação e complementares) regulados
5. Reduzir para 2.950 a demanda do Programa de Tratamento Fora de Domicílio - PTFD	2017 – 3.277	Número de usuários encaminhados para tratamento em outro centro.
6. Credenciar junto ao Ministério da Saúde os Serviço de Doação de Órgãos e Tecidos.	Política do Ministério da Saúde para os Serviços de Doadores de Órgãos e de tecido – portaria 2.600 de 21/10/2009 revogada e consolidada na portaria 04 de 03/10/2017	Número de Serviços credenciados.
7. Monitorar por intermédio do site do DATASUS/MS, as 3.024 atualizações de todo o estado, das informações dos 4 sistemas oficiais do Ministério da Saúde.	Banco de dados: SIA, SIHD, SCNES e CIH.	Número de remessas processadas no Banco de Dados pelo DATASUS.
8. Efetivar 96 avaliações no período dos serviços de Alta Complexidade Habilitados e dos serviços contratualizados da rede SUS	Nefrologia, UNACON e Cardiologia; Hospital São Camilo, Hospital Universitário, OSS e serviços de SADT.	Número de avaliações realizadas.

Ação PPA 2633

Diretriz: Rede de Urgência Emergência – RUE

Integrar a atenção às Urgências/ Emergências, organizando e operacionalizando ações que ampliem a cobertura do serviço, promovendo o atendimento oportuno e adequado, com toda estrutura de apoio e multiprofissional, estrutura de medicamentos, correlatos e insumos necessários às demandas dos usuários.

Objetivo: Atender ao usuário do SUS em tempo hábil garantindo o acesso com acolhimento e assistência adequada e oportuna.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Qualificar 5 (cinco) Portas de Entrada para atender a população em urgência e emergência.	Hospital de Emergência; Pronto Atendimento Infantil; Hospital Estadual de Santana; Hospital Estadual de Laranjal do Jari; e Hospital Estadual de Oiapoque	Número de Portas de Entradas qualificadas
2. Implantar em 2 (dois) estabelecimentos assistências de saúde o acolhimento e classificação de risco.	Hospital Estadual de Santana e Hospital Estadual de Oiapoque	Número de estabelecimentos com classificação de risco implantados
3. Habilitar 03(três) Unidades de Pronto Atendimento-24h UPA/pré hospitalar fixo.	UPA Zona Norte, UPA Zona Sul e UPA de Laranjal do Jari.	Número de UPA'S habilitadas
4. Qualificar 05 (cinco) estabelecimentos assistências de saúde o acolhimento e classificação de risco.	Pronto Atendimento Infantil, Hospital de Emergência, UPA Zona Norte, UPA Zona Sul e UPA - Larnjal do Jari	Número de estabelecimento com classificação de risco qualificados
5. Qualificar 01 (uma) base do SAMU de Suporte Avançado para a Central de Regulação.	2017 - 0	Bases de suporte avançado qualificada.
6. Habilitar 7 (sete) bases do SAMU com ambulâncias de suporte básico	2017 - 0	Número de bases habilitadas
7. Implantar base fluvial do SAMU	2017 - 0	Número de base implantada
8. Habilitar a central de regulação de urgência	2017 - 0	Central de regulação de urgência habilitada
9. Habilitar unidade de suporte avançado	Ambulancha	Número de unidade habilitada
10. Implantar 08 (oito) salas de estabilização nas Unidades Mistas de Saúde.	Unidades Mistas de Saúde de Amapá, de Calçoene, de Tartarugalzinho, de Ferreira Gomes, de Serra do Navio, de Pedra Branca, de Mazagão e de Vitória do Jari.	Número de salas de estabilização implantadas.
11. Garantir 72 leitos de retaguarda em hospitais de referência (HES, HEO, HCA e HCAL) com a Regulação de Urgência.	2019 - 20 HCAL	Número dos leitos de retaguarda em hospitais de referência garantidos
12. Habilitar 35 (trinta e cinco) leitos de UTI-a e UTI-p	HCAL, HCA, HE, HES.	Número de leitos de UTI-a e UTI-p habilitados
13. Implantar 01 Sala Vermelha, 01 Sala Amarela e 01 sala de Cuidados Intermediários no Hospital de Emergência Oswaldo Cruz;	Hospital Geral com Emergência	Sala Vermelha, Sala Amarela e Sala de Cuidados Intermediários implantadas.
14. Ampliação e readequação de 59	2019 - 63 clínicos e 30 cirúrgicos	Números de Leitos Clínica Médica e

leitos na Clínica Médica e 30 leitos na Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência Oswaldo Cruz;	11 complementares	Clinica Cirúrgica ampliados e readequados
15. Manutenção de Imaginologia, Apoio e Diagnóstico do HEOC;	Radiodiagnóstico.	Números de equipamentos de imaginologia, Apoio e Diagnóstico em manutenção
16. Qualificar Centro de Tratamento de Queimados – CTQ no estado.	Hospital Geral com Emergência	Centro de Tratamento de Queimados qualificado
17. Implantar 02 (duas) Salas Cirúrgicas no HEOC;	2019 1	Número de Salas Cirúrgicas implantadas
18. Informatizar o serviço de assistência, prontuário eletrônico.	2019 - Registro Manual	Serviço de assistência do prontuário eletrônico informatizado
19. Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos Hospitais.	Portaria GM nº 529 de 01.04.13	Núcleo implantado.

