



Plano Estadual de Saúde 2024 – 2027

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO EM
SAÚDE E PLANEJAMENTO

SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA





HELDER ZAHLUTH BARBALHO
Governador do Estado do Pará

HANA GHASSAN TUMA
Vice Governadora do Estado

Coordenação e Elaboração

IVETE GADELHA VAZ
Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará

EDNEY MENDES PEREIRA
Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

SIPRIANO FERRAZ SANTOS JÚNIOR
Secretário Adjunto de Gestão de Políticas de Saúde

BRUNO ANUNCIAÇÃO DAS CHAGAS (Procurador)
Coordenador da Consultoria Jurídica (CONJUR)

GUILHERME NEVES MESQUITA
Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

LILIANE FERRAZ FERREIRA
Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS)

ALBERTO SIMÕES JORGE JÚNIOR
Diretor do Laboratório Central do Estado do Pará

LAENA COSTA DOS REIS
Diretoria de Políticas de Atenção Integral a Saúde (DPAIS)

SIMONE TRINTADE DE OLIVEIRA
Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)

NAYARA BARBALHO DA CRUZ
Coordenadora Estadual de Políticas para o Autismo (CEPA)

MARCIANA ALVES DE ANDRADE
Diretoria Administrativa e Financeira (DAF)

KELLY DE CÁSSIA PEIXOTO DE OLIVEIRA SILVEIRA
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

ELIZETE DO SOCORRO DA SILVA BRAGA
Diretoria da Escola Técnica do SUS “Dr. Manuel Ayres” (ETSUS)

RAFAELA ABREU PALMIERI
Assessoria de Comunicação (ASCOM)

TANIA MARGARETH MELO RODRIGUES
Fundo Estadual de Saúde (FES)

SÔNIA CRISTINA ARIAS BAHIA
Coordenadora do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento (NISPLAN)

Equipe de Elaboração PES 2024-2027

Área Técnica do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento

ALCIANA BARRETO DE ARAÚJO

ANDERSON FRANCISCO BAIA PIRES

BENONILDE DA CONCEIÇÃO CASTRO DE CARVALHO

CARMEN LUCIA PINHEIRO SINIMBU

CÍCERO NOGUEIRA DE ANDRADE JUNIOR

DANIEL CHUKWUFUNAYA AREDA OSHAI

EUDEZIA CRISTINA DO LAGO MARTINS

IGOR DOS SANTOS PESSÔA

JACKSE NOGUEIRA DA SILVA

JORGE ALBERTO AZEVEDO ANDRADE

KAMILA LIMA CAMELO

LUANE VALERIA NOBRE JUCÁ

LUIZ OTÁVIO ROMEIRO DE ARAÚJO COSTA

MARIA JOCILENE BARBOSA

PATRICK SANDRE OLIVEIRA DA SILVA

PRISCILA ALCANTARA FIGUEIRA RODRIGUES

SOLANGE MARGARETH KAHWAGE BEZERRA

SÔNIA CRISTINA ARIAS BAHIA

THAYS SUELEN BRITO SANTOS

YURI FREITAS CORDOVIL

Apoio Administrativo do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento

MARIA JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS

ROGÉRIO GODINHO PARAGUASSU

SUELI CANICEIRO ISRAEL

CÍCERO NOGUEIRA DE ANDRADE JÚNIOR

Secretaria de
Saúde Pública



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
2024-2027

Belém-Pará
2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Secretaria de Estado de Saúde Pública
Biblioteca Prof. Dr.Orlando Costa

P221p Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento (NISPLAN).

Plano Estadual de Saúde 2024-2027 / Secretaria de Estado de Saúde Pública. Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento (NISPLAN) - Belém: SESPA, 2024.

429 p.: il.

1. Planejamento em Saúde. I. Título.

CDU: 614(811.5):65.012.2

MENSAGEM DA SECRETÁRIA

Como Secretária de Saúde, é com grande orgulho e satisfação que apresento a todos o Plano Estadual de Saúde (PES) para o período de 2024 a 2027. Este documento não apenas delinea as estratégias para fortalecer e expandir os serviços de saúde em todo o estado, mas também reflete nosso compromisso com o bem-estar e a qualidade de vida de cada cidadão do Pará.

O PES não se limita a ser um conjunto de diretrizes; trata-se do resultado de um esforço coletivo e participativo, envolvendo gestores, técnicos, líderes comunitários e membros do Conselho Estadual de Saúde. Juntos, asseguramos que as necessidades reais de saúde da nossa população fossem priorizadas e devidamente integradas às políticas públicas, em alinhamento tanto com o Plano Plurianual (PPA 2024-2027) do Estado quanto com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este plano constitui uma exigência legal, conforme disposto na Lei do SUS (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), especificamente no Capítulo III, Art. 36º. Sua regulamentação é reforçada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no Capítulo III, que trata do Planejamento da Saúde, Art. 15º, e pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Esta última regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde. Além disso, define os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O PES é o instrumento central de planejamento para todas as iniciativas de saúde pública do estado nos próximos quatro anos, refletindo os esforços e compromissos do governo do Pará com o setor de saúde. Ele é baseado em uma análise situacional das necessidades da população e nas especificidades de cada uma das quatro Macrorregiões e das 13 Regiões de Saúde do estado do Pará.

Com este plano, buscamos garantir um planejamento eficiente, que possibilite melhorar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, aproximando-os de cada cidadão paraense. Enquanto Secretaria de Saúde Pública (SESPA), estamos confiantes nas propostas apresentadas para o estado e comprometidos, parafraseando o governador Helder Barbalho: *"Bora trabalhar!"* pela saúde da população do Pará.

Ivete Gadelha Vaz

Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará

MENSAGEM DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos grandes marcos e conquistas de direitos garantidos a toda a população brasileira, assegurado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, por meio dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e regionalização.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, com a criação dos Conselhos de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei possui um caráter essencial, pois fornece diversos instrumentos e meios para a assistência à saúde e a promoção da qualidade de vida de toda a população. Ressalta-se, ainda, que o SUS é capaz de oferecer serviços de amparo e cuidado às comunidades, bem como serviços mais amplos, como vigilância e pesquisa, inclusive em localidades mais remotas.

Os três níveis de atenção à saúde do SUS — primária, secundária e terciária — destacam-se por iniciativas importantes. Exemplos incluem as campanhas de vacinação, que contribuíram para a erradicação de diversas doenças; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cuja finalidade é prestar socorro e assistência à população, transportando pacientes para hospitais e centros especializados em urgência e emergência; e os transplantes de órgãos, que, segundo o Ministério da Saúde, têm mais de 90% de suas operações realizadas pelo sistema público de saúde. Além disso, o SUS oferece tratamento para câncer, HIV, ISTs, tuberculose e doenças crônicas, bem como serviços de vigilância sanitária, que fiscalizam o dia a dia dos brasileiros, garantindo a qualidade de estabelecimentos e serviços, como restaurantes e o fornecimento de água.

O Plano Estadual de Saúde do Pará (PES/PA) para o período de 2024-2027 reafirma o compromisso do Governo do Estado do Pará, juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SESPA) e o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), em aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com a legislação federal que regula a saúde pública no Brasil. O plano reflete a importância dos princípios constitucionais do SUS, buscando atender às diretrizes estabelecidas nas leis que regulamentam o financiamento e a organização dos serviços de saúde. Dá ênfase à melhoria do acesso, à integração dos pontos de atenção à saúde e à promoção da regionalização e descentralização da gestão, com o objetivo de aprimorar a assistência prestada à população paraense.

Esse plano traduz os anseios da população em relação ao SUS, incorporando as diretrizes e propostas apresentadas na 14ª Conferência Estadual de Saúde, cujo tema foi “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”. O evento contou com a participação de 105 municípios paraenses, ativistas de movimentos sociais e representantes da sociedade civil.

Por sua vez, o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), sendo uma instância colegiada superior, responsável por deliberar de forma permanente, representativa, normativa, consultiva e fiscalizadora sobre as ações e os serviços de saúde no estado, exerce o Controle Social de maneira eficaz. O CES/PA atua especialmente no que diz respeito às políticas de saúde e aos aspectos orçamentários, alinhado sempre às diretrizes do SUS e pautado por valores éticos, transparentes e respeitosos. Ele assume o compromisso de defender os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, trabalhando incansavelmente para proteger o maior patrimônio de saúde pública do país: o Sistema Único de Saúde.

Viva o SUS! Viva a saúde pública do Estado do Pará!

Elizeth do Socorro da Silva Braga
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Pará

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Mapa Estratégico do Estado do Pará, 2023.

Figura 02 – Organograma da SESPA.

Figura 03 – Mapa Político do Estado do Pará por Região e Macrorregião de Saúde.

Figura 04 – Modelo da Pirâmide: Hierarquização e Regionalização do SUS.

Figura 05 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Vínculo do Estado do Pará, 2023.

Figura 06 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão, Estado do Pará.

Figura 07 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica, do Estado do Pará.

Figura 08 – Mapa do Brasil com indicação do Estado do Estado do Pará

Figura 09 – Percentual da Raça e Cor no Brasil e no Estado do Pará em 2010 e 2022.

Figura 10 – Pirâmide Populacional do Brasil e do Estado do Pará, 2022.

Figura 11 – Pirâmide Populacional do Estado do Pará, 2010 e 2022.

Figura 12 – Número de Nascidos Vivos por Residência da Mãe no período de 2018 a 2022 no Estado do Pará.

Figura 13 – Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de 2018 a 2022.

Figura 14 - Proporção de Nascidos Vivos de Parto Normal no SUS e Saúde Suplementar de 2018 a 2022.

Figura 15 - Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes no Pará, de 2019 a 2022.

Figura 16 – Distribuição do número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022.

Figura 17 – Distribuição da Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT

(doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022.

Figura 18 – Número de Óbitos Maternos por Macrorregião considerando município de residência de 2018 a 2022.

Figura 19 - Taxa de Mortalidade Infantil no Pará por 1.000/Nascido Vivos – 2018 a 2022.

Figura 20 - Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil e as 10 maiores UFs por 1.000/nascido vivos – 2018 a 2022.

Figura 21 – Taxa de mortalidade infantil por 1.000/nascido vivos Brasil, Pará e Macrorregiões – 2018-2022.

Figura 22 – Taxa de Mortalidade Infantil e seus Componentes Etários no Pará, 2018-2022.

Figura 23 – Proporção de Nascimento Prematuros no Brasil e Regiões, 2018 e 2022.

Figura 24 – Percentual de Nascidos Vivos, segundo Duração da Gestação no Pará, 2018-2022.

Figura 25 – Proporção de Óbitos Infantis, quanto a Evitabilidade – Pará, 2022.

Figura 26 – Proporção de Óbitos Infantis, por causas Evitáveis no Pará, 2022.

Figura 27 – Taxa de Mortalidade fetal/1.000 NV no Pará – 2018 a 2022.

Figura 28 – Proporção de Óbitos Fetais, em Relação ao Peso no Pará – 2022.

Figura 29 – Número de Caso de Malária Confirmado, no período de 2018 a 2023, Pará.

Figura 30 – Número de Óbitos de Malária, no período de 2018 a 2023, Pará.

Figura 31 – Incidência Parasitária Anual da Malária, no período de 2018 a 2023, Pará.

Figura 32 – Número de Casos Notificados de Doença de Chagas Aguda, segundo a Classificação Final, 2018 e 2023*, Pará.

Figura 33 – Número de Casos

Confirmado de Doença de Chagas Aguda, segundo o mesmo período de Notificação, 2018 e 2022, Pará.

Figura 34 – Quantidade de Notificação da Leishmaniose Visceral, segundo o Ano da Notificação, no período de 2018 a 2023, conforme a Classificação Final, Pará.

Figura 35 – Número de Casos e Taxa de Incidência de Doenças Diarreicas Agudas, Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 36 – Número de Notificação das Doenças Diarreicas Agudas por Centro Regional de saúde no Estado do Pará.

Figura 37 – Série Histórica da Taxa de Detecção Geral de Casos Novos de Hanseníase na População Geral e em menores de 15 anos, no Estado do Pará, entre os anos de 2001 a 2022.

Figura 38 – Proporção de Contatos Examinados de Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes, no período de Avaliação 2018 a 2023.

Figura 39 – Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes, no período de Avaliação 2018 a 2023.

Figura 40 – Número de Casos Novos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose de 2018 a 2022.

Figura 41 – Número de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose de 2018 a 2022.

Figura 42 – Letalidade por Tuberculose de 2018 a 2022.

Figura 43 – Número de Nebulizações e Internações, por Asma no Estado do Pará – 2023.

Figura 44 – Número de Internações por Bronquite, Enfisema e outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas – 2023.

Figura 45 – Taxa de Encerramento Oportuno de Sarampo, por Ano de Notificação no Estado do Pará (2018 a 2022).

Figura 46 – Taxa de Encerramento Oportuno de Rubéola, por Ano de

Notificação no Estado do Pará (2018 a 2022).

Figura 47 – Distribuição de Casos de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, Pará, 2018 a 2022.

Figura 48 – Coeficiente de Incidência de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, no Estado do Pará, 2018 a 2022.

Figura 49 – Encerramento Oportuno de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, no Estado do Pará, 2018 a 2022.

Figura 50 – Distribuição de Casos Notificados e Confirmados de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.

Figura 51 – Taxa Incidência de Casos de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.

Figura 52 – Distribuição de Casos de Tétano Acidental, segundo Ano de Notificação, Pará, 2018 a 2022.

Figura 53 – Coeficiência de Incidência de Tétano Acidental, Pará, 2018 a 2022.

Figura 54 – Taxa de Letalidade de Tétano Acidental, Pará, 2018 a 2022.

Figura 55 - Distribuição dos Casos Notificados de Acidente por Material Biológico no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 56 – Distribuição dos Casos Notificados de Acidente de Trabalho, no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 57 – Distribuição dos Casos Notificados de Acidente por Animais Peçonhentos no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 58 – Número de Casos Notificados de Câncer Relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 59 – Distribuição dos Casos Notificados de Dermatose Ocupacional relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 60 – Distribuição dos Casos Notificados de LER/DORT relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 61 – Distribuição dos Casos Notificados de PAIR relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 62 – Distribuição dos Casos Notificados de Pneumoconiose relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.

Figura 63 - Notificações de Transtorno Mental relacionado ao Trabalho por Macrorregião.

Figura 64 – Notificações de Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho por Macrorregião.

Figura 65 – Notificações de Violência Interpessoal / Autoprovocada relacionada ao Trabalho por Macrorregião.

Figura 66 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião I, no período de 2017 a 2023.

Figura 67 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião II, no período de 2017 a 2023.

Figura 68 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião III, no período de 2017 a 2023.

Figura 69 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião IV, no período de 2017 a 2023.

Figura 70 – Cobertura de APS por Região de Saúde, no Ano de 2022.

Figura 71 – Relatório de Cadastros 2019 a 2023 do Estado do Pará.

Figura 72 – Número de Unidades Notificadoras de Violência no Pará de 2019 a 2022.

Figura 73 – Número Absoluto de Casos Notificados de Violências Contra Adolescentes e Jovens (10 a 24 Anos) por Região de Saúde, de 2018 a 2022.

Figura 74 – Série Histórica das Adesões ao PSE no Estado do Pará, no período de 2009 a 2022.

Figura 75 - Percentual de Frequência de Ações/Temas do PSE, Realizados no 1º ano do ciclo 2021-2022.

Figura 76 – Nº de Consultas de Atendimento Individual no Homem de 19-59 anos, 2018-2023.

Figura 77 – Nº de Consultas do Pré-

Natal do Parceiro Homem, no período de 2018 a 2023, no Estado do Pará.

Figura 78 – Internações Masculinas, segundo a Faixa Etária de 20 a 59 anos, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.

Figura 79 – Óbitos Masculinos, segundo a Faixa Etária de 20 a 59 anos, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.

Figura 80 – Distribuição dos Homens (a partir de 20 anos de idade) no Estado do Pará.

Figura 81 - Percentual de Cobertura das Condicionalidades do Programa Bolsa Família no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 82 – Percentual de Cobertura das Condicionalidades do Programa Bolsa Família a Nível Estadual e Nacional, no período de 2018 a 2022.

Figura 83 – Demonstrativo de pacientes atendidos, por Tipo de Demanda, no período de 2018 a 2022.

Figura 84 – Cobertura de eAPP no Estado do Pará, no período de 2018 a 2023.

Figura 85 - Número de Pacientes Desinternados do HGP, no período de 2014 a 2022.

Figura 86 – Ocorrências de Escalpimento no Estado do Pará, por Ano, Idade, Tipo e Embarcação, no período de 2019 a 2022.

Figura 87 – Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos.

Figura 88 – Número de Estratégia de Saúde Bucal, por Tipo I e II.

Figura 89 – Número de CEO do Tipo I, II e III.

Figura 90 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Estado do Pará.

Figura 91 – Número de municípios com SAMU-192 por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – ano 2023.

Figura 92 – Percentual do serviço SAMU-192 Implantado por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

Figura 93 – Percentual de Cobertura de UPA24H por Macrorregião de Saúde do

Estado do Pará – ANO 2023.

Figura 94 – Número de Transportes Realizados pelo Serviço de Transporte Aeromédico no Estado do Pará, período de 2018 a 2022.

Figura 95 – Número de Procedimentos Ambulatoriais na Rede de Urgência e Emergência no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Figura 96 – Percentual de procedimentos ambulatoriais na rede de urgência e emergência no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Figura 97 – Percentual de Atendimentos por Macrorregião de Saúde do Estado do Estado Do Pará – ano 2023.

Figura 98 – Percentual de Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Pará, período de 2018 a 2022.

Figura 99 – Frequência de Consultas Médicas de Urgência Realizadas, no período de 2018 a 2022.

Figura 100 – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Figura 101 – Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos e a População da mesma Faixa Etária.

Figura 102 – Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento em Mulheres de 50 a 69 Anos e a População da mesma Faixa Etária.

Figura 103 – Frequência de Encaminhamentos para Tratamento Fora do Estado.

Figura 104 – Quantitativo de Pacientes Deslocados para outras Regiões de Saúde, para Tratamento.

Figura 105 – Especialidades mais encaminhadas por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.

Figura 106 – Especialidades mais Encaminhadas por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.

Figura 107 – Estados de Referência dos Pacientes do PTFD 2019-2022.

Figura 108 – Número de Doadores Efetivos de Órgãos e Tecidos Disponibilizados para Transplantes, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 109 – Número de Doadores Efetivos de Tecidos Oculares (Córnea e Esclera) para Transplantes, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 110 – Número de Transplantes de Tecidos Oculares (Córnea e Esclera) realizados no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 111 – Número de Transplantes de Rim, com Doador Vivo e com Doador Falecido Oculares (Córnea e Esclera) realizados no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 112 – Número de Pacientes na Fila de Espera de Transplantes por Órgão e Tecidos no Estado do Pará.

Figura 113 – Estrutura do Sistema Estadual de Transplantes - Rede de doação e Transplantes no Pará (Redenção, Santarém e Belém).

Figura 114 - Frequência de Leitos SUS e NÃO SUS, por Tipo/Especialidade, na competência Setembro de 2023, no Estado do Pará.

Figura 115 - Frequência de Leitos SUS por Tipo/Especialidade no Estado do Pará na competência Setembro/2023.

Figura 116 - Frequência de Leitos SUS por Tipo de Especialidade, por Macrorregião de Saúde, na competência Setembro/2023, no Estado do Pará.

Figura 117 - Percentual de Leitos de UTI/SUS no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Figura 118 - Frequência de Leitos de UTI SUS por Macrorregião e Região de Saúde, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Figura 119 - Frequência de Leitos UTI SUS por Tipo de Especialidade no Estado do Pará na competência Setembro/2023.

Figura 120 - Quantitativo de Inspeções Realizadas pela DIVPD, por Tipo de Estabelecimentos – Ano 2023.

Figura 121 - Quantitativo de Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrado.

Figura 122 – Notificações por Agrotóxicos no Estado até o Ano de 2023.

Figura 123 – Comparação das Notificações Após Início do VSPEA.

Figura 124 – Evolução Quantitativa de Áreas Cadastradas, no período de 2018 a 2022.

Figura 125 – Quantidade de Áreas Cadastradas por Região de Saúde no Estado do Pará até 2023.

Figura 126 – Quantidade de Áreas Atualizadas no SISOLO por Centro Regional (Total de 1080 áreas no Estado).

Figura 127 – Número de Focos de Calor, por mês no Estado do Pará – 2023.

Figura 128 – Número de Focos de Calor, por mês no Estado do Pará – 2023.

Figura 129 – Número de Desastres Notificados no Estado do Pará - 2023

Figura 130 – Municípios com decretos de Estiagem por Regional de Saúde em 2023.

Figura 131 – Distribuição de Exames de Vigilância Laboratorial Ambiental, por Tipo de Atendimento, Pará, 2023, Lacen-PA (N=41.195).

Figura 132 – Cobertura Laboratorial da Vigilância Ambiental, por Município Solicitante, Pará, 2023, Lacen-Pa.

Figura 133 – Distribuição dos Exames mais Frequentes por Agravos de Vigilância Epidemiológica, Pará, 2023, Lacen-PA.

Figura 134 – Cobertura Laboratorial da Vigilância Epidemiológica, por Município solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.

Figura 135 – Complexos Reguladores Regionais (Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013).

Figura 136 – Evolução das Internações Reguladas- 2020 a 2023.

Figura 137 – Quantitativo de Internações Reguladas, Povos Indígenas, Setembro 2020 a Setembro 2023.

Figura 138 – Procedimentos Ambulatoriais Regulados – 2020 a 2023.

Figura 139 – Quantitativo de Serviços de Hemodiálise Ambulatorial do Estado por Macrorregião.

Figura 140 – Número de Máquinas de Hemodiálise por Região de Saúde.

Figura 141 – Frequência de Auditorias Realizadas do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 142 – Frequência de Manifestações por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 143 – Percentual de Manifestações por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 144 – Percentual de Manifestações Consolidadas do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 145 – Percentual Consolidado de Manifestações por Classificação do Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Figura 146 – Percentual de Manifestações por Classificação do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 147 – Frequência de Manifestações por Assunto do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 148 – Percentual de Manifestações por Assunto por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 149 – Percentual de Manifestações por Assunto Consolidada do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 150 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Componentes do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 151 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Categoria do Estado do Pará, no período de 2023.

Figura 152 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Figura 153 – Situação do Instrumento de Planejamento do SUS nos Municípios do Pará: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e 2022-2025 registrados no Sistema DigiSUS.

Figura 154 – Distribuição do Número de Ações de Humanização

Realizadas no período de 2018 a 2023 no Estado do Pará.

Figura 155 – Quantitativo de Estudantes Inseridos nas Unidades de Saúde da SESPA no período de 2018 a 2022.

Figura 156 – Demonstra a Proporção de Programas de Residências Ofertados pelas IES.

Figura 157 - Proporção de Vagas Ofertadas por Categoria Profissional.

Figura 158 – Demonstrativo de Programas de Residência Médica por IES - de 2018 a 2022.

Figura 159 – Percentual de Vagas por Programa/Especialidade Médica.

Figura 160 – Quantidade de Pesquisas Bibliográficas Exaustivas, no período de 2018 a 2023.

Figura 161 – Quantidade de Pesquisas Científicas Realizadas, no período de 2018 até novembro de 2023.

Figura 162 - Composição da Origem de Recursos Destinados a Saúde em 2022.

Figura 163 - Participação das Operações de Crédito em % nas Receitas da Saúde do Estado do Pará.

Figura 164 – Percentual da Evolução das Despesas do Estado do Pará em Saúde, no período de 2018 a 2022.

Figura 165 – Composição das Despesas do Estado do Pará Anuais em Saúde por Categoria de Despesa (corrente ou capital), no período de 2018 a 2022.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Panorama Sanitário do Estado do Pará e Brasil.

Tabela 02 – Esperança de Vida ao Nascer segundo sexo no Brasil e no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Tabela 03 – Número de Municípios e Respectiva População Total, segundo Faixas Populacionais do Estado do Pará -2022.

Tabela 04 - Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes por Região de Saúde no Pará, de 2019 a 2022.

Tabela 05 - Coeficiente de Mortalidade Geral no Estado do Pará por Região de Saúde entre os anos de 2018 e 2022.

Tabela 06 - Principais Causas de Óbitos no Estado do Pará conforme Capítulos CID 10, no período de 2018 a 2022.

Tabela 07 - Principais Causas de Óbitos no Estado do Pará Distribuídas por Sexo no período de 2018 a 2022.

Tabela 08 - Número de Óbitos Prematuros (30 a 69 anos), no período de 2018 a 2022.

Tabela 09 – Mortalidade pelos Principais Grupos de Causas Externas no Pará entre os anos de 2018 e 2022.

Tabela 10 – Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente no Estado do Pará entre os anos de 2018 e 2022.

Tabela 11 – Distribuição e Percentual dos Óbitos de MIF Investigados – Pará 2018 a 2022.

Tabela 12 – Série Histórica de Razão de Mortalidade Materna no Estado do Pará.

Tabela 13 – Proporção de Investigação de óbito Materno no estado do Pará.

Tabela 14 – Percentual de Óbitos Infantis, segundo Grupo de Causas – Pará, 2018-2022.

Tabela 15 – Percentual de Causa Mal e Bem Definida – Pará – 2018 a 2023.

Tabela 16 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de

Dengue, no período de 2018 a 2022, Pará.

Tabela 17 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Chikungunya, no período de 2018 a 2022, Pará.

Tabela 18 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Zika, no período de 2018 a 2022, Pará.

Tabela 19 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Febre Amarela, no período de 2018 a 2023, Pará.

Tabela 20 – Número de Casos de Leishmaniose Visceral Notificados, no período de 2018 a 2023, Pará.

Tabela 21 – Número de Óbitos de Leishmaniose Visceral, no período de 2018 a 2023, por Região de Saúde do Pará.

Tabela 22 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2023, por Região de Saúde do Pará.

Tabela 23 – Perfil dos Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, no período de 2018 a 2023 do Pará.

Tabela 24 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar de acordo com o Sexo, no período de 2018 a 2023 do Pará.

Tabela 25 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose, por Faixa Etária, no período de 2018 a 2023 do Pará.

Tabela 26 – Percentual de Cura de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, no período de 2019 a 2023 do Pará.

Tabela 27 – Percentual de Cura de Casos Confirmados de Leishmaniose Visceral, no período de 2018 a 2023 do Pará.

Tabela 28 – Número de Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Raiva Humana, no período de 2018 a 2023, Pará.

Tabela 29 – Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Febre Maculosa, no período de 2018 a 2023, Pará.

Tabela 30 - Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Leptospirose, no período de 2018 a 2023, Pará.

Tabela 31 - Frequência das Agressões a Humanos, por Espécie Agressora, no período 2018 a 2023.

Tabela 32 - Frequência de Doses Aplicadas por Espécie Agressora, no período de 2018 a 2023.

Tabela 33 – Número de notificação das Doenças Diarreicas Agudas por Região de Saúde.

Tabela 34 – Número de Notificação de Outros Agravos de Veiculação Hídrica.

Tabela 35 - Frequência de casos notificados, incidência, letalidade e mortalidade, Botulismo, Pará, 2018 a 2023.

Tabela 36 – Número de Casos de AIDS em menores de 05 (cinco), por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 37 – Número de Casos de Gestantes HIV, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 38 – Número de Casos de HIV, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 39 – Número de Casos de AIDS, por Macrorregião, por ano de Notificação de 2018 a 2022.

Tabela 40 – Número de Óbitos de AIDS, no período de 2018 a 2022.

Tabela 41 – Número de Casos de Sífilis Adquirida, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 42 – Taxa de Sífilis Adquirida, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 43 - Número de Casos de Sífilis em Gestantes, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 44 – Taxa de Sífilis em Gestantes, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 45 – Números de Casos de Sífilis Congênita, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de

2018 a 2022.

Tabela 46 – Taxa de Sífilis Congênita, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 47 – Número de Sífilis em Gestante, por Trimestre de Gestação no momento do Diagnóstico, no período de 2018 a 2022.

Tabela 48 – Número de Casos de HBV Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 49 – Número de Casos de HCV Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 50 – Taxa de Incidência de HBV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 51 – Taxa de Incidência de HCV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 52 – Taxa de Mortalidade de HBV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 53 – Taxa de Mortalidade de HCV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 54 – Coeficiente de Letalidade de HBV dos Casos Confirmados, por Ano de Notificação 2018 a 2022.

Tabela 55 – Coeficiente de letalidade de HCV dos Casos Confirmados, por Ano de Notificação 2018 a 2022.

Tabela 56 – Incidência de Casos Notificados e Confirmados de Sarampo, Estado do Pará (2018 a 2022).

Tabela 57 – Taxa de Mortalidade de Sarampo, por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará (2018 a 2022).

Tabela 58 – Taxa de Letalidade de Sarampo, por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará (2018 a 2022).

Tabela 59 - Total de Casos Notificados de Rubéola, Estado do Pará (2018 a 2022).

Tabela 60 – Incidência, Letalidade e Mortalidade das Meningites o Estado do

Pará, 2019 a 2022.

Tabela 61 – Encerramento Oportuno dos Casos de Meningite no Estado do Pará, 2018-2022.

Tabela 62 – Incidência, Letalidade e Mortalidade da Doença Meningocócica no Estado do Pará, 2018-2022.

Tabela 63 - Frequência de Casos Notificados e Confirmados, Incidência, Letalidade e Mortalidade, Difteria, Pará, 2018 a 2022.

Tabela 64 – Coeficiente de Letalidade e Taxa de Mortalidade de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.

Tabela 65 – Distribuição de Casos de Tétano Acidental, segundo Mortalidade, Pará, 2018-2022.

Tabela 66 - Distribuição de Casos Notificados e Óbitos de SRAG por Influenza no Estado do Pará (2018 a 2023).

Tabela 67 - Percentual de Casos de SRAG Encerrados no Estado do Pará (2018 a 2023).

Tabela 68 – Panorama da COVID 19 no Estado do Pará, o período de 2020 a 2023.

Tabela 69 – Frequência de óbitos atendimentos pelo Serviço de Verificação de óbito e Necropsia realizadas, Região Metropolitana I Pará, 2018 a 2022.

Tabela 70 – Total de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e % de Cobertura de ACS, no Estado do Pará, no Ano de 2022.

Tabela 71 – Quantidade de Equipes de Saúde Da Família e Equipes de Atenção Primária Financiadas e Percentual de Cobertura de atenção Primária à Saúde.

Tabela 72 – Número de Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), no Estado do Pará, no Ano de 2023.

Tabela 73 – Número de UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde/Academia da Saúde no Estado do Pará, no Ano de 2023.

Tabela 74 – Número de Polos de Academia de Saúde em Funcionamento, recebendo custeio, por Região de Saúde.

Tabela 75 – Estabelecimentos de Saúde Habilitados pelo Ministério da Saúde ao Parto de Alto Risco.

Tabela 76 – Quantidade de Notificações de Violência, por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.

Tabela 77 – Número Absoluto de Casos de Violências Notificados Contra Adolescentes e Jovens (10 a 24 Anos) por Região de Saúde, de 2018 A 2022.

Tabela 78 – Painel de Adesão ao Programa Saúde na Escola no Estado do Pará por Ciclo.

Tabela 79 – Número de Internações Masculinas por Idade e Causas CID-10, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Tabela 80 – Principais Causas de Internação Masculina no Pará (a partir dos 20 anos de idade), no período de 2018 a 2023.

Tabela 81 – Principais Causas de Óbito Masculino no Pará (a partir dos 20 anos de idade), no período de 2018 a 2023.

Tabela 82 – Mortalidade Hospitalar do SUS (CID 10) por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Tabela 83 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará (Cont.).

Tabela 84 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I.

Tabela 85 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I (Cont.).

Tabela 86 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião II.

Tabela 87 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião III.

Tabela 88 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a

2022, na Macrorregião IV.

Tabela 89 – Morbidade Hospitalar do SUS por Local de Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Tabela 90 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I.

Tabela 91 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião II.

Tabela 92 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião III.

Tabela 93 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião IV.

Tabela 94 – Total de Denúncias no Disque 100 em Idosos no Estado do Pará / Brasil, no período de 2018 a 2022.

Tabela 95 – Número de Notificações de Violência em maiores de 60 anos, por Ano, no período de 2018 a 2022 (SINAN).

Tabela 96 – Distribuição das Regiões de Saúde e Municípios do Estado do Pará.

Tabela 97 - Prevalência de Sobrepeso em Idosos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 98 - Prevalência de Baixo Peso em Idosos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 99 - Prevalência de Excesso de Peso em Adultos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 100 - Prevalência de Baixo Peso em Adultos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 101 - Prevalência de Excesso de Peso em Adolescentes por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 102 - Prevalência de Baixo Peso em Adolescentes por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 103 - Prevalência de Baixo Peso em Crianças de 5 a 10 anos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 104 - Prevalência de Excesso de Peso em Crianças de 5 a 10 anos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 105 - Prevalência de Excesso de Peso em Crianças de 0 a 5 anos, por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 106 - Prevalência de Baixo Peso em Crianças de 0 a 5 anos, por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Tabela 107 – Série Histórica de Ocorrências de Escalpelamento, por Região de Saúde, no Estado do Pará, no período 2019 a 2022.

Tabela 108 - Redução dos Casos de Acidentes de Motor com Escalpelamento 2020 a 2022.

Tabela 109 – Cobertura Assistencial de Atenção Psicossocial no Estado do Pará, por modalidade de CAPS, no período de 2020 a 2023, segundo o Indicador CAPS/100.000 mil habitantes.

Tabela 110 – Número de Serviços Especializados em Saúde Mental no Estado do Pará.

Tabela 111 – Número de Casos de Suicídios por Região de Saúde no Estado do Pará.

Tabela 112 – Número de Leitos Psiquiátricos em Saúde Mental em Hospital Geral/Regionalizado, no período de 2018-2022.

Tabela 113 – Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.

Tabela 114 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022.

Tabela 115 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022.

Tabela 116 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município.

Tabela 117 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Tabela 118 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Tabela 119 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Tabela 120 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de CEO por Município.

Tabela 121 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de CEO por Município (Cont.).

Tabela 122 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de LRPD por Município (Cont.).

Tabela 123 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no ano de 2022, com a quantidade de LRPD por município (Cont.).

Tabela 124 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no ano de 2022, com a quantidade de Hospitais referência para SB por município.

Tabela 125 – Coberturas Vacinais e Homogeneidade do Estado do Pará no período de 2018 a 2023.

Tabela 126 – Percentual de Homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQA VS por Região de Saúde, anos 2018 e 2019 no Estado do Pará.

Tabela 127 – Percentual de homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQA VS por Região de Saúde, anos 2020 e 2021 no Estado do Pará.

Tabela 128 – Percentual de Homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQA VS por Região de Saúde, em 2022 no Estado do Pará.

Tabela 129 – Estratificação do número de municípios com alcance de cobertura vacinal acumulada (< 50%; 51 a 89% e 90% e +) contra COVID - 19, nas Regiões e Saúde em Crianças, Adolescentes, Adultos e Idosos- Pará, outubro de 2023.

Tabela 130 – Número de Serviços SAMU-192 habilitados no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Tabela 131 – Distribuição do Serviço de Unidade Móvel –SAMU 192 por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará, ano - 2023.

Tabela 132 – Abrangência da Central de Regulação de Urgência por macrorregião de saúde do estado do Pará – ano 2023.

Tabela 133 – Quantitativo de UPA24h por Macrorregião de Saúde do Estado do Estado do Pará – Ano 2023.

Tabela 134 – Leitos de Porta de Entrada, Retaguarda Clínica, UTI Adulto e UTI Pediátrico.

Tabela 135 - Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por Macrorregião e Região de Saúde do Estado do Pará, período de 2018 a 2022.

Tabela 136 – Frequência de Consultas Médicas de Urgência Realizadas por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.

Tabela 137 – Detalhamento dos Componentes da Rede de Urgência e Emergência por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

Tabela 138 – Quantidade e Percentual de Pessoa com Deficiência por Tipo de Deficiência.

Tabela 139 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, Modalidade e Gestão.

Tabela 140 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, no período de 2018 a 2022.

Tabela 141 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, no período de 2018 a 2022.

Tabela 142 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, Modalidade e Gestão.

Tabela 143 – Número de Óbitos por Causas Externas e Neurológicas no Pará e Notificação de Morte Encefálica.

Tabela 144 – Número de Óbitos de Todas as Causas no Pará x Notificação de Morte por Parada Cardiorrespiratória.

Tabela 145 - Unidades Hemoterapica por Região de Saúde, no Estado do Pará.

Tabela 146 - Cobertura de Abastecimento de Água do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Tabela 147 – Proporção das Análises de Vigilância, no período de 2018 a 2022.

Tabela 148 – Envio de Hipoclorito de Sódio pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará, ano de 2023.

Tabela 149 – Quantitativo de envio de Hipoclorito de Sódio às Regionais, Janeiro a Novembro de 2023.

Tabela 150 – Envio de Cota Extra de Hipoclorito de Sódio às Regionais/Municípios no Ano de 2023.

Tabela 151 – Realização de Inspeções Sanitárias nas Formas de Abastecimento de Água por Regionais de Saúde, no Ano de 2023.

Tabela 152 – Quantidade de Notificações de Intoxicação Exógena de 2018 a 2022.

Tabela 153 – Notificações por Agente Tóxico até 2023.

Tabela 154 – Notificação e Intoxicação Exógena por Sexo até 2023.

Tabela 155 – Notificação de Intoxicação Exógena de Circunstância por Sexo até 2023.

Tabela 156 – Notificação de Intoxicação exógena por Região de Saúde.

Tabela 157 - Notificação de Intoxicação Exógena por Agrotóxicos por Região de Saúde, até o ano de 2023.

Tabela 158 – Percentual de Áreas Potencialmente Contaminadas Cadastradas no Sistema SISOLO até 2023.

Tabela 159 – Quantidade de Focos de Incêndio, por Municípios, no Ano de 2023.

Tabela 160 – Capacitação para Execução das Coletas de Águas pelos Municípios.

Tabela 161 – Análises Laboratoriais de Água, Solo e Ar à Vigilância Ambiental.

Tabela 162 – Análises Laboratoriais de Produtos à Vigilância Sanitária.

Tabela 163 – Número de Análise das DNCI.

Tabela 164 – Exames de Vigilância Ambiental, por Região de Saúde solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.

Tabela 165 – Exames de Vigilância Epidemiológica, por Região de Saúde Solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.

Tabela 166 – Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará.