Ação PPA 2647

Diretriz: Fortalecimento da Atenção Primária de Saúde

Desenvolver a atenção integral visando impactar a situação de saúde da população em face dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, buscando ampliar o acesso, a equidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e a continuidade da atenção.

Objetivo: Qualificar a gestão e assistência na Atenção Primária de Saúde prestada à população, articulada e pactuada com as Regiões de Saúde, por consequência os municípios, ampliando o acesso com acolhimento e resolutividade em tempo oportuno.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Monitorar os repasses de contrapartida do estado aos municípios.	Resolução CIB/AP nº 082/2019 de 13/12/2019.	Número de repasses aos municípios realizados.
2. Promover o apoio institucional as Regiões de Saúde.	Pactuações nas CIR e CIB	Número de municípios com apoio institucional efetivado.
3. Qualificar a Atenção Primária nas Regiões de Saúde a partir da Planificação da Atenção à Saúde	Planificação de Atenção à Saúde, proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas Redes de Atenção à Saúde.	Número de municípios qualificados na Atenção Primária a partir da Planificação.
4. Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	2019	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.
5. Atingir até 2023 a razão de exames citopatológicos do colo do útero em 0,65, na população alvo.	2019 - 0,15, 9.310 exames registrados	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.
6. Atingir até 2023 a razão de mamografias realizadas na população-alvo em 0,40	2019 – 0,008, 186 exames registrados	Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária.

Ação PPA 2696

Diretriz: Promover Saúde, bem Estar e Qualidade de Vida.

Manutenção do Centro de Reabilitação do Amapá CREAP, como coordenador do processo da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência no Estado do Amapá.

Objetivo: Garantir uma linha de cuidado integral e qualificada a esse segmento populacional, através da promoção, prevenção e reabilitação biopsicossocial de média e alta complexidade em saúde, em usuários do SUS encaminhados das redes assistenciais de saúde, assim como na dispensação de OPME, fomentando e potencializando a inclusão social e a articulação Inter setorial nas três regiões do Estado.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Prestar 243.871 atendimentos de serviços de reabilitação física com equipe multidisciplinar, realizando procedimentos de fisioterapia individuais e grupal.	Produção de 2017 sub informada no sistema	Número de atendimento de serviços de reabilitação Física realizados.
2. Prestar 39.914 atendimentos de serviços de reabilitação da Saúde Auditiva para procedimentos de exames e concessão prótese auditiva.	2017	Número de atendimentos de reabilitação da Saúde Auditiva realizados.
3. Prestar 17.573 atendimentos de serviços de reabilitação da saúde intelectual para desenvolver tanto habilidades comunicacionais quanto sensório-motoras.	2017	Número de atendimentos de reabilitação da Saúde Intelectual realizados.
4. Prestar 74.660 serviços de Monitoramento da Triagem Neonatal no Estado do Amapá para prevenção dos agravos das doenças que precisam ser detectadas logo nos primeiros dias de vida, para que não prejudiquem o desenvolvimento da criança.	2017-	Número de exames da Triagem Neonatal realizados no Estado do Amapá.

Ação PPA 2711

Diretriz: Contratualização das Organizações Sociais para Operacionalização das Unidades de Saúde

Conduzindo o processo da gerência administrativa das unidades assistenciais.

Objetivo: Atender ao usuário do SUS em tempo hábil garantindo o acesso com acolhimento e assistência adequada e oportuna.

Unidade de Alta Complexidade em Nefrologia

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Efetivar a contratualização de Organização Social para assumir a Gerência Administrativa da UPA da Zona Sul.	2019 - 1	Contratualização efetivada.
2. Efetivar a contratualização de Organização Social para assumir a Gerência Administrativa da Maternidade de Risco Habitual – MRH	2019 - 0	Contratualização efetivada.

Eixo III – Programa 022

Vigilância em Saúde: Desenvolver ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde, a população, por meio do fortalecimento de ações e serviços integrados com a Atenção Primária em Saúde (APS), que assegure uma Rede de acesso diagnóstico como suporte as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, bem como monitorar os fatores de riscos não biológicos relacionados ao meio ambiente.

0022 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE
2616 - PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
000493 - Vigilância Laboratorial de Fronteira
000495 - Gestão da Rede Laboratorial
000496 - Pesquisa em Saúde Pública
000497 - Serviços Laboratoriais em Vigilância Epidemiológica de Interesse em Saúde Pública
000498 - Ações Laboratoriais em Vigilância Sanitária
000499 - Ações Laboratoriais em Vigilância Ambiental
000500 - Ações do Sistema da Qualidade Laboratorial
2620 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
000532 - Vigilância da Saúde do Trabalhador Estadual
000533 - Vigilância da Saúde do Trabalhador Regional
000534 - Pesquisa em Saúde Pública
000535 - Ações do Sistema da Qualidade
2651 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
000522 - Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
000523 - Operacionalização da Vigilância dos Agravos, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
000524 - Pesquisa em Saúde Pública
000525 - Ações do Sistema da Qualidade
000526 - Ações de Imunização
000527 - Vigilância das doenças transmissíveis
000528 - Apoio Técnico aos Municípios
000529 - CIEVS Estadual e Dos Núcleos Epidemiológicos Hospitalares
000530 - Ações do CIASS
2653 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
000501 - Eventos de atividades educativas
000502 - Capacitação técnica em Vigilância Sanitária
000503 - Processo de descentralização
000504 - Inspeções sanitárias de produtos e serviços de interesse à saúde
000505 - Monitoramento dos produtos e serviços de interesse à saúde
000507 - Pesquisa em Saúde Pública
000508 - Ações do Sistema da Qualidade
2659 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE
000509 - Controle da malária
000510 - Controle das Arboviroes
000511 - Monitoramento e Controle de Riscos Ambientais
000512 - Controle Vetorial
000513 - Controle de zoonoses
000514 - Apoio Técnico aos Municípios
000515 - Pesquisa em Saúde Pública
000516 - Ações do Sistema da Qualidade

Ação PPA 2616

Diretriz: Procedimentos Laboratoriais e Vigilância em Saúde

Coordenar a Rede de Laboratórios do Estado, garantir o diagnóstico de média e alta complexidade de agravos, a avaliação de produtos regulados e análises ambientais que impactam na Saúde Pública, dando Suporte técnico a Vigilância em Saúde, promovendo ações intersetoriais buscando a integralidade da atenção.

Objetivo: Promover atividades voltadas a Vigilância em Saúde, cujas ações são fundamentais tanto no campo de análises laboratoriais e no diagnóstico dos agravos, supervisão e capacitação da rede de laboratórios, objetivando a prevenção e promoção da saúde do indivíduo e da coletividade.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Integrar o serviço de Vigilância Epidemiológica por meio de execução de 8.000 exames laboratoriais para o monitoramento do perfil epidemiológico do estado.	2016 1.500	Número de Exames de interesse em Saúde Pública realizados
2. Efetivar 4 contratos para o funcionamento adequado do LAFRON	2019 01	Laboratório da Fronteira Brasil/França funcionando efetivamente.
3. Promover o controle de qualidade dos exames através da revisão de 40.000 lâminas das endemias e tuberculose.	2018 14.727	Número de Análises de revisão de lâminas para o controle da qualidade de endemias e tuberculose realizadas
4. Promover 48 atualizações técnicas dos servidores do LACEN.	2018 12	Número de Eventos de capacitação realizados
5. Monitorar a rede de laboratórios municipais, por intermédio de 200 eventos de supervisão.	2017 102	Número de Eventos de Supervisão da rede de laboratórios realizados
6. Promover a divulgação de 16 trabalhos científicos de servidores.	2018 16	Número de Trabalhos Científicos Publicados
7. Promover a Vigilância Laboratorial por meio de realização de 185.000 exames e emissão de laudos para o monitoramento das doenças e agravos de interesse a saúde pública.	2016 26.484	Número de análises para o diagnóstico de doenças e agravos de interesse a saúde pública realizadas.
8. Integrar o serviço de Vigilância Sanitária em produtos regulados com realização de 29.000 análises sanitárias em produtos regulados.	2016 10.000	Número de Análises sanitárias em produtos regulados realizados.
9. Integrar o serviço de Vigilância Ambiental com realização de 10.000 análises laboratoriais de ambientes.	2018 1.239	Número de Análises laboratoriais de ambientes realizadas
10. Manter 28 contratos de Serviços Continuados para manutenção da DEVL	2016 07	Número de Contratos de Serviços Continuados para manutenção efetivados
11. Realizar a contratação de uma consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade	2008 01	Número de contrato de Consultoria realizada
12. Realizar 4 aquisições de material de consumo (EPI's) para a DEVL.	2019 01	Materiais adquiridos