Tabela 167 – Número de Ouvidorias do SUS Implantadas no Estado do Pará por Categoria de Ouvidoria Distribuída por Região de Saúde.

Tabela 168 – Número de Ouvidorias do SUS Implantadas no Estado do Pará distribuídas por Região de Saúde no período de 2018 a 2022.

Tabela 169 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS.

Tabela 170 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS, no período de 2018-2021.

Tabela 171 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS, no período de 2022-2025.

Tabela 172 – Quantitativo de Servidores SESPA e Vinculados, no período de 2018 a 2022.

Tabela 173 – Quantitativo de Pessoal, por Tipo de Vínculo, no período de 2018 a 2022.

Tabela 174 – Quantitativo de Servidores por Nível de Formação, conforme cargo.

Tabela 175 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Concessão do Auxílio Alimentação, no período de 2018 a 2022.

Tabela 176 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Concessão de Auxílio Transporte, no período de 2018 a 2022.

Tabela 177 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Manutenção da Gestão, no período de 2018 a 2022.

Tabela 178 – Instituições de Ensino e Cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPA no ano de 2018.

Tabela 179 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2019.

Tabela 180 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2020.

Tabela 181 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2021.

Tabela 182 – Quantitativo de Cursos, por Instituições que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2022.

Tabela 183 – Quantitativo de Vagas, por Categoria Profissional Ofertadas por IES, no período de 2018 a 2022.

Tabela 184 – Quantitativo de Vagas em Área Profissional por IES, no período de 2018 a 2022.

Tabela 185 - Quantitativo de Vagas em Área Profissional por IES, no período de 2018 a 2022.

Tabela 186 - Programa de Residência Médica Ofertados pelo IES, por Especialidades e Ano, no período de 2018 a 2022.

Tabela 187 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UEPA no período de 2018 a 2022.

Tabela 188 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da CESUPA no período de 2018 a 2022.

Tabela 189 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UFPA no período de 2018 a 2022.

Tabela 190 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UEPA no período de 2018 a 2022.

Tabela 191 – Quantidade de Repositório Institucional, por Tipo no período de 2018 a 2023.

Tabela 192 – Quantitativo de pessoas qualificadas em cursos de Formação Inicial e Continuada, 2018 a 2022.

Tabela 193 – Quantitativo de pessoas qualificadas em cursos de Formação Inicial e Continuada, 2023.

Tabela 194 – Receita Per Capita e Despesa em Saúde Per Capita no Estado do Pará.

Tabela 195 – Despesa por Subfunção na Saúde do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Ranking das Principais Causas de Mortes Ocorridas no Estado do Pará, nos períodos de 2018 e 2022.

Quadro 02 - Proporção de Óbitos por Grupo de Causas (Capítulo CID 10): Regiões de Saúde do Pará em 2022.

Quadro 03 – Média da Cobertura de Visitas Domiciliares de 2019 a 2020 nos 6 ciclos, no Pará.

Quadro 04 – Índices Entomológico de Referência para o LIRAA/LIA.

Quadro 05 – Média Anual de Municípios que Realizaram o LIRAA/LIA, pelo menos 04 ciclos.

Quadro 06 - Quantidade de LIRAA-LIA Realizados, por Município, no período de 2019 a 2023, com 03 ciclos anuais.

Quadro 07 – Levantamento de Casos Autóctones de Esquistossomose Notificados no SISPCE, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2023.

Quadro 08 – Número de Casos de Geohelmintíases Diagnosticadas no Estado do Pará, ano 2023.

Quadro 09 – Número de Casos de Geohelmintíases Diagnosticadas no Estado do Pará, ano 2019 a 2023.

Quadro 10 – Prevalência de Diabetes, por Sexo, no Ano de 2019.

Quadro 11 – Prevalência de Hipertensão Arterial, por Sexo, no Ano de 2019.

Quadro 12 – Prevalência de Obesidade, por Sexo, no período de 2018 a 2023.

Quadro 13 – Leitos Neonatais do SUS, por Região de Saúde e Local.

Quadro 14 – Quantidades de Equipes de Atenção Primária Prisional, por Região de Saúde e Município.

Quadro 15 - Demandas e Encaminhamentos Dados pela EA, no período de 2020 a 2023.

Quadro 16 – Proposta para Implantação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) no Estado do Pará pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Quadro 17 – Obras Finalizadas, por Município e Tipo, no Ano de 2023.

Quadro 18 – Mortalidade por Tipo de Câncer mais prevalentes no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Quadro 19 – Estabelecimentos com Serviços de Referência em Diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e Mama.

Quadro 20 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro I - Pará 2018 A 2022.

Quadro 21 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro II - Pará 2018 a 2022.

Quadro 22 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro III - Pará 2018 a 2022.

Quadro 23 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro IV - Pará 2018 A 2022.

Quadro 24 – Numero de UDME Implantadas, por Macrorregiões, no período de 2018 a 2022.

Quadro 25 - Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde que compõem a Rede Hospitalar, por Região e Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

Quadro 26 – Unidades Sentinela Instaladas no Pará, no Ano 2023.

Quadro 27 – Número de Decretos de Emergência Emitidos no Estado do Pará – 2023.

Quadro 28 – Municípios com Registro de Emergência em Estiagem por Regional no Estado do Pará – 2023.

Quadro 29 – Serviços de Gestão Estadual Regulados por CRR Estadual.

Quadro 30 – Quantitativo de Referência Técnica de Saúde.

Quadro 31 – Principais Eixos e Ações de EPS.

Quadro 32 – Programas de Residência Multiprofissionais e Uniprofissionais por Instituição de Ensino Superior - IES.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PES - Plano Estadual de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PAS – Plano Anual de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
CRS - Centros Regionais de Saúde
SESPA – Secretaria do Estado da Saúde do Estado do Pará
CES - Conselho Estadual de Saúde do Pará
NISPLAN - Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento
ONU - Organização das Nações Unidas
COP30 - Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas de 2025
PRI - Planejamento Regional Integrado
RAS - Redes de Atenção à Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FAPESPA - Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas
OMS - Organização Mundial de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
RI - Região de Integração
RMB - Região Metropolitana de Belém
PEA - População Economicamente Ativa
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
COVID 19 - Coronavírus SARS-CoV-2
FSCM - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
UREMIA - Unidade de Referência Materno Infantil
MS - Ministério da Saúde
CID 10 – Classificação Internacional de Doença
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
SVO - Serviço de Verificação de Óbito
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
MIF - Mortalidade em Idade Fértil
DO – Declaração de Óbito
SIM – Sistema de Mortalidade

SHEG - Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
IPA - Índice Parasitário Anual
LIRAA – Levantamento Rápido de Índices para Aedes Aegypti
ACE - Agentes de Combate às Endemias
PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
DCA – Doença de Chagas
LV - Leishmaniose Visceral
LTA - Leishmaniose Tegumentar
SISPCE - Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose
SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
ASC - Ascaris lumbricoides
TT - Trichuris trichiura
ANC - Ancylostoma duodenale e Necator americanos
EV - Ancylostoma duodenale e Necator americanos
PCE - Programa de Controle da Esquistossomoses
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INPEG - Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helminthiases
DCNI - Doenças de Notificação Compulsória Imediata
MDDA - Monitoramento de Doença Diarreica Aguda
DDA - Doenças Diarreicas Agudas
DTA - Doenças Transmitidas por Alimentos
SRO - Solução de Sais de Reidratação Oral
ESP - Evento de Saúde Pública
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
APS - Atenção Primária à Saúde

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIB - Comissões Intergestores Bipartite
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
SC - Sífilis Congênita
NV – Nascidos Vivos
TV – Transmissão Vertical
SAE - Serviços de Atendimento Especializados
CEHV - Coordenação Estadual de Hepatites Virais
UBSs – Unidade básica de saúde
ESFs – Equipe de Saúde da Família
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
DM - Diabetes Mellitus
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC - Índice De Massa Corporal
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
SE – Semana Epidemiológica
PFA - Paralisia Flácida Aguda
DM - Doença Meningocócica
SAD - Soro Antidiftérico
SAT - Soro Antitetânico
IGHAT - Imunoglobulina Humana Antitetânica
SRAG - Síndrome respiratória aguda grave
SG - Síndrome Gripal
SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde
CEREST – Centro de Referência Saúde do Trabalhador
VISAT – Vigilância da Saúde do Trabalhador
LER/DORT - Lesão por esforço repetitivo
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
IML – Instituto Médico Legal
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

ODS - Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
DPAIS - Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde
PNAISARI - Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes
PSE – Programa Saúde na Escola
SEDUC - Secretaria Estadual de Educação
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
CESAJ - Coordenação Estadual de Saúde do Adolescente e Jovem
PCCU - Citopatológico do Colo do Útero
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
CIDs – Classificação Internacional de Doenças
IVCF - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
PROADI- Programa de desenvolvimento Institucional
PMcC - Saúde da Pessoa Idosa e Programa Melhor em Casa
EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
CESID – Coordenação Estadual da Saúde do Idoso
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CEN – Coordenação Estadual de Nutrição
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PBF – Programa Bolsa Família
VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

CAISAN – Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEANS – Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
FNE – Fórmulas Nutricionais Especiais
PNAN –
PPL – Pessoas Privadas de Liberdade
eAPP – Equipes de Atenção Primária Prisional
RAS – Redes de Atenção à Saúde
HGP – Hospital Geral Penitenciário
CEEAE – Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes de Motor com Escalpelamento
SEASTER – Secretaria de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda.
ONG – Organização não governamental
CESIPT – Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais
DSEI's – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
VSPEA – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos
SISSOLO – Sistema de Informação em Saúde de Vigilância de População Exposta A Solo Contaminado
UPAS – Unidades de Posto de Abastecimento e Serviços
AA – Área Agrícola
ACAPP – Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso
ADRI - Área de Disposição de Resíduos Industriais
LAFRON - Laboratórios de Fronteira
SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde
GAL - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial
ADRU – Área Final de Disposição Final Resíduos Urbanos
AM - Área de Mineração
AD - Área Desativada
AI - Área Industrial
CN - Contaminação Natural
DA - Depósito de Agrotóxico
VIGIAR – Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica

INPE - Instituto Nacional de Estudos Espaciais
VIGIDESASTRES – Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres
RNLSP - Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
LACEN - Laboratórios Centrais de Saúde Pública
SER - Sistema Estadual de Regulação
CRR – Complexo Regulador Regional
CER – Complexo Estadual Regulador
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
MAC - Média e Alta Complexidade
TRS - Terapia Renal Substitutiva
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil
CH - Comitês de Humanização
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
CG - Colegiados Gestores
OUVIDORSUS – Sistema de Ouvidorias do Ministério da Saúde
GTH - Grupos de Trabalho de Humanização
SISREG – Sistema de Regulação
CTH - Câmaras Técnicas de Humanização
UDME - Unidades Dispensadoras de medicamentos Especializados
CAH - Coletivos Ampliados de Humanização
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
PNH - Política Nacional de Humanização no Estado do Pará
EPI - Equipamento de Proteção Individual
FTS - Força de Trabalho em Saúde
RAG - Relatório Anual de Gestão
HOL - Hospital Ophir Loyola
RDQA - Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior
NATJUS - Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário
FHCGV - Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
CRDS - Câmara de Resolução de Demandas de Saúde Pública
DGTES - Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

RTP - República Terapêutica de Passagem
UAT - Unidade de Acolhimento Temporário
RTS - Referências Técnicas em Saúde
GFD - Gerência de Formação e Desenvolvimento
GDI - Gerência de Documentação e Informação
GEP - Gerência de Educação Permanente
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
CESA - Coordenação de Educação na Saúde
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
PEEPS - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PAREPS - Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde
NEP - Núcleos de Educação Permanente

GTE – Grupo Técnico Estadual
DOE - Diários Oficiais do Estado
UFPA – Universidade Federal do Pará
UEPA – Universidade Estadual do Pará
CESUPA – Centro Universitário do Pará
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
UNAMA – Universidade da Amazônia
AIDPI - Curso de Capacitação no Atendimento a Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
CEE - Conselho Estadual de Educação
EGP - Escola de Governança Pública
CEFOR - Centro de Formação de Profissionais de Educação Básica
PMPA - Polícia Militar do Pará
CIRR - Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	31
2.	ORGANIZAÇÃO DA SESP	34
3.	REGIONALIZAÇÃO	37
4.	ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO PARÁ	39
4.1.	Estrutura do Sistema de Saúde	39
4.2.	Panorama Demográficos, Socioeconômicos e Ambiental	Erro! Indicador não definido.
4.3.	Panorama Epidemiológico	50
4.3.1.	Natalidade	51
4.3.2.	Mortalidade	55
4.3.2.1.	<i>Mortalidade Geral</i>	55
4.3.2.2.	<i>Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis</i>	60
4.3.2.3.	<i>Mortalidade por Causas Externas</i>	63
4.3.2.4.	<i>Mortalidade de Mulher em Idade Fértil (MIF)</i>	65
4.3.2.5.	<i>Mortalidade Materna</i>	66
4.3.2.6.	<i>Mortalidade Infantil e Fetal</i>	70
4.3.2.7.	<i>Mortalidade por Causa Básica Definida</i>	77
4.3.3.	Morbidade	78
4.3.3.1.	<i>Doenças Transmissíveis</i>	79
4.3.3.2.	<i>Doenças Crônicas Não Transmissíveis</i>	133
4.3.3.3.	<i>Doenças Imunopreveníveis</i>	136
4.3.3.4.	<i>Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho</i>	155
5.	ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO – ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	167
5.1.	Serviço de Verificação de Óbito	167
5.2.	Atenção Primária à Saúde	169
5.2.1.	Integração das Políticas	179
5.2.1.1.	<i>Saúde da Criança</i>	179

5.2.1.2.	<i>Saúde do Adolescente</i>	179
5.2.1.3.	<i>Programa Saúde nas Escolas</i>	182
5.2.1.4.	<i>Saúde da Mulher</i>	186
5.2.1.5.	<i>Saúde do Homem</i>	189
5.2.1.6.	<i>Saúde da Pessoa Idosa e Programa Melhor em Casa - PMeC</i>	195
5.2.1.7.	<i>Política de Alimentação e Nutrição</i>	209
5.2.1.8.	<i>Saúde da População Privada de Liberdade</i>	220
5.2.1.9.	<i>Indígena e Populações Tradicionais</i>	224
5.2.1.10.	<i>Saúde Mental</i>	231
5.2.1.11.	<i>Saúde Bucal</i>	238
5.2.2.	<i>Imunização</i>	252
5.3.	Centro de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	256
5.3.1.	<i>Urgência e Emergência</i>	256
5.3.2.	<i>Serviços de Referência para Média e Alta Complexidade</i>	270
5.3.2.1.	<i>Pessoa com Deficiência</i>	270
5.3.2.2.	<i>Oncológica</i>	275
5.3.2.3.	<i>Assistência Farmacêutica</i>	284
5.3.2.4.	<i>Tratamento Fora do Domicílio - TFD</i>	288
5.3.2.5.	<i>Sistema Estadual de Transplante do Pará</i>	292
5.3.2.6.	<i>Hemoterapia e Hematologia</i>	296
5.4.	Atenção Hospitalar	298
5.4.1.	<i>Vigilância Epidemiológica</i>	302
5.4.2.	<i>Vigilância Sanitária</i>	302
5.4.3.	<i>Vigilância Ambiental</i>	311
5.4.4.	<i>Vigilância Laboratorial</i>	326
5.5.	Gestão em Saúde	333
5.5.1.	<i>Regulação, Avaliação e Controle</i>	333
5.5.2.	<i>Auditoria</i>	341

5.5.3.	Ouvidoria	343
5.5.4.	Planejamento em Saúde	353
5.5.5.	Judicialização da Saúde.....	357
5.6.	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.....	357
5.6.1.	Gestão do Trabalho.....	357
5.6.2.	A Política Nacional de Humanização no Estado do Pará - PNH	361
5.6.3.	Educação na Saúde.....	364
5.6.3.1.	Escola Técnica do SUS do Pará “DR. MANUEL AYRES”	386
5.7.	Financiamento em Saúde.....	396
6.	DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES	401
6.1.	Da proposta do aporte orçamentário	411
7.	PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	413
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	428
	REFERÊNCIAS	430



1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2024-2027 se apresenta como o principal instrumento de planejamento estratégico para as políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Pará. Mais do que um mero requisito legal, o PES se configura como um roteiro fundamental para a gestão do SUS, estabelecendo as diretrizes, objetivos, metas e indicadores que nortearão as ações da Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SESPA) nos próximos quatro anos.

Sua elaboração, conduzida de forma participativa e sob a coordenação do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento (NISPLAN), contou com a colaboração de diversos atores, incluindo gestores, secretários, diretores, coordenadores, equipes técnicas e membros do Conselho Estadual de Saúde. Essa construção conjunta buscou refletir, de forma abrangente, as necessidades de saúde da população paraense, em consonância com o Plano Plurianual (PPA) do Governo do Estado.

O PES 2024-2027 se destaca por ser impulsionado pela missão da SESP, assegurar à população Políticas Públicas de Saúde, contemplando os princípios do SUS, a gestão participativa e o controle social, visando à melhoria da qualidade de vida no Estado do Pará, consolidando um novo modelo organizacional pautado pela gestão eficiente, pactuação e integração. O objetivo central é garantir um atendimento mais humanizado e eficaz, aproximando a saúde da população. O planejamento estratégico assume um papel crucial nesse processo, servindo como guia para a concretização dessa agenda e seus instrumentos de gestão.

Nesse contexto, o Plano Estadual de Saúde se propõe a contribuir para o bem-estar e a felicidade da população paraense, promovendo a saúde individual e coletiva como pilares para a melhoria da qualidade de vida. A realização de encontros regionais de planejamento participativo, através do Planejamento Regional Integrado – PRI e das Audiências Públicas para elaboração do PPA, foram fundamentais para o processo, permitindo que a sociedade definisse diretrizes regionais que subsidiaram os eixos norteadores e as respectivas diretrizes do plano. Essa ampla participação social resultou em um instrumento mais robusto e engajado com a realidade paraense.

O Plano Estadual de Saúde do Pará reconhece a urgência de se preparar para a sustentabilidade, com a vinculação aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU) e para os impactos das mudanças climáticas na saúde da população. O estado, sede da Conferência das Nações Unidas sobre as

Mudanças Climáticas (COP30) em 2025, terá um papel crucial na discussão e implementação de medidas para mitigar os efeitos da crise climática na saúde pública.

A organização do plano apresenta 7 seções conforme a seguir: 1.Introdução; 2. Organização da SESPA; 3. Regionalização; 4. Análise Situacional da Saúde no Pará; 5. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; e por fim 6. Processo de Monitoramento e Avaliação.

O PES 2024-2027 incorpora ações estratégicas para fortalecer a vigilância em saúde e o monitoramento de doenças relacionadas ao clima, como doenças transmitidas por vetores, doenças respiratórias e eventos climáticos extremos. Além disso, o plano prevê investimentos em infraestrutura para garantir a resiliência do sistema de saúde a eventos climáticos adversos, como inundações e secas.

A promoção da educação ambiental e da sustentabilidade também é um componente fundamental do PES. O plano busca conscientizar a população sobre os riscos das mudanças climáticas para a saúde e incentivar a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

O Plano Estadual de Saúde do Pará 2024-2027 demonstra o compromisso da SESPA com a construção de um sistema de saúde acessível, sustentável, equitativo, gerador de conhecimento e inovação. Ao incorporar os desafios das mudanças climáticas em sua agenda, o plano se torna um instrumento ainda mais relevante para garantir a saúde e o bem-estar da população paraense nas próximas décadas.

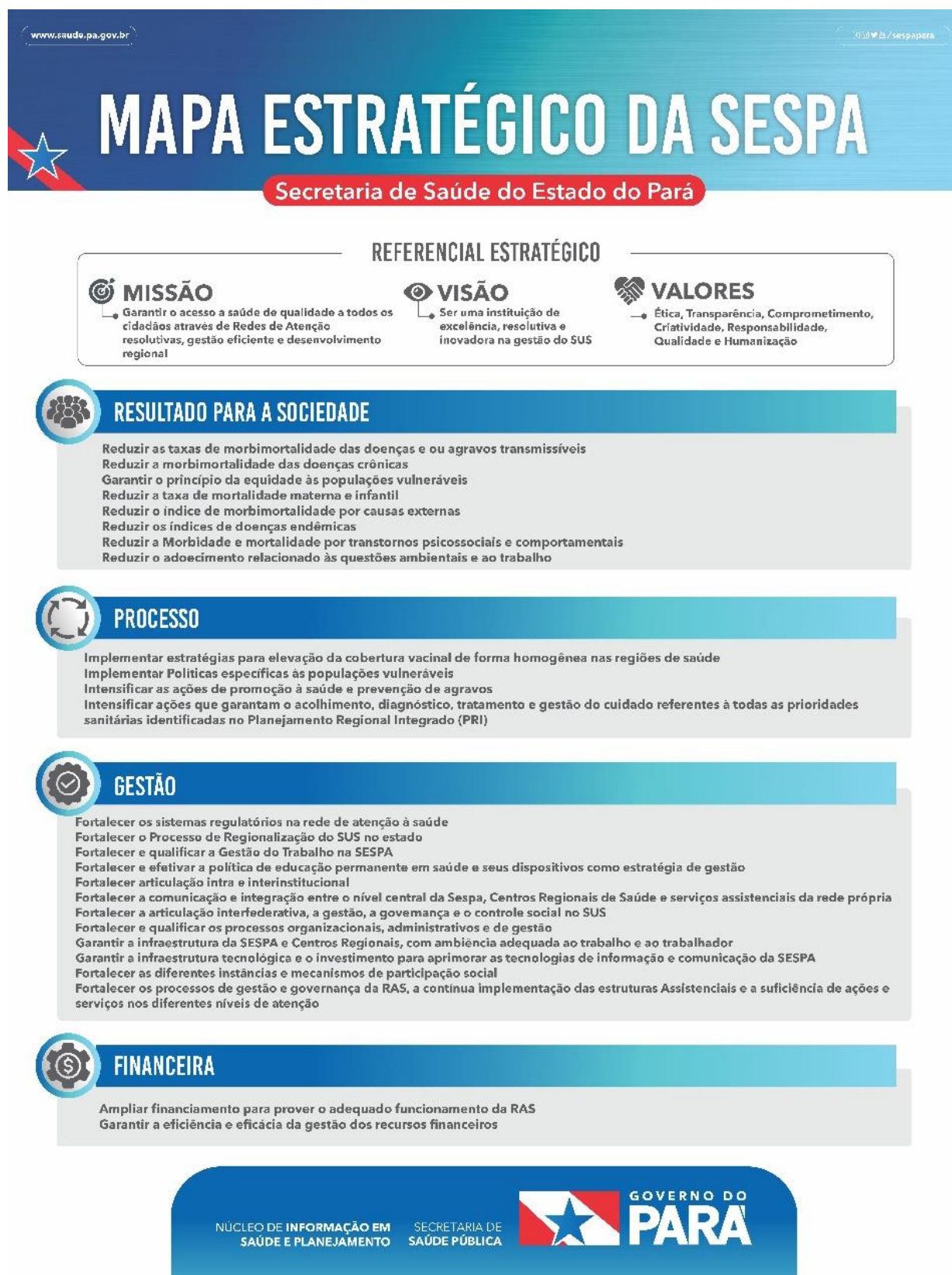


2. Organização da SESP



2. ORGANIZAÇÃO DA SESP

Figura 01 – Mapa Estratégico da SESP, 2023.



Fonte: SESP, 2023.

(baseado na estrutura oficial de 1994)



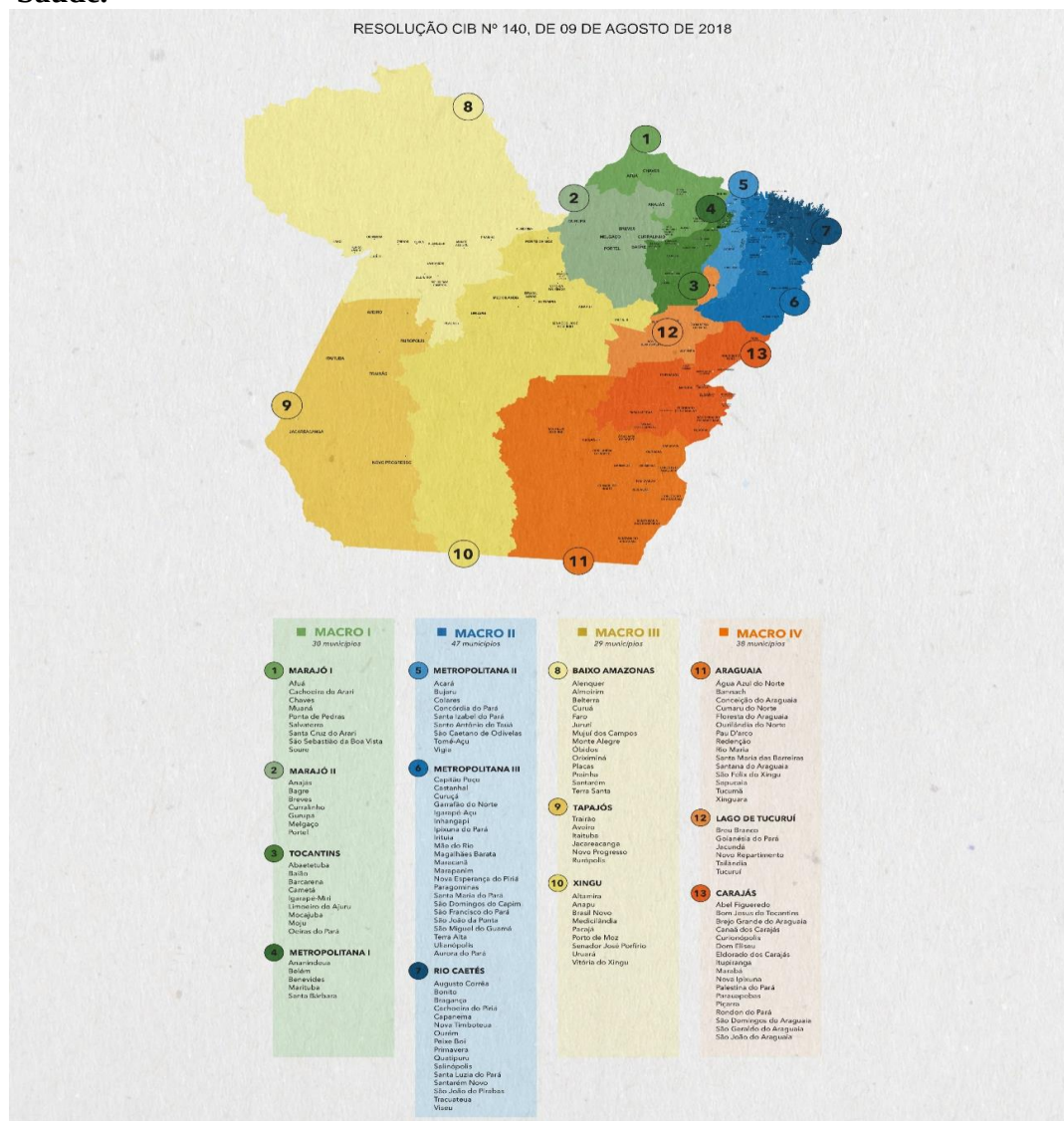
3. Regionalização



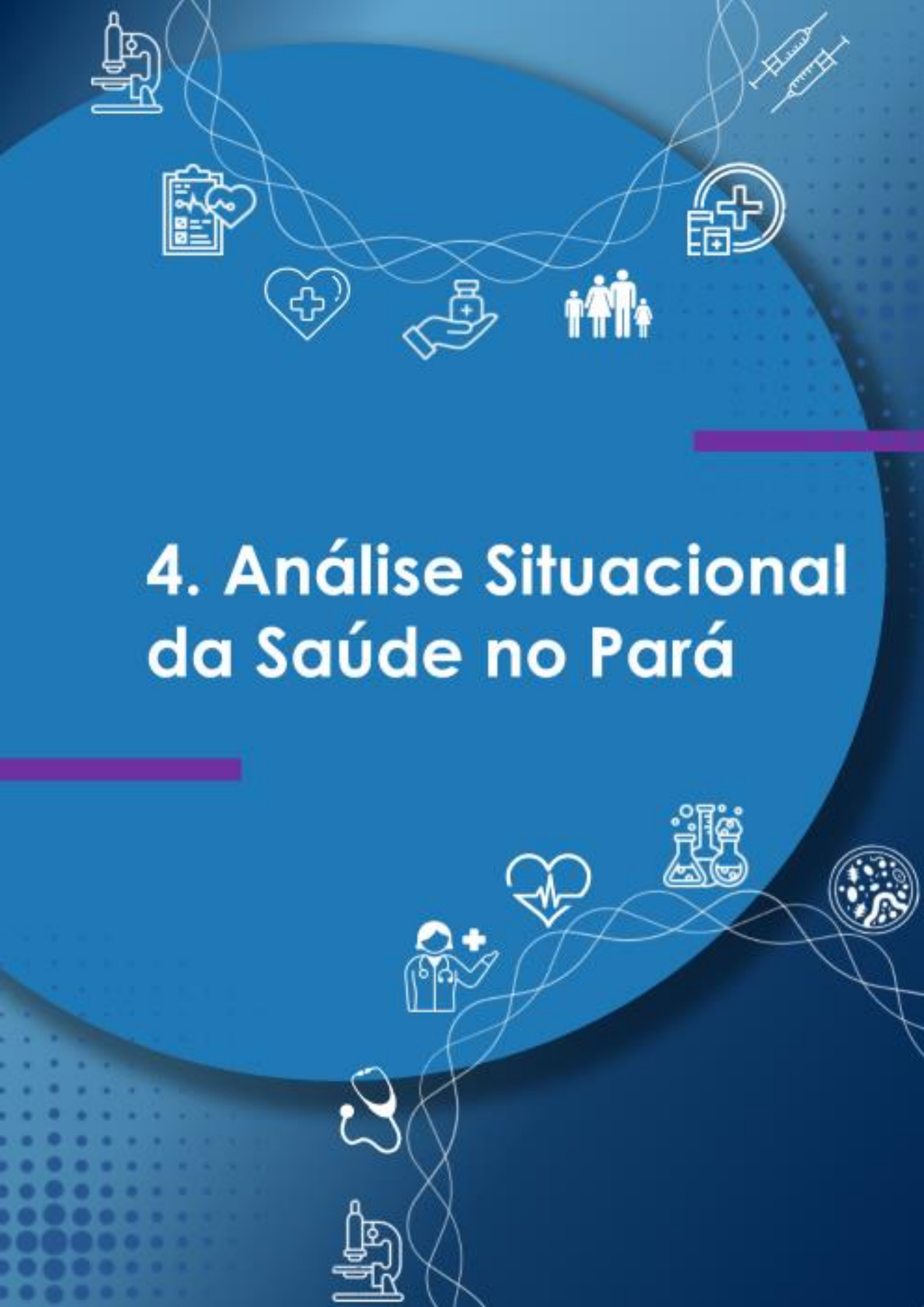
3. REGIONALIZAÇÃO

Com relação ao mapa do estado do Pará por Região e Macrorregião de Saúde, o estado dividi-se em 13 (treze) Regiões e 4 (quatro) Macrorregiões, conforme as Resoluções CIB/PA nº 90/2013 e nº 140/2018, sendo assim constituídas: Macro I, Macro II, Macro III e Macro IV. A Macro I é composta por 30 municípios situados nas Regiões de Saúde do Marajó I, Marajó II, Tocantins e Metropolitana I. A Macro II é composta por 47 municípios situados nas Regiões da Metropolitana II, Metropolitana III e Rio Caetés. A Macro III é composta por 29 municípios situados nas Regiões do Baixo Amazonas, Tapajós e Xingu. A Macro IV é composta por 38 municípios situados nas Regiões do Araguaia, Lago Tucuruí e Carajás.

Figura 03 – Mapa Político do Estado do Pará por Região e Macrorregião de Saúde.



Fonte: ASCOM/SESPA, 2022.

A decorative graphic featuring a white DNA double helix winding across a blue background. Various white medical icons are placed along the helix, including a microscope, a clipboard with a heart, a heart with a cross, a hand holding a pill, a family silhouette, a syringe, a pharmacy building, a doctor with a cross, a heart with an ECG line, laboratory flasks, a stethoscope, and a circular icon with a virus. Two horizontal purple bars are also present: one above the title and one below it.

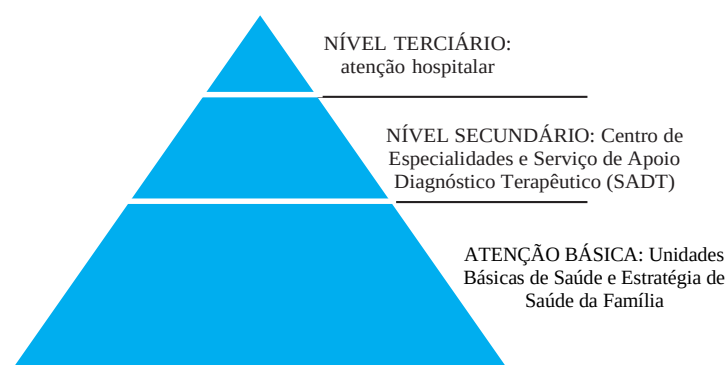
4. Análise Situacional da Saúde no Pará

4. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE NO PARÁ

4.1. Estrutura do Sistema de Saúde

Ao iniciar, importante proporcionar uma visualização da engenharia organizacional do sistema de saúde a mais difundida que equivale à pirâmide clássica (Figura 04), em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (Chioro dos Reis & Scaff, 1998) para melhor compreender o SUS em sua parte metodológica:

Figura 04 – Modelo da Pirâmide: Hierarquização e Regionalização do SUS.



A elaboração deste PES teve como base alguns produtos do Planejamento Regional Integrado/PRI (mesmo considerando a não finalização) no que se refere a possibilidade de sustentação metodológica na governança regional, na análise dos planos de saúde e a análise da situação de saúde que compreende: a identificação do perfil epidemiológico, da capacidade instalada, dos fluxos de acesso, qualidade nos serviços e dos vazios assistenciais, bem como no conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção à saúde, principalmente por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Desta forma, a organização do sistema de saúde está diretamente condicionada às necessidades de saúde da população que, por sua vez, são implicadas pelos determinantes sociais. Nesse sentido a estrutura dos serviços de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação dos seus usuários. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi projetado com uma arquitetura descentralizada, hierarquizada e integrada regionalmente através das RAS.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2011) e estão preconizadas na Constituição Federal de 1988, que cita as redes regionalizadas e hierarquizadas, e nas leis supraconstitucionais como a lei 8080/90. O fortalecimento do SUS está diretamente condicionado a construção de redes de atenção em saúde que propicie agilidade em seus serviços e resolutividade nas demandas dos usuários. Dessa forma, a garantia da continuidade do cuidado e a resolutividade pela atenção à saúde do cidadão é de responsabilidade da gestão e pode e deve ser compartilhada através da articulação entre os serviços que compõem a RAS, tendo como finalidade a garantia do direito à saúde de cada cidadão.

Nesse sentido superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política”, para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança. (Brasil, 2010).

No estado do Pará a RAS se insere em uma realidade complexa e diversa, marcada por específicas demandas de saúde, territorialidades e perfil populacional amazônico. A dimensão territorial e a cobertura assistencial no estado têm sido um dos maiores desafios para organizar o Sistema Único de Saúde (SUS). A especificidade de seu espaço regional concentra áreas historicamente caracterizadas como vazios assistenciais nos quais as barreiras de acesso a profissionais e serviços de saúde são significativas e geralmente estão agravadas pelos determinantes históricos sociais, econômicos e ambientais. Agregam-se a esse cenário a heterogeneidade dos municípios, tanto do ponto de vista das necessidades por ações e serviços de saúde, quanto da capacidade instalada em termos de prestação de serviços.

Esta situação se torna mais agravante no nível da atenção especializada de média e alta complexidade, importante ponto de estrangulamento no sistema de saúde, seja por insuficiência de oferta ou demanda inadequada, ocasionando formação de longas filas de espera de demanda reprimida para especialidades específicas.

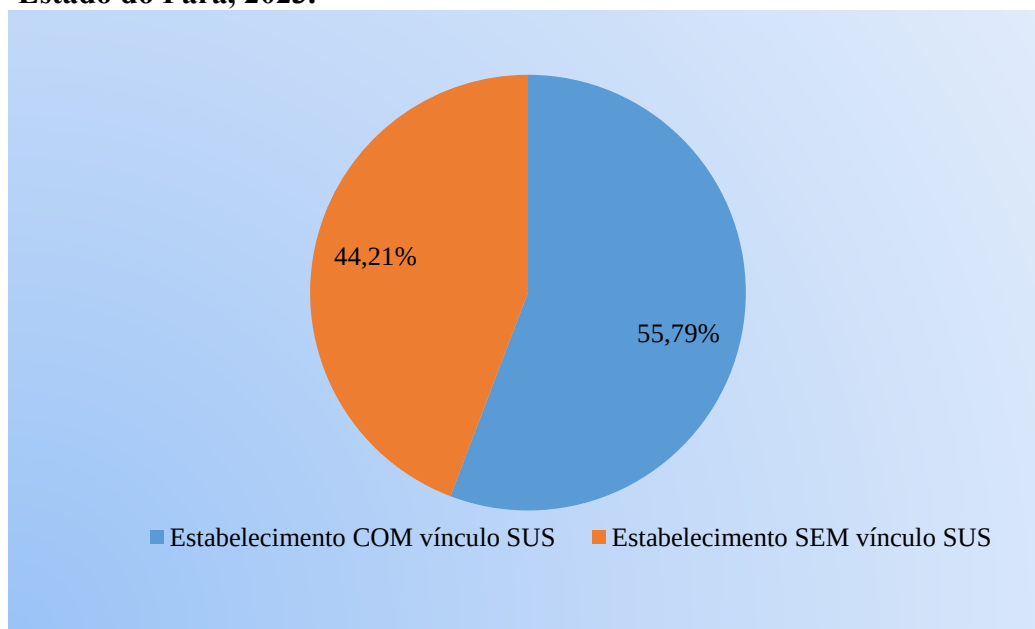
Desses serviços especializados, os que apresentam maiores e mais graves estrangulamentos, são os de atenção secundária. Esse agravamento é mais intenso nos

recursos assistenciais como consulta médica e exames de imagem, que sinalizam a existência de vazios assistenciais na grande maioria das macrorregiões de saúde e demonstra uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

A estrutura da rede assistencial no Estado do Pará vem ao longo dos anos se modificando para atender a necessidade da população no sentido de garantir maior agilidade em seus serviços e resolutividade nas demandas dos usuários. Contudo é relevante a organização sistêmica e enfrentamento dos desafios do contexto socioeconômico o qual é de responsabilidade da gestão que deve ser compartilhada através da articulação entre os serviços que compõem a Rede de Atenção a Saúde, tendo como finalidade a garantia da integralidade e equidade no atendimento de cada cidadão paraense.