Ação PPA 2620		
Diretriz: Vigilância em Saúde do Trabalhador. Analisar a situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a atenuar determinantes e riscos à saúde visando à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimentos e processos produtivos.		
Objetivo: Promover e proteger a saúde do trabalhador e da trabalhadora visando à redução da morbimortalidade oriunda dos processos de trabalho. Recomendar e adotar as medidas de promoção, prevenção e ações do acolhimento, núcleos técnicos, rede sentinela e inspeções.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Implantar e Implementar notificação, investigação e intervenção dos agravos relacionados ao trabalho nos 16 municípios do estado.	0	Número de municípios com a vigilância em saúde do trabalhador implantada e/ou implementada.
2. Realizar 144 ações de inspeções/vigilâncias em saúde do trabalhador	2016-19 154	Número de inspeções/vigilâncias em saúde do trabalhador realizadas.
3. Ampliar ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador através da implantação de serviço de referência assistencial no município de Macapá, bem como na região Norte do Amapá.	01	Número de serviço de referência assistencial regional Implantado.
4. Implantar 02 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Regional, de acordo com a resolução nº 603 de 8 de novembro de 2018.	2009 01	Número de CEREST Regional Implantado.
5. Realizar 01 curso em Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde do trabalhador e Vigilância Ambiental, qualificando 35 servidores.	0	Número de servidores com curso de Mestrado concluído
6. Implantar e Implementar notificação, investigação e intervenção dos agravos relacionados ao trabalho nas 3 Regiões de Saúde do Amapá.	2009 01	Número de regiões de saúde realizando vigilância em saúde do trabalhador
7. Realizar 190 ações de inspeções/vigilâncias em saúde do trabalhador nas 3 regiões de saúde do Amapá.	2018 20	Número de inspeção/vigilância realizada nas regiões de saúde do Estado.
8. Efetuar 04 publicações de trabalhos científicos de interesse em saúde pública	-	Número de Trabalhos científicos de interesse em saúde pública publicados.
9 Realizar a contratação de uma consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade	-	Consultoria contratada e realizada

Ação PPA 2651

Diretriz: Vigilância Epidemiológica

Potencialização da vigilância de riscos e agravos à saúde, em articulação com a Atenção Primária voltada para prevenção, promoção e proteção à saúde individual e coletiva.

Objetivo: Prevenir e controlar danos, perigos e agravos à saúde coletiva, através do monitoramento dos fatores de riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços que sejam alvo de controle da vigilância e com a garantia de ações laboratoriais dentro de um processo de promoção que altere o cenário de fatores de risco.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Descentralizar o atendimento das pessoas com HIV em 9 municípios: Porto Grande, Tartarugalzinho, Cutias, Ferreira Gomes, Pedra Branca, Oiapoque, Macapá, Santana e Vitória do Jari.	-	Número de municípios com a Linha de Cuidado às PVHIV implantadas no ano.
2. Reduzir para 151 óbitos (3%) mortalidade por AIDS.	2017 282 Casos de AIDS	Quantitativo de Redução dos Óbitos por AIDS em relação ao ano anterior.
3. Reduzir em 40%, o número de casos novos de Sífilis Congênita em relação a Sífilis em gestante, do Estado.	33%	Percentual de Redução da incidência dos casos novos de Sífilis congênita em relação aos casos de Sífilis em gestantes.
4. Ampliar a distribuição de Testes Rápidos (HIV, Sífilis e Hepatites Virais) em 5% em relação ao ano anterior.	2017 6%	Número de Testes rápidos distribuídos no ano.
5. Ampliar as ações de Prevenção às IST/AIDS/HIV, nos municípios.	-	Número de ações de Prevenção às IST/AIDS/HIV executadas no período de um ano.
6. Assessorar os municípios na execução de estratégias para redução do número de óbitos precoces (30 a 69 anos) por DCNT em 8% , no Estado.	2017 218,8	Percentual de redução do número de óbitos precoces (30 a 69 anos) por DCNT.
7. Implementar o RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) no Estado do Amapá (rede pública e privada).	0	Número de unidades de saúde realizando RCBP regularmente.
8. Fortalecer a vigilância de violências e acidentes – VIVA, com ênfase na ampliação do número de notificações em 40%.	2017 645	Percentual de ampliação de notificações de violências e acidentes no ano.
9. Fortalecer os Planos municipais e ações de promoção da saúde em DANT abrangendo 8 municípios.	0	Número de municípios com plano de ação em DANT implementados.
10 Implantar observatório de análise de situação de suicídios e lesão autoprovocada.	0	Observatório de análise de suicídio implantado.
11. Fortalecer a vigilância de acidentes de transporte nos municípios da região metropolitana do estado do Amapá, para a redução de 8% dos acidentes de trânsito com vítimas fatais.	2017 98	Percentual de redução do número de vítimas fatais em acidentes de transito, na região metropolitana do estado.
12. Fortalecer nos 16 municípios	0	Número de municípios desenvolvendo

a Promoção da Saúde com ações integradas para reduzir os óbitos por DCNT, Acidentes e Violências.		ações de Promoção e Prevenção em DCNT, acidentes e violências.
13. Obter a cobertura vacinal preconizada pelo MS das 04 vacinas: Pentavalente, Pneumocócica 10, Poliomielite e Tríplice Viral em crianças de até 01 ano de idade.	95%	Número de Vacinas com Cobertura Vacinal adequada.
14. Fortalecer as estratégias de monitoramento e avaliação dos relatórios de produção gerados com base nas informações dos dados de Vacinação inseridos nos Sistemas E-SUS AB e SIPNI.	2018 84	Número de salas de vacinas com Sistemas E-SUS/AB SIPNI atualizados.
15. Implantar unidades sentinela da influenza e COVID-19 em municípios prioritários. (Macapá, Santana, Oiapoque e Laranjal do Jari)	0	Número de municípios com Unidade Sentinela da Influenza e COVID -19 implantadas/ano.
16. Reduzir a incidência dos casos novos de tuberculose para menor ou igual a 20 casos/100.000 habitantes	2018 ≤ 27,6	Taxa de incidência de casos novos de Tuberculose.
17. Reduzir o índice de mortalidade por tuberculose para menor ou igual a 4 caso/100.000 habitantes.	2018 ≤ 1,1	Taxa de incidência de óbitos por tuberculose.
18. Ampliar para 70% a cobertura de contatos examinados de casos novos de tuberculose registrados.	2018 43,8%	Percentual de cobertura dos contatos examinados de casos novos de Tuberculose.
19. Reduzir a taxa de incidência dos casos novos de hanseníase para menor ou igual a 1/10.000 hab.	2018 ≤ 1,31	Taxa de incidência de casos novos de hanseníase.
20. Ampliar para 90% a cobertura de contatos examinados de casos novos de hanseníase registrados.	2019 57,5%	Percentual de cobertura dos contatos examinados de casos novos de Hanseníase, nos anos das coortes.
21. Ampliar para 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	2018 82,6%	Percentual de cura dos casos novos de Hanseníase, nos anos das coortes.
22. Manter eliminada a circulação autóctone de vírus do Sarampo e Rubéola no Estado.	2018 0	Número de municípios que realizam ações de controle do vírus do sarampo e rubéola, no estado.
23. Fortalecer as estratégias de prevenção e vigilância das doenças de transmissão hídrica e alimentar do Estado do Amapá (VDTHA/AP) e assessorar na implementação da vigilância epidemiológica das doenças de transmissão hídrica e alimentar nos 4 municípios prioritários.	0	Número de municípios prioritários com VDTHA implementada.
24. Realizar ações de apoio técnico em caso de surtos.	2019 05	Número de ações de apoio técnico em caso de surtos, realizadas.

25. Estruturar o CIEVS Estadual	0	Percentual de estruturação do CIEVS Estadual.
26. Promover a Implantação de 04 CIEVS Municipais.	0	Número de CIEVS Municipais implantados
27. Promover a Implantação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	2011 05	Número de NHE's implantados
28. Aumentar a oportunidade do SIM para 90%, nos 16 municípios.	2018 05 municípios	Número de municípios que atingiram 90% de oportunidade do SIM
29. Ampliar a cobertura do SINASC de 93% para 96% nos 16 municípios do Estado	2017 92,5%	Percentual de cobertura do SINASC
30. Manter o envio das notificações (positiva, negativa ou de surto) nas 52 semanas epidemiológicas, pelos 16 municípios.	2017 15 municípios	Número de municípios que enviaram notificações (positiva, negativa ou de surto) nas 52 semanas epidemiológicas.
31. Aumentar de 42% para 70% a investigação dos óbitos infantis no Estado.	2018 48%	Percentual de investigação de óbitos infantis no Estado.
32. Aumentar de 90% para 95% a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil no Estado.	2018 90%	Percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil no Estado.
33. Aumentar para 95% o percentual das causas básicas de óbito definidas, no Estado	2017 93,3%	Percentual de causas básicas de óbito definidas, no Estado.
34. Produzir anualmente um painel de monitoramento da situação de saúde e uma análise da situação de saúde para orientar a implantação de programas e projetos estratégicos da saúde.	2018 02 instrumentos	Número de instrumentos técnicos de análise da situação de saúde produzidos.
35. Efetuar 04 publicações de trabalhos científicos de interesse em saúde pública	-	Trabalhos científicos de interesse em saúde pública publicados
36. Realizar a contratação de uma consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade	-	Consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade contratada e realizada.

Ação PPA 2653

Diretriz: Vigilância Sanitária

Desenvolver ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos sanitários relativos a produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse à saúde da população.