O cenário da rede assistencial vem se moldando gradativamente, a ampliação dos serviços de saúde é bastante visível ocorrendo uma leve diferença entre o setor público em relação aos estabelecimentos sem vínculo com o SUS. Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), há 7.904 estabelecimentos de saúde, sendo 55,79% com vínculo com o SUS e 44,21% sem vínculo, conforme a figura 05 abaixo:

Figura 05 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Vínculo do Estado do Pará, 2023.

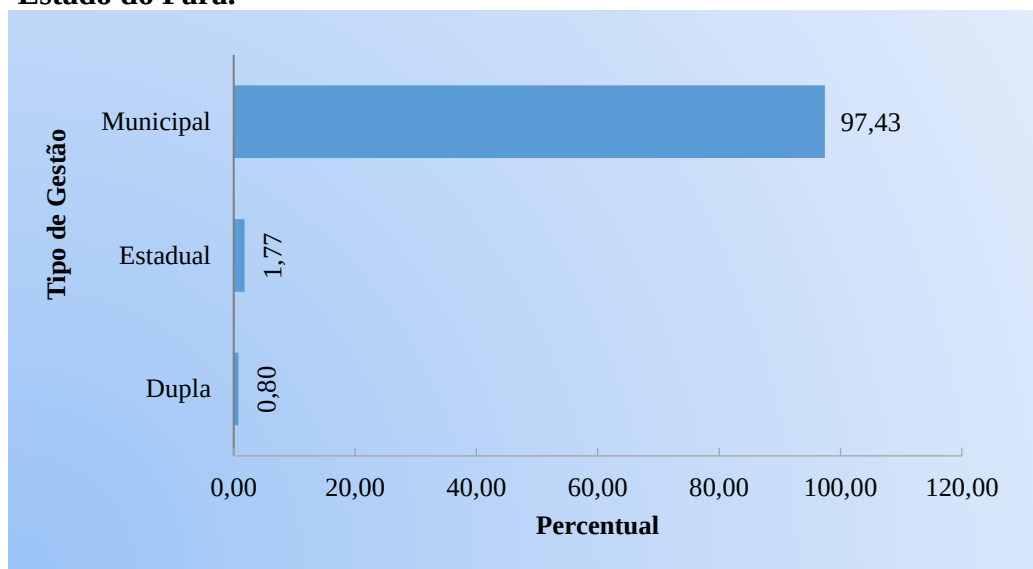


Fonte: CNES, 2023.

A gestão municipal encontrasse com maior cobertura (97,43%), seguida da estadual (1,77%) e gestão dupla (0,80%), este último tipo de gestão refere-se à rede dos

30 municípios que permanecem com seus recursos sob gestão estadual e o crescimento na contratualização de prestadores privados (figura 06).

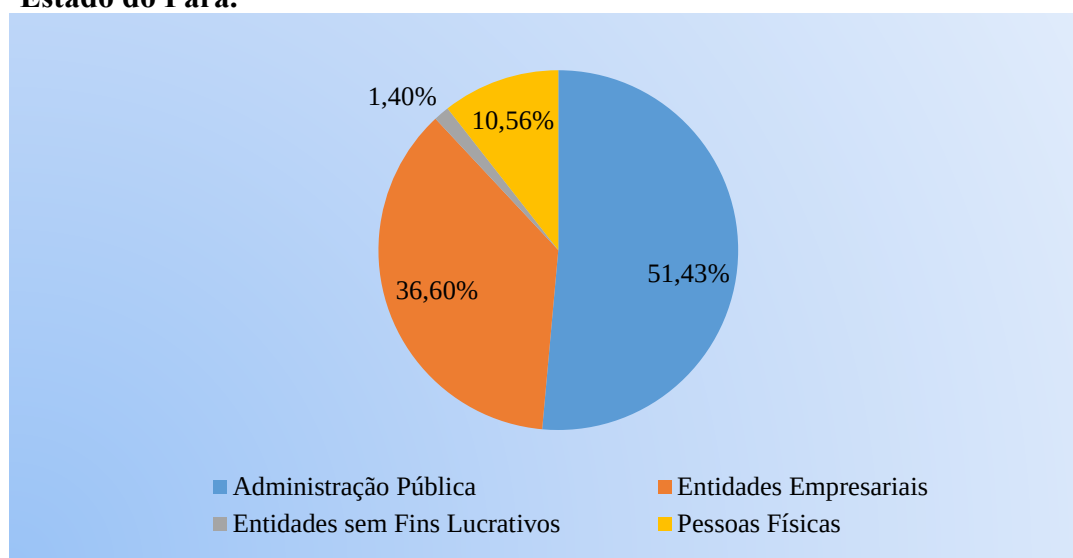
Figura 06 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão, Estado do Pará.



Fonte: CNES, 2023.

Ao identificar a esfera jurídica desses estabelecimentos, verifica-se que 50% pertencem à Administração Pública, 51,43% às Entidades Empresariais, 36,60% à Pessoa Física e 1% às Entidades sem fins lucrativos. Estes últimos em sua grande maioria formada de consultórios médicos de profissionais liberais, conforme o figura 07 abaixo.

Figura 07 – Percentual de Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica, do Estado do Pará.

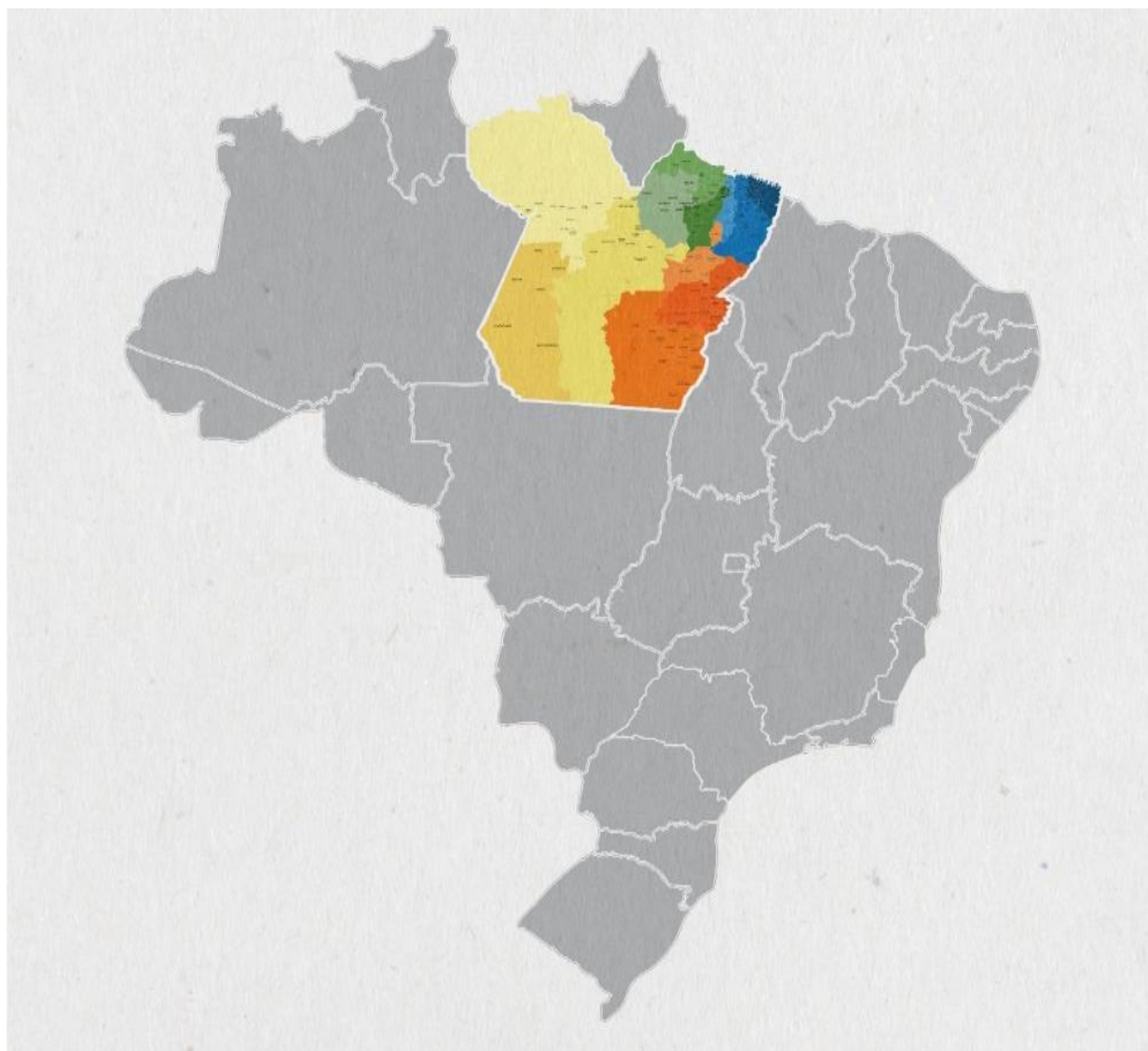


Fonte: CNES, 2023.

4.2. Panorama Demográfico, Socioeconômico e Ambiental

O estado do Pará está situado na região norte do Brasil (Figura 08), suas dimensões territoriais abrangem uma área de 1.245.870,704 km², e a densidade demográfica de 6,51 habitantes por km², distribuídos em 144 municípios (Tabela 01). Faz divisa com os estados do Amapá, Roraima, Amazonas, Mato Grosso, Tocantins e Maranhão, e fronteira com os países Suriname e Guiana e é banhado pelo Oceano Atlântico. Em 2022, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou a população em 8.120.131 pessoas, com uma taxa de crescimento populacional de 7,06% em comparação ao censo anterior. A maior parte da população reside em áreas urbanas (68,5%), e em termos de acesso à saúde, 86,02% dependem do SUS.

Figura 08 – Mapa do Brasil com indicação do estado do Pará.



Fonte: ASCOM/SESPA, 2022.

Tabela 01 – Panorama Sanitário do estado do Pará e do Brasil.

Dados Popacionais	Ano	Brasil	Estado
População residente*	2022	203.080.756	8.120.131
Área (em Km ²) *	2022	8.510.417	1.245.871
Densidade demográfica (hab./Km ²)*	2022	23,86	6,52
População com menos de 15 anos (%)*	2022	19,76	24,49
População de Idosos com 60 anos e mais (%)*	2022	15,81	10,79
Índice de envelhecimento (%)*	2022	55,24	29,58
Razão de dependência*	2022	44,25	46,57
Taxa de Fecundidade Total*	2021	1,76	1,88
Habitação e Infraestrutura Urbana			
Percentual de Domicílios com Esgotamento*	2022	64,69	19,99
Percentual de Domicílios com Rede Geral de Distribuição de Água*	2022	83,88	48,90
Percentual de domicílios com coleta direta ou indireta de lixo*	2022	91,71	78,08
Educação			
Taxa de Analfabetismo População de 15 anos ou mais**	2022	5,6	7,4
Média de anos de estudo da população de 15 anos ou mais**	2022	10,1	9,3
População de 25 anos ou mais com 8 anos de estudo (%) **	2022	34,0	42,2
Economia			
PIB (em milhões de reais correntes)**	2020	7.609.597	215.936
PIB per capita (em reais de correntes)*	2020	35.935	22.845
Rendimento nominal mensal domiciliar per capita (RDPC)*	2022	1.625	1.061

Fonte: IBGE (Censo 2022 e Estimativas) e Fundação FAPESPA (2022).

Nota: Dados (*) referentes à fonte IBGE (Censo 2022 e Estimativas) e (**) referente à fonte FAPESPA.

A taxa de fecundidade total é uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher tem ao longo da vida reprodutiva. Seguindo uma tendência mundial, sobretudo dos países urbanizados, a taxa de fecundidade no Brasil está em constante declínio, que segundo o IBGE em 2006 apresentava uma taxa de 2,04 e em 2021 1,76. No estado do Pará, a taxa de fecundidade total reduziu 24,19% de 2006 (2,48) para 2022 (1,88). Essa queda da taxa de fecundidade é consequência de vários fatores, tais como os projetos de educação sexual, planejamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, expansão da urbanização, entre outros. Por meio da taxa de fecundidade é possível avaliar se a população vai crescer, envelhecer ou ficar do mesmo tamanho, esses dados são importantes para guiar as ações públicas e governamentais que devem ser tomadas na área da saúde.

Em relação as faixas etárias da população, temos que a população com menos de 15 anos no Brasil é de 19,76%, em 2022 reduziu quando comparado a 10 anos antes,

que tinha uma taxa de 23,64%. O estado do Pará apresenta um percentual de jovens maior que o percentual do país com 24,52% em 2022, mas há uma redução quando comparado com 2012 (30,44%). A parcela idosa da população brasileira, com 60 anos ou mais, subiu para 15,81% em 2022. Dez anos antes, em 2012, o percentual era de 11,3% (Tabela 01). Essas mudanças, entre outras, ocasionam o envelhecimento gradativo da população do estado do Pará (Figuras 10 e 11), com estreitamento das bases (redução das faixas etárias mais jovens) e ampliação da largura no topo (aumento das faixas etárias mais idosas).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o Brasil ocupará a sexta colocação entre os países com maior população idosa. O envelhecimento da população traz significativas consequências para o setor da saúde e levanta várias questões fundamentais para o desenvolvimento no que tange saúde e políticas sociais para esta população.

O nível de escolaridade influencia nos fatores psicossociais e comportamentais para uma qualidade de vida, segundo a OMS quanto maior o nível de escolaridade da pessoa, maior é o acesso a informação, dessa forma, promovendo a sua percepção da qualidade de vida para adoção de hábitos saudáveis e a procura de serviços de saúde. A Tabela 1 demonstra que o estado do Pará apresenta em 2022 uma taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais de 7,4, maior em 1,8 quando comparado com a taxa do Brasil 5,6. Assim como a média de anos de estudo da população de 15 anos ou mais o estado apresenta uma média 9,3, resultado este menor do que os dados do país (10,1) evidenciando o baixo nível de escolaridade da população do Estado.

Além disso, os dados apontam que o percentual da população de 25 anos ou mais com 8 anos de estudo é de 42,2%, maior que o apresentado no país (34,0%), todavia, mais da metade dos adultos não concluíram algumas etapas educacionais importantes para percepção e compreensão do auto cuidado em saúde.

Com relação a Tabela 01 as condições de habitação e infraestrutura apresentam um baixo nível em todos os aspectos quando comparado com os dados do país no mesmo ano. Apesar da maioria da população (68,5%) residir em áreas urbanas, apenas 78,08% da população é atendida por coleta de lixo, já a condição de abastecimento de água tratada com 48,90% e o esgotamento sanitário com apenas 19,99% (Censo, 2022). De acordo com os dados fornecidos pela FAPESPA em 2019, o estado do Pará figura entre as piores posições no ranking nacional em todas as categorias relacionadas à habitação e infraestrutura. Tal cenário impacta diretamente na saúde pública do estado e

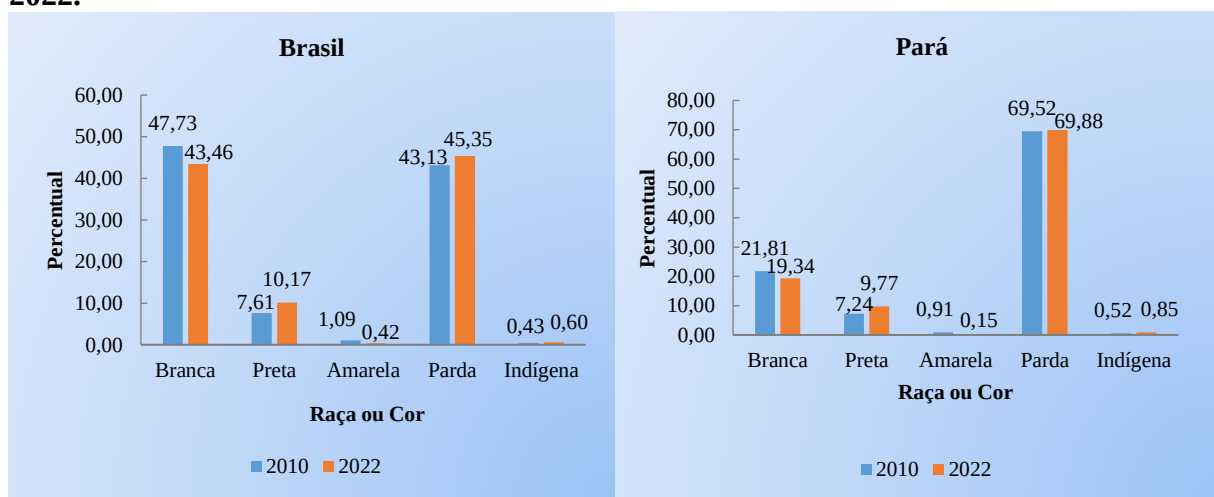
evidência uma das principais causas de proliferação e incidência de doenças. No Brasil, dados indicam que 10% das doenças registradas mundialmente poderiam ser evitadas com investimentos para a ampliação do acesso à água, medidas de higiene e saneamento básico (OMS, 2022). A Zika, Leptospirose e Dengue, por exemplo, são doenças altamente favorecida pela falta de saneamento e que não possuem vacina no SUS para seu combate evidenciando a importância do combate a essas condições que influenciam diretamente nos indicadores de saúde.

Os dados econômicos do Pará apresentam um PIB de R\$ 262.905 bilhões. O estado avançou 0,08% na sua participação na economia nacional, alcançando 2,9% (maior participação na série iniciada em 2002) e mantendo-se na 10ª posição relativa entre as Unidades da Federação, em relação a 2020. O PIB da região Norte foi de R\$ 564,064 bilhões, onde o Pará contribuiu com 46,2%, mantendo com isso na 1ª colocação da região.

O PIB per capita do Pará foi de R\$ 29.953, em 2021, aumento de 20,5% em comparação aos R\$ 24.847 de 2020. Com este resultado o Estado ganha uma posição do ranking do PIB per capita entre as UFs, saindo de 16º para a 15ª posição. Em termos de variação real o PIB do Pará apresentou ganho de 4,0%, seguindo a tendência de crescimento da região Norte e do Brasil que foi de 5,2% e 4,8%, respectivamente.

De acordo com o IBGE (2022), o qual pesquisa a raça/cor da população brasileira com base na autodeclaração, 69,88% da população paraense se autodeclarava como parda, 19,34% como branca, 9,77% como preta e 0,85% como indígena, para o ano de 2022 (figura 09).

Figura 09 – Percentual da Raça e Cor no Brasil e no Estado do Pará em 2010 e 2022.



Fonte: IBGE (Censo 2022).

A esperança de vida ao nascer vem aumentando sistematicamente no Estado Pará e no Brasil em ambos os sexos. Observa-se que as mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada, devida à sobremortalidade masculina nas primeiras faixas etárias na fase adulta. O Estado do Pará está abaixo da perspectiva de vida com relação ao Brasil, o que está associado à maior frequência, de óbitos violentos entre homens jovens.

Tabela 02 – Esperança de Vida ao Nascer segundo sexo no Brasil e no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Ano	Brasil			Estado do Pará		
	Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
2018	79,80	72,74	76,25	76,74	68,70	72,48
2019	80,03	73,00	76,50	76,95	68,85	72,66
2020	80,25	73,26	76,74	77,16	69,00	72,83
2021	80,46	73,50	76,97	69,14	77,36	73,01
2022	80,67	73,74	77,19	77,56	69,29	73,18

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A pirâmide etária da população brasileira vem se transformando ao longo dos anos, o que indica uma mudança no perfil demográfico do nosso país relativa ao crescimento demográfico nacional. Anteriormente, quando as taxas de natalidade eram mais elevadas, tínhamos uma pirâmide com a sua base mais ampla e um topo mais estreito, o que significava que o país era predominantemente jovem. Nos dias atuais, observa-se que nos encontramos em uma fase de transição.

Essa mudança no perfil populacional brasileiro deve-se à redução da natalidade ao longo do tempo, o que se soma à igual redução das taxas de mortalidade. Para se ter uma ideia, em 1960, a taxa de fecundidade (número de filhos por mulher) no Brasil era de 6,21; já nos dias atuais, esse número despencou para 1,76. Por outro lado, a expectativa de vida no Brasil saltou de 54,6 para 77,19 nesse mesmo período.

Com relação ao Estado do Pará também vem registrando diminuição, mesma tendência verificada no Brasil, porém com menos intensidade que outros Estados do Brasil.

Em 2022, no Pará 26,72% da população estava na faixa da juventude – 2.395.000 de pessoas. A concentração de três quartos (¾) desses jovens está fora da Região Metropolitana de Belém, que contabiliza 578 mil jovens. Em Belém há 353 mil. Quanto à divisão da população jovem por sexo, no Pará a maioria é do sexo masculino. Em 2022, esse número chegou a cerca de mil homens a mais que mulheres.

A maior concentração de jovens está na Região de Integração (RI) Guajará, seguida da RI Tocantins em todos os anos analisados. A menor concentração estava nas RIs Tapajós e Xingu, no oeste paraense.

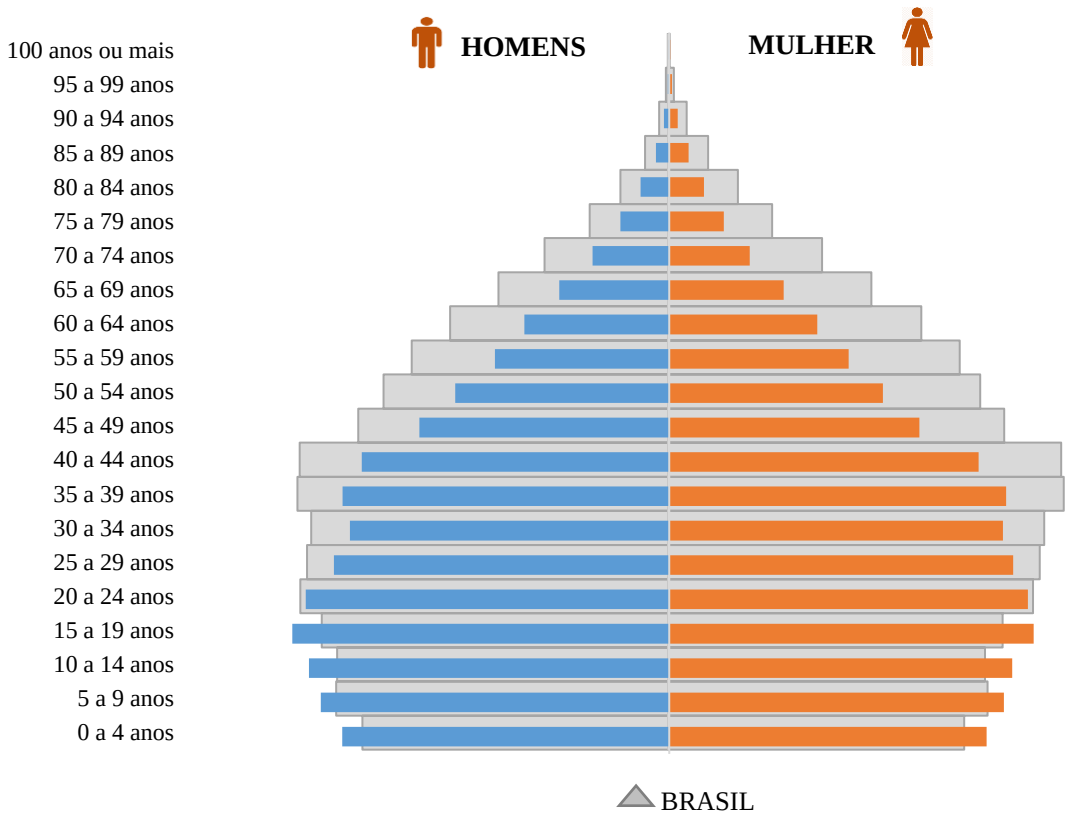
O estudo pontua, porém, que apesar de a RI Guajará englobar o maior número de jovens, possui menor abrangência territorial em comparação às outras regiões com maior extensão geográfica e menos jovens. Essa realidade, comum na região amazônica, é uma particularidade que deve ser considerada na elaboração de políticas públicas voltadas para este público, uma vez que vários fatores sociais precisam de logística específica, especialmente as relacionadas ao deslocamento das pessoas, ao acesso a serviços básicos e fundamentais, e ao modo de vida próprio de cada localidade.

No Pará, a faixa de idade predominante é de 15 a 19 anos, com 854 mil pessoas. Em toda a RMB foram majoritários os jovens na faixa de 20 a 24 anos. Já no ranking das maiores densidades, em 2022 destacaram-se, com os maiores índices de jovens por km², os municípios de Ananindeua (743,7), Marituba (373,1) e Belém (342,9).

Quanto à raça/cor – fator considerado basilar para a elaboração de políticas públicas voltadas aos jovens, especialmente aos inseridos em ambientes socialmente vulneráveis - pretos e pardos são majoritários no Brasil, no Pará e na RMB. No País, a proporção é de 60,49% de pretos e pardos e 39,51% de brancos. No Pará, o percentual de pretos e pardos é ainda maior: 81,51%. Na RMB é de 72,47% demonstrando maior quantitativo de brancos nesta região, caracterizada pela alta urbanização e concentração de serviços.

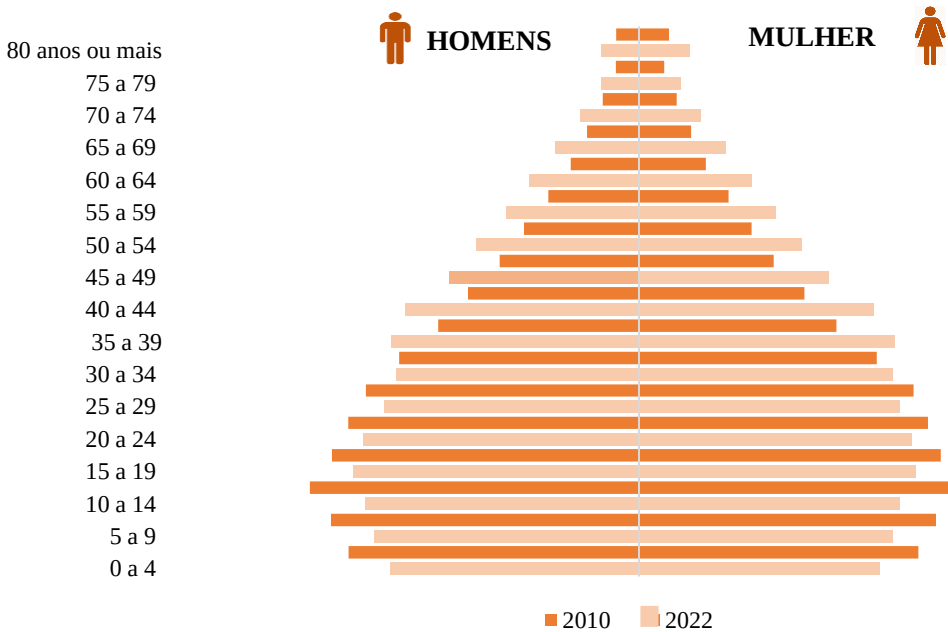
Portanto, verifica-se que o Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional, ou seja, o aumento da média de idade de sua população. No entanto, a médio e longo prazo, isso poderá ser bastante problemático, pois isso contribuirá para uma redução proporcional da População Economicamente Ativa (PEA), que corresponde ao número de pessoas aptas a exercer algum trabalho. Ao mesmo tempo, os gastos sociais, sobretudo com a Previdência Social, refletindo em um problema semelhante ao que é vivido atualmente em alguns países europeus.

Figura 10 – Pirâmide Populacional do Brasil e do Estado do Pará, 2022.



Fonte: IBGE (Censo 2022).

Figura 11 – Pirâmide Populacional do Estado do Pará, 2010 e 2022.



Fonte: IBGE (Censo 2010 e Censo 2022).

No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 144 municípios, dos quais a maioria de pequeno porte (90 municípios com 10 a 49 mil habitantes) e apenas 01 municípios com mais de 500 mil habitantes e que representa 16,05% da população total do estado (Tabela 03).

De acordo com o Censo de 2022, a população no Pará aumentou 7% em relação a 2010. A cidade que mais cresceu proporcionalmente foi Canaã dos Carajás, em decorrência dos grandes projetos de mineração instalados na região. E a cidade com menor quantidade de moradores é Bannach.

Tabela 03 – Número de Municípios e Respectiva População Total, segundo Faixas Populacionais do Estado do Pará -2022.

Faixa Etária da População	Nº de Municípios	% de Municípios	População Total	% População
< 10 mil	12	8,33	80.626	0,99
10 - 49 mil	90	62,50	2.515.774	28,94
50 - 99 mil	27	18,75	1.681.878	21,35
100 - 500 mil	14	9,72	3.043.192	32,67
> 500 mil	1	0,69	1.303.403	16,05
Total	144	100,00	8.510.872	100,00

Fonte: IBGE, (Censo 2022).

Com relação a Capital do estado do Pará, observa-se uma redução populacional de 6,46% habitantes em 2022. O Estado conta uma região metropolitana, que concentra 30,38% da população de todo o Estado do Pará, em pouco mais de 2% do território. A Região metropolitana de Belém (RMB) é formada pelos municípios de Ananindeua, Barcarena, Belém, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará. Apresenta um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,745 de acordo com PNUD/2021 e é considerado o 11º no ranking do Brasil.

4.3. Panorama Epidemiológico

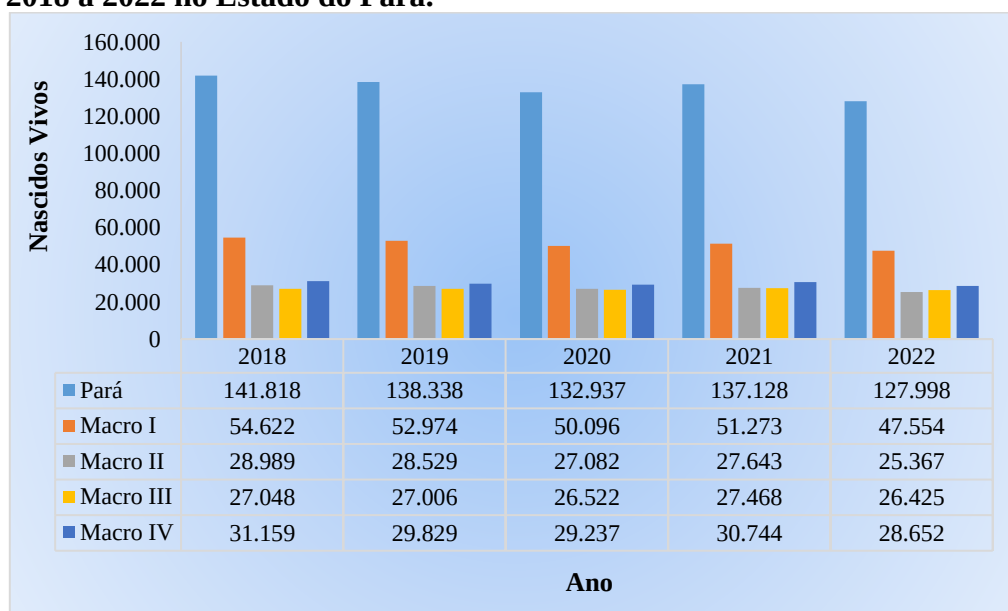
O perfil epidemiológico é um elemento fundamental para compreender as condições de saúde de uma população, desempenhando um papel crucial na identificação de padrões de doenças, sua distribuição demográfica e temporal. Ao analisar o perfil epidemiológico podemos compreender os profundos desafios de saúde enfrentados pela população do Estado do Pará. Isso inclui o mapeamento da natalidade, mortalidade, mobimortalidade de diferentes doenças e entender como determinados grupos demográficos são afetados de maneiras distintas.

4.3.1. Natalidade

O conhecimento do número de nascidos vivos é essencial para compreender os aspectos epidemiológicos, político-sociais e econômicos que refletem a realidade da sociedade. Por meio desses registros, é possível subsidiar intervenções em diversos campos relacionados à saúde materna e infantil em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, os resultados observados auxiliaram no conhecimento do perfil epidemiológico dos nascidos vivos de mães residentes do Estado do Pará evidenciando que o número de nascidos vivos vem diminuindo ao longo do tempo (Figura 12).

Figura 12 – Número de Nascidos Vivos por Residência da Mãe no período de 2018 a 2022 no Estado do Pará.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

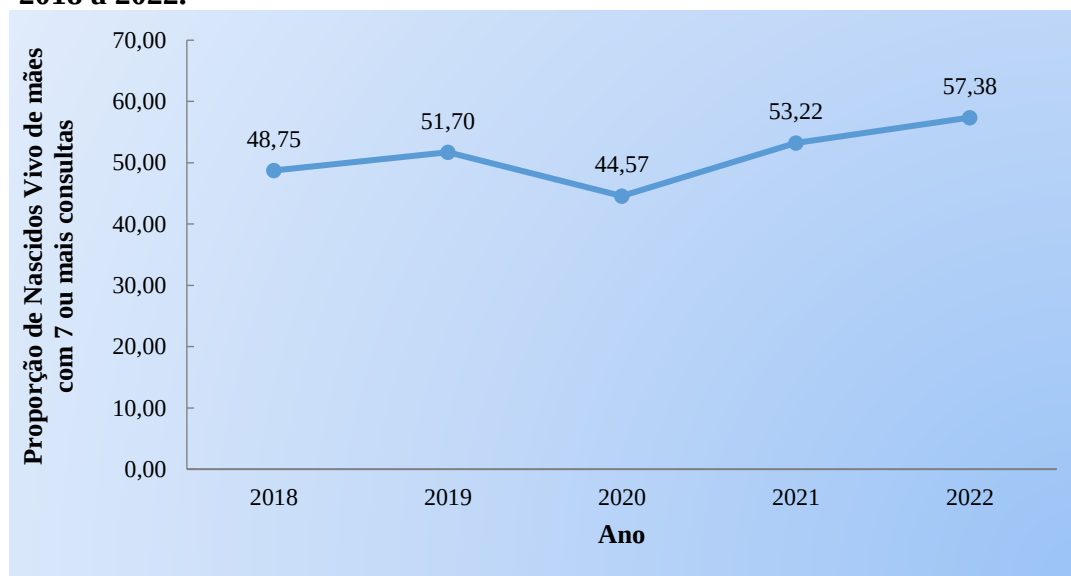
A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução da mortalidade materna e perinatal. Garantir uma assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando ao bem-estar da gestante e seu conceito, além de orientar para evitar problemas específicos do parto, ou mesmo, determinados cuidados imediatos ao recém-nascido.

Desse modo, consideramos importante avaliar o processo de atendimento para traçar diretrizes, a fim de otimizar os serviços e garantir uma assistência de qualidade.

No Estado do Pará, em relação à qualidade de atenção do pré-natal, mais especificamente a proporção de 7 ou mais consultas observamos uma elevação, no período analisado de 2018 a 2022. Vale ressaltar, que observa-se um declínio nesta proporção no ano de 2020, devido a Pandemia COVID 2019, mulheres gestantes

deixaram de fazer consulta devido o cenário atual vivenciado, o que acarretou nesta baixa elevação, tendo melhoria em 2021 e 2022.

Figura 13 – Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de 2018 a 2022.

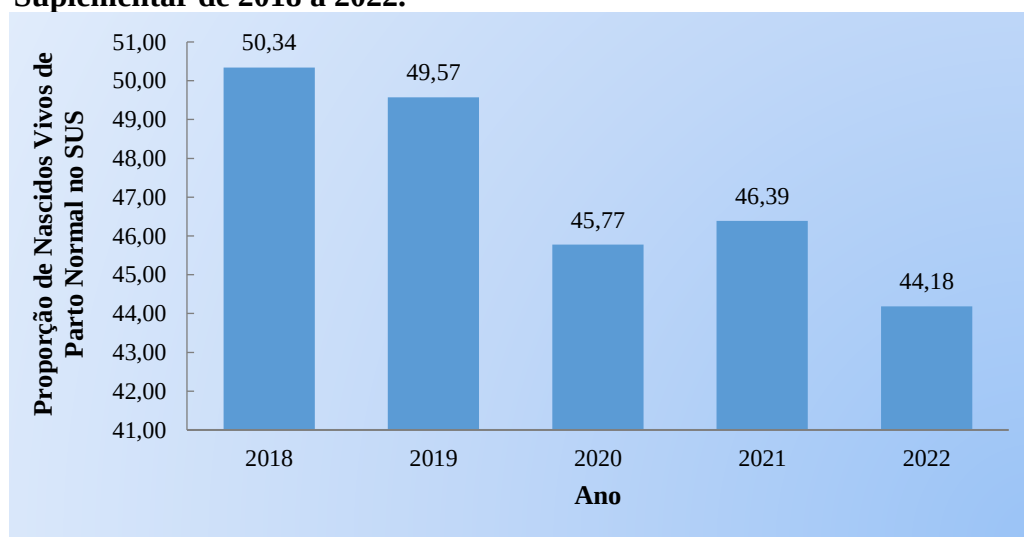


Fonte: SINASC/SESPA.

Assistência completa do pré-natal ao parto, visa aumentar o percentual de partos normais. Considerando que o parto normal é fisiológico, logo implica em menores riscos e complicações para o binômio mãe e filho, o objetivo deste indicador de proporção de nascidos vivos de parto normal no SUS e saúde suplementar avalia o número de mulheres que evoluem para parto normal, com mínimas intervenções, uma vez que entre uma de nossas ações está monitorar e incentivar através do programa Rede Cegonha, implantado desde 2011 nos estabelecimentos de saúde do SUS ou vinculado a ele as boas práticas de parto e nascimento.

A Figura 14 demonstra a redução da proporção de nascidos vivos por via de parto vaginal. Em 2020, a queda desta proporção deve-se as ações de enfrentamento ao COVID-19, uma vez, que houve aumento dos agravos clínicos, bem como indicação de via de parto cesáreo apenas por ser COVID-19, o que mais tarde foi sabido que a infecção pela doença não era indicação absoluta da via de parto cesariana. Outro fator que precisa ser discutido, é que em 30/01/2020, no estado do Pará, foi sancionada a lei estadual Nº 9016 de 29 de janeiro de 2020, onde versa sobre a autonomia da mulher para escolher sua via de parto no estado do Pará, o que tem refletido no aumento do número de cesárea a pedidos a partir de 39 semanas de gestação.

Figura 14 - Proporção de Nascidos Vivos de Parto Normal no SUS e Saúde Suplementar de 2018 a 2022.



Fonte: SINASC/SESPA.

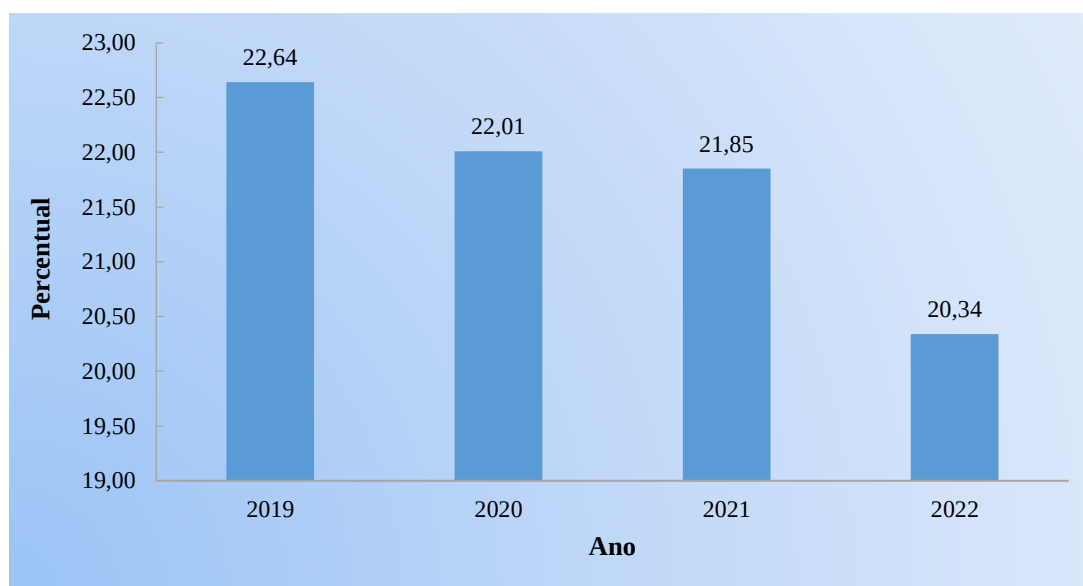
Dessa forma, o pré-natal de risco habitual deve ocorrer nas tipologias dos serviços de Atenção Primária à saúde, garantindo a estratificação de risco gestacional a cada consulta e encaminhando para o Pré-natal de Alto Risco, onde identificamos apenas os serviços da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA) e Unidade de Referência Materno Infantil (UREMIA), de gestão estadual localizado na região Metropolitana I e a Casa da Mulher do município de Belém. No entanto, apesar de alguns municípios contabilizarem o serviço de pré-natal de alto risco, identificamos que o que acontece é consulta especializada, sem o acompanhamento adequado conforme as diretrizes do ministério da saúde.

Nascidos Vivos de Mães Adolescentes

A gravidez na adolescência ao longo dos quatro anos no estado apresenta declínio de 2,3%, mesmo que ainda abaixo em relação às metas pactuadas para o Estado no período (figura 15). Até novembro de 2022, a proporção de gravidez na adolescência no Pará foi de 20,34%. Ou seja, de um total de 81.197 nascidos vivos no Pará no ano passado, 20.575 foram de adolescentes na faixa de 10 a 19 anos.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, nove métodos contraceptivos que ajudam no planejamento familiar são ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma gratuita, a essa população. São eles: anticoncepcional injetável mensal; anticoncepcional injetável trimestral; minipílula; pílula combinada; diafragma; pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte); Dispositivo Intrauterino (DIU); preservativo feminino e preservativo masculino.

Figura 15 - Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes no Pará, de 2019 a 2022.



Fonte: SINASC/ TABNET/ DATASUS.

Considerando os resultados por região de saúde, as 13 regiões apresentaram decréscimo (Tabela 04). Todavia, as regiões do Marajó I e II mesmo apresentando um pequeno declínio seus resultados são preocupantes em relação às demais regiões, o que sugere uma maior atenção nas ações para estas regiões.

Tabela 04 - Proporção (%) de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes por Região de Saúde no Pará, de 2019 a 2022.

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022
Metropolitana I	16,09	15,54	15,09	13,07
Metropolitana II	24,63	24,58	23,68	22,79
Metropolitana III	23,56	22,39	22,03	20,13
Marajó I	28,33	27,25	27,66	27,21
Marajó II	28,58	27,23	28,04	27,51
Rio Caetés	26,85	25,97	25,20	24,40
Baixo Amazonas	23,29	22,05	22,14	20,89
Tapajós	25,89	24,65	25,02	22,93
Tocantins	23,85	23,21	23,02	22,07
Lago de Tucuruí	25,92	24,85	25,47	24,00
Araguaia	25,09	24,43	23,74	21,48
Carajás	20,25	20,35	19,55	18,72
Xingu	25,28	25,35	26,08	22,38
PARÁ	22,64	22,01	21,82	20,34

Fonte: SINASC/ TABNET/ DATASUS.

4.3.2. Mortalidade

A análise da mortalidade possibilita acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico da sociedade ao longo do tempo. Essas transformações permeiam áreas transversais que impactam a saúde e modificam o estilo de vida, hábitos e comportamento da população.

Neste tópico, serão abordadas as principais causas de mortalidade no estado do Pará, oferecendo uma visão abrangente das condições de saúde que afetam a população paraense. Ao analisar essas causas, é possível compreender os desafios enfrentados pelo sistema de saúde local e direcionar esforços para prevenção e intervenção eficazes.

4.3.2.1. *Mortalidade Geral*

Relativo à mortalidade geral no Estado do Pará no período de 2018 a 2022, conforme a Tabela 5 observa-se inicialmente que em nível de Estado nos períodos de 2020 e 2021 houve um número maior de óbitos em relação aos demais na série em análise, isto é, 51.643 em 2021 e 52.166 em 2022. Em ambos o coeficiente de mortalidade ultrapassou significativamente o parâmetro de 5,3 óbitos por mil habitantes ano definidos pelo Ministério da Saúde (MS), ou seja, 6,36 em 2021 e 6,42 em 2022. Tais resultados tem relação direta com a pandemia de Covid-19 que teve início em março de 2020. No ano de 2022 ainda se observou um quantitativo de óbitos acima do esperado de acordo com o parâmetro do MS (45.999 registros; 5,6 óbitos por mil habitantes). Provavelmente ainda influenciado pela pandemia.

No que diz respeito à mortalidade geral por Região de Saúde no Pará, observa-se conforme o Tabela 05 que três regiões (Araguaia, Lago de Tucuruí e Metropolitana I), independente do processo da pandemia de Covid 19, apresentaram coeficientes de Mortalidade Geral acima do parâmetro de 5,3 óbitos por mil habitantes ano em todos os períodos da série. Já as Regiões de Carajás, Rio Caetés, Tapajós, Xingu, Marajó I e Marajó II, ao contrário, apresentaram coeficientes abaixo do parâmetro, mesmo durante a pandemia. Tais constatações merecem uma avaliação mais minuciosa, pois nos valores acima do parâmetro necessita-se avaliar o porque dos registros acima do esperado mesmo nos períodos sem pandemia e nos valores abaixo do parâmetro a necessidade de verificação de possíveis subnotificações no registro de óbitos.

Tabela 05 - Coeficiente de Mortalidade Geral no Estado do Pará por Região de Saúde entre os anos de 2018 e 2022.

Região de Saúde	População	Coeficiente de Mortalidade Geral (Nº de óbitos por mil habitantes)									
		2018		2019		2020		2021		2022	
		Nº de óbitos	Coefic	Nº de óbitos	Coefic	Nº de óbitos	Coefic	Nº de óbitos	Coefic	Nº de óbitos	Coefic
Araguaia	358.718	2.287	6,38	2.352	6,56	2.770	7,72	3.214	8,96	2.715	7,57
Baixo Amazonas	785.819	3.545	4,51	3.619	4,61	4.734	6,02	5.173	6,58	4.204	5,35
Carajás	944.578	3.824	4,05	3.882	4,11	4.647	4,92	5.163	5,47	4.746	5,02
Lago de Tucuruí	234.276	1.611	6,88	1.604	6,85	2.044	8,72	2.103	8,98	1.844	7,87
Metropolitana I	1.978.620	13.625	6,89	13.020	6,58	17.793	8,99	16.695	8,44	13.720	6,93
Metropolitana II	373.376	1.626	4,35	1.744	4,67	2.149	5,76	2.035	5,45	1.935	5,18
Metropolitana III	842.760	4.156	4,93	4.341	5,15	5.412	6,42	5.385	6,39	4.901	5,82
Rio Caetés	710.199	2.643	3,72	2.618	3,69	3.218	4,53	3.073	4,33	2.921	4,11
Tapajós	322.944	1.088	3,37	1.205	3,73	1.419	4,39	1.599	4,95	1.384	4,29
Tocantins	510.856	2.685	5,26	2.702	5,29	3.393	6,64	3.337	6,53	3.142	6,15
Xingu	454.710	1.634	3,59	1.714	3,77	1.952	4,29	2.245	4,94	1.929	4,24
Marajó I	334.312	805	2,41	751	2,25	917	2,74	929	2,78	922	2,76
Marajó II	268.963	906	3,37	934	3,47	1.090	4,05	1.133	4,21	1.027	3,82
Ignorado - PA		78		113		105		82		109	
Pará	8.120.131	40.513	4,99	40.599	5,00	51.643	6,36	52.166	6,42	45.499	5,60

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Com relação as principais causas de óbitos no período analisado em nível geral no Estado do Pará (2018 a 2022), observa-se no Tabela 06 que aproximadamente 61% dos óbitos foram causados por quatro grandes grupos:

- Doenças do Aparelho Circulatório – 21,84%;
- Causas Externas – 14,22%;
- Doenças Infecciosas e parasitárias – 13,68%;
- Neoplasias – 11,58%.

Vale ressaltar que de acordo com a Tabela 06 verifica-se praticamente uma manutenção dos resultados relativos Doenças do aparelho circulatório (10 mil óbitos anuais); causas externas (aproximadamente 6 mil óbitos ano a partir de 2019); e neoplasias (5 mil óbitos por ano). Diferente do demonstrado no mesmo gráfico 2 com relação à explosão de óbitos causados pelo grupo de Doenças Infecciosas e Parasitárias

nos períodos de 2020 e 2021, os quais devido às infecções por Covid-19 teve um incremento de 500% em relação a 2018 e 2019.

Tais estatísticas evidenciam a preocupação permanente ao processo preventivo às doenças do aparelho circulatório, causas externas (acidentes e violência) e às neoplasias; assim como a intensiva e eficiente vigilância epidemiológica às doenças transmissíveis, sempre objetivando evitar o incremento das mesmas com suas rápidas eliminações em nosso território.

Tabela 06 - Principais Causas de Óbitos no Estado do Pará conforme Capítulos CID 10, no período de 2018 a 2022.

Causas - Capítulo CID-10	Nº de óbitos					Acumulados do período		
	2018	2019	2020	2021	2022	Nº de óbitos	% de Representat. Em relação ao total	% Cumulativo
IX. Doenças do aparelho circulatório	9.508	9.644	10.206	10.267	10.704	50.329	21,84	21,84
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7.569	6.487	6.091	6.182	6.434	32.763	14,22	36,06
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.128	2.164	10.184	12.777	4.272	31.525	13,68	49,74
II. Neoplasias (tumores)	5.141	5.279	5.238	5.338	5.689	26.685	11,58	61,32
X. Doenças do aparelho respiratório	4.463	4.573	6.260	4.399	5.319	25.014	10,86	72,18
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.869	2.890	3.324	2.852	2.786	14.721	6,39	78,57
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.726	1.847	1.717	1.952	2.110	9.352	4,06	82,63
Outras causas	4.272	4.425	4.624	4.874	4.835	23.030	9,99	
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (Causas mal definidas)	2.837	3.290	3.999	3.525	3.350	17.001	7,38	
Total	40.513	40.599	51.643	52.166	45.499	230.420	100,00	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em 2018, as doenças do aparelho circulatório mantiveram-se como a principal causa de morte, uma tendência que persistiu até 2022. Entre os dez principais grupos de causas, observaram-se apenas mudanças significativas no ranking em relação ao capítulo I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias, que ocupavam a 8ª posição em

2018, ascenderam para a 6ª posição em 2022. Tal mudança pode ser justificada pelo surgimento da Covid-19 (Quadro 01).

Quadro 01 - Ranking das Principais Causas de Mortes Ocorridas no Estado do Pará, nos períodos de 2018 e 2022.

Ranking	2018	Ranking	2022
1	IX. Doenças do aparelho circulatório	1	IX. Doenças do aparelho circulatório
2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
3	II. Neoplasias (tumores)	3	II. Neoplasias (tumores)
4	X. Doenças do aparelho respiratório	4	X. Doenças do aparelho respiratório
5	Outras causas	5	Outras causas
6	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
7	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (Causas mal definidas)	7	XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (Causas mal definidas)
8	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
9	XI. Doenças do aparelho digestivo	9	XI. Doenças do aparelho digestivo

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

À análise das principais causas em relação às regiões de saúde no ano de 2022, segundo o Quadro 1, verifica-se que na maioria das regiões a principal causa de óbitos deriva de doenças do aparelho circulatório. As exceções são a região do Araguaia, Xingu e Tapajós, onde as causas externas (acidentes e violência) estão em primeiro plano.

Outro aspecto à ressaltar é o elevado nº de regiões de saúde que tiveram um percentual de causas mal definidas acima do parâmetro estabelecido pelo MS (até 5% de causas mal definidas). Somente uma região (Metropolitana I) atingiu este indicador (2,10%). Todas as demais ficaram num percentual acima. Vale enfatizar que sete regiões ficaram com um percentual acima de 10% de óbitos com causas básicas mal definidas, isto é: Araguaia – 15,73%, Tapajós – 15,10%, Marajó I – 13,02%, Marajó II – 12,27%, Xingu – 11,3%, Carajás – 11,19% e Metropolitana II – 10,90%.

Tais resultados refletem uma fragilidade nas referidas redes de atenção em relação ao desfecho causal dos óbitos, o que leva a uma menor visibilidade do perfil epidemiológico dessas regiões e consequentemente uma maior dificuldade para a organização de seus sistemas de saúde.

Quadro 02 - Proporção de Óbitos por Grupo de Causas (Capítulo CID 10): Regiões de Saúde do Pará em 2022.

Região de Saúde	Doenças do aparelho circulat.		Causas externas		Doenças infecciosas e parasit		Neoplasias (tumores)		Doenças do aparelho respirat.		Doenças endócrinas nutric. e metab.		Doenças do aparelho digest.		Outras causas		Causas mal definidas		Total de óbitos
	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	Nº de óbitos	% em relação ao total de óbitos	
Metropolitana I	3.477	25,34	1.254	9,14	1.609	11,73	2.109	15,37	1.966	14,33	700	5,10	747	5,44	1.570	11,44	288	2,10	13.720
Metropolitana III	1.241	25,32	696	14,20	390	7,96	609	12,43	557	11,37	392	8,00	224	4,57	481	9,81	311	6,35	4.901
Carajás	988	20,82	945	19,91	366	7,71	476	10,03	478	10,07	295	6,22	245	5,16	422	8,89	531	11,19	4.746
Baixo Amazonas	980	23,31	472	11,23	489	11,63	535	12,73	473	11,25	275	6,54	200	4,76	522	12,42	258	6,14	4.204
Tocantins	767	24,41	469	14,93	245	7,80	360	11,46	373	11,87	187	5,95	117	3,72	385	12,25	239	7,61	3.142
Rio Caetés	720	24,65	324	11,09	246	8,42	388	13,28	355	12,15	244	8,35	116	3,97	259	8,87	269	9,21	2.921
Araguaia	543	20,00	580	21,36	242	8,91	204	7,51	229	8,43	159	5,86	98	3,61	233	8,58	427	15,73	2.715
Metropolitana II	459	23,72	281	14,52	159	8,22	230	11,89	202	10,44	147	7,60	67	3,46	179	9,25	211	10,90	1.935
Xingu	374	19,39	445	23,07	117	6,07	206	10,68	166	8,61	119	6,17	79	4,10	205	10,63	218	11,30	1.929
Lago de Tucuruí	438	23,75	374	20,28	128	6,94	213	11,55	189	10,25	131	7,10	89	4,83	169	9,16	113	6,13	1.844
Tapajós	257	18,57	293	21,17	128	9,25	132	9,54	102	7,37	52	3,76	60	4,34	151	10,91	209	15,10	1.384
Marajó II	211	20,55	149	14,51	73	7,11	119	11,59	131	12,76	38	3,70	32	3,12	148	14,41	126	12,27	1.027
Marajó I	241	26,14	92	9,98	78	8,46	107	11,61	96	10,41	47	5,10	31	3,36	110	11,93	120	13,02	922
Ignorado - PA	8		60		2		1		2		-		5		1		30		109
Total	10.704	23,53	6.434	14,14	4.272	9,39	5.689	12,50	5.319	11,69	2.786	6,12	2.110	4,64	4.835	10,63	3.350	7,36	45.499

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Relativo às causas de óbitos distribuídas por sexo no Pará no período de 2018 à 2022 verifica-se de acordo com a Tabela 07 que dos 230.420 óbitos ocorridos no período, 60,2% (138.772) ocorreram no sexo masculino. No que se refere às causas mais prevalentes os aspectos mais relevantes foram:

- Somente as causas decorrentes de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as neoplasias é que refletem um equilíbrio de ocorrência entre o sexo masculino e feminino
- Em todas as demais causas há um predomínio de ocorrência no sexo masculino, valendo destacar as externas, onde verificou-se um percentual de 86,4% nos registros por essas causas.

Tabela 07 - Principais Causas de Óbitos no Estado do Pará Distribuídas por Sexo no período de 2018 a 2022.

Causas Capítulo CID-10	Sexo					Acumulado 2018 a 2022
	Masc		Fem		Ign	
	Nº de óbitos	%	Nº de óbitos	%	Nº de óbitos	
Doenças do Apar. Circulat	28.773	57,17	21.547	42,81	9	50.329
Causas externas	28.320	86,44	4.343	13,26	100	32.763
Doenças infec. e parasit.	18.824	59,71	12.697	40,28	4	31.525
Neoplasias	13.575	50,87	13.108	49,12	2	26.685
Doenças do apar. Respirat.	13.493	53,94	11.518	46,05	3	25.014
Doenças endócrinas nutric. e metab.	7.228	49,10	7.491	50,89	2	14.721
Doenças do apar. Digestivo	5.793	61,94	3.554	38,00	5	9.352
Outras	12.225	53,08	10.713	46,52	92	23.030
Mal definidas	10.541	62,00	6.395	37,62	65	17.001
Pará	138.772	60,23	91.366	39,65	282	230.420

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

4.3.2.2. Mortalidade por Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm determinado alto número de mortes prematuras (30 a 69 anos), perda de qualidade de vida, com elevado grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade em geral.

As DCNT que mais matam no Estado do Pará são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as respiratórias crônicas e as doenças endócrinas e

metabólicas. São consideradas doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física.

Na Tabela 08, observa-se a ordem das DCNT que mais evoluem a óbito no Pará. Em primeiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (diabetes e suas complicações) e por último Doenças do aparelho respiratório, entre os anos de 2018 a 2022.

Observa-se, também, que o número de óbitos vem aumentando a cada ano. No entanto, destaca-se que em 2020, houve um aumento considerável, não acompanhado no ano de 2021. De acordo com informações da Coordenação de Vigilância da SESPA, esse aumento está relacionado à pandemia da COVID 19 onde houve um aumento significativo de óbitos em domicílio e de 400% na demanda de óbitos a serem investigados pelo SVO onde não se teve condições de realizar necropsias em todos os corpos e essas investigações foram baseadas em autópsias verbais de parentes das vítimas. Neste sentido, grande parte dos relatos foi associada às doenças **cardiovasculares e respiratórias**, principalmente ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Portanto, com a impossibilidade de confirmação da causa morte primária por COVID 19, observa-se um aumento expressivo da mortalidade por DCNT (principalmente cardiovasculares e respiratórias) onde se registrou os maiores picos de mortes, exatamente como se vê na tabela abaixo. Ainda, identifica-se que a mortalidade pelas DCNT atinge mais os homens em relação as mulheres, em todo o período.

Em relação a mortalidade prematura (30 a 69 anos), entre os anos de 2018 a 2022, observa-se um aumento de 7,22% do número de óbitos por neoplasias e 9,41% por doenças do aparelho circulatório, 9,47% por doenças do aparelho respiratório no ano de 2022, em relação ao ano de 2018. Por outro lado, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apresentaram uma redução de 6,41% em 2022 em relação a 2018. Durante todo o período analisado, as doenças do aparelho circulatório mostraram um número de óbitos maior em comparação com as outras causas, como evidenciado na tabela abaixo.

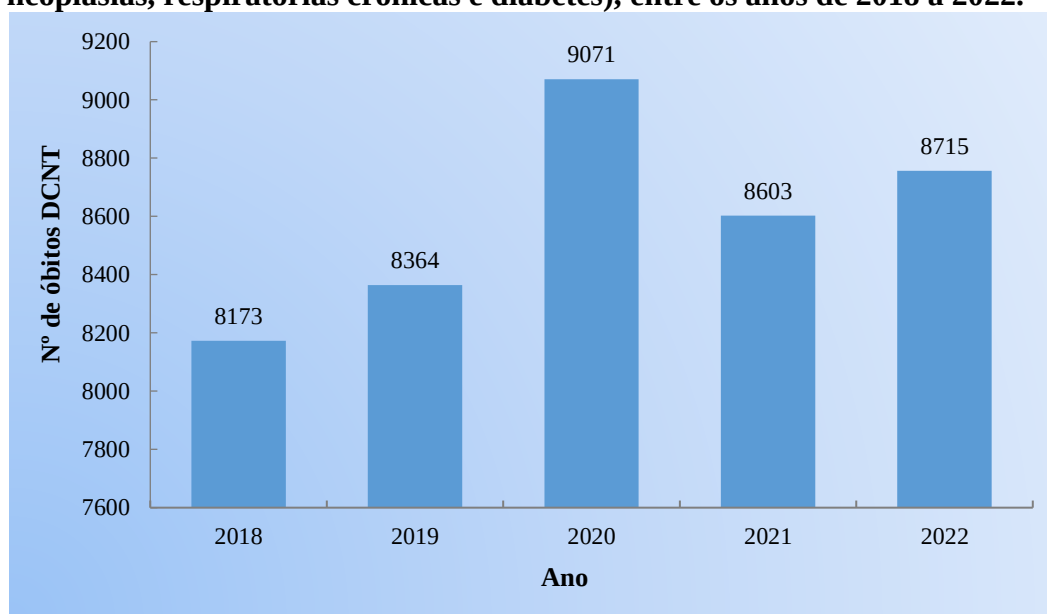
Tabela 08 - Número de Óbitos Prematuros (30 a 69 anos), no período de 2018 a 2022.

Doenças Crônicas não Transmissíveis	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Doenças do aparelho respiratório	570	605	1.138	642	624	3579
Neoplasias	2839	2853	2855	2902	3044	14493
Doenças do aparelho circulatório	3718	3851	3832	4050	4068	19519
Doenças endócrinas nutricionais metabólicas	1.046	1.055	1.246	1.009	979	5335
Total	8.173	8.364	9.071	8.603	8715	42948

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Quando analisamos a mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022, representada na **Figura 16**, observamos um aumento no número absoluto de óbitos a cada ano, com destaque para o ano de 2020 onde houve um aumento considerável, não acompanhado no ano de 2021; aumento este já justificado pela pandemia da COVID 19.

Figura 16 – Distribuição do número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022.

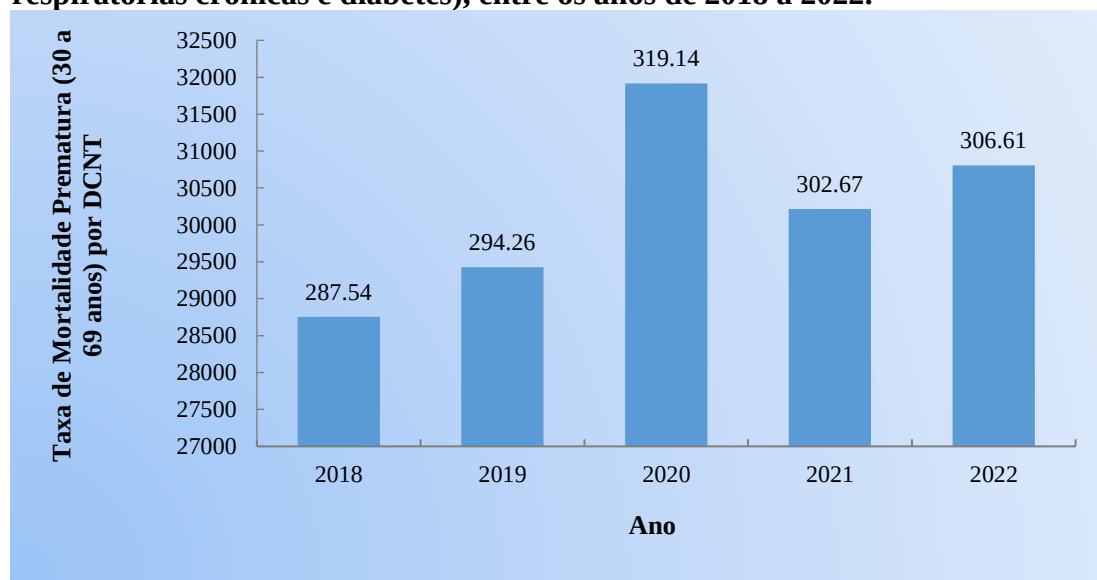


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Ao analisamos a distribuição da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022, representada na **Figura 17**, observamos um aumento dessa taxa a cada ano, com destaque para o ano de 2020 onde houve um aumento expressivo da mortalidade por DCNT (principalmente

cardiovasculares e respiratórias), não acompanhado no ano de 2021, aumento este já justificado na análise da **Figura 17**, relacionado a pandemia da COVID 19.

Figura 17 – Distribuição da Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo grupo das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes), entre os anos de 2018 a 2022.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Neste sentido, com o cenário evidenciado acima espera-se que, com ações voltadas para a cessação do tabagismo; com o fortalecimento das ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de vigilância alimentar e nutricional, por meio das ações estratégicas dos Programas de Alimentação e Nutrição; com o funcionamento dos Polos de Academia da Saúde e com a Promoção da Atividade Física na Atenção Primária em Saúde, ofertando à população as ações e serviços de promoção da saúde, de práticas corporais saudáveis e atividades físicas, haja uma mudança no estilo de vida dos indivíduos com a adoção de hábitos mais saudáveis, afastando assim os fatores de risco para as DCNT, impactando na redução da mortalidade prematura por doenças relacionadas ao tabaco e na redução do número de pessoas com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes. Espera-se, também, que as equipes técnicas e gestores municipais possam ampliar a identificação desses grupos, direcionando o cuidado integral.

4.3.2.3. Mortalidade por Causas Externas

As causas externas compreendem acidentes e violências, incluindo homicídios e suicídios, ou seja, eventos não naturais tanto acidentais quanto intencionais. Esse tema é

multidisciplinar, com raízes na justiça e na segurança, que exercem influência sobre o setor da saúde.

Portanto, as causas externas no estado do Pará no período de 2018 a 2022, conforme o Tabela 9 registrou 31.301 óbitos relacionados aos quatro principais grupos dessa classificação de causas. O maior percentual acumulado do período é para o grupo das agressões, o qual originou mais da metade desses óbitos 51,83% (16.222). Acidentes de transporte com 25,11% (7.861 óbitos); outras causas externas de lesões acidentais com 16,72% (5.232 óbitos); e Lesões autoprovocadas com 6,34% (1.986 óbitos) vem a seguir.

Vale destacar a partir da Tabela 09 que à análise das séries anuais que houve uma diminuição dos óbitos causados por agressões do ano de 2018 para 2019 e deste para os anos seguintes. As demais causas se mantiveram numa relativa estabilidade durante o período em análise.

Tabela 09 – Mortalidade pelos Principais Grupos de Causas Externas no Pará entre os anos de 2018 e 2022.

Principais Causas externas - Grande Grupo CID10	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
V01-V99 Acidentes de transporte	1.507	1.414	1.631	1.607	1.702	7.861	25,11
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	941	1.020	1.029	1.117	1.125	5.232	16,72
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	350	348	391	398	499	1.986	6,34
X85-Y09 Agressões	4.506	3.357	2.773	2.773	2.813	16.222	51,83
Pará	7.304	6.139	5.824	5.895	6.139	31.301	100,00

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Especificamente com relação aos óbitos causados por lesões autoprovocadas no estado do Pará distribuídas por sexo no período de 2018 a 2022 observa-se de acordo com Tabela 10 uma predominância de 8 em cada 10 registros serem do sexo masculino, tanto no acumulado do período como em toda série estudada.

Tabela 10 – Óbitos por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente no Estado do Pará entre os anos de 2018 e 2022.

Sexo	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	280	80,00	270	77,59	308	78,77	321	80,65	390	78,16	1569	79,00
Feminino	70	20,00	78	22,41	83	21,23	77	19,35	109	21,84	417	21,00
Pará	350	100,00	348	100,00	391	100,00	398	100,00	499	100,00	1986	100,00

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

4.3.2.4. *Mortalidade de Mulher em Idade Fértil (MIF)*

A Mortalidade em Idade Fértil (MIF) é uma medida crucial de saúde pública que reflete não apenas o bem-estar das mulheres, mas também a eficácia dos sistemas de saúde e das políticas sociais. Define-se MIF como o óbito de mulheres em idade reprodutiva, geralmente compreendida entre 15 e 49 anos. Essa faixa etária é considerada crítica, pois abrange os anos em que as mulheres estão mais propensas a engravidar e dar à luz.

A análise da mortalidade em idade fértil fornece percepções valiosas sobre a saúde materna, a qualidade dos cuidados médicos e a prevalência de doenças crônicas e infecciosas. Neste tópico exploraremos os principais fatores que contribuem para a mortalidade em idade fértil no estado do Pará.

Na Portaria GM/MS nº 1.119/2008, define que todos os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), de 10 a 49 anos, independente da causa declarada, são de investigação obrigatória, em todo o território nacional, e no preenchimento da D.O permite identificar os óbitos maternos.

De acordo com a Tabela 11, verifica-se que a distribuição de óbitos de MIF no Estado do Pará no período de 2018 a 2023 foi 17.809 notificados, investigados 15.332 (86,09%). No ano de 2019 foi o ano que apresentou maior percentual de investigação (90,68%), assim como o ano de 2021 o menor índice investigado (85,65%).

Tabela 11 – Distribuição e Percentual dos Óbitos de MIF Investigados – Pará 2018 a 2022.

Ano	Óbitos Notificados	Óbitos Investigados	% Investigado
2018	2.729	2.382	87,28
2019	2.660	2.412	90,68
2020	3.129	2.802	89,55
2021	3.494	2.991	85,6
2022	2.982	2.593	86,96

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM / Arquivo: 01/04/2024.

4.3.2.5. *Mortalidade Materna*

A mortalidade materna é uma realidade trágica que persiste no estado, representando não apenas uma falha nos sistemas de saúde, mas também uma violação dos direitos humanos fundamentais. Refere-se à morte de mulheres durante a gravidez, parto ou no pós-parto, devido a causas relacionadas à gestação ou ao parto. Reduzir a mortalidade materna é um dos desafios mais urgentes da saúde no estado, exigindo esforços coordenados, como a criação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna para garantir que todas as mulheres tenham acesso a serviços de saúde materna de qualidade, incluindo cuidados pré-natais, parto seguro e atenção pós-parto adequada.

A série histórica de 2018 a 2022, descrita na Tabela 12, demonstra que mesmo com ações estratégica, pelo cenário da pandemia em 2020 e 2021, houve um aumento do Coeficiente de Mortalidade Materna, sendo possivelmente reflexo pelo COVID 19, uma vez que grávidas e puérperas foram considerados como grupo de risco pelo comportamento da doença no organismo, levando a um desfecho fatal em sua grande maioria.

Tabela 12 – Série Histórica de Razão de Mortalidade Materna no Estado do Pará.

Ano	2018	2019	2020	2021	2022*
Razão de Mortalidade Materna	76,15	87,47	98,65	119,90	77,54

Fonte: SIM/SESPA.

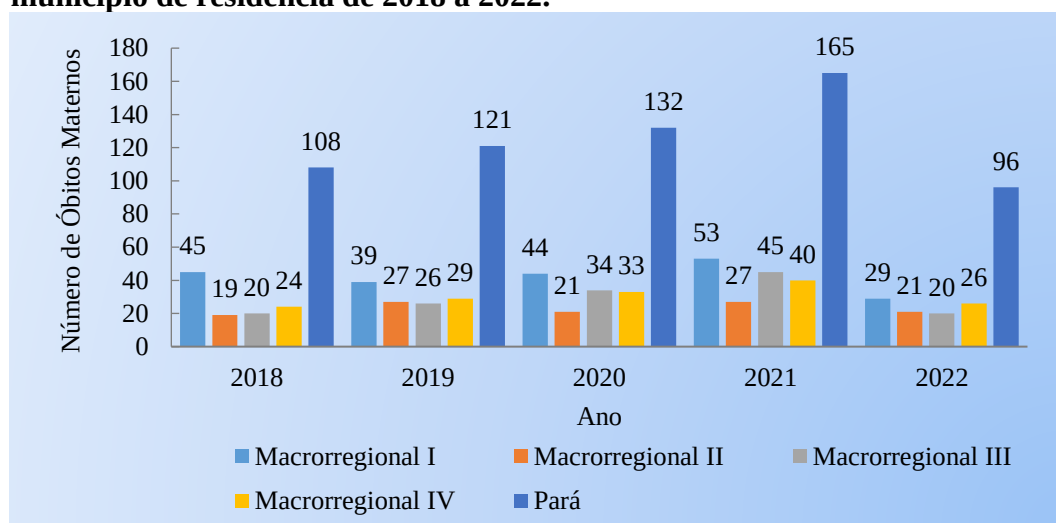
Nota: *Dados Provisórios.

No entanto, observamos que em 2022, apesar dos dados ainda serem provisórios devido o Sistema de Informação de Mortalidade ainda encontrar-se aberto, observamos uma tendência de redução dos índices que representam o risco de morte de gestantes e puérperas em relação aos nascidos vivos do mesmo ano.

Quando falamos de número absoluto de óbitos maternos por município de residência, observamos na Figura 18 que a Macrorregião I apresenta o maior número de óbitos em todos os anos avaliados, principalmente na Região Metropolitana I.

Ainda na Figura 18, observamos que as Macrorregiões III e IV apresentaram um aumento do número de óbitos maternos no ano de 2021, sendo reflexo dos casos de óbito por COVID 19. Já em 2022 aos dados mostram uma tendência de redução, porém é necessário considerar os casos de óbitos em Mulheres em Idade Fértil que ainda não foram investigados.

Figura 18 – Número de Óbitos Maternos por Macrorregião considerando município de residência de 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SESPA.

Considerando que a investigação de óbito é importante para identificar quais as principais causas de óbito materno e realizar análise de evitabilidade. Isso permite avaliar como o estado está atuando com o objetivo de reduzir essas mortes. Em 2022, ainda faltam investigar 4 óbitos maternos, o que representa 95,8% do total, conforme indicado na Tabela 13.

Tabela 13 – Proporção de Investigação de Óbito Materno no Estado do Pará.

Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Proporção de óbito Materno Investigado	100%	100%	100%	100%	95,8%

Fonte: SIM/SESPA.

Ainda persiste um número significativo de mortes maternas, destacando a necessidade de fortalecer a vigilância sobre esses casos isso se faz crucial para aprimorar a qualidade dos dados referentes aos óbitos maternos e desenvolver estratégias específicas com vistas à redução da mortalidade nesse contexto. As reuniões do Comitê de prevenção a morte materna vêm sendo realizada, onde é discutida a necessidade de investigação dos óbitos em sua totalidade, bem como vem sendo orientada a organização da criação dos comitês regionais para fortalecer esta estratégia.

Nesse contexto, o estado do Pará está alinhado com as mesmas causas de mortalidade materna observadas em todo o Brasil, entre as obstétricas diretas, são: síndromes hipertensivas específicas da gravidez (SHEG), as hemorragias e as infecções puerperais, todas consideradas evitáveis. No ano de 2018, as causas de óbito por Síndromes Hipertensivas estavam em 1º lugar seguida de hemorragia e infecções puerperais, já em 2019 as causas de óbito por hemorragia pós-parto aparecem em 1º

lugar seguida de SHEG e SEPSE (infecção), em 2020 e 2021 aparece o aumento de óbitos por causas indiretas o COVID-19, porém se mantém as causas diretas por SHEG em sua maioria, no ano de 2022. Já em relação ao momento do parto, o maior quantitativo de óbitos ocorre no puerpério, de parto cesariano, em mulheres pardas na faixa etária de 22 a 29 anos, com registro de 7 ou mais consultas de pré-natal, em sua grande maioria.

Assim, entendemos que fortalecer a atenção materno infantil em todos os níveis de atenção faz-se necessário para a redução da morte materna.

Quando avaliamos o percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal, precisamos entender que além do quantitativo precisamos avaliar a qualidade da assistência ofertada.

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, com desfecho favorável. A assistência ao pré-natal é realizada pela atenção primária em saúde no município de residência da mãe. Falar de pré-natal é considerar um atendimento de qualidade a partir do momento que mulher suspeita da gestação, onde deve ser acolhida e quando confirmada, dar-se-á o início do acompanhamento com equipe multidisciplinar da saúde, culminando em no mínimo 7 consultas, conforme preconiza o ministério da saúde.

Entre as ações do pré-natal está à estratificação de risco gestacional em cada consulta, a atualização da carteira de vacina da mãe, considerando a vacina da gripe, hepatite b, e dTpa com o objetivo de reduzir as ocorrências do tétano neonatal, sorologias de doenças, entre elas a sífilis e HIV que tem disponibilizado nas Unidades Básicas de Saúde e maternidades através de Testes Rápidos com garantia de início do tratamento em tempo oportuno. Um pré-natal com qualidade frágil, pode culminar em morbimortalidade materna e fetal, aumentando índices que desqualificam o desenvolvimento da saúde em determinado local.