Objetivo: Prevenir e controlar danos, perigos e agravos à saúde coletiva, por intermédio do monitoramento dos fatores de risco oriundos da prevenção da produção e consumo de bens e serviços.

Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Promover 12 atividades educativas que visem orientar a população e o setor regulado como usuários do Sistema de Vigilância Sanitária.	2012-15 03	Número de atividades educativas realizadas para o setor regulado
2. Promover a capacitação de 30 técnicos do Sistema de Vigilância Sanitária (Estado e Municípios)	2019 01	Número de técnicos capacitados.

3. Promover o processo de descentralização das ações básicas e de média complexidade pactuadas nas Comissões Intergestoras Regionais – CIR.	2004 01	Número de Municípios que pactuaram o processo de descentralização das Ações Básicas e de Média complexidade em VS
4. Monitorar, com inspeções 710 estabelecimentos, classificados de média e alta complexidade, que sejam produtores, distribuidores e prestadores de serviços de interesse da saúde humana.	2019 175	Número de estabelecimentos com Inspeções realizadas.
5. Controlar e monitorar, por intermédio de 976 coletas, de produtos através da análise laboratorial.	2019 244	Número de Coletas realizadas.
6. Efetuar publicações de 4 trabalhos científicos de interesse em saúde pública	-	Número de trabalhos científicos de interesse em saúde pública publicados.
7. Realizar a contratação de uma consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade.	-	Consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade contratada e realizada.

Ação PPA 2659		
Diretriz: Vigilância Ambiental		
Fortalecer a Vigilância Ambiental no estado e municípios através de monitoramento dos fatores de riscos não biológicos relacionados ao meio ambiente, e das áreas de risco de doenças transmitidas por vetores, com ações focadas na interrupção da cadeia biológica.		
Objetivo: Desenvolver ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes na interação entre seres humanos, animais e meio ambiente, que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Reduzir em 20% o Número de casos autóctones de Malária do Estado	2018 - 1,09%	Percentual de Redução de casos autóctones de Malária no estado
2. Atingir a meta de 70% dos casos de malária com tratamento iniciado até 48h depois do aparecimento dos primeiros sintomas.	2018 55,68%	Percentual de Casos de malária tratados até 48h a partir do início dos sintomas.
3. Pactuar com os 16 municípios a realização de 03 ciclos de Borrifação Residual Intradomiciliar (BRI) para controle de <i>Anopheles</i> em 80% das localidades prioritárias/ano	2018 48%	Número de Municípios que pactuaram a realização 3 ciclos e atingiram mínimo de 80% de BRI para controle vetorial do <i>Anopheles</i> /ano
4. Realizar manutenção preventiva e corretiva de 64 bombas para BRI e/ou termonebulização da malária/ano.	2018 64	Número de bombas de BRI para uso no controle vetorial do <i>Anopheles</i> , que tiveram manutenção preventiva e corretiva/ano
5. Pactuar com os 16 municípios, a realização de 4 ciclos de visitas domiciliares para o controle do <i>Aedes aegypti</i> em 80% dos imóveis/ano.	2017 28 ciclos	Número de municípios que realizaram 4 ciclos de visitas domiciliares para o controle do <i>Aedes aegypti</i> em 80% dos imóveis/ano.

6. Pactuar com os 16 municípios a realização de 4 levantamentos de índice entomológico de infestação do <i>Aedes aegypti</i> /ano.	2017 32 Liras	Número de municípios que realizaram 4 levantamentos de índice entomológico de infestação do <i>Aedes aegypti</i> /ano.
7. Reduzir o Índice de Infestação Predial do <i>Aedes aegypti</i> no Estado de 2,3 para menor ou igual a 0,9.	2018 2,3	Índice de Infestação Predial por <i>Aedes aegypti</i> / município/ano.
8. Implementar os serviços de Controle Vetorial nos 3 municípios prioritários (Macapá, Santana e Oiapoque) do Estado.	-	Número de municípios com serviços de Controle Vetorial implementados.
9. Pactuar com os 16 municípios a realização da coleta e entrega das amostras de água ao LACEN, para o cumprimento do programa VIGIAGUA.	2016 01	Número de municípios realizando coleta e envio das amostras de água, para análises no LACEN-VIGIAGUA.
10. Implementar em 5 municípios (Macapá, Santana, Laranjal, Oiapoque e Porto) as ações de controle ambiental do programas VIGIAGUA com seu respectivo sistemas de informação.	2014 01	Número de municípios com o programa VIGIAGUA implementado.
11. Implantar em 4 municípios prioritários (Macapá, Santana, Porto e Tartarugal) o programa VISPEA.	2017 0	Número de ações realizadas para a implantação do programa VISPEA.
12. Implantar em Laranjal do Jari o programa VIGIAR	2017 0	Número de ações realizadas para a implantação do programa VIGIAR.
13. Implementar as ações de Controle e Vigilância das Leishmanioses nos Municípios do Estado.	2018 02	Número de municípios com ações de Controle e Vigilância das Leishmanioses implementadas.
14. Promover a Vacinação de 80% de cães e gatos na campanha de Vacinação Antirrábica Animal do Estado.	2018 60%	Percentual de cobertura vacinal Anti Rábica de Cães e Gatos por município.
15. Implementar ações de Vigilância e Controle da Raiva em 6 municípios do Estado (Macapá, Santana, Laranjal, Oiapoque, Porto e Mazagão).	2017 09	Nº de municípios com ações de Vigilância e Controle da Raiva implementadas
16. Implantar ações de Vigilância Epidemiológica das Zoonoses e Acidentes por Animais Peçonhentos nos 16 municípios do Estado.	0	Nº de municípios com ações de Vigilância Epidemiológica das Zoonoses e Acidentes por Animais Peçonhentos implantadas.
17. Promover atualização de 30 Técnicos na área de Vigilância Epidemiológica das Zoonoses.	01	Número de técnicos que participaram de eventos.
18. Realizar ações de apoio técnico nos municípios em caso de surtos.	02	Número de apoio técnicos realizados em caso de surtos.
19. Promover publicações de 4 trabalhos científicos de interesse em saúde pública.	0	Número de trabalhos científicos de interesse em saúde pública publicados.
20. Contratar uma consultoria para implementação do sistema de gestão da qualidade.	0	Consultoria contratada e realizada.