Por isso, considerando que na análise de evitabilidade do óbito está a demora do acesso ao serviço de pré-natal e ou parto, manejo em tempo adequado e profissionais qualificados entende-se necessário realizar sempre uma análise de acesso ao pré-natal e via de parto relacionado ao coeficiente de mortalidade materna.

4.3.2.6. Mortalidade Infantil e Fetal

O coeficiente ou taxa de mortalidade infantil é um indicador que avalia o risco de uma criança morrer durante o seu primeiro ano de vida, permitindo analisar as variações geográficas, evoluções temporais e refletindo, por se tratar de grupo tão sensível, a situação de saúde, condições de vida e desigualdades entre populações ou segmentos específicos e regiões, contribuindo para subsidiar as decisões sobre políticas públicas abrangentes.

A mortalidade infantil (0 a 365 dias de vida) se subdivide em Componentes e Subcomponentes, que consideram faixas etárias mais detalhadas e expressam assistência (ou deficiência desta) mais específica.

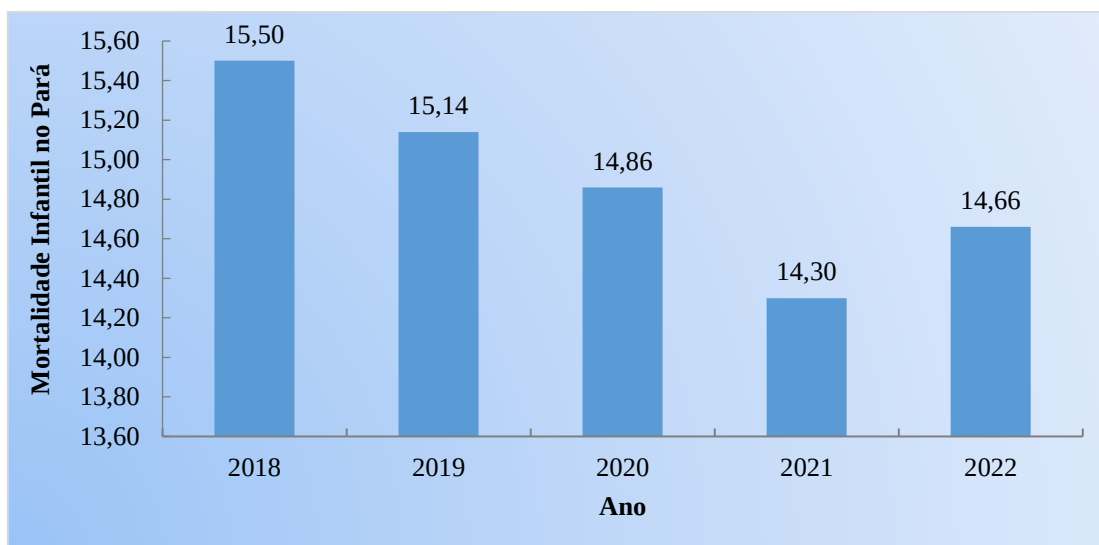
- **Componente Neonatal (0 a 27 dias):** Componente Neonatal Precoce (0 a 6 dias) e Componente Neonatal Tardio (7 a 27 dias)
- **Componente Pós Neonatal (28 a 365 dias)**
- **Óbito Fetal (intrauterina e > 22 semanas de gestação)**

Mortalidade Infantil

Em todo o Brasil a taxa de mortalidade infantil apresentou ao longo dos anos dois mil (2000) evidente tendência de queda, em que pese que, devido a pandemia de Covid19, os 2 últimos anos da série histórica em análise (2018-2022) tenham registrado elevação do coeficiente em 9,2%. Seguiu o mesmo comportamento todas as 5 regiões brasileiras, particularizando a Região Norte que vem se mantendo com os maiores valores em relação às demais, desde 2006, quando suplantou os registros do Nordeste.

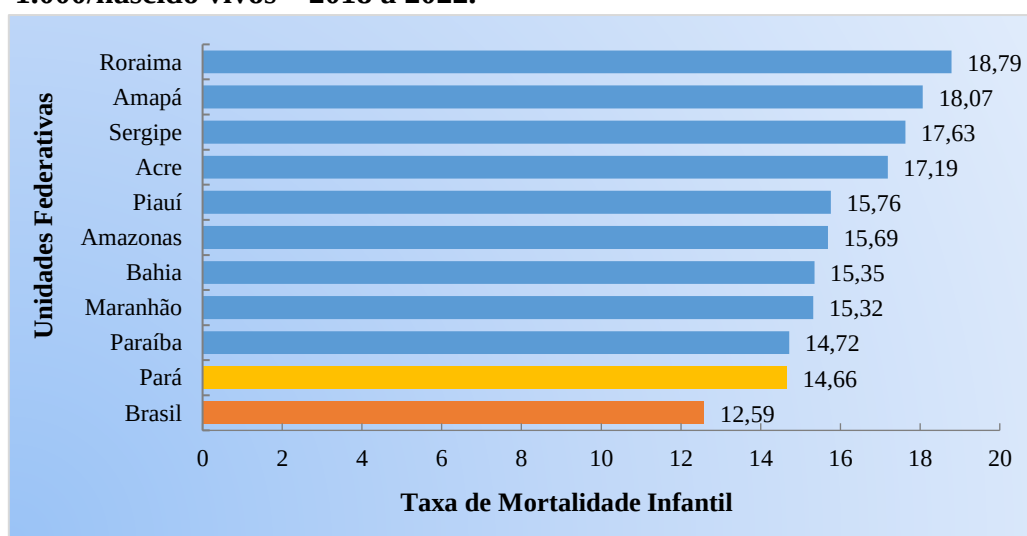
No caso do Pará, a mortalidade infantil está registrando redução anual de forma lenta, mas contínua (Figura 19) e quando avaliado o Ranking desse indicador no Brasil entre 2018 e 2022, observa-se que Estado conseguiu sair da 7ª para ocupar a 10ª posição (Figura 20), situação que pode estar traduzindo os investimentos realizados, como os planos desenvolvidos para atingir as metas dos ODM e ODS.

Figura 19 - Taxa de Mortalidade Infantil no Pará por 1.000/Nascido Vivos – 2018 a 2022.



Fonte: DATASUS/MS.

Figura 20 - Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil e as 10 maiores UFs por 1.000/nascido vivos – 2018 a 2022.

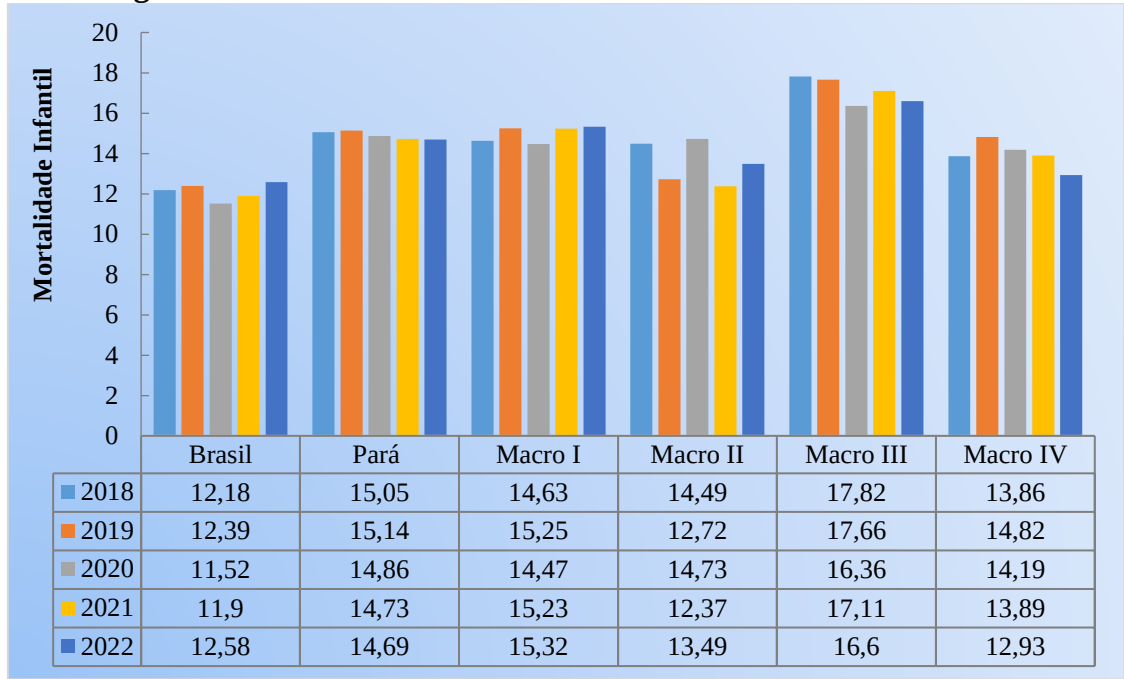


Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

Em relação às Macrorregiões de Saúde do Pará, o indicador de mortalidade infantil aparece evidenciando a diversidade geográfica, socioeconômica, assim como as condições de acesso aos serviços de saúde (Figura 21) das populações locais. A Macro III (Região do Baixo Amazonas, Tapajós e Xingu) surge com os maiores índices, quando comparada ao Estado, ao Brasil e às demais Macrorregiões, mesmo registrando redução de 2,98% do coeficiente no último ano (2022), evidenciando a importância da priorização dessa Macro no Planejamento Regional Integrado (PRI) através da programação de ações e serviços que possam garantir acesso e resolutividade, além do

cuidado qualificado na assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, descentralizando serviços especializados e organizando a rede materno infantil do território.

Figura 21 – Taxa de mortalidade infantil por 1.000/nascido vivos Brasil, Pará e Macrorregiões – 2018-2022.



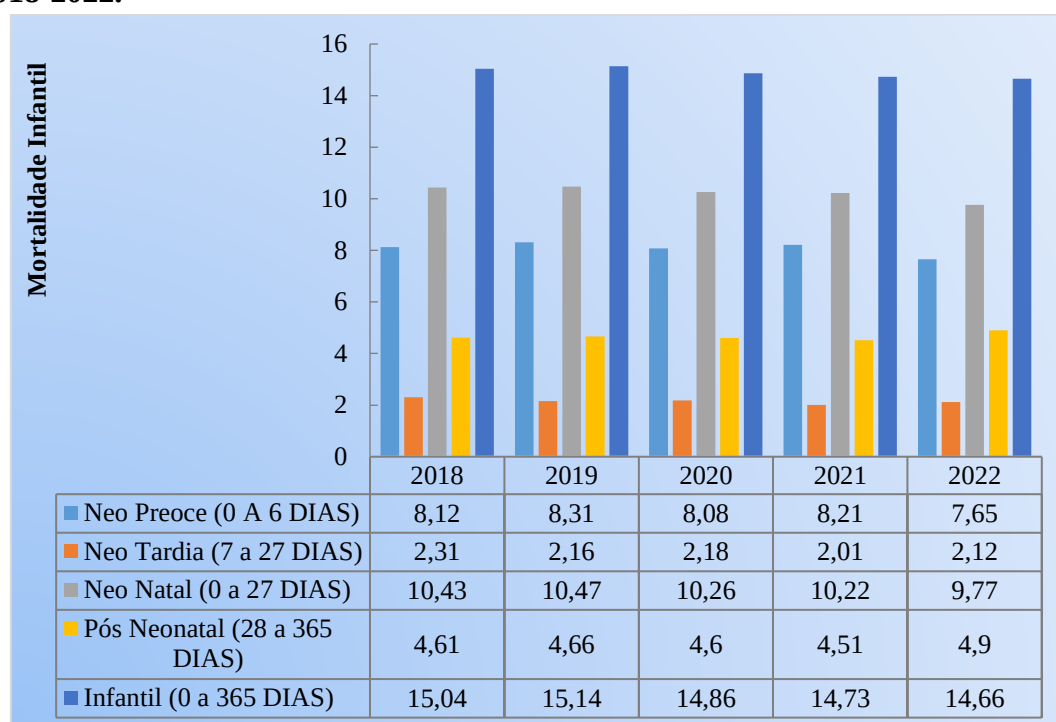
Fonte: DATASUS/MS, 2024.

Componentes da Mortalidade Infantil

Na análise da mortalidade infantil é de grande importância a estratificação dos óbitos nos componentes e subcomponentes, tendo em vista, não apenas a elucidação das causas básicas, mas o direcionamento das ações de promoção, prevenção e assistência visando impactar sua redução, observando que em mais de 90% das vezes é considerada evitável.

Conforme pode ser observado na Figura 22, o Componente que mais contribui para a mortalidade infantil é o Neonatal (0 a 27 dias de vida), que se desdobra em dois subcomponentes: o Neonatal Precoce (0 a 6 dias) e Neonatal Tardio (7 a 27 dias). Cerca de 66,6% dos óbitos infantis acontecem nesse período e o Neonatal Precoce contribui com mais de 78,3% dos óbitos nessa fase, ou seja, de cada 100 crianças que morreram em 2022 no Pará, 67 morreram no período neonatal, e destes 52 morreram na primeira semana de vida.

Figura 22 – Taxa de Mortalidade Infantil e seus Componentes Etários no Pará, 2018-2022.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

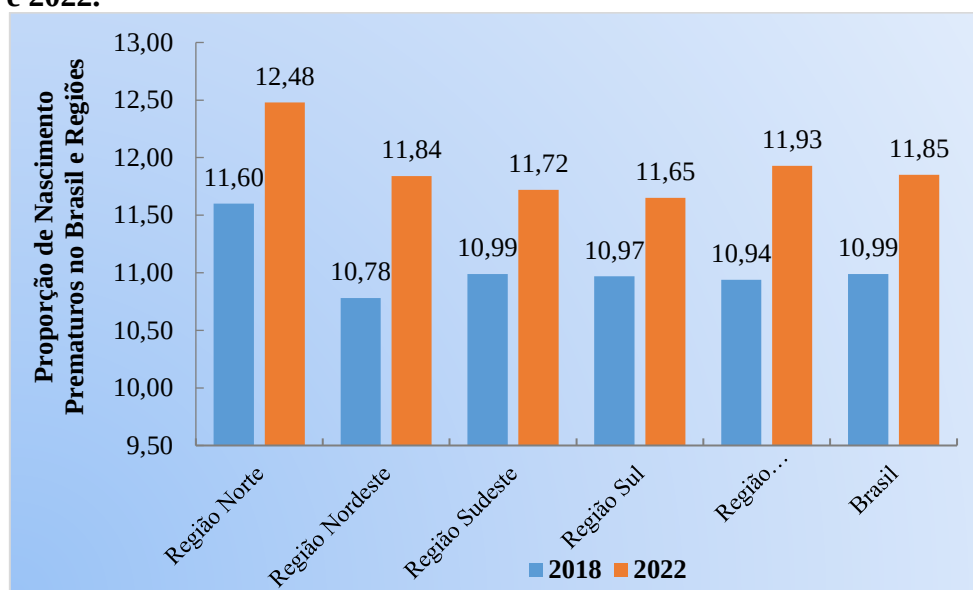
Prematuridade

No período de 2018 e 2022 a taxa de nascimentos prematuros no Pará representou seguidamente a 8ª maior entre os estados brasileiros e, semelhante ao que aconteceu na quase totalidade desses estados e no Brasil, sofreu elevação de 3,32% no último ano (2022). Na Região Norte houve aumento de 7,6% e o Brasil atingiu 7,25% de acréscimo no número de bebês nascidos antes de completar 37 semanas de gestação (Figura 23).

A prematuridade tem grande relação, entre outros, com a assistência prestada às mulheres no território e traduz a existência, ou não, de condições que afetam o desenvolvimento do planejamento reprodutivo, busca ativa das gestantes com diagnóstico precoce da gestação e início precoce de um pré-natal com qualidade.

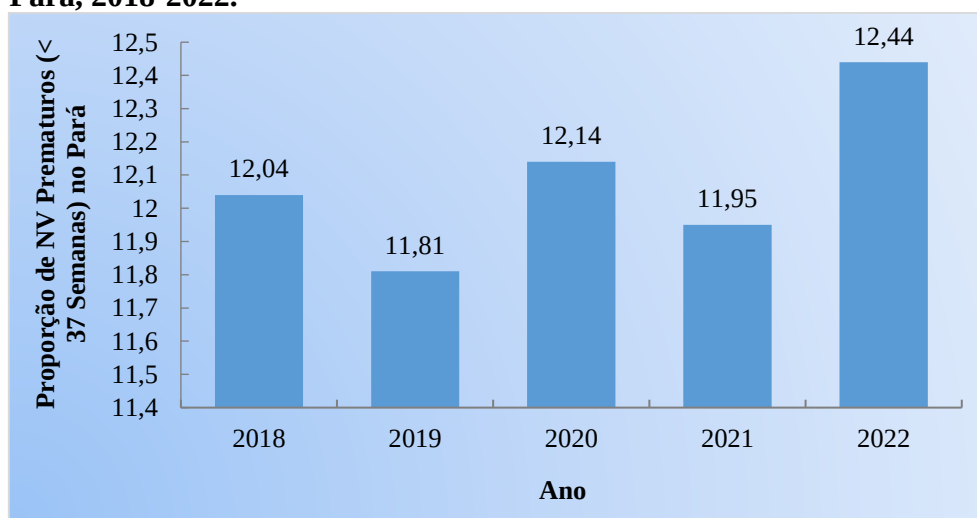
O registro de elevação das taxas de prematuridade feito no período de 2018 a 2022 no Pará e no Brasil ainda pode ser explicado pelo surgimento da pandemia de Covid19 ocorrida em 2020, e que teve grande repercussão na morbimortalidade de gestantes e bebês, assim como na redução do curso da gestação resultando em prematuridade.

Figura 23 – Proporção de Nascimentos Prematuros no Brasil e Regiões, 2018 e 2022.



Fonte: SINASC/DATASUS.

Figura 24 – Percentual de Nascidos Vivos, segundo Duração da Gestação no Pará, 2018-2022.



Fonte: SINASC/DATASUS.

Causas

Não diferente do restante do Brasil, as principais causas da mortalidade infantil no Pará (2018-2022) estão relacionadas às *Afecções Perinatais*, isto é, ligadas a assistência obstétrica (pré-natal e assistência ao parto) e ao cuidado com o recém-nascido em sala de parto. (Tabela 14).

Tabela 14 – Percentual de Óbitos Infantis, segundo Grupo de Causas – Pará, 2018-2022.

Principais Capítulos do CID 10	2018	2019	2020	2021	2022 ¹
Afecções no perinatal	59,65	59,07	61,13	58,81	55,76
Anomalias congênicas	17,71	18,62	16,04	19,31	18,57
Doenças do Aparelho Respiratório	5,86	7,07	5,11	4,46	7,10
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,48	4,63	5,97	5,89	6,03
Causas externas de morbidade e mortalidade	1,27	1,43	1,92	3,17	2,56

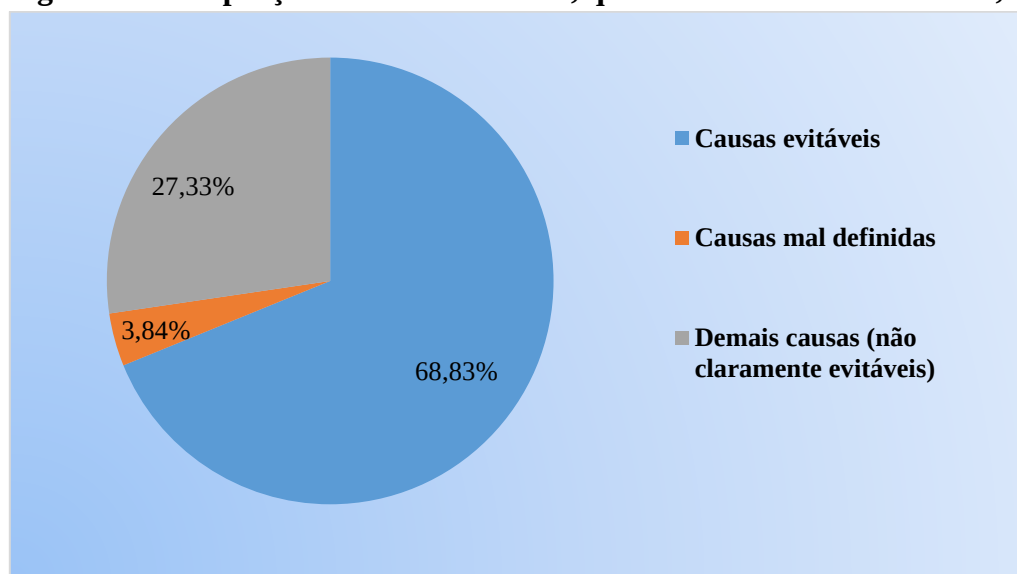
Fonte: SIM/DATASUS.

Evitabilidade

Decorrente de combinações de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde a mortalidade infantil é em sua grande maioria, decorrente de causas evitáveis, como pode ser observado na Figura 25, que mostra que 68,83% dos óbitos infantis ocorridos em 2022, no Pará, foram relacionados a causas evitáveis, 3,84 não tiveram causas bem definidas e 27,33% ocorreram por outras causas, não claramente evitáveis.

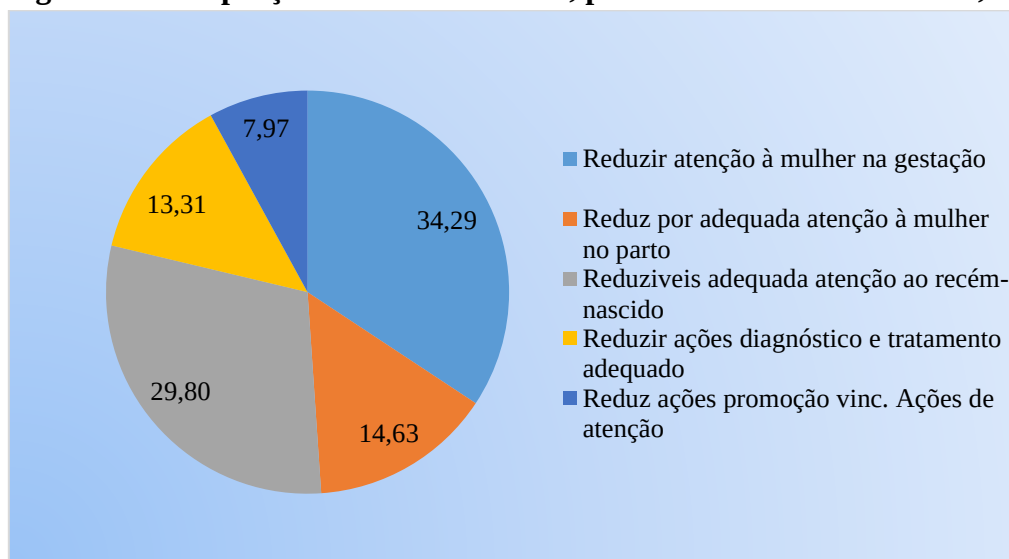
No grupo de óbitos por causas evitáveis em 2022 no Pará, avalia-se que 78,72% estavam relacionados a condições reduzíveis por atenção a gestação (34,29%), por atenção ao parto (14,63) e por atenção ao recém-nascido (29,72%), conforme pode ser observado na Figura 26.

Figura 25 – Proporção de Óbitos Infantis, quanto a Evitabilidade – Pará, 2022.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

Figura 26 – Proporção de Óbitos Infantis, por causas Evitáveis no Pará, 2022.



Fonte: SIM/ DATASUS.

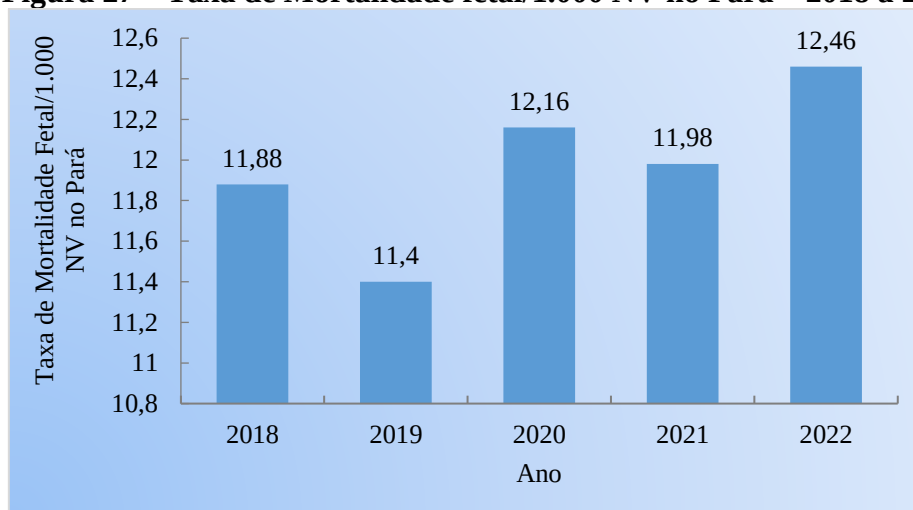
Óbitos Fetais

Diferente do que acontecem com os óbitos maternos e infantis, os óbitos fetais são historicamente negligenciados ou considerados como “óbitos invisíveis”, embora sejam potencialmente evitáveis e impliquem em importante impacto na rede assistencial, além de serem razão de sofrimento para as famílias visto que ocorrem com grande frequência ao final de gestações, como a perda de um bebê esperado e, muitas vezes, planejado.

A avaliação dos óbitos fetais precisa considerar as condições em que ocorreram e direcionar, da mesma forma que os infantis, para a necessidade de melhorias no acesso e qualidade da assistência. Uma variável importante nesses óbitos é o peso do feto, que associado com outras informações, denota o momento da gravidez em que ocorreu o óbito e a condição de evitabilidade. Em 2022 cerca de 29,72% dos óbitos fetais foram de bebês com peso superior a 2.500g (Figura 27).

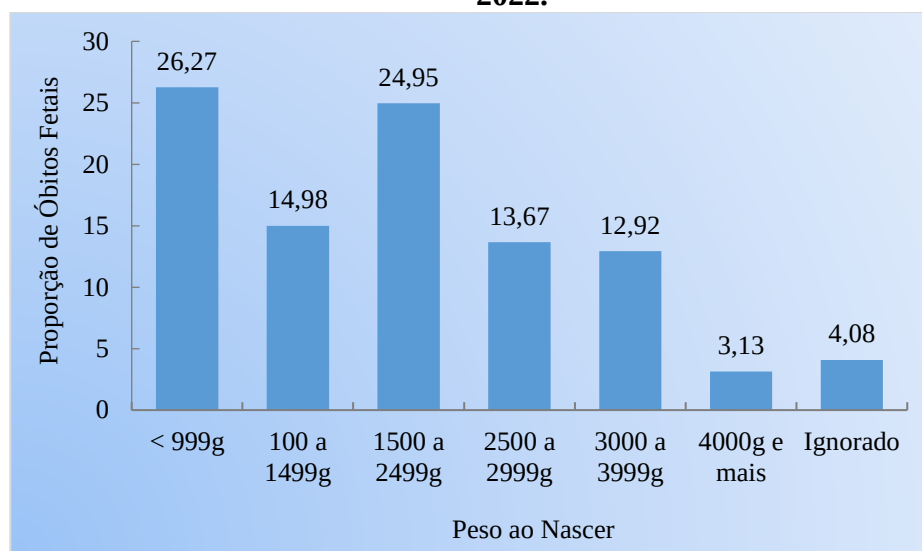
De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), os óbitos fetais no Pará têm apresentado elevação nos últimos 5 anos (2018 a 2022) e encerraram 2022 com 12,46 óbitos fetais para cada 1000 nascidos vivos, o que representou um percentual de aumento de 3,85% em relação a 2021. No Brasil, a Região Nordeste registrou o maior histórico de óbitos fetais, seguida da Região Norte (2018-2022). E o Pará ficou no 4º lugar entre os estados com maior coeficiente de mortalidade fetal em 2022.

Figura 27 – Taxa de Mortalidade fetal/1.000 NV no Pará – 2018 a 2022.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

Figura 28 – Proporção de Óbitos Fetais, em Relação ao Peso no Pará – 2022.



Fonte: SIM/SINASC/DATASUS.

4.3.2.7. Mortalidade por Causa Básica Definida

Os Óbitos de causa mal definida expressa grau de qualidade da informação sobre causas de morte, numa determinada área e período. Percentuais elevados sugerem deficiências na qualidade do preenchimento da declaração das causas de morte e, em outras circunstâncias, nos processos de registro, coleta, crítica e análise dos dados de mortalidade. A frequência das causas mal definidas é condicionada pela disponibilidade de recursos médicos-assistenciais, inclusive para diagnóstico. Também pode refletir o cuidado no preenchimento e na codificação da Declaração de Óbito.

Na análise da mortalidade por causas é visível que o perfil pode ser prejudicado por problemas relacionados à qualidade do preenchimento da declaração da causa básica de morte por parte dos médicos e em outras situações pela codificação realizada nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A investigação realizada pelas equipes de vigilância de óbito tem garantido a redução das causas mal definidas e com isso o alcance do percentual de causa bem definida (92%).

Tabela 15 – Percentual de Causa Mal e Bem Definida – Pará – 2018 a 2022.

Estado do Pará	2018	2019	2020	2021	2022
Bem Definido	37.749	37.430	47.693	48.608	42.141
Mal definido	2.800	3.232	3.931	3.491	3.275
Total de óbitos	40.549	40.662	51.624	52.099	45.416
% óbitos bem definidos	93,1	92,1	92,4	93,3	92,8

Fonte: SIM/SESPA.

Nota:*Dados provisórios.

No período de 2018 a 2022, o estado do Pará, alcançou a meta pactuada de registro de óbitos com causa básica definida para 92%. Para tal, realizou-se assessoria técnica ao sistema do SIM tendo como objetivo melhorar a cobertura e qualidade dos dados, para o fortalecimento e delineamento das políticas de saúde e tomada de decisões por parte dos gestores.

4.3.3. Morbidade

A morbidade é um conceito fundamental na saúde pública, referindo-se à ocorrência de doenças, lesões e outras condições que afetam a saúde e o bem-estar das pessoas em uma população. Diferentemente da mortalidade, que se concentra nos óbitos, a morbidade abrange uma gama mais ampla de estados de saúde, desde doenças crônicas até condições agudas e temporárias.

A análise da morbidade é essencial para compreender a carga de doenças em uma comunidade, identificar padrões epidemiológicos, determinar necessidades de cuidados de saúde e planejar intervenções eficazes. Ela também é crucial para monitorar tendências ao longo do tempo e avaliar o impacto de políticas de saúde e programas de prevenção.

Neste tópico, abordaremos as principais doenças associadas à morbidade, bem como os fatores que influenciam sua prevalência, com o objetivo de promover a saúde e elevar a qualidade de vida das populações.

4.3.3.1. Doenças Transmissíveis

As doenças transmissíveis são provocadas por agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus, fungos ou parasitas. Estes microrganismos podem ser passados de uma pessoa para outra, de animais para seres humanos ou vice-versa, ou até mesmo através do ambiente contaminado. A transmissão pode ocorrer de diversas formas, incluindo contato direto com indivíduos infectados, consumo de alimentos ou água contaminados, picadas de insetos vetores, ou mesmo por via aérea em casos de doenças respiratórias. A facilidade com que a transmissão ocorre varia entre diferentes doenças e é influenciada por fatores como a resistência do agente infeccioso, o método de transmissão e as condições ambientais e sociais.

Apesar dos avanços significativos na prevenção, diagnóstico e tratamento, as doenças transmissíveis continuam a representar um desafio global para a saúde pública. Surto de doenças como gripe, tuberculose, HIV/AIDS, malária e COVID 19 têm impactos sociais, econômicos e de saúde significativos em todo o mundo e no estado do Pará. Essas doenças não apenas geram um ônus financeiro considerável devido aos custos associados ao tratamento médico e à perda de produtividade, mas também têm um impacto devastador nas comunidades afetadas, levando a um aumento da morbidade e da mortalidade.

No estado do Pará, um dos maiores desafios é a extensão geográfica e a diversidade de suas populações, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e a implementação de medidas de controle eficazes. Neste sentido, compreender o cenário das doenças transmissíveis no estado é fundamental para desenvolver estratégias adequadas de prevenção e controle, visando melhorar a saúde e o bem-estar da população paraense.

Arboviroses

Arboviroses são doenças causadas por vírus transmitidos, principalmente, por mosquitos. As arboviroses mais comuns em ambientes urbanos são: Dengue, Chikungunya e Zika, transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

As arboviroses tiveram um comportamento diferenciado na pandemia de COVID 19 (2020 e 2021), principalmente nos agravos de Chikungunya e Dengue, com redução. Zika vírus teve um surto localizado no Oeste do Pará em 2020 e o restante dos anos um comportamento uniforme bem abaixo do esperado em comparação aos outros estados.

A partir de 2022 com o retorno das atividades de visita domiciliar e LIRAA, atividades de combate ao vetor, começou a configurar um aumento dos casos principalmente de Dengue, também observado no restante do país. O estado do Pará ainda configura um incremento de casos para as Arboviroses tímido se comparado ao restante do País que teve uma média de 239% de aumento de dengue após o COVID 19.

Com relação a **Dengue** na avaliação dos casos notificados, observa-se um aumento do número de notificação de 96,90%, para este período de 2018 a 2022, com aumento de casos confirmados em mais de 100%, apresentando 3 óbitos para este período. Nota-se, um aumento na incidência no ano de 2022 em aproximadamente de 57 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 16 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Dengue, no período de 2018 a 2022, Pará.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Notificados	7.437	5.815	5.590	7.918	14.643
Confirmados	1.632	2.067	1.847	2.992	4.620
Óbitos	0	0	01	02	01
Incidência/100.000	19,09	23,93	21,25	36,84	56,88

Fonte: SINAN/online/IBGE.

Com relação a **Chikungunya** na avaliação dos casos notificados, observa-se um decréscimo do número de notificação de 86,73%, para este período de 2018 a 2022, com a diminuição de casos confirmados em 98,42%. Observa-se, que o último ano que teve registro de óbito foi em 2018. Nota-se, uma diminuição na incidência no ano de 2022 em aproximadamente de 1,08 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 17 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Chikungunya, no período de 2018 a 2022, Pará.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Notificados	11.992	6523	1.871	968	1.591
Confirmados	5.563	2.252	152	107	88
Óbitos	06	0	0	0	0
Incidência/100.000	65,09	26,07	1,74	1,37	1,08

Fonte: SINAN/online/IBGE.

Com relação a **Zika** na avaliação dos casos notificados, observa-se uma diminuição do número de notificação em 12,58%, para este período de 2018 a 2022, com aumento de casos confirmados no ano de 2020, com 158 casos confirmados, sem óbitos para este período. Nota-se, um aumento na incidência no ano de 2020 em aproximadamente de 2 casos por 100.000 habitantes.

Tabela 18 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Zika, no período de 2018 a 2022, Pará.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Notificados	652	403	410	231	570
Confirmados	45	41	158	28	40
Óbitos	0	0	0	0	0
Incidência/100.000	0,52	0,47	1,81	0,34	0,49

Fonte: SINAN/online/IBGE.

Tabela 19 – Casos Notificados, Confirmados, Óbitos e Incidência de Febre Amarela, no período de 2018 a 2022, Pará.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Notificados	50	34	7	17	125
Confirmados	0	3	0	1	4
Óbitos	0	3	0	1	2
Incidência/100.000	0,52	0,47	1,81	0,34	0,49

Fonte: SINAN/online/IBGE.

Malária

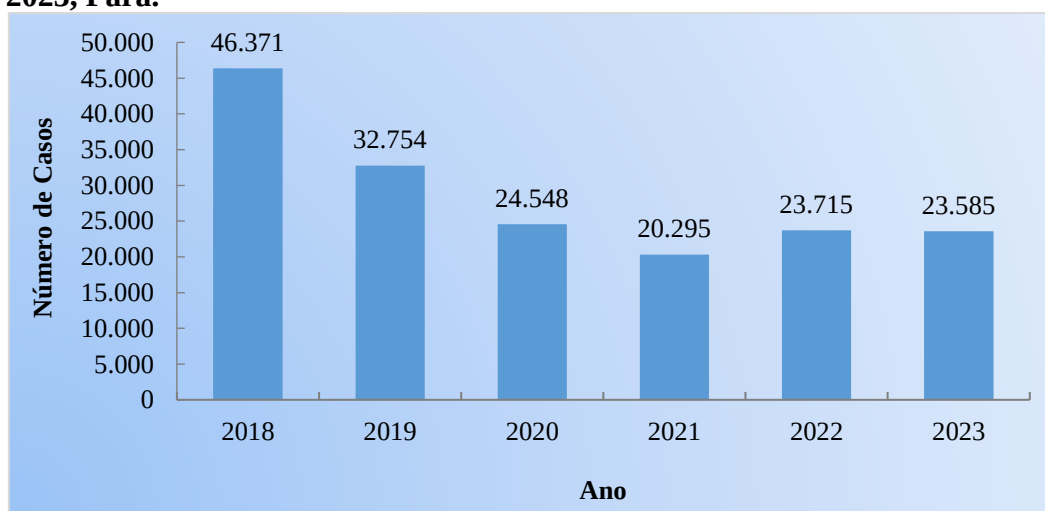
O Estado do Pará está situado na Amazônia Legal, considerado área endêmica para a malária, a principal meta é reduzir a incidência de casos da doença.

A distribuição da malária no Estado segue um padrão heterogêneo, apresentando áreas com grande número de casos e outras sem registro da doença. Os

municípios que mais apresentam riscos de contrair malária situam-se na região do Marajó e região Oeste do Pará, cuja condição de pobreza se apresenta como fator relevante para a manutenção das altas taxas de transmissão da doença.

Foi pactuado no plano plurianual 2020 a 2023 redução em 15% dos números de casos de malária a cada ano devendo atingir o número absoluto de 17.162 casos de malária no Estado do Pará em 2022, uma redução de 15% dos números de casos em relação ao ano de 2021, observa-se que o Estado atingiu a meta de redução no período de 2020 e 2021 reduzindo respectivamente 25% e 17% dos casos de malária, no entanto mesmo com diversas ações realizadas para o controle do agravo o estado fechou o ano de 2022 com 23.702 casos de malária em todo o Estado, representando um aumento de 16% em relação ao ano de 2021. O principal município que lidera o aumento do número de casos é a cidade de Anajás, tal município apresentava-se em redução nos últimos 05 anos, no entanto no ano de 2022 tal município teve aumento de 181%, impactando assim os números de casos totais do Estado. No ano de 2023, municípios de Jacareacanga, Anajás e Itaituba são os que apresentam o índice da doença continua elevadíssimo quando comparado ao estimado para todo o Estado do Pará.

Figura 29 – Número de Caso de Malária Confirmado, no período de 2018 a 2023, Pará.

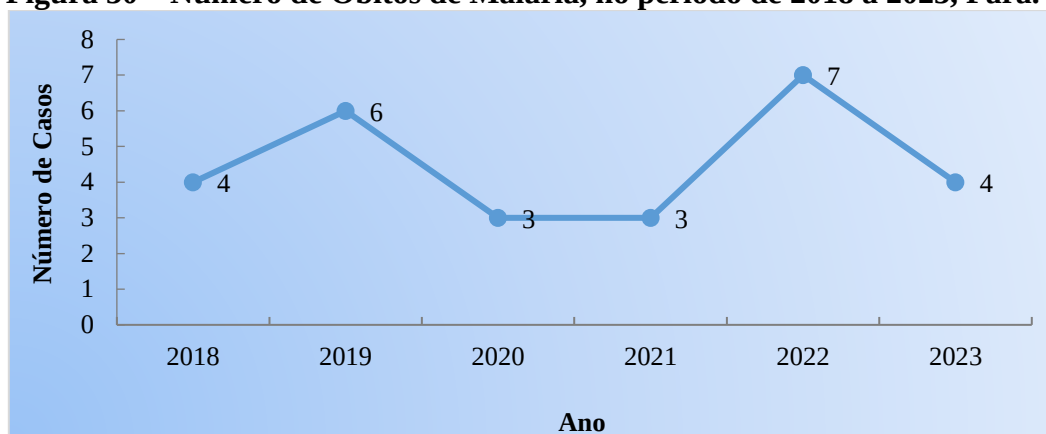


Fonte: SIVEP_MALÁRIA.

O Brasil tem como meta zerar os óbitos por malária até 2030, o estado do Pará a partir de 2019 tem contribuído com essa redução a cada ano, no entanto no ano de 2022 devido ao aumento de número de casos de malária no estado e o relaxamento das ações de vigilância por parte dos municípios, o número de óbitos aumentou no ano de 2022, sendo que 3 dos 8 óbitos ocorridos no município de

Jacareacanga, município com maior número de casos do estado. No ano de 2023 foram identificados quatro óbitos no Estado.

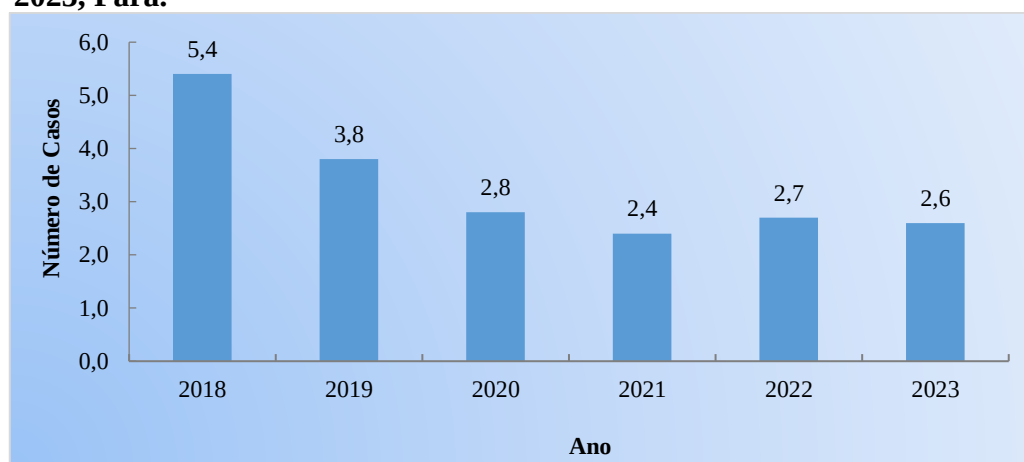
Figura 30 – Número de Óbitos de Malária, no período de 2018 a 2023, Pará.



Fonte: SIVEP_MALÁRIA.

O Índice Parasitário Anual (IPA) é o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, este indicador estima o risco de ocorrência anual de casos de malária. Esse risco está relacionado à picada de mosquitos do gênero *Anopheles*, infectados com o protozoário *Plasmodium* (*falciparum*, *malariae* ou *vivax*). No Brasil, as áreas endêmicas localizam-se todas na Amazônia, com graus de risco expressos em valores do IPA: (0) sem transmissão, (0-1) muito baixo risco, baixo risco (1 a 10,0), médio risco (10 -50) e alto risco ($\geq 50,0$). Observa-se o estado do Pará a partir de 2018 é considerado de médio risco para Malária, pois apresenta IPA entre 1 e 10, este número vem reduzindo a cada ano chegando a 2,3 em 2021, no entanto em 2022 e 2023 o Estado teve um leve aumento nos números de casos ocasionando consequente aumento no IPA estadual.

Figura 31 – Incidência Parasitária Anual da Malária, no período de 2018 a 2023, Pará.



Fonte: SIVEP_MALÁRIA.

Cobertura de Visita Domiciliar:

O manual de diretrizes para o combate ao *Aedes aegypti* preconiza 6 visitas domiciliares com 100% de cobertura, periodicidade bimensal para atividade de prevenção, orientação e controle do vetor, realizado principalmente, pelos agentes de combate às endemias (ACE) - usualmente conhecidos como agentes de combate à dengue - nas rotinas de visitas residenciais.

Esses agentes realizam inspeções criteriosas em depósitos, terrenos baldios, caixas d'água, calhas, telhados e no interior das residências. Aplicam larvicidas e inseticidas quando necessário e orientam a população a respeito da prevenção e controle de doenças como dengue, chagas, leptospirose e raiva.

O indicador é realização de no mínimo de 4 ciclos dos 6 preconizados com 80% em um ano.

Quadro 03 – Média da Cobertura de Visitas Domiciliares de 2019 a 2020 nos 6 ciclos, no Pará.

	2019	2020	2021	2022	2023
Cobertura de visita domiciliar no estado do Pará, por município.	82	63	66	63	61

Fonte: SINAN/online/IBGE.

Levantamento de Índice Rápido *Aedes aegypti* (LIRAA):

O Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* consistem em um método simplificado para obtenção rápida de indicadores entomológicos e permite conhecer a distribuição do vetor *Aedes aegypti*.

O Sistema LIRAA/LIA auxilia as análises entomológicas e fornece informações sobre índices Predial (% de imóveis positivos, Breteau (% de depósitos positivos) e de tipo de recipiente (tipo de depósito positivos, predominante) com vistas na otimização e direcionamento das ações de controle de vetor, facilita a delimitação de áreas de risco entomológico, permite a avaliação de metodologias de controle além de contribuir para as atividades de comunicação e mobilização por meio de ampla divulgação dos resultados dos índices para os parceiros internos e externos (população).

A recomendação do LIRAA/LIA é a realização de 6 ciclos ao ano (bimensal). Indicador do PQAVS 2023 é pelo menos 4 ciclos anuais.

O estado do Pará possui 142 municípios infestados e 02 não infestados.

Quadro 04 – Índices Entomológico de Referência para o LIRAA/LIA.

Análise de Risco Entomológico	
IIP (%)	Classificação
Abaixo de 1	Satisfatório
Entre 1 e 3, 9	Alerta
Acima de 3, 9	Risco

Fonte: LIRAA/LIA.

Quadro 05 – Média Anual de Municípios que Realizaram o LIRAA/LIA, pelo menos 04 ciclos.

	2019	2020	2021	2022	2023
Média de LIRAA/LIA	134	Não realizaram COVID	Não realizaram COVID	93	90

Fonte: LIRAA/LIA.

Quadro 06 - Quantidade de LIRAA-LIA Realizados, por Município, no período de 2019 a 2023, com 03 ciclos anuais.

LIRAA-LIA realizados	2019	2022	2023
Abaetetuba	3	3	5
Abel Figueiredo	3	1	6
Acará	3	3	6
Afuá	3	0	5
Água Azul do Norte	3	3	6
Alenquer	3	4	6
Almeirim	3	4	6
Altamira	3	3	5

Anajás	3	4	3
Ananindeua	3	1	5
Anapu	3	2	2
Augusto Correa	3	2	5
Aurora do Pará	3	4	5
Aveiro	3	4	5
Bagre	3	3	3
Baião	3	4	4
Bannach	3	2	4
Barcarena	3	4	6
Belém	3	1	5
Belterra	3	4	5
Benevides	3	1	3
Bom Jesus do Tocantins	3	1	6
Bonito	3	5	0
Bragança	3	4	4
Brasil Novo	3	2	4
Brejo Grande do Araguaia	3	3	6
Breu Branco	3	1	5
Breves	3	4	1
Bujaru	3	2	6
Cachoeira do Arari	3	0	2
Cachoeira do Piriá	3	2	4
Cametá	3	4	5
Canaã dos Carajás	3	1	6
Capanema	2	0	4
Capitão Poço	3	4	6
Castanhal	3	2	6
Chaves	3	0	0
Colares	3	2	6
Conceição do Araguaia	3	3	6
Concórdia do Pará	3	2	5
Cumaru do Norte	3	3	6
Curionópolis	3	2	6
Curralinho	3	4	3
Curuá	3	4	5
Curuçá	3	3	4
Dom Eliseu	3	4	6
Eldorado dos Carajás	3	1	6
Faro	3	4	5
Floresta do Araguaia	3	3	5
Garrafão do Norte	3	4	6
Goianésia do Pará	3	1	6
Gurupá	3	3	2
Igarapé-Açu	3	4	5
Igarapé-Miri	3	4	4
Inhangapi	3	2	6
Ipixuna do Pará	3	4	5
Irituia	3	4	4
Itaituba	2	5	5
Itupiranga	3	1	6
Jacareacanga	3	4	5
Jacundá	3	1	6

Juruti	3	4	5
Limoeiro do Ajuru	3	3	4
Mãe do Rio	3	4	6
Magalhães Barata	3	1	6
Marabá	3	1	6
Maracanã	3	2	5
Marapanim	3	3	6
Marituba	3	3	3
Medicilândia	3	2	4
Melgaço	3	4	2
Mocajuba	3	4	4

LIRAA-LIA realizados	2019	2022	2023
Mojú	3	1	4
Mojú dos Campos	3	4	5
Monte Alegre	3	4	5
Muaná	3	0	1
Nova Esperança do Piriá	3	4	6
Nova Ipixuna	3	1	5
Nova Timboteua	2	4	5
Novo Progresso	3	4	6
Novo Repartimento	3	1	5
Óbidos	3	4	4
Oeiras do Pará	3	1	3
Oriximiná	3	5	6
Ourém	2	2	4
Ourilândia do Norte	3	3	5
Pacajá	3	1	1
Palestina do Pará	3	1	6
Paragominas	3	4	6
Parauapebas	3	1	6
Pau D'Arco	3	2	5
Peixe-Boi	1	2	4
Piçarra	3	1	6
Placas	3	4	5
Ponta de Pedras	3	2	1
Portel	3	4	3
Porto de Moz	3	1	1
Praíha	3	3	5
Primavera	0	3	4
Quatipuru	0	2	4
Redenção	3	3	6
Rio Maria	3	3	6
Rondon do Pará	3	1	6
Rurópolis	3	4	4
Salinópolis	1	3	5
Salvaterra	3	0	3
Santa Bárbara do Pará	3	0	0
Santa Cruz do Arari	3	2	1
Santa Isabel do Pará	3	2	5

Santa Luzia do Pará	1	3	3
Santa Maria das Barreiras	3	3	5
Santa Maria do Pará	3	3	6
Santana do Araguaia	3	3	6
Santarém	3	4	6
Santarém Novo	0	1	5
Santo Antônio do Tauá	3	2	5
São Caetano de Odivelas	3	2	6
São Domingos do Araguaia	3	2	6
São Domingos do Capim	3	1	5
São Félix do Xingu	3	3	6
São Francisco do Pará	3	2	6
São Geraldo do Araguaia	3	1	6
São João da Ponta	3	4	5
São João de Pirabas	3	3	4
São João do Araguaia	3	1	6
São Miguel do Guamá	3	4	6
São Sebastião da Boa Vista	2	0	0
Sapucaia	3	3	6
Senador José Porfírio	3	1	1
Soure	3	5	1
Tailândia	3	2	6
Terra Alta	3	2	6
Terra Santa	3	4	4
Tomé-Açu	3	2	6
Tracuateua	3	3	4
Trairão	3	3	5
Tucumã	3	3	4
Tucuruí	3	1	6
Ulianópolis	3	3	6
Uruará	3	1	1
Vigia	3	2	6
Viseu	1	3	3
Vitória do Xingu	3	1	1
Xinguara	3	3	6

Fonte: LIRAA/LIA.

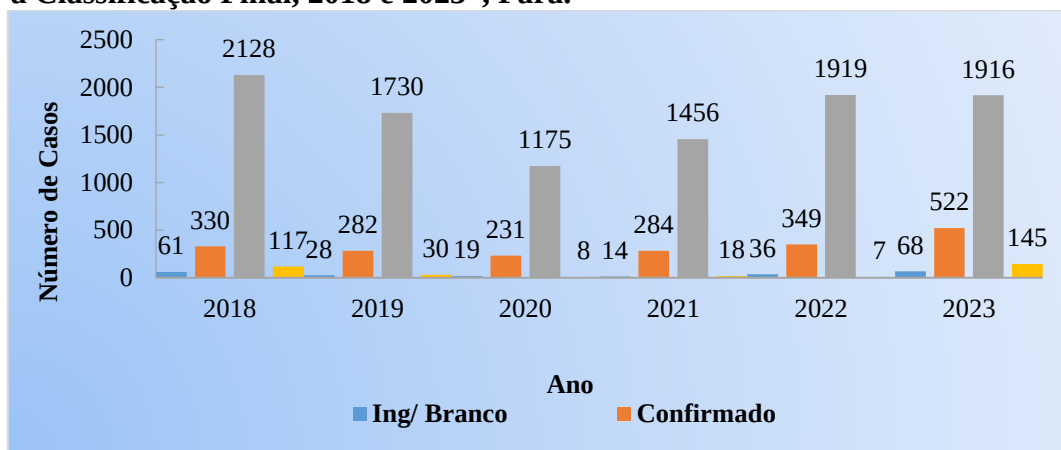
Doença de Chagas

A Doença de Chagas é uma antroponose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade, tornando a magnitude da doença inquestionável. O Estado do Pará é responsável por 80,95% dos casos diagnosticados de chagas aguda no Brasil se comparado a série histórica de 2007 a 2021.

No cenário epidemiológico na série avaliada, o estado do Pará, através da Secretaria de Estado de Saúde (SESPA) registrou 12.873 casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA), dos quais 1.988 (15,52%) casos foram confirmados. No que tange aos demais itens da classificação final (ign/branco e inconclusivo) somam 4,3% dos casos

notificados e os casos descartados 80,1%, servindo de parâmetro para articulação das ações de vigilância e atenção primária dos municípios, em especial as ações de investigação oportuna, acompanhamento e seguimento dos casos (Figura 32).

Figura 32 – Número de Casos Notificados de Doença de Chagas Aguda, segundo a Classificação Final, 2018 e 2023*, Pará.

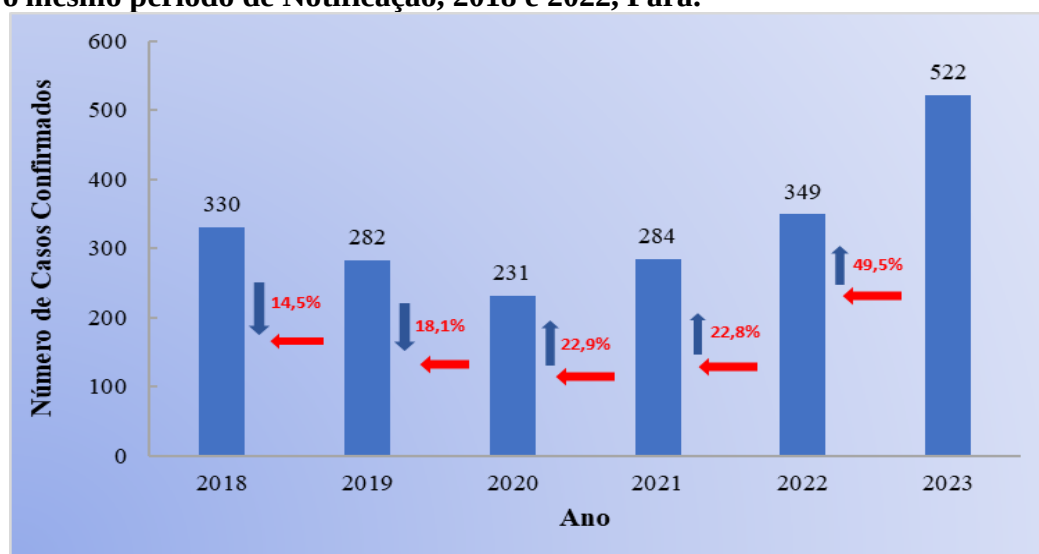


Fonte: SINAN.

Em um comparativo nos anos de 2019 a 2020 houve redução, destaca-se uma diminuição de 18,1% dos casos confirmados, entretanto nos anos de 2021 a 2023 é possível observar uma tendência de aumento, destacando o ano de 2023 com aumento de 49,5% se comparado ao ano de 2022.

No que tange a detecção oportuna dos surtos ocorridos no Pará, o ano de 2023 somente 44% foram digitados no módulo surto do SINAN, ou seja, dos 57 surtos de doença de Chagas aguda, apenas 25 surtos foram notificados no sistema SINAN, desta forma dificultando a caracterização e acompanhamento dos mesmos. Os motivos e as consequências desta estratégia de vigilância ocorrer de forma inconsistente são: baixa identificação dos surtos de dca pelos municípios de ocorrência; falta de conhecimento sobre epidemiologia de surto de dca pelos municípios; desorganização dos fluxos de suspeição, diagnóstico e acompanhamento dos casos de dca a nível local; ineficácia no monitoramento dos casos suspeitos de dca; intervenção tardia no controle do surto; agravamento da doença em pacientes não identificados; possível aumento de óbitos por dca e impacto econômico negativo na região.

Figura 33 – Número de Casos Confirmados de Doença de Chagas Aguda, segundo o mesmo período de Notificação, 2018 e 2022, Pará.



Fonte: SINAN.

A transmissão oral ocorre em cerca de 88% dos casos diagnosticados da doença de Chagas no Pará, sendo 30 municípios considerados prioritários no ano de 2023, havendo a necessidade de assessoria na elaboração e avaliação dos Planos de ação de prevenção da DCA dos municípios prioritários (17 dos municípios encaminharam), assim como monitoramento dos surtos.

Leishmaniose

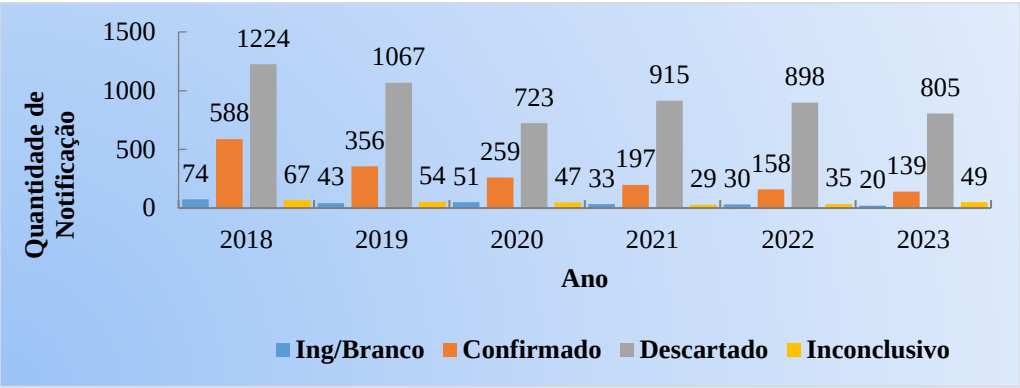
As leishmanioses, nas formas tegumentar e visceral, são doenças infecciosas não contagiosas de grande importância para a saúde pública. O Ministério da Saúde (MS) reforça a importância da prevenção dessas doenças que afetam humanos e animais e que tem o potencial de provocar lesões na pele, causando deformidades importantes, e infecções viscerais que podem levar ao óbito. Segundo o MS mais de 90% de novos casos concentram-se em 13 países, incluindo o Brasil. Estima-se que até 1,7 milhões de pessoas adoecem anualmente por leishmanioses, dessas, de 20 mil a 30 mil evoluem ao óbito. Possuem ampla expansão geográfica, estando presentes em 102 países, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os 87 países endêmicos para leishmanioses, considera-se que 25 tenham alta carga da doença: 13 com leishmaniose visceral e 12 com leishmaniose cutânea; vale ressaltar que o Brasil pertence aos dois grupos.

O Estado do Pará é um importante notificador de casos de leishmanioses, tanto visceral (LV) como tegumentar (LTA), sendo a primeira, a forma mais grave, por

evoluir com facilidade ao óbito, se não for diagnosticada e tratada precocemente. Recentemente, a leishmaniose visceral vem mudando sua característica de rural para urbana e está em franca expansão, com 49 municípios com a doença urbanizada. Na área urbana, o controle da LV se torna mais complicado devido o envolvimento do cão como reservatório doméstico da *leishmania* responsável pela doença, sendo necessário à sua retirada, quando infectado, como medida de controle da doença.

Na Figura 34 observa-se que a doença foi notificada em todos os anos da série histórica avaliada e vem apresentando uma linha de tendência de redução de casos confirmados no Pará.

Figura 34 – Quantidade de Notificação da Leishmaniose Visceral, segundo o Ano da Notificação, no período de 2018 a 2023, conforme a Classificação Final, Pará.



Fonte: SINAN 2024.

Na Tabela 20, observa-se que as regiões que mais notificaram casos foram Tocantins, Carajás e Araguaia, onde se localizam os municípios com maior número de casos e os municípios que entraram em surto nos últimos anos.

Tabela 20 – Número de Casos de Leishmaniose Visceral Notificados, no período de 2018 a 2023, Pará.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitana I	53	46	20	31	38	48
Metropolitana II	75	51	51	20	25	27
Metropolitana III	160	91	69	79	64	66
Marajó	38	24	25	18	32	27
Baixo Amazonas	108	134	85	112	88	109
Rio Caetés	14	11	5	3	3	9
Tapajós	22	13	11	8	11	5
Tocantins	404	316	174	198	253	200
Xingu	7	12	7	5	8	7
Lago deTucurí	40	60	49	55	52	36
Carajás	653	532	397	441	405	314

Araguaia	379	230	187	204	142	167

Fonte: SINAN, 2024.

A LV vem apresentando rápida expansão com urbanização da doença desde 2015 e devido a isso e a pandemia do COVID 19 houve altos e baixos quanto ao número de óbitos, porém sempre é recomendada a intensificação das ações de controle, a fim de reduzir tal indicador. Na tabela abaixo verifica-se o número absoluto de óbitos por região de saúde no período de 2018 a 2023.

Tabela 21 – Número de Óbitos de Leishmaniose Visceral, no período de 2018 a 2023, por Região de Saúde do Pará.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitana I	7	3	2	2	1	1
Metropolitana II	1	0	0	0	0	0
Metropolitana III	1	2	0	0	0	0
Baixo Amazonas	0	1	1	0	0	0
Tocantins	3	0	0	1	1	0
Logo de Tucuruí	5	2	2	2	1	0
Carajás	17	8	3	11	4	3
Araguaia	6	0	3	3	0	3
Total - PA	40	16	11	19	7	7

Fonte: SINAN.

A Leishmaniose Tegumentar (LT), é notificada em praticamente todo o estado do Pará, isso se dá, provavelmente devido o território paraense apresentar características propícias a proliferação de vetores associada as atividades laborais dos pacientes em áreas de mata, portanto mangues, campos, cerrados e a floresta Amazônica, facilitam a proliferação de doenças de transmissão vetorial. Na tabela abaixo observa-se o número de casos na série histórica. Vale ressaltar que a LT, só deve ser notificada no sistema de informação de agravos de notificação, após confirmação do diagnóstico.

Tabela 22 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2023, por Região de Saúde do Pará.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Metropolitana I	17	15	6	21	13	19
Metropolitana II	82	120	79	61	69	43
Metropolitana III	398	316	198	191	251	124
Marajo	163	178	184	145	218	143
Baixo Amazonas	562	665	683	592	671	534
Rio Caetes	331	150	44	23	40	25
Tapajos	311	345	289	281	303	381
Tocantins	104	100	101	91	169	134
Xingu	460	563	708	503	522	484
Logo de Tucurui	273	275	233	213	278	191
Carajás	324	285	306	298	324	235
Araguaia	210	279	322	184	199	207

Fonte: SINAN.

Em 2022 houve aumento de notificações de LT em relação a 2021, provavelmente devido ao aumento da exposição da população ao vetor, pois em 2021 ainda estava em período de pandemia da covid 19, e houve redução tanto de LTA, quanto de LV, retomando o aumento a partir do 2º semestre de 2021.

O perfil do paciente de LT, geralmente, é adulto, do sexo masculino e de idade produtiva (Tabela 23), pois são os que estão mais expostos a essas áreas de transmissão devido suas atividades laborais.

Tabela 23 – Perfil dos Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, no período de 2018 a 2023 do Pará.

ANO	SEXO		FAIXA ETÁRIA	
	Masculino	Feminino	Menor de 10 anos	Maior de 10 anos
2018	2676	559	164	3071
2019	2801	490	125	3166
2020	2609	544	186	2967
2021	2185	418	118	2485
2022	2507	551	153	2905
2023	2053	473	139	2387

Fonte: SINAN, 2024.

Tabela 24 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar de acordo com o Sexo, no período de 2018 a 2023 do Pará.

ANO	Masc	Fem
2018	2676	559
2019	2801	490
2020	2609	544
2021	2185	418
2022	2507	551
2023	2053	473

Fonte: SINAN, 2024.

Tabela 25 – Número de Casos Confirmados de Leishmaniose, por Faixa Etária, no período de 2018 a 2023 do Pará.

ANO	2018	2019	2020	2021	2022	2023
MAIORES DE 10 ANOS	3071	3166	2967	2485	2905	2387
MENORES DE 10 ANOS	164	125	186	118	153	139

Fonte: SINAN, 2024.

A importância da análise da proporção de pacientes que evoluem para cura clínica, tanto de LV quanto de LT permite verificar se o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente de leishmaniose estão sendo adequados. A informação da cura clínica é um indicador operacional que permite avaliar de forma indireta o serviço, bem como a sua organização e a necessidade de implementação de mais ações de vigilância e assistência.

Tabela 26 – Percentual de Cura de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar, no período de 2019 a 2023 do Pará.

Status	2019	2020	2021	2022	2023
Casos Confirmados	357	260	198	158	139
Cura	259	185	140	114	90
% Cura	72,55	71,15	70,71	72,15	64,75

Fonte: SINAN, 2024.

Tabela 27 – Percentual de Cura de Casos Confirmados de Leishmaniose Visceral, no período de 2018 a 2023 do Pará.

Status	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Casos Notificados	3245	3303	3156	2616	3070	2531
Cura	2787	2787	2562	2103	2304	1654
% Cura	85,89	84,38	81,18	80,39	75,05	65,35

Fonte: SINAN, 2024.

Esquistossomose Mansônica

A esquistossomose mansônica é uma doença parasitária, causada pelo platelminto *Schistosoma mansoni* e diretamente relacionada ao saneamento precário. A pessoa adquire a infecção quando entra em contato em coleções de água doce onde existam caramujos do gênero *Biomphalaria* infectados pelo verme, no seu modo evolutivo aquático. É caracterizada como uma doença assintomática, para a maioria dos portadores. Na fase aguda, o paciente infectado apresenta sintomas como febre, dor de cabeça, calafrios, suores, fraqueza, falta de apetite, dor muscular, tosse e diarreia. Na forma crônica da doença, a diarreia se torna mais constante, alternando-se com prisão de ventre, e pode aparecer sangue nas fezes. Nos casos mais graves, ocorre emagrecimento, fraqueza acentuada e aumento do volume do abdômen, conhecido popularmente como barriga d'água. Se não tratada adequadamente a esquistossomose pode evoluir para formas clínicas extremamente graves, que podem levar a internações e óbitos.

A esquistossomose está presente na maioria dos estados brasileiros, principalmente nas Regiões Nordeste e Sudeste. Estima-se que milhões de pessoas vivam em áreas sob o risco de contrair a doença. Nas áreas endêmicas, o registro dos dados das atividades de vigilância e controle da esquistossomose é realizado por meio do Sistema de Informações do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE). Nas áreas não endêmicas, os casos confirmados são notificados de forma compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio

do preenchimento da Ficha de Investigação de Esquistossomose. Todas as internações hospitalares, ocorridas no sistema público de saúde, são registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), o qual fornece informações diagnósticas e geográficas. Os óbitos por esquistossomose, ocorridos no País, são captados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) por intermédio da sequência de causas que contribuíram com a morte registrada na Declaração de Óbito (DO).

O estado do Pará é endêmico para a esquistossomose e no ano de 2023 registrou 132 casos autóctones, sendo que os municípios de Belém e Bragança notificaram 56 e 53 casos respectivamente, no SISPCE (quadro 07); no SINAM foram notificados 03 casos em Belém e 01 caso em Bragança.

Quadro 07 – Levantamento de Casos Autóctones de Esquistossomose Notificados no SISPCE, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2023.

Município	DADOS SISPCE PARÁ 2018 2023					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Belém	96	132	61	11	61	56
Bragança	72	32	3	5	12	53
Cachoeira do Piriá	0	0	2	0	0	0
Capanema	10	5	3	1	0	1
Primavera	1	4	0	3	4	13
Quatipurú	22	14	0	1	1	9
Total	201	187	69	21	78	132

Fonte: SISPCE municípios endêmicos do 4ºCRS e Belém.

A necessidade de fortalecimento da rede de vigilância deste parasita nos municípios que compõe o estado do Pará se faz necessário visto aos determinantes e condicionantes associados a doença (saneamento básico), para que haja o diagnóstico e tratamento oportuno em todo território, garantindo ações integradoras e permanentes em âmbito municipal, promovendo o cuidado integral às pessoas nos diferentes ciclos de

vida e contribuindo na operacionalização de informações epidemiológicas e na construção de políticas públicas de saúde baseada no cenário caracterizado do território.

Geo-Helmintos

As geo-helmintíases constituem um grupo de doenças parasitárias intestinais que são causadas principalmente pelo *Ascaris lumbricoides* (ASC), *Trichuris trichiura* (TT), *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus* (ANC) e *Enterobius vermiculares* (EV). A transmissão ocorre pela ingestão de ovos embrionados ou contato com o solo contaminado por larvas desses parasitas. No geral são doenças associadas a ausência de saneamento ambiental, precariedade do tratamento da água, ausência de educação em saúde e medidas de higiene básicas. As crianças constituem um importante grupo de risco para as infecções por geo-helmintos, uma vez que estão em fase de intenso crescimento físico e desenvolvimento cognitivo.

O cenário epidemiológico das Geo-Helmintíases no Brasil é indeterminado, visto que o Ministério da Saúde não possui um programa específico de vigilância e controle ou mesmo um sistema de notificação. Os portadores de verminoses são detectados de forma passiva pelas unidades de saúde, ou por meio de inquéritos coproscópicos do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), inquéritos nacionais de prevalência, ou inquéritos realizados em escolares, dentro do Programa Saúde na Escola.

Estima-se que no Brasil a prevalência seja de 2 a 36%, em municípios de baixo IDH – 70% em escolares. O Sistema de Informação de Mortalidade – SIM/MS registrou uma média de 563 óbitos pelos helmintos no período de 1996 a 2009, sendo a ascaridíase responsável por uma média de 52,4%; ancilostomíases 1,76%; e tricuriase 0,17%. Segundo dados do último Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helmintíases (Inpeg), realizado no período de 2010 a 2015, foram examinados 197.564 escolares e diagnosticados 5.192 casos de ancilostomíases (2,73%), 11.531 de ascaríase (6,00%) e 10.654 (5,41%) de tricuriase. As maiores prevalências encontradas foram nas regiões Norte e Nordeste.

No estado do Pará, os dados sobre geo-helmintos e sua ocorrência são obtidos unicamente por meio do PCE (nem todos os municípios endêmicos que realizam os inquéritos registam no SISPCE) e inquéritos realizados pela SESPA em escolares de municípios com baixo IDH. Segue no quadro 08 o número de diagnósticos para geo-helmintos no ano de 2023.

Quadro 08 – Número de Casos de Geo-helmintíases Diagnosticadas no Estado do Pará, ano 2023.

Região de Saúde	Município	Qtd. de Exames Realizados	TT	ASC	EV	ANC	Total
Metropolitana I	Belém (PCE)	930	476	138	12	48	674
Rio Caetés	Capanema (PCE)	849	0	33	0	59	92
	Primavera (PCE)	1160	08	26	0	24	58
	Quatipurú (PCE)	09	0	0	0	3	3
Marajó II	Bagre (Inquérito escolar)	254	142	75	11	10	238
Marajó I	Soure (Inquérito escolar)	357	29	58	07	20	114
	Salvaterra (Inquérito escolar)	294	20	31	07	21	79
Total		3853	675	361	37	185	1274

Fonte: SISPACE; SESP. A.

Quadro 09 – Número de Casos de Geo-helmintíases Diagnosticadas no Estado do Pará, ano 2019 a 2023.

Município	Ano				
	2019	2020	2021	2022	2023
Belém	357	46	3	123	674
Bragança	17	17	8	44	-
Capanema	132	137	6	6	92
Cachoeira do Piriá	-	-	156	-	-
Quatipuru	-	-	-	-	3
Primavera	60	63	48	53	58
Santa Cruz do Arari	-	-	-	29	-
Cachoeira do Arari	-	-	-	9	-
Soure	-	-	-	-	114
Bagre	-	-	-	-	254
Salvaterra	-	-	-	-	79
Total	566	263	221	264	1274

Fonte: SISPACE; SESP. A.

A necessidade de fortalecimento da rede de vigilância deste parasita nos municípios que compõe o estado do Pará se faz necessário visto o potencial de carga na saúde da população acometida e para que haja informações epidemiológicas que subsidiem a construção de políticas públicas de saúde baseada no cenário caracterizado do território.

Zoonoses

Zoonoses são doenças infecciosas transmitidas naturalmente de animais vertebrados para humanos, podendo ser causadas por vírus, bactérias, parasitas, fungos

e outros microrganismos. A estreita interação entre homens e animais, bem como o aumento da atividade comercial e a mobilização de pessoas, animais, seus produtos e subprodutos, têm levado a uma maior disseminação dessas doenças, comprovando o quanto a saúde humana e a animal estão indissolivelmente ligadas.

O Estado vem efetivando ações e trabalhando com os seguintes agravos: Raiva Humana, Raiva de Animais domésticos (cães e gatos), Acidentes por animal potencialmente transmissor da raiva (antigo Atendimento Antirrábico), Acidentes por Animais Peçonhentos, Leptospirose, Hantavirose, Toxoplasmose, Brucelose, Febre Maculosa, Doença de Lyme e Epizootia, sendo 3 delas **doenças de Notificação Compulsória Imediata – DCNI (Raiva, Hantavirose e Febre Maculosa)**.

O Pará detém os três maiores surtos de raiva humana detectados no Brasil e no mundo. A Raiva Humana é uma DNCI de alta relevância para o Estado, principalmente na região do Marajó. Municípios com áreas de difícil acesso, baixos Índices de Desenvolvimento Humano, capilaridade dos serviços de saúde deficitários, são alguns dos fatores que contribuem para a dificuldade de controle deste agravo.

Tabela 28 – Número de Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Raiva Humana, no período de 2018 a 2023, Pará.

Status	População/Ano					
	6.513.497	8.602.865	8.690.745	8.777.124	8.121.025	8.442.962
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Notificação	18	2	1	1	0	0
Confirmados	13	0	0	0	0	0
Óbitos	13	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN.

A Raiva Humana é uma DNCI de alta relevância para o Estado, principalmente na região do Marajó. O Pará detém os três maiores surtos de raiva humana detectados no Brasil.

Municípios com áreas de difícil acesso, baixos Índices de Desenvolvimento Humano, capilaridade dos serviços de saúde deficitários, são alguns dos fatores que contribuem para a dificuldade de controle deste agravo.

A Febre Maculosa é uma DNCI de baixa relevância para o estado do Pará, visto a ausência de casos confirmados autóctones.

Tabela 29 – Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Febre Maculosa, no período de 2018 a 2023, Pará.

Status	População					
	6.513.497	8.602.865	8.690.745	8.777.124	8.121.025	8.442.962
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Notificação	7	5	2	2	4	13
Confirmados	0	0	0	0	0	1
Óbitos	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN.

A Leptospirose é uma DNCI que tem como seus determinantes o saneamento e meio ambiente. Doença autolimitante, onde os casos notificados normalmente apresentam quadro clínico grave e necessitam de internação hospitalar e leito especializado de UTI. É uma doença de alta letalidade e o Pará apresenta taxa maior que o nacional, que é de 12%.

Tabela 30 - Casos Notificados, Confirmados e Óbitos de Leptospirose, no período de 2018 a 2023, Pará.

Status	População					
	6.513.497	8.602.865	8.690.745	8.777.124	8.121.025	8.442.962
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Notificação	1290	664	552	272	749	1141
Confirmados	142	140	73	59	108	93
Óbitos	18	17	14	10	14	14

Fonte: SINAN.

Zoonoses são doenças infecciosas transmitidas naturalmente de animais vertebrados para humanos, podendo ser causadas por vírus, bactérias, parasitas, fungos e outros microrganismos. A estreita interação entre homens e animais, bem como o aumento da atividade comercial e a mobilização de pessoas, animais, seus produtos e subprodutos, têm levado a uma maior disseminação dessas doenças, comprovando o quanto a saúde humana e a animal estão indissoluvelmente ligadas.

O Estado vem efetivando ações e trabalhando com os seguintes agravos: Raiva Humana, Raiva de Animais domésticos (cães e gatos), Atendimento Antirrábico, Acidentes por Animais Peçonhentos, Leptospirose, Hantavirose, Toxoplasmose, Brucelose, Febre Maculosa, Doença de Lyme e Epizootia.

Acidentes por Animal Potencialmente Transmissor da Raiva

Maior banco de dados da SINAN/TABWIN, o esquema profilático da raiva (pós e/ou pré-exposição) é a única maneira efetiva de controlar a raiva humana, medida esta que deve vir associada ao controle da população de quirópteros e ao alcance da meta estadual/nacional na vacinação anual de cães e gatos, para o fechamento da cadeia de transmissão da Raiva Humana.