Eixo IV – Programa 002

Gerenciamento Administrativo: Manter toda a estrutura de Saúde sob gestão do Estado e as diversas unidades gestoras, garantindo remuneração e encargos da força de trabalho e contratação de empresas prestadoras de serviços continuados para o pleno funcionamento de toda assistência e da gestão.

0002 - GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO - EIXO SOCIAL
2629 - REMUNERAÇÃO E ENCARGOS DO SETOR DE SAÚDE- FES
000549 - Remuneração e encargos do setor de saúde
2658 - MANUTENCAO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS - FES/SESA
000550 - MANUTENÇÃO DE SERVIÇO ADMINISTRATIVO - FES/SESA
2668 - MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS ADMINSTRATIVOS - FES/HEMOAP
000486 - Contratos de prestação de serviço e manutenção administrativa
000487 - Realizar novas contratações para otimizar a prestação de serviço do Hemocentro e suas agências
2697 - MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SVS
000517 - Contratos
000518 - Suprimentos de Fundos
000519 - Concessionárias de Serviços Públicos (água,luz,telefone...)
000520 - Obrigações Financeiras
000521 - Judicialização
2698 - MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS CREAP/FES
000469 - Reabilitação Física
2706 - ASSISTÊNCIA FARDAMENTO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO GEA - AUXÍLIO JALECO
000547 - Rede de Assistência Fixa
000548 - Rede de Assitência Móvel

Ação PPA 2629		
Diretriz: Remuneração e Encargos do Setor Saúde.		
Objetivo: Garantir o pagamento da remuneração e o recolhimento e repasses dos encargos dos servidores da saúde.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Assegurar o pagamento das 204 parcelas de salários dos Servidores sob gestão do Estado lotados na SESA.	2019 - 51	Número parcelas de salários de servidores efetivos efetuadas.
2. Assegurar o pagamento das 192 parcelas referente aos plantões de profissionais da SESA, lotados nas unidades hospitalares.	2019 - 48	Número parcelas de salários de Servidores de Contrato Administrativo efetuadas.

Ação PPA 2658		
Diretriz: Manutenção de Serviços Administrativos FES/SESA		
Garantido o funcionamento, por intermédio da aquisição de bens e serviços, materiais diversos e equipamentos.		
Objetivo: Garantir a manutenção administrativa do Fundo Estadual de Saúde e da Secretaria de Saúde.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e

		Avaliação da Meta
1. Assegurar os 240 repasses de Suprimentos de Fundos as unidades assistenciais sob gestão da SESA.	2019 - 3	Número de repasses aos Fundos Rotativos, efetuados.
2. Assegurar a contratação e pagamento de empresas terceirizadas, necessárias para apoio e funcionamento de todas as unidades assistenciais e da SESA.	2019 Serviços Terceirizados (Limpeza, Vigilância, Manutenção Predial, Elétrica, Hidráulica, Locação de Veículos, Refrigeração.)	Número de contratação realizada.
3. Assegurar o abastecimento de materiais de consumo para garantir o funcionamento de todas as unidades assistenciais e da SESA.	2019 - Licitação	Abastecimento de materiais de consumo assegurado.
4. Realizar aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a SESA.	2019	Processos de aquisição realizados.
5. Assegurar o cumprimento das Ações Judiciais.	2019	Cumprimento de Ações Judiciais assegurados.
6. Assegurar 144 pagamentos das 3 Concessionárias de Serviços Públicos. (3x12x4=144)	2019 - 3	Número de Pagamentos de concessionárias realizados.