Tabela 31 - Frequência das Agressões a Humanos, por Espécie Agressora, no período 2018 a 2023.

Ano	Canina	Felina	Quiróptera	Primata	Raposa	Herbívoro	Outra
2018	22.850	4.250	5.437	502	4	55	578
2019	24.748	4.738	1.089	426	8	88	580
2020	19.340	3.618	399	263	4	61	356
2021	21.027	4.057	323	255	8	45	623
2022	20.805	4.137	978	240	11	31	2.545
2023	10.641	2.004	254	198	6	19	414
Total	119.411	22.804	8.480	1.884	41	299	5.096

Fonte: SINAN.

Na Tabela 31, podemos ver a frequência das agressões a humanos por tipo de acidentes notificados.

Assim como na toxoplasmose, o grande número de animais errantes, principalmente de gatos, é uma situação preocupante para o controle deste agravo, uma vez que os morcegos doentes, muitas vezes caem no chão e ficam se debatendo, chamando a atenção dos felinos que ao irem socializar ou morder o animal, acabam sendo agredidos pelo mesmo e contaminados pelo vírus da raiva, caso o quiróptero esteja positivo.

Profilaxia antirrábica em humanos ou Tratamento Preventivo Antirrábico

Na Pactuação do Plano de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) houve o compromisso, por parte dos gestores municipais, de concluir 100% dos esquemas vacinais profiláticos onde a espécie agressora envolvida fosse a quiróptera, porém, na análise dos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), ainda se confirma a taxa de abandono nos acidentes provocados por esta espécie de animal.

Através da execução do Plano Estadual de Prevenção da Raiva Humana e Controle da Raiva Animal, verifica-se a diminuição expressiva dos quirópteros alguns

meses depois da ação, e expôs que muitos municípios, principalmente no 8º Centro Regional de Saúde (CRS), sequer iniciam o esquema vacinal na relação de pessoas agredidas encontradas durante a ação do referido plano.

Na Tabela 32, podemos ver a frequência da notificação de vacinação/imunização por tipo de acidentes notificados.

Tabela 32 - Frequência de Doses Aplicadas por Espécie Agressora, no período de 2018 a 2023.

Ano	Canina	Felina	Quiróptera (morcego)	Primata (macaco)	Raposa	Herbívoro Doméstico	Outra
2018	1.455	371	210	37	1	8	77
2019	1.544	378	630	56	6	2	61
2020	1.414	377	95	22	0	4	70
2021	1.611	470	35	22	1	8	54
2022	1.432	416	128	25	2	3	157
2023	586	160	28	20	0	3	27
Total	8.042	2.172	1.126	182	10	28	446

Fonte: SINAN.

Doenças Diarreicas Agudas

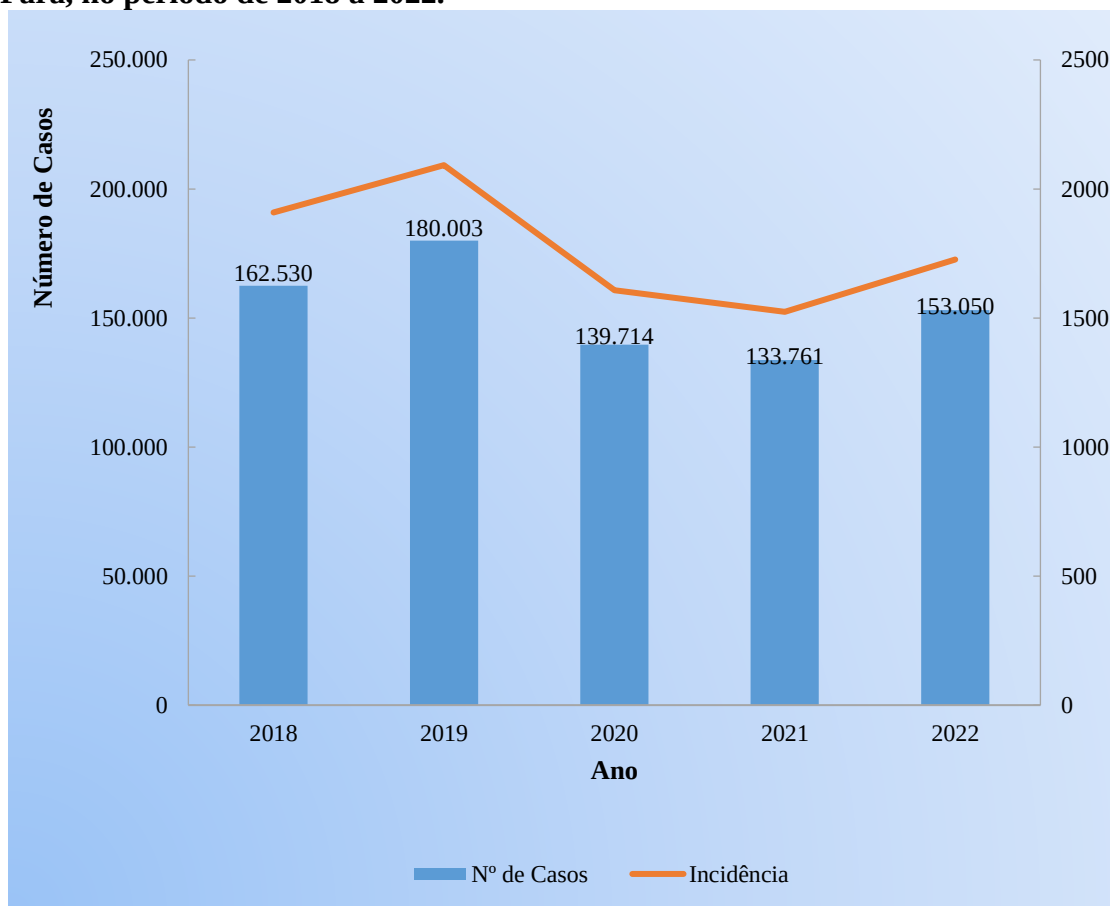
As doenças diarreicas são provocadas por agentes patogênicos como vírus, bactérias e protozoários, e apresentam como principais efeitos fisiológicos a desidratação e a desnutrição. Essas doenças acometem indivíduos de todas as faixas etárias, mas as crianças são mais vulneráveis e suscetíveis às deficiências nutricionais que prejudicam o seu crescimento e desenvolvimento. A diarreia está entre as principais causas de morte em crianças com menos de 05 anos de idade, juntamente com as doenças respiratórias.

A morbimortalidade por diarreia é um problema de saúde pública em diversas regiões do mundo, estando muito relacionada a países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e estão condicionadas a várias causas, como as condições precárias de saneamento básico e as condições climáticas e ambientais, que favorecem a transmissão dos patógenos que elevam a frequência e gravidade dessas doenças.

No período de 2018 a 2022, foram notificados 769.058 casos de diarreia aguda, oriundos dos municípios do Estado do Pará registrados pelo Programa de Monitoramento de Doença Diarreica Aguda – MDDA. De 2018 a 2022, a média de casos de DDA notificados por ano foi de 153.811, sendo que 2019 foi o ano com maior

registro (180.003) (figura 35). A incidência da doença registrou uma média de 1803,7 casos por 100 mil habitantes. Atualmente, o Pará tem 1.645 Unidades Sentinelas para o recebimento das notificações das DDA.

Figura 35 – Número de Casos e Taxa de Incidência de Doenças Diarreicas Agudas, Pará, no período de 2018 a 2022.



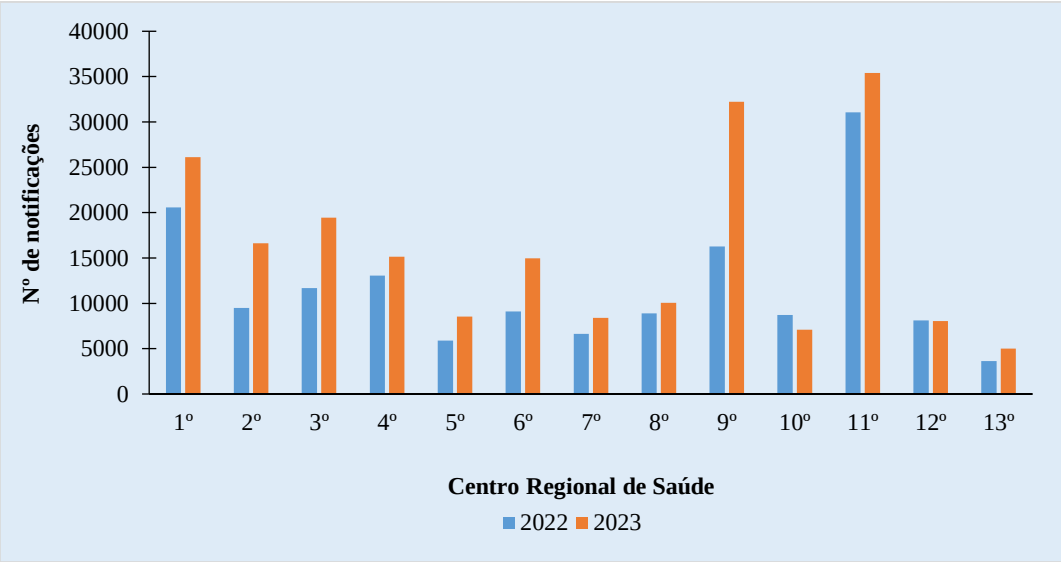
Fonte: SIVEP_DDA/SESPA, 2023.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças diarreicas constituem a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, embora sejam evitáveis e tratáveis. As doenças diarreicas agudas (DDA) são as principais causas de morbimortalidade infantil (em crianças menores de um ano) e revelam-se um dos mais graves problemas de saúde pública global. Além disso, as DDA estão entre as principais causas de desnutrição em crianças menores de cinco anos. É necessária uma vigilância sentinela de DDA para monitorar e analisar a magnitude e a circulação dos agentes etiológicos e a ocorrência de surtos, inclusive aqueles causados pelas doenças transmitidas por alimentos (DTA).

Conforme os dados, observamos um aumento na quantidade de notificações de doenças de veiculação hídrica, podendo relacionar isso à diminuição na execução da

vigilância da qualidade da água de consumo humano. Havendo destaque nas notificações nos municípios do 11º e 9º CRS, sendo importante avaliar a distribuição por região de saúde, conforme figura 36:

Figura 36 – Número de Notificação das Doenças Diarreicas Agudas por Centro Regional de Saúde no Estado do Pará.



Fonte: SIVEP-DDA- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir da Tabela abaixo observamos prevalência no ano de 2018 e 2022 na região do Carajás, e no ano de 2019, 2020 e 2021 na região metropolitana I.

Tabela 33 – Número de Notificação das Doenças Diarreicas Agudas por Região de Saúde.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	8014	8895	8095	5814	8098
Baixo Amazonas	18613	16427	10828	9615	9477
Carajás	23627	20602	17449	10001	26530
Lago do Tucuruí	16243	15936	10442	6136	9442
Marajó I	7214	7475	5428	5370	6636
Marajó II	11238	9415	7185	6685	8888
Metropolitana I	11050	28439	23416	18685	20574
Metropolitana II	8364	9871	7624	11135	9496
Metropolitana III	14089	17761	14610	12744	16051
Rio Caetés	14850	16708	13480	12028	13053
Tapajós	5920	5933	5438	6911	6790
Tocantins	14223	14624	7977	6757	9306
Xingu	6463	5711	4395	3297	8709

Fonte: SIVEP-DDA- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Cólera

A cólera é causada pela enterotoxina do *Vibrio cholerae* O1 ou O139 e compõe as doenças diarreicas agudas (DDA). A grande maioria das pessoas infectadas permanece assintomática (aproximadamente 75%) e, daqueles que desenvolvem a doença, a maioria apresenta sintomas leves ou moderados, e apenas de 10% a 20% desenvolvem a forma severa, que, se não for tratada prontamente, pode levar a graves complicações e ao óbito. O *Vibrio cholerae* possui dois reservatórios: os seres humanos (portadores assintomáticos) e o ambiente aquático

A transmissão da cólera ocorre por via fecal-oral e pode ser direta ou indireta. O período de transmissibilidade perdura enquanto houver eliminação do agente etiológico nas fezes, o que ocorre, na maioria dos casos, de um a dez dias após a infecção. Por questão de segurança, para as investigações epidemiológicas, foi padronizado o período de transmissibilidade de 20 dias. As manifestações clínicas mais frequentes da cólera são diarreia e vômito com diferentes graus de intensidade. Febre não é uma manifestação comum. Nos casos graves de cólera (10% a 20% dos sintomáticos). As complicações da cólera são decorrentes da depleção hidrossalina ocasionada pela diarreia e por vômito, e ocorrem mais frequentemente em indivíduos idosos, diabéticos, desnutridos, portadores do vírus HIV ou com patologia cardíaca prévia. A desidratação não corrigida leva à deterioração progressiva da circulação, da função renal e do balanço hidroeletrólítico, causando danos a todos os sistemas do organismo. Como consequência, pode ocorrer choque hipovolêmico, necrose tubular renal, atonia intestinal (paralisia da contratilidade intestinal), convulsões e coma em crianças, hipocalemia (levando a arritmias cardíacas) e hipoglicemia (com convulsões e coma em crianças). Em gestantes, o choque hipovolêmico pode induzir a ocorrência de aborto e parto prematuro.

O diagnóstico laboratorial é realizado a partir do cultivo de amostras de fezes ou vômito (Anexo). Quando o *Vibrio cholerae* é isolado, a cepa deve ser enviada ao laboratório de referência nacional para realização da caracterização bioquímica, sorológica e molecular. O diagnóstico diferencial deve ser realizado considerando-se todas as doenças diarreicas agudas; por isso, diante da suspeita de cólera, outros enteropatógenos sempre devem ser pesquisados. Para isso, recomenda-se a coleta simultânea de amostras de fezes para análise viral, bacteriana e parasitológica.

O tratamento da cólera é simples e fundamenta-se na rápida reidratação dos pacientes por meio da administração de líquidos e de solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo da gravidade do caso.

A vigilância epidemiológica tem como objetivo prevenir a ocorrência de casos e óbitos por cólera, impedir ou dificultar a propagação da doença, detectar, caracterizar e controlar surtos.

Nos anos de 2018 a 2022 não houve notificação de casos suspeitos de cólera.

Outras Doenças de Transmissão Hídrica

Tabela 34 – Número de Notificação de Outros Agravos de Veiculação Hídrica

Doenças	2019	2020	2021	2022	2023
Rotavírus	9	4	59	14	4
Febre Tifoide	38	4	4	10	4
Hepatites A e E	34	12	9	18	12

Fonte: SIVEP-DDA- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Botulismo

O botulismo é uma doença não contagiosa, causada por uma toxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum* e se caracteriza clinicamente por manifestações neurológicas e/ou gastrointestinais, podendo ter evolução grave, com necessidade de hospitalização prolongada. Apresenta elevada letalidade e deve ser considerada uma emergência médica e de saúde pública. Para minimizar o risco de morte e sequelas, é essencial que o diagnóstico seja feito rapidamente e que o tratamento seja instituído precocemente através das medidas gerais de urgência.

Trata-se de uma doença que tem o potencial de ser tornar um Evento de Saúde Pública (ESP), de notificação compulsória imediata. Assim, sua vigilância deve ser continua e medidas de prevenção e controle devem adotadas para minimizar impactos da população.

Em relação a notificação referente ao ano de 2018 a 2022, houve 01 caso suspeito notificado pelo município de Abaetetuba no ano de 2022, no qual o **caso suspeito notificado de botulismo foi encerrado em tempo oportuno, no prazo de 60 dias apartir da notificação, identificando que o caso** foi descartado e não houve óbito no referido ano de notificação.

Tabela 35 - Frequência de Casos Notificados, Incidência, Letalidade e Mortalidade, Botulismo, Pará, 2018 a 2022.

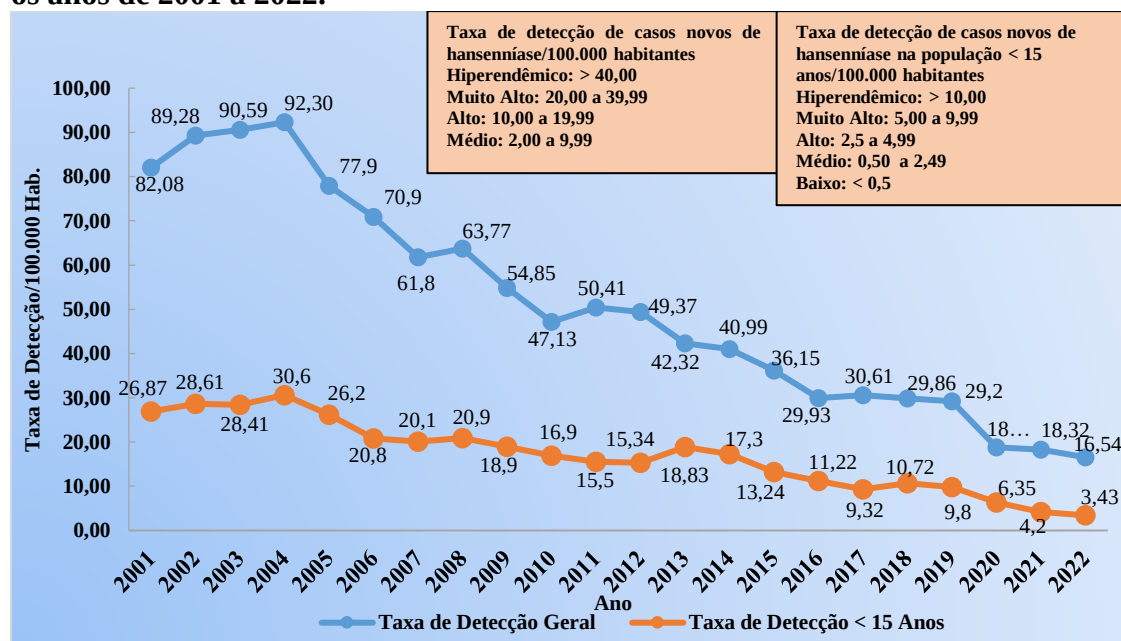
Ano	Notificado	Confirmado	Incidência	Letalidade	Mortalidade
2018	0	0	0	0	0
2019	0	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0
2022	1	0	0	0	0
Total	1	0	0	0	0

Fonte: SINAN NET.

Hanseníase

A série histórica de casos novos de hanseníase no estado do Pará apresenta tendência de queda nos últimos anos. O indicador de taxa de detecção sofreu diminuição em decorrência da Pandemia de COVID 19 refletido nos dados de avaliação do ano de 2021, classificando o estado em alta endemicidade para hanseníase em comparação ao período anterior a pandemia. Os reflexos da pandemia resultaram na diminuição da busca dos serviços de saúde pelos usuários diante do aparecimento de sinais e sintomas de hanseníase, provocando uma retração da demanda às unidades de saúde e consequentemente um atraso nos diagnósticos dos casos novos (Figura 37).

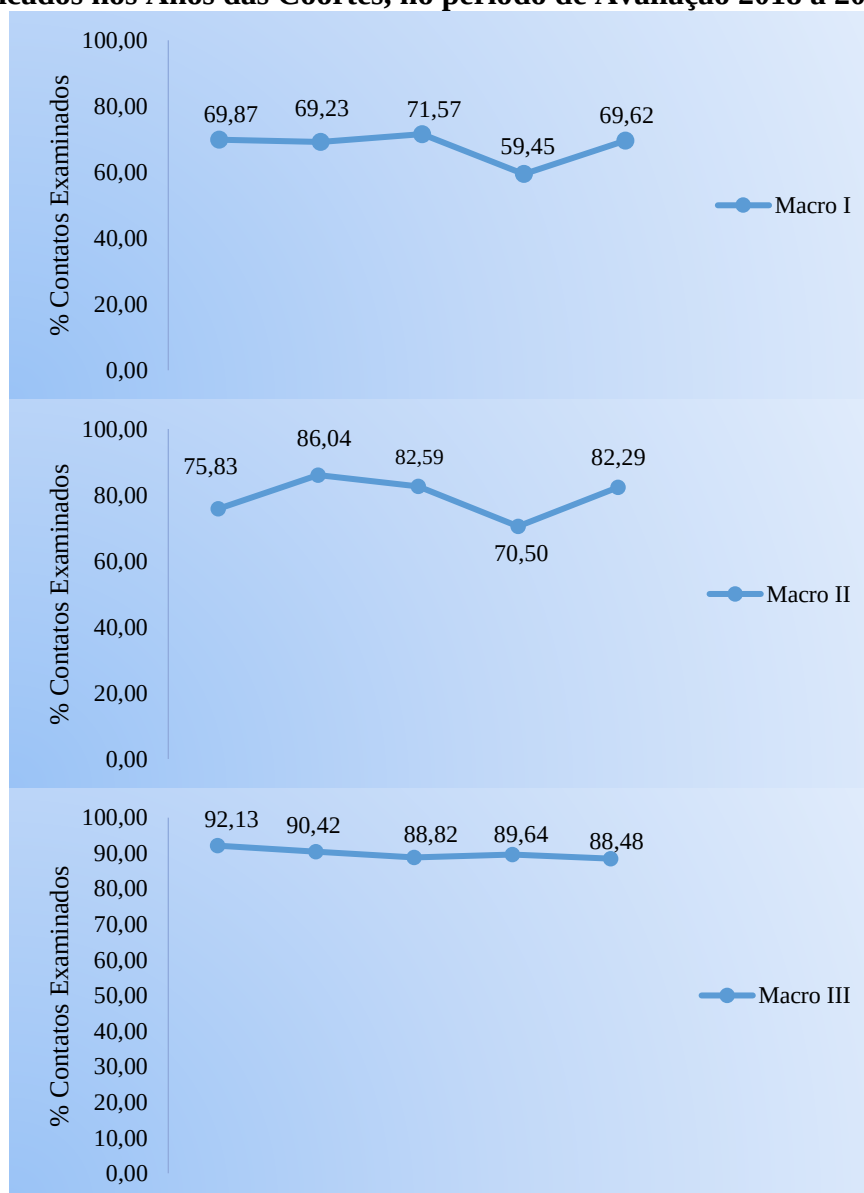
Figura 37 – Série Histórica da Taxa de Detecção Geral de Casos Novos de Hanseníase na População Geral e em menores de 15 anos, no Estado do Pará, entre os anos de 2001 a 2022.

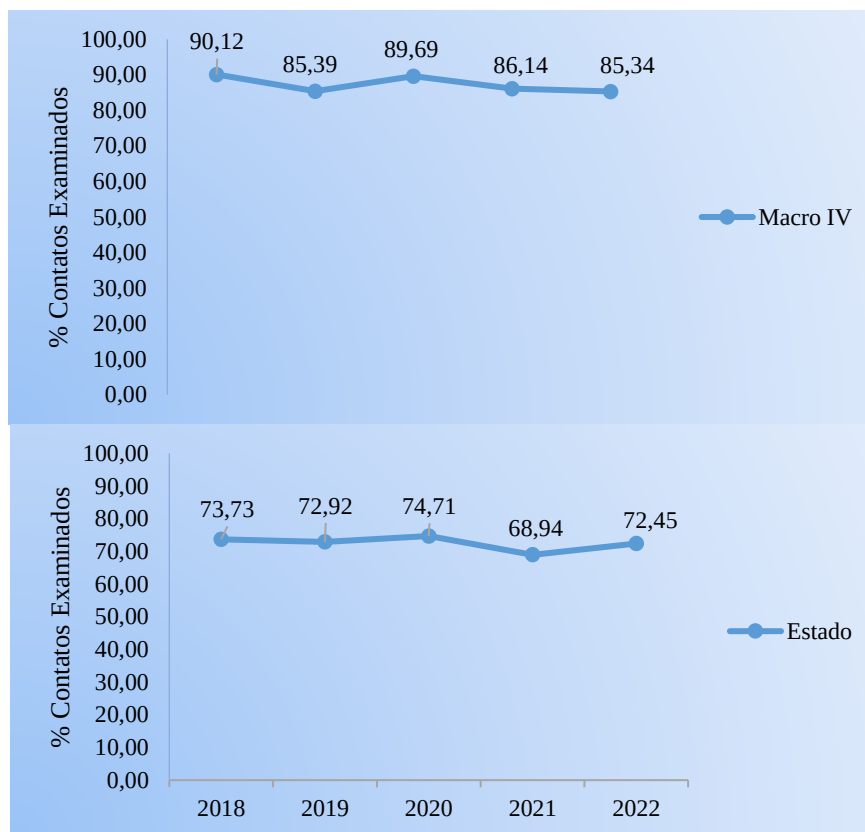


Fonte: CEPCH/SINAN/SESPA, 2023.

Quanto a proporção de exame de contatos dos casos novos de hanseníase, apresenta-se em patamar abaixo de 75% (parâmetro precário) a partir de 2017 no Estado. Acreditamos, assim como na detecção de casos, que tal desempenho possa estar relacionado à retração da demanda de vigilância devido a pandemia da COVID 19, e considerando a Macrorregião I, onde se concentram quase 50% da população do estado, apresenta os menores indicadores de vigilância de contatos e cura, resultam na retração dos percentuais apresentados nas demais macrorregiões (Figura 38 e 39).

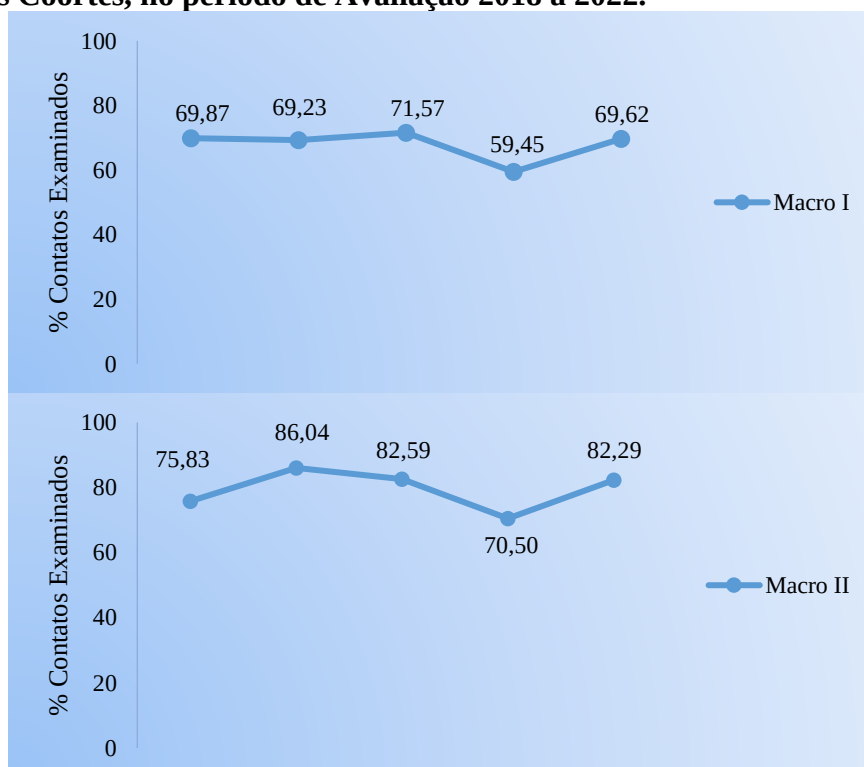
Figura 38 – Proporção de Contatos Examinados de Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes, no período de Avaliação 2018 a 2022.

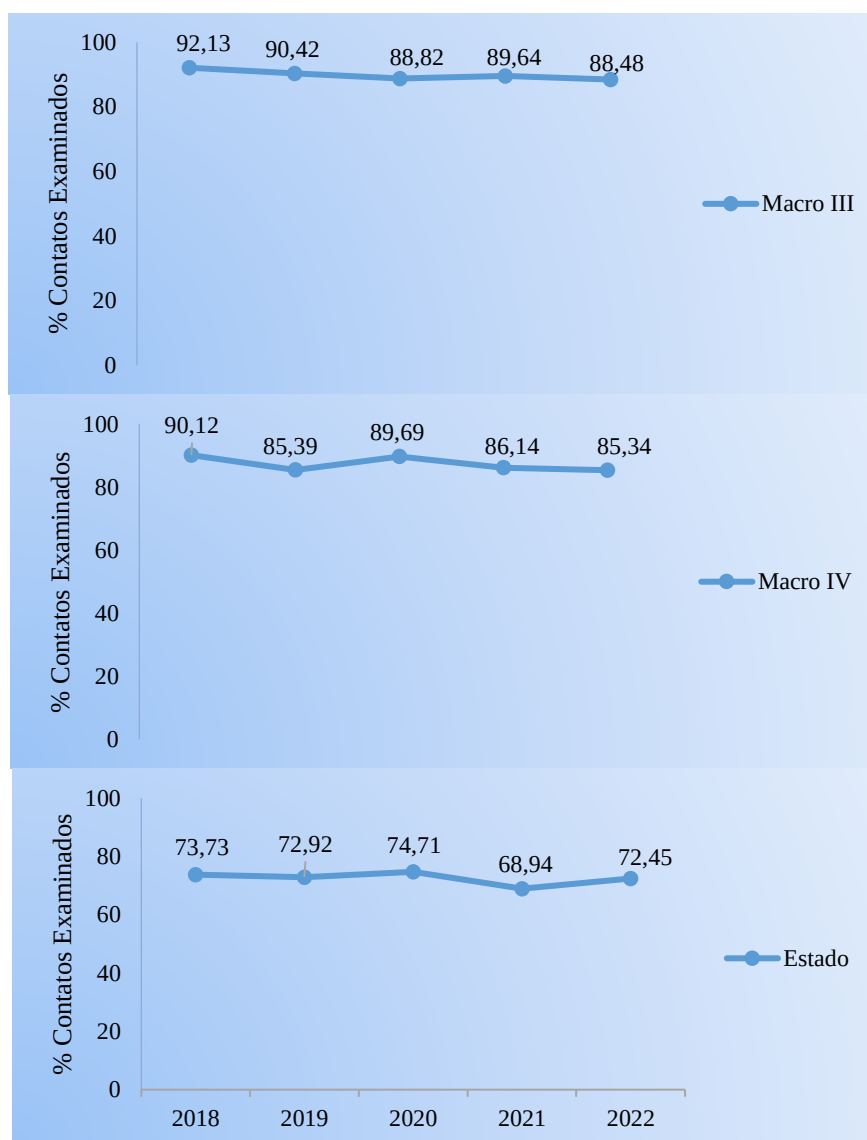




Fonte: CEPCH/SINAN/SESPA, 2023.

Figura 39 – Proporção de Cura dos Casos Novos de Hanseníase Diagnosticados nos Anos das Coortes, no período de Avaliação 2018 a 2022.





Fonte: CEPCH/SINAN/SESPA, 2023.

Durante o quadriênio (2018-2022) SESPA esteve presente em todas as Macrorregiões do estado realizando ações de monitoramento e avaliação das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase nos municípios do estado, conforme diretrizes nacionais/SUS. Além disso, essa coordenação tem realizado capacitações presenciais aos profissionais que atuam na Atenção Básica para promover o diagnóstico oportuno e prevenção de incapacidades físicas pela hanseníase, a partir da incorporação de recurso humano técnico qualificado, que impulsionou essas ações nos últimos anos.

Nesse período a Coordenação Estadual apoiou projetos juntamente com o Ministério da Saúde para qualificar a assistência aos pacientes com hanseníase, dentre eles: Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose para diagnóstico entre escolares, no período anterior a pandemia; Estratégia de Retomada das

Ações de Busca Ativa de Casos de Hanseníase; Inquérito Nacional de Incapacidades Físicas ocasionadas pela hanseníase, no período pós-pandêmico.

Ainda nesse período o Programa de Controle da Hanseníase apresentou mudanças, a nível nacional, que visam a eficiência do acompanhamento do paciente diagnosticado com hanseníase e também da vigilância dos contatos, podendo ser citadas: a implementação da Poliquimioterapia Única a todos os pacientes (2021), do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença (2022), do uso do teste rápido para os contatos intradomiciliares (2022) e a ampliação da vigilância do Grau de Incapacidade Física 2 (GIF 2) em hanseníase nos Estados.

A análise da incapacidade física nos casos novos é o indicador operacional que sinaliza o diagnóstico precoce ou tardio da hanseníase. O PCDT preconiza a avaliação neurológica simplificada (ANS) como um exame de caráter obrigatório que deve ser realizado no diagnóstico, a cada três meses e no final do tratamento.

Destaca-se que as orientações sobre o autocuidado e o encaminhamento para a reabilitação dos pacientes com GIF estão presentes em todo o processo de acompanhamento. Os objetivos dessas condutas é reverter e diminuir as incapacidades físicas, ou promover a adaptação para as atividades de vida diária reduzindo o número de pessoas com limitações físicas em decorrência dos comprometimentos neurais que a doença pode causar.

O uso dos testes rápidos para contatos intradomiciliares é uma importante ferramenta implementada para a vigilância ativa dos contatos, auxiliando no diagnóstico precoce, orientação da vacina BCG, e no controle da hanseníase.

HIV/Aids

No Estado do Pará, a questão do HIV/Aids e da sífilis apresenta desafios significativos, refletindo um panorama complexo de questões sociais, econômicas e de saúde pública. Com uma região sócio demográfica com suas características, o estado do Pará enfrenta disparidades em acesso a serviços de saúde, educação e informação, que contribuem para a disseminação dessas doenças infecciosas.

O HIV/Aids e a sífilis continuam sendo problemas de saúde pública no estado, afetando não apenas a saúde física, mas também o bem-estar psicossocial das comunidades paraenses. A falta de educação sexual abrangente, os tabus culturais e as desigualdades socioeconômicas são alguns dos fatores que alimentam a propagação dessas infecções.

Além disso, áreas remotas e de difícil acesso enfrentam desafios adicionais na prestação de serviços de saúde adequados, levando a lacunas na detecção precoce, tratamento e prevenção dessas doenças. A estigmatização associada ao HIV/Aids e a sífilis também dificulta a busca por cuidados médicos e a adesão ao tratamento.

Diante desse contexto, é crucial adotar abordagens holísticas e inclusivas, que considerem não apenas aspectos médicos, mas também sociais e comportamentais. A promoção de políticas públicas voltadas para a educação sexual, o acesso universal a testes e tratamentos, bem como a redução do estigma e da discriminação, são passos fundamentais na luta contra o HIV/Aids e a sífilis no Estado do Pará.

Os casos de Aids em menores de cinco anos representam uma preocupação significativa, exigindo uma abordagem específica e direcionada. No Brasil, programas como o DATH /SVSA/MS (Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis) têm como objetivo reduzir a transmissão vertical do HIV, ou seja, da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação. Isso é alcançado por meio da oferta de testes de HIV durante o pré-natal, do fornecimento de terapia antirretroviral para gestantes infectadas e da promoção do parto cesáreo e da alimentação infantil segura para reduzir o risco de transmissão. Além disso, programas de acompanhamento e suporte às mães e crianças são essenciais para garantir adesão ao tratamento e cuidados adequados. O fortalecimento dessas políticas e ações é fundamental para reduzir a incidência de Aids em menores de cinco anos e melhorar sua qualidade de vida, alinhando-se aos objetivos de saúde pública de garantir o bem-estar infantil e o controle das doenças infecciosas.

No Estado do Pará a infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 420, de 2 de março de 2022), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986; a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, desde 2000 (Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000); e a infecção pelo HIV, desde 2014 (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014). Assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde. Na análise dos agravos de notificação compulsória supramencionados no Estado do Pará dos casos de "HIV Adulto", "AIDS Adulto", "Gestante HIV" e "AIDS < 5 anos" nos 13 Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará, verificou-se que há registros desde 1986, sendo que a infecção pelo HIV é de notificação compulsória, somente a partir de

2014. Com relação aos casos de HIV em adultos, distribuídos pelos 13 Centros Regionais Saúde é importante observar o aumento do registro de casos ao longo da série histórica (1986 -2017), que pode ser atribuído a uma combinação de fatores, como melhorias no acesso a testagem e diagnóstico do HIV. Alguns centros regionais de saúde registram picos significativos. O **9ª CRS** registrou 412 casos em 2015. Com relação a distribuição dos casos entre as diferentes regionais, foi observado que o **12º CRS**, acumulou um total de 908 casos, enquanto o **8º CRS** teve apenas 36 casos no período analisado.

Na análise do registro de casos notificados de "AIDS Adulto", agravos de notificação compulsória desde 1986, distribuídos nas **13 CRS no período de 2002 a 2017**, verificou-se o aumento no número de casos de aids, em algumas regionais ao longo da série histórica o que pode ser reflexo da baixa cobertura da testagem para o HIV, diagnóstico tardio, baixa adesão aos antirretrovirais, melhorias na notificação de casos, dentre outros. Com relação a distribuição geográfica dos casos, identificou-se variações consideráveis, semelhante ao observado com os casos registrados de HIV, ou seja, 1º, 9º e 11º Centros Regionais de Saúde, por exemplo, registram os maiores números de casos. Interessante destacar a importância da implantação e/ou implementação de estratégias políticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento, específicas a realidade de cada regional com vistas à redução da incidência de casos de Aids no Estado do Pará.

Na análise do registro dos casos de Gestante HIV na série histórica de 2004 a 2017, agravos de notificação compulsória desde 2000, nas 13 CRS verificou-se aumento no registro dos casos de HIV entre gestantes. Há regionais que apresentam variações significativas a cada ano. Como por exemplo, o 9º CRS apresentou um aumento considerável nos casos, alcançando um pico de 47 casos em 2017. Estas variações podem ser influenciadas por diversos fatores, como o aumento da prevalência do HIV na população de gestantes, melhora na detecção e notificação de casos e aumento dos registros de casos. Assim como nas análises anteriores, observa-se uma variação na distribuição dos casos entre as regionais, indicando diferenças na prevalência do HIV ou na eficácia das estratégias de prevenção da transmissão vertical nas 13 RPS. Estas observações destacam a importância de intervenções direcionadas para prevenir a transmissão vertical do HIV, incluindo a realização da testagem rápida para HIV às gestantes, início precoce da terapia antirretroviral as gestantes vivendo com HIV,

seguimento ambulatorial e vigilância epidemiológica dos casos de crianças expostas ao HIV.