Ação PPA 2668		
Diretriz: Manutenção de Serviços Administrativos: FES/HEMOAP Garantindo o funcionamento, por intermédio da aquisição de bens e serviços, materiais diversos e equipamentos.		
Objetivo: Garantir a manutenção administrativa do Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Manter 15 contratos de prestação de serviço e manutenção administrativa.	2019 – 15 Contratações Anuais do Hemocentro	Número de contratos mantidos.

Ação PPA 2697		
Diretriz: Manutenção Administrativa da Superintendência de Vigilância em Saúde – FES/SVS Garantir a contratação de serviços, pagamento de concessionárias de serviços públicos, aquisição de equipamentos e outras atividades necessárias ao funcionamento da SVS – AP		
Objetivo: Garantir a manutenção administrativa da Superintendência de Vigilância em Saúde		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Efetivar 120 contratos administrativos.	2019	Número de Contratos efetivados.
2. Efetivar 8 Suprimentos de Fundo.	-	Número de Suprimentos de Fundo efetivado.
3. Efetivar 16 contratos com concessionárias de serviços públicos.	2019 - 16	Número de Contratos efetivados.
4. Efetivação de 48 Taxas bancárias.	-	Percentual de Taxas Bancárias Efetivadas.
5. Regularizar 4 frota de veículos.	-	Número de veículos regularizados.

6. Assegurar o cumprimento das Ações Judiciais.	-	Número de ações judiciais cumpridas.
---	---	--------------------------------------

Ação PPA 2698		
Diretriz: Manutenção de Serviços Administrativos FES/CREAP		
Garantir a contratação de serviços, pagamento de concessionárias de serviços públicos, aquisição de equipamentos e outras atividades necessárias ao funcionamento do CREAP.		
Objetivo: Garantir a manutenção administrativa do Centro de Reabilitação do Amapá - CREAP		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Assegurar a contratação e pagamento de empresas terceirizadas, necessárias para funcionamento do Centro.	2019	Empresas terceirizadas contratadas
2. Assegurar o abastecimento de materiais de consumo para garantir o funcionamento do Centro.	2019	Materiais de consumo garantido
3. Realizar aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o Centro.	2019	Aquisição de equipamentos e materiais permanentes realizados
4. Assegurar o cumprimento das Ações Judiciais.	2019	Número de Ações Judiciais asseguradas

Ação PPA 2706		
Diretriz: Assistência Fardamento aos Profissionais da Saúde do GEA - Auxílio Jaleco		
Assistência Fardamento a todos os servidores lotados nas unidades assistenciais sob gestão da SESA.		
Objetivo: Garantir o pagamento semestral para todos os servidores, profissionais da saúde, atuantes nas Unidades de Assistência sob gestão da SESA.		
Metas 2020 - 2023	Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta
1. Efetuar 8 repasses das parcelas aos servidores lotados na rede de assistência fixas.	2019 - 2	Número de repasses aos servidores da rede de assistência fixa.
2. Efetuar 8 repasses das parcelas aos servidores lotados na rede assistência móveis.	2019 - 2	Número de repasses aos servidores da rede de assistência móveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.

_____. Lei. Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Secção1, n.182.p.1.20 set.1990.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA MS/GM nº 1271, de 06 de junho de 2014. Institui a notificação compulsória.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA MS/GM nº1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o programa de Qualificação de Vigilância em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA MS/GM nº1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Saúde Legis, Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 205, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/6449-205>. Acesso em: 20 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** - 1 ed. 1 reimp.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** - Brasília: Ministério da Saúde 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017;** vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemiologia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012c.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Desafios do SUS. Mendes, Eugênio Vilaça. 1ª Edição. 2019.

IBGE. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>

IPEA. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6507:populacao-da-regiao-norte-e-a-que-mais-cresce-no-pais&catid=1:dirur&directory=1

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010.

SEBRAE. Disponível em [https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ap/artigos/amapa-a-riqueza-do-estado-mais-preservado-do](https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ap/artigos/amapa-a-riqueza-do-estado-mais-preservado-do-brasil,c2b9ca4eb363f510VgnVCM1000004c00210aRCRD)

[brasil,c2b9ca4eb363f510VgnVCM1000004c00210aRCRD](https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/ap/artigos/amapa-a-riqueza-do-estado-mais-preservado-do-brasil,c2b9ca4eb363f510VgnVCM1000004c00210aRCRD)

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2016, v. 19, n. 03 [Acessado 28 Junho 2020] , pp. 484-493. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>

PAGNONCEL J. et al. Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon – PR. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Disponível: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/3662>

PIOLA. S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, dez. 2018.