Na análise dos casos de Aids < 5 anos, no período 1998 a 2017, destaca-se que as informações são essenciais para compreensão da dinâmica da transmissão vertical do HIV, assim como para avaliar a aplicação das medidas de prevenção e controle com vistas a eliminação do agravo no Pará. O número de casos acumulados de Aids em crianças menores de 5 anos no período de 1998 a 2017 é de 143. As regionais que registram mais casos são a 1ª; 9ª e 11ª RPS. Observam-se flutuações anuais no número de casos. Por exemplo, o 1º Centro Regional de Proteção Social apresentou 12 casos em 2009. Existem variações significativas na distribuição dos casos entre as diferentes regionais, refletindo possivelmente diferenças na prevalência do HIV, na acessibilidade aos serviços de saúde e na eficácia das intervenções de prevenção a transmissão vertical pelo HIV nas GVHIV. A análise dos dados dos agravos acima demonstra o perfil epidemiológico do HIV/AIDS entre as 13 RPS do Estado do Pará. É evidente que, apesar da implantação e implementação das políticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento da infecção pelo HIV/Aids no Estado do Pará, ainda há desafios significativos a serem implantados, especialmente para a prevenção da transmissão vertical do HIV e na redução da incidência dos casos de Aids em adultos e crianças.

Tabela 36 – Número de Casos de AIDS em menores de 05 (cinco), por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	7	6	3	1	0
Macrorregião II	3	1	1	1	3
Macrorregião III	0	1	1	0	0
Macrorregião IV	0	0	0	3	0
Total - PA	10	8	5	5	3

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Na análise do indicador, número de casos de AIDS em menores de 5 anos, na série histórica (2018 a 2022) nas diversas macrorregiões, foi verificado uma tendência à redução do número de casos até o ano de 2022. Observa-se que o indicado tem um comportamento, ainda instável, com uma possível tendência de redução até 2022.

Entre as macrorregiões, a Macrorregião I apresentou o maior número de casos nos anos de 2018 e 2019, mas houve uma diminuição significativa até 2022. A

Macrorregião II apresentou um aumento progressivo desde 2020. As Macrorregiões III e IV apresentaram números geralmente baixos, mas a Macrorregião IV teve um pico em 2021. A discrepância entre as regiões pode ser devido a variações no acesso aos serviços de saúde (APS, rede especializada e maternidades) e dificuldades na integração entre a rede de saúde: APS, SAE/CTA; maternidades e vigilância epidemiológica.

Conforme análise, acredita-se que o aumento no registro dos casos deve-se ao diagnóstico tardio no período gestacional, perda de seguimento ambulatorial nas GVHIV e RN exposto, notificação tardia e dificuldades na integração da rede: Atenção Primária a Saúde-APS; rede especializada; maternidades e vigilância epidemiológica.

A mudança ocorreu nos critérios de indicador considerando a legislação vigente no Guia para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis (MS, UNAIDS, OPAS e OMS) e o Boletim Epidemiológico SVS/MS/HIV/Aids 2022. Indicadores Epidemiológicos para o monitoramento do HIV/Aids.

O indicador é relevante para medir o risco de ocorrência de casos novos confirmados na população de menores de 5 anos de idade, segundo ano e local de residência. É utilizada como proxy da taxa de detecção de casos de aids por transmissão vertical.

Tabela 37 – Número de Casos de Gestantes HIV, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	283	334	248	272	251
Macrorregião II	142	152	111	97	139
Macrorregião III	63	51	78	76	66
Macrorregião IV	103	108	115	137	149
Total - PA	591	645	552	582	605

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Na série histórica de 2018 a 2022, observa-se uma tendência de flutuação nos casos de HIV em gestantes nas macrorregiões do Estado do Pará. Observa-se que na Macrorregião I houve um aumento do número de casos de 2018 para 2019, uma queda em 2020, seguida por uma relativa estabilidade. Na Macrorregião II, a tendência é mais estável com ligeira redução em 2020 e aumento em 2022. Na Macrorregião III, os números são os mais baixos e mostram uma flutuação sem uma tendência clara. A Macrorregião IV apresenta um aumento do registro dos casos a partir de 2020 até 2022.

O total de casos notificados no Estado do Pará aumentou ligeiramente de 2018 para 2019, diminuiu em 2020.

As variações anuais e regionais observadas, sugere a necessidade de estratégias direcionadas a cada macrorregião, levando em consideração as particularidades locais, a prevalência da infecção e as capacidades da rede de saúde de cada macrorregião. Além disso, é fundamental um monitoramento contínuo dos casos, para ajustar as estratégias de intervenção de acordo com as tendências emergentes e assim garantir o controle e eliminação da transmissão vertical do HIV no Estado do Pará.

Destaca-se ainda a importância de manter e intensificar as intervenções direcionadas a implantação e/ou implementação das linhas de cuidado da transmissão vertical do HIV e criação dos Grupos de Trabalho-GT de Investigação de Agravos de Transmissão Vertical e Prevenção da Mortalidade por meio de notas informativas publicadas oficialmente pelos gestores do estado e/ou município.

Tabela 38 – Número de Casos de HIV, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	1274	1158	1296	1660	1709
Macrorregião II	605	615	441	522	653
Macrorregião III	261	337	346	459	509
Macrorregião IV	582	636	487	585	744
Total – PA	2722	2746	2570	3226	3615

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Na série histórica de 2018 a 2022, observa-se uma tendência do aumento no número de casos de HIV ao longo dos anos. Em 2018, foram registrados 2.722 casos, com um leve aumento em 2019, uma pequena redução em 2020, seguida por aumentos até 2022, com 3.615 casos notificados. Esta tendência foi crescente ao longo do período especificado.

A Macrorregião I destaca-se com o maior número absoluto de casos registrados ao longo do período, com 1.274 casos em 2018 e 1.709 casos em 2023. Este aumento progressivo sublinha a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas vivendo com HIV.

A Macrorregião II também, registrou aumento significativo no número de casos, com 605 em 2018 para 653 em 2023.

As Macrorregiões III e IV mostraram variações nos números de casos, com aumentos gerais ao longo do período. A Macrorregião III aumentou de 261 casos em 2018 para 509 em 2023, enquanto a Macrorregião IV, após flutuações anuais, passou de 582 casos em 2018 para 744 em 2023. Esses registros de casos reiteram a importância de adaptar as estratégias de controle do HIV às peculiaridades de cada macrorregião.

É importante destacar que o ano de 2020, apresentou uma diminuição no número total de casos registrados em comparação aos anos anteriores, possivelmente devido à subnotificação em contexto da pandemia de COVID-19. Tal fenômeno enfatiza a necessidade de considerar os impactos da pandemia no controle de outras doenças infecciosas, como o HIV.

As variações regionais nos números de casos de HIV, exigem uma abordagem diferenciada, adaptando as intervenções às necessidades específicas de cada macrorregião com vistas a promoção da saúde e prevenção da infecção pelo HIV.

A análise reafirma a importância do fortalecimento das políticas de controle e prevenção da infecção pelo HIV no Estado do Pará.

Tabela 39 – Número de Casos de AIDS, por Macrorregião, por ano de Notificação de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	859	518	317	480	445
Macrorregião II	147	138	103	124	145
Macrorregião III	212	166	44	81	100
Macrorregião IV	136	126	92	151	179
Total - PA	1354	948	556	836	869

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Na série histórica de 2018 a 2022, observa-se que o número total de casos de AIDS, registrados no Estado do Pará, reduziu de 1.354 casos para 556 em 2020, sendo registrado, aumento após esse período.

Na análise das macrorregiões, verificou-se que a Macrorregião I, mostrou uma diminuição significativa de casos de Aids de 2018 a 2020, com um aumento em 2021 com uma tendência de queda em 2022. A Macrorregião II permaneceu relativamente estável ao longo do período, com pequenas flutuações. Na Macrorregião III, houve redução até 2020, seguido por um aumento significativo em 2022, o que merece atenção

especial. A Macrorregião IV, teve um padrão de flutuação com aumento de casos até 2022.

Na análise foi verificado que houve diminuição significativa nos casos de AIDS de 2018 (1.354 casos) para 2020 (556 casos), provavelmente impactada pela subnotificação durante a pandemia de COVID-19. No entanto, os anos seguintes sinalizam o aumento nos registros dos casos, alcançando 869 casos em 2022. Este aumento subsequente à diminuição em 2020, sugere que os esforços de prevenção e tratamento precisam ser intensificados e levar em consideração as dinâmicas sociais, econômicas e de saúde que influenciam na transmissão pelo vírus HIV. É fundamental a implantação e/ou implementação das estratégias de promoção à saúde e prevenção e que leve em consideração as particularidades sociais e regionais das 4 macrorregiões, visando uma abordagem direcionada e eficaz no combate à epidemia da AIDS.

Óbito precoce de HIV/AIDS como causa básica

O conceito de mortalidade prematura foi introduzido por Dempsey¹ ao analisar a mortalidade secundária à tuberculose. O princípio fundamenta-se em quantificar a perda, segundo aspectos sociais, políticos, intelectuais e econômicos, além dos aspectos pessoais e familiares acarretados pela morte que ocorre prematuramente, ou seja, prévia à idade definida pela expectativa de vida ao nascimento.

Tabela 40 – Número de Óbitos de AIDS, no período de 2018 a 2022.

Ano do Óbito	2018	2019	2020	2021	2022
Total - PA	692	711	971	713	728

Fonte: SIM/SESPA.

Nota: Base atualizada em 03 de abril de 2024.

O óbito precoce por HIV/Aids pode ser evitável por diferentes métodos e cuidados de saúde entre distintos serviços de saúde, em relação a distintos períodos de tempo e entre diferentes classes socioeconômicas. Assim, a proposta do indicador em pauta é necessária para avaliação e controle das principais causas de mortalidade na População Vivendo com HIV/AIDS residentes no Estado do Pará.

O coeficiente de mortalidade por aids no Brasil é de 4,1, enquanto do Estado do Pará é de 7,7 e capital do Estado - Belém- é de 16,1 deixando ambos, no ranking nacional de mortalidade, em segundo lugar.

A série histórica de 2018 a 2022 de óbito por aids no Estado do Pará possui os dados representados em tabela acima.

Pelo exposto, e tendo como principal critério a epidemiologia de óbitos HIV/Aids no Estado do Pará, a criação do indicador é de grande relevância para melhoria da investigação e controle de óbitos evitáveis, pois vai analisar as variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade precoce por aids em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos e contribuir na avaliação dos níveis de saúde da população, correlacionando a ocorrência e a magnitude do dano a fatores associados a estilos de vida, acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Além do que, vão subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes à Aids.

O indicador é importante, pois, apesar de ter ocorrido a redução da mortalidade desde a implantação da terapia antirretroviral, ainda existem óbitos relacionados à aids que poderiam ser evitados com o diagnóstico precoce, melhoria da adesão à terapia antirretroviral e melhor controle e tratamento das comorbidades (ex: TB-HIV).

Faz-se necessário registrar também, que o indicador consta da Portaria do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS 2023, possibilitando assim ampla discussão com os municípios do Estado, assim como, nas instâncias de gestão como CIR e CIB.

Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita

A sífilis materna e congênita é um sério problema de saúde pública, com uma taxa de transmissão vertical de até 80% através da microcirculação transplacentária, ocasionando 30% a 50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal. Esta Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pelo *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*, quando não diagnosticada e não tratada de forma adequada no pré-natal pode levar a morte do conceito ou causar danos severos aos recém-nascidos, tais como, surdez do VIII par craniano, neurosífilis, atraso no desenvolvimento infantil, alterações ósseas importantes, entre outros. É importante frisar que mais de 50% das crianças com sífilis congênita (SC) nascem assintomáticas e que o VDRL é um teste não-treponêmico usado apenas para o controle de cura da infecção congênita e materna; desta forma vale ressaltar que é imprescindível a adoção dos critérios adequados para a definição de caso de SC, evitando a subnotificação e o manejo inadequado do recém-nascido.

Em 2020, no Brasil, foram notificados 115.371 casos de sífilis adquirida, dos quais 8.239 (7,1%) concentraram-se na Região Norte. Nesse período, a taxa de detecção de sífilis em gestantes em nível nacional foi de 21,6 casos por mil nascidos vivos, ou seja, 0,9% menor que a taxa verificada no ano de 2019, sendo que a Região Norte apresentou taxa menor que a nacional (19,4/1.000 nascidos vivos). Em se tratando de Pará, observa-se que houve uma melhora na taxa de detecção e notificação dos casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos na série histórica de 2010 a 2019, caracterizando uma melhora na qualidade dos serviços de saúde em ofertar o diagnóstico no pré-natal. Em relação a Sífilis Congênita, em 2020 foram notificados no Brasil 22.065 casos, sendo que 8,2% destes estavam concentrados na Região Norte.

A taxa de incidência de SC no país neste período foi de 7,7 casos por mil nascidos vivos, com registro de taxa na Região Norte de 5,8/1.000 casos nascidos vivos, abaixo da taxa nacional. No Pará, na série histórica de 2010 a 2020, a taxa de incidência de sífilis congênita por mil nascidos vivos (Menor de 1 ano) mostrou um aumento ascendente, sendo que de 2019 (6,8) para 2020 (5,8) houve uma discreta diminuição. A taxa de SC no Pará para o ano de 2020 foi igual a taxa de incidência de toda a Região Norte do País, e o coeficiente de mortalidade por sífilis por 100.000 nascidos vivos foi de 7,2 (total de 10 casos), revelando a necessidade de um melhor manejo da transmissão vertical da SC no acompanhamento pré-natal. Historicamente a Região Norte do país possui o problema da subnotificação dos casos de SC, quer seja entre os nascidos vivos ou óbitos, o que aponta para a necessidade de melhorar os instrumentos de notificação.

A partir dos dados epidemiológicos da sífilis materno-fetal e do mapeamento da rede atual de cuidados, especificamente da atenção básica e das maternidades (protocolo de transmissão vertical implantado- Projeto Nascer), percebeu-se a incidência ≤ 5 casos de SC por 1000 nascidos vivos (NV) em alguns municípios com mais de 100.000 habitantes. Esta informação subsidiou o estabelecimento das diretrizes, objetivos e metas, com as devidas adequações ao novo desenho da rede de saúde/ Regionalização da saúde, às redes assistenciais, e às linhas de cuidados prioritários para a assistência às gestantes com sífilis. Assim, o plano de trabalho já em execução, objetiva subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle da SC capacitando a rede de cuidado, desde a atenção primária até o nível terciário no atendimento das gestantes e crianças, considerando as peculiaridades de

cada região de saúde, com vista à eliminação da Transmissão Vertical/TV da SC no Pará.

Na série histórica de 2018 a 2022 (Tabela 41), observa-se o aumento do rastreamento dos casos de sífilis adquirida em todas as macros, sendo os maiores incrementos em 2022 nas taxas de incidência nas Macros I e IV.

Tabela 41 – Número de Casos de Sífilis Adquirida, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	308	293	333	781	1045
Macrorregião II	365	401	405	512	672
Macrorregião III	414	500	384	457	665
Macrorregião IV	388	354	294	609	802
Total - PA	1475	1548	1416	2359	3185

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

Tabela 42 – Taxa de Sífilis Adquirida, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	8,83	8,33	9,38	21,81	30,74
Macrorregião II	20,05	21,82	21,82	27,33	38,17
Macrorregião III	31,05	37,23	28,38	33,54	43,31
Macrorregião IV	20,7	18,6	15,21	31,06	45,89
Total - PA	17,33	17,99	16,29	20,88	37,72

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

Os municípios pertencentes ao 1º, 11º e 12º CRS são onde se observam grandes incidências. Apesar desse aumento, ainda há municípios com baixo rastreamento de sífilis adquirida, fato este que impacta diretamente na sífilis em gestante, pois municípios que não realizam rastreio adequado na população sexualmente ativa terá mais casos de sífilis em gestante.

Observam-se grandes dificuldades quanto a integração de ações articuladas entre APS, CTA-SAE e Vigilância Epidemiológica municipal, que não monitoram os casos quanto ao tratamento adequado e controle de cura, não realizam busca ativa das parcerias sexuais e não qualificam os bancos de dados do SINAN, gerando assim inconsistências, duplicidades e falta de informações nas fichas de notificação/investigação.

Na série histórica de 2018 a 2022 (Tabelas 43 e 44), observa-se o aumento do rastreamento dos casos de sífilis em gestante nas Macros I e IV, e uma diminuição dos casos detectados na macro II e III. Assim, as taxas de incidência de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos apresentaram os maiores incrementos na Macro II, Macro I, Macro IV e Macro III, respectivamente.

Tabela 43 - Número de Casos de Sífilis em Gestantes, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	813	1001	899	1336	1602
Macrorregião II	380	377	383	451	652
Macrorregião III	566	611	544	596	557
Macrorregião IV	533	549	603	888	1053
Total - PA	2292	2538	2429	3271	3864

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

Tabela 44 – Taxa de Sífilis em Gestantes, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	14,87	18,87	17,94	26,61	34,24
Macrorregião II	13,10	13,2	14,14	16,63	25,86
Macrorregião III	21,16	22,87	20,83	22,8	21,46
Macrorregião IV	17,11	18,32	20,55	30,42	36,91
Total - PA	16,19	18,37	18,34	24,66	30,55

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

A grande problemática deste agravo reside na dificuldade de integração entre APS e Vigilância Epidemiológica, pois observa-se a falta de instrumentos que promovam a qualificação dos dados notificados no SINAN, investigação do caso e monitoramento do controle de cura. Observa-se falta de preenchimento da definição clínica da sífilis para escolha do tratamento adequado, impactando em um dos indicadores de processo mais importantes para o controle ou eliminação da TV da sífilis congênita. Além da falta de investigação do caso para definição se de fato é caso de sífilis em gestante, e fechamento adequado no SINAN.

Na série histórica de 2018 a 2022 (Tabelas 45 e 46), observa-se o aumento de detecção dos casos de sífilis congênita nas Macro I e II até 2022. O aumento da taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos na Macro I e II em 2022, indica que apesar do rastreamento da infecção na grávida no pré-natal, o manejo ofertado pela equipe multidisciplinar da Atenção primária não foi adequado para evitar adoecimento

do conceito, definido na maternidade.

Tabela 45 – Números de Casos de Sífilis Congênita, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	332	429	321	496	726
Macrorregião II	90	86	106	106	195
Macrorregião III	155	159	95	180	145
Macrorregião IV	225	251	275	232	212
Total - PA	802	925	797	1014	1278

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

Tabela 46 – Taxa de Sífilis Congênita, segundo as Macrorregiões, por Ano, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	6,07	8,08	6,40	9,88	15,52
Macrorregião II	3,10	3,01	3,91	3,91	7,73
Macrorregião III	5,79	5,95	3,63	6,89	5,59
Macrorregião IV	7,22	8,38	9,42	7,94	7,43
Total - PA	5,67	6,69	6,00	7,66	10,10

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 19 de fevereiro de 2024.

Existe outro ponto a ser discutido, que é a dificuldade de definição correta nas maternidades e/ou casa de parto dos casos de sífilis congênita (notificado) e dos casos de crianças expostas a sífilis (não notificados), devido ao não preenchimento da carteirinha de pré-natal (APS) que impacta na primeira situação de definição de caso de sífilis congênita, segundo protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para transmissão vertical.

Em via de regra há dificuldade no monitoramento dos casos notificados de sífilis congênita pelas vigilâncias municipais, para averiguação e fechamento dos casos como confirmados ou não. Muitos municípios que impactam os dados do Pará, tais como, Belém (Macro I) ainda não possuem um Comitê ou Grupo Técnico de investigação da Transmissão vertical e prevenção a mortalidade.

A melhora nos casos e taxas de SC em 2022 nas Macros III e IV podem ser subnotificações ou o início do trabalho realizado através da nota Técnica nº 01/2022 que trata da implementação da linha de cuidado da transmissão vertical da sífilis no âmbito do estado do Pará (Aprovada pela Resolução 115 de 12 de dezembro de 2022), que propõem a criação dos Grupos de Trabalhos – GT de Investigação de agravos de Transmissão vertical e Prevenção da mortalidade que visam discutir os casos de sífilis, compreender seus processos e também construir sua nota informativa com os fluxos de

atendimentos da linha de cuidado da TV da sífilis. Hoje são aproximadamente, 40 GTs instituídos por Portaria.

Na série histórica de 2018 a 2022 observa-se que ainda há dificuldade do rastreamento da gestante com sífilis no primeiro trimestre, o qual é o idealmente preconizado; sendo que a maioria do rastreio está no segundo e terceiro trimestre. Rastreios tardios de sífilis em gestantes impactam diretamente no monitoramento sorológico do VDRL, pois os títulos em 02 diluições ou mais só caem a partir de seis meses, por isso a importância do rastreamento o mais precoce possível. Importante destacar que devido a carência de um diagnóstico laboratorial preciso da sífilis congênita, sua definição é baseada na titulação do VDRL (2 diluições ou mais que o resultado materno, exemplo, mãe (1/2) / bebê (1/8), associado ou não a alterações clínicas.

Tabela 47 – Número de Sífilis em Gestante, por Trimestre de Gestação no momento do Diagnóstico, no período de 2018 a 2022.

Trimestre Gestação	2018	2019	2020	2021	2022
1º Trimestre	541	588	601	992	1261
2º Trimestre	739	730	675	847	938
3º Trimestre	958	1134	1061	1269	1510
Idade Gestacional Ignorada	59	89	89	162	151
Total – PA	2293	2541	2429	3274	3860

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

O controle do agravo sífilis é um desafio nacional. A Taxa de sífilis congênita é um indicador de impacto importante em saúde pública, mas sozinha não responde como está a qualidade do serviço prestado a gestante durante a gestação e as taxas de controle nacionais (<2,5 – selo ouro, < 5 – selo prata e < 7,5 – selo bronze) estão longe da realidade da maioria dos municípios paraenses para servirem de parâmetro para o controle estadual, regional e municipal.

Hepatites Virais

As Hepatites Virais são infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são silenciosas e assintomáticas. Porém quando presentes causam: cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. A forma de transmissão pode ocorrer via fecal-oral, pelo sangue (parenteral, percutânea e vertical), via sexual, compartilhamento de objetos contaminados, acidentes com exposição a material

biológico. Representam um grave problema de Saúde Pública e de considerável relevância etiológica ao conhecimento sobre o perfil epidemiológico de ocorrência no Estado do Pará, ao desenvolvimento e potencialização de estratégias efetivas de enfrentamento na saúde pública estadual.

Foram notificados no Estado do Pará, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), às Hepatites Virais, no período de 2007 a 2017, correspondente a uma série histórica de 10 anos, 5.478 casos confirmados para os Vírus B e C. Enquanto no período de 2018 a 2022, correspondente a uma série histórica de 05 anos, 3.500 casos confirmados para os Vírus. Observa-se pelo comparativo dos períodos, que em 5 anos, já houve 63,8% de casos confirmados. E, acrescentando-se a esta análise, os meses fechados do ano de 2023 (conforme base de dados parcial atualizada do SINAN, 02 abril/2024), tem-se mais 655 casos confirmados. Percebe-se com essa inserção dos meses ao comparativo de 5 anos, a obtenção do percentual de 75,8% (4.155) casos confirmados. Portanto, a partir destes dados, já se espera que o número de casos confirmados seja ultrapassado, em uma projeção para o próximo período de 10 anos: 2018 – 2028.

Dessa forma, tendo em vista a composição das Hepatites Virais à Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (Portaria de Consolidação GM/MS Nº 04 de setembro de 2017), de análise às ações de investigação, diagnóstico e monitoramento dos casos e ao desenvolvimento das Vigilâncias pertinentes aos territórios de ocorrência, e aos dados oficiais do Estado do Pará ao Agravado, tornou-se necessário o fortalecimento das políticas públicas e a intensificação da Rede de Atenção à Saúde das Hepatites virais.

A partir da Portaria GM/MS Nº 1537/2020/PNHV/CGAHV/DCCI/SVS/MS, por meio do Programa Nacional de Hepatites, e Documentos oficiais subsequentes a esta Portaria, houve a reorganização do Programa Estratégico de Hepatites Virais à Rede Estadual de Atenção às Hepatites Virais, a qual teve início, entre os anos de 2018 e 2019, de ampla capilarização de insumos de prevenção e de triagem diagnóstica (Testes Rápidos para detecção de Hepatite B e Hepatite C) à Atenção Primária em Saúde, buscando o diagnóstico precoce, a intensificação da investigação/diagnóstico dos casos, a garantia do acesso ao tratamento e monitoramento à Rede demandada.

Em análise do período de 2018-2022, destacaram-se no território estadual as pactuações das Resoluções Nº 101/2020/CIB/SUS-PA, a qual dispõe sobre a pactuação

do Estado do Pará ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) de Hepatites Virais para a gestão clínica e logística aos Serviços de Atendimento Especializados (SAE) HIV que já existem e para aqueles que passarão a compor à Rede, e Nº 74/2021/CIB/SUS-PA, a qual dispõe sobre a reorganização do fluxo das Hepatites Virais no Estado do Pará, e tem em todos os fluxogramas desta Resolução, o Documento Oficial pactuado, Ficha de Notificação B19 – Hepatites Virais. A Ficha é o instrumento imprescindível para o fluxo da informação, pois subsidia as ações estratégicas para promoção, prevenção e controle, em todas as esferas da Vigilância: Municipal, Regional, Estadual e Nacional às Hepatites Virais.

Tabela 48 – Número de Casos de HBV Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	102	91	46	65	90
Macrorregião II	31	67	26	33	50
Macrorregião III	62	170	71	92	126
Macrorregião IV	91	234	124	203	181
Total - PA	286	562	267	393	447

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Tabela 49 – Número de Casos de HCV Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	248	219	87	136	180
Macrorregião II	31	57	32	41	38
Macrorregião III	17	75	34	40	53
Macrorregião IV	31	73	42	62	49
Total - PA	327	424	195	279	320

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Até o ano de 2018 o Estado realizava a logística de distribuição de Testes Rápidos para a triagem de detecção dos Vírus B e C, somente aos Centros Regionais de Saúde, os quais avaliavam a demanda a ser atendida do insumo aos Serviços de saúde solicitantes. A partir do ano de 2019, através da Coordenação Estadual de Hepatites Virais (CEHV) reorganizou a logística de distribuição e capilarização dos Testes Rápidos para a Atenção Primária em Saúde, por meio das UBSs, ESFs, NASF e em Maternidades (mistas e públicas), no momento pré-parto da gestante e/ou abortamento/óbito fetal. Com isso, observou-se o aumento da detecção destes vírus em todas as Macrorregiões do Estado, devido a esta ampliação da Rede de Atendimento. Obteve-se maior número de casos notificados para investigação.

Em 2020, verifica-se a sensível queda do número de casos quanto à detecção, podendo-se atribuir fortemente ao evento da Pandemia do COVID 19. No decorrer deste ano, o estado através da Secretaria de Estado de Saúde (SESPA) formalizou ao Programa Nacional de Hepatites Virais a aceitação do Estado do Pará ao novo modelo proposto de acesso ao tratamento das Hepatites Virais, através do gerenciamento do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de Hepatites Virais (SICLOM – Hepatites Virais), por meio da Resolução nº 101/2020/ CIB/SUS-PA, e reestruturou o novo fluxo de atendimento às Hepatites Virais na Atenção Primária em Saúde, através da Resolução nº 74/2021/CIB/SUS-PA. As Resoluções estaduais foram amplamente divulgadas e os profissionais de saúde foram capacitados quanto ao novo modelo de acesso à investigação, diagnóstico e monitoramento das Hepatites Virais, no âmbito do Estado do Pará, em Encontros Regionalizados (contemplando os 13 Centros Regionais de Saúde, e seus respectivos Municípios de abrangência) e pontualmente em Municípios que solicitaram a capacitação direcionada a própria Rede de Atendimento.

Com a retomada gradativa dos usuários à utilização dos Serviços de Saúde, ao passo que os Serviços de Saúde retornaram às suas atividades de rotina, no Ano de 2021, percebe-se maior aumento na detecção aos vírus nas Macrorregiões I e IV, no comparativo ao ano de 2020.

Os dados de 2022, refletem a retomada da Rede de Atendimento pós-pandemia nas quatro Macrorregiões, no comparativo dos Vírus, com anos de 2020 e 2021. Observa-se também, que a detecção de casos para o Vírus B ocorre em maior número nas macrorregiões III e IV, enquanto que a detecção de casos para o Vírus C, ocorre em maior número na Macrorregião I.

Tabela 50 – Taxa de Incidência de HBV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	3,10	2,59	1,30	1,82	2,51
Macrorregião II	2,19	3,65	1,40	1,75	2,67
Macrorregião III	8,85	12,66	5,25	6,75	9,25
Macrorregião IV	8,59	12,29	6,42	10,35	9,23
Total - PA	7,26	6,53	3,07	4,48	5,09

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Tabela 51 – Taxa de Incidência de HCV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	7,47	6,22	2,45	3,81	5,03
Macrorregião II	2,30	3,10	1,72	2,18	2,03
Macrorregião III	3,26	5,58	2,51	2,94	3,89
Macrorregião IV	2,45	3,84	2,17	3,16	2,50
Total - PA	2,47	4,93	2,24	3,18	3,65

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 02 de abril de 2024.

Foi observada discreta oscilação nas taxas de incidência dos Vírus, no comparativo do período de 2018 – 2022, nas quatro Macrorregiões de Saúde. Os períodos registrados com queda acentuada na incidência do Vírus B foram referentes aos anos de 2020 e 2021. Para o Vírus C, ocorreu apenas em 2020. Neste período, de pandemia e pós-pandemia por COVID 19, pode-se inferir que houve menor número de casos notificados, devido severidade do SARS-COV2 e a transversalidade dos sintomas comuns a outras doenças.

Em 2022, as Macrorregiões I, II e III registraram aumento da taxa no comparativo aos anos de 2020 e 2021, porém permanecendo inferior ao registrado no ano de 2019. As Macrorregiões II e IV, registraram diminuição discreta nas taxas de incidência dos Vírus C, quando comparadas ao ano de 2021.

Em análise geral, referente ao período de 2018 – 2022, foi observada que a taxa de incidência do Vírus B é maior do que a taxa para o Vírus C, no Estado do Pará. Em contrapartida, foi observada a redução da taxa de incidência para o Vírus B, na Macrorregião I. Ao passo que, nas demais Macrorregiões, para o Vírus B, a taxa apresenta-se com discretas oscilações. Para o Vírus C, tanto para as análises individuais desta taxa às Macrorregiões quanto pelo total geral, observa-se variação com discreto aumento e discreta redução, sem ultrapassar a taxa registrada no ano de 2019.

Tabela 52 – Taxa de Mortalidade de HBV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por Ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,14	0,14	0,06	0,14	0,08
Macrorregião II	0,05	0,22	0,11	0,11	0,05
Macrorregião III	0,45	0,52	0,22	0,29	0,22
Macrorregião IV	0,16	0,11	0,31	0,10	0,15
Total – PA	0,18	0,21	0,15	0,15	0,11

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 16 de outubro de 2023.

Tabela 53 – Taxa de Mortalidade de HCV dos Casos Confirmados, segundo as Macrorregiões, por ano de Notificação, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,52	0,60	0,06	0,34	0,45
Macrorregião II	0,11	0,27	0,11	0,00	0,05
Macrorregião III	0,60	0,22	0,22	0,07	0,51
Macrorregião IV	0,32	0,11	0,31	0,10	0,05
Total - PA	0,40	0,36	0,15	0,17	0,31

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 16 de outubro de 2023.

Mediante a análise geral, observa-se que o coeficiente de letalidade é maior para o Vírus C, no Estado do Pará. Em análise individualizada das Macrorregiões, para o Vírus C, verifica-se que os coeficientes registrados no período, apresentam discreta oscilação e maior ocorrência nas Macrorregiões I, II e III. Em análise do coeficiente do ano de 2022, no comparativo aos anos anteriores, o total geral apresenta-se em percentual igual e inferior aos anos de maior percentual aos Vírus, referente aos anos de 2018 e 2020.

Tabela 54 – Coeficiente de Letalidade de HBV dos Casos Confirmados, por Macrorregião e Ano de Notificação 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,05	0,06	0,04	0,08	0,03
Macrorregião II	0,03	0,06	0,08	0,06	0,02
Macrorregião III	0,10	0,04	0,04	0,04	0,02
Macrorregião IV	0,03	0,01	0,05	0,01	0,02
Total – PA	0,05	0,03	0,05	0,03	0,02

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

Nota: Base atualizada em 16 de outubro de 2023.

Tabela 55 – Coeficiente de letalidade de HCV dos Casos Confirmados, por Macrorregião e Ano de Notificação 2018 a 2022.

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,07	0,10	0,14	0,09	0,09
Macrorregião II	0,07	0,09	0,09	0,00	0,03
Macrorregião III	0,47	0,04	0,12	0,03	0,13
Macrorregião IV	0,19	0,03	0,02	0,03	0,02
Total - PA	0,10	0,07	0,10	0,05	0,08

Fonte: SINAN NET-DCDT/DVD/SESPA.

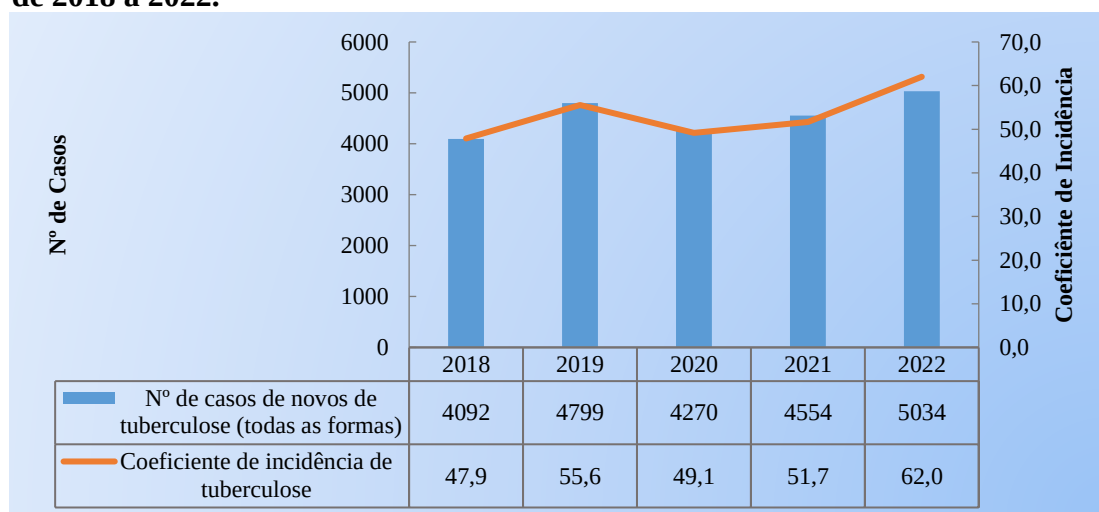
Nota: Base atualizada em 16 de outubro de 2023.

Na avaliação geral dos dados de Casos Confirmados, Taxa de Incidência e Coeficiente de Mortalidade para os Vírus B e C em relação ao período de 2018 – 2022, e utilizando o sistema como parâmetros o SICLOM Hepatites Virais (Sistema de dispensação de tratamentos aos vírus B e C) e SINAN na avaliação dos anos de 2022, verifica-se a discordância entre os dados registrados: quantitativo maior de pacientes tratados e em tratamento, e quantitativo menor de usuários notificados no SINAN. A inexistência do número do SINAN no SICLOM – Hepatites Virais não inviabiliza a dispensação dos tratamentos aos usuários.

Tuberculose

Embora ao longo dos anos tenha se observado uma queda do coeficiente de incidência da tuberculose no estado, no geral, este voltou a aumentar entre os anos de 2018 e 2022. Em 2020, ano da pandemia de COVID 19, observou-se uma queda tanto do nº absoluto de casos, quanto do coeficiente de incidência em comparação com o período anterior à pandemia. Acredita-se que este evento se justifique pela sobrecarga dos serviços de saúde e como consequência, pessoas sem diagnóstico, resultando em casos represados e que logo em 2021 voltam a subir de forma significativa no estado.

Figura 40 – Número de Casos Novos e Coeficiente de Incidência de Tuberculose de 2018 a 2022.



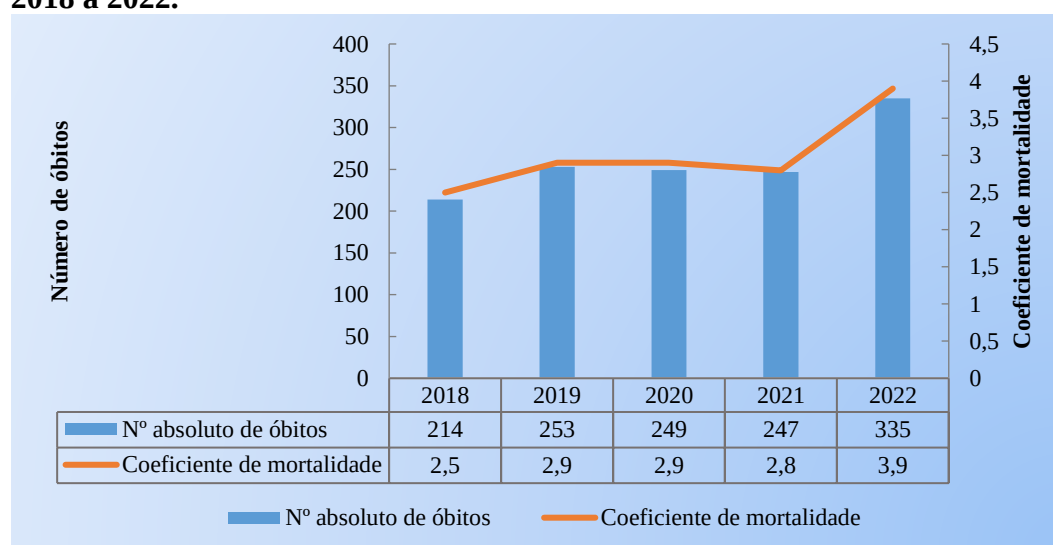
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); agosto, 2023.

*Dados preliminares, sujeitos a alteração.

A implantação de novos métodos diagnósticos mais sensíveis e específicos para o diagnóstico da tuberculose no estado como LF-LAM, TRM-TB e ampliação desta rede para o interior do estado, certamente promoverá ainda mais a elevação deste dado.

Nos anos de 2018 a 2022, o número de óbitos no estado do Pará variou de 214 a 335. Entre 2019 a 2021, o coeficiente de mortalidade se manteve praticamente sem alterações, porém ainda acima do esperado (1 óbito / 100.000). Em 2022, se observa uma elevação substancial da mortalidade no estado do Pará e infere-se que esta situação ainda seja reflexo de toda desestruturação dos serviços de saúde e mesmo social, ocasionadas pela pandemia da COVID 19. Entre 2022, observamos uma discreta queda na mortalidade, porém ainda com tendência a elevação, conforme se pode observar analisando a linha de tendência do coeficiente de mortalidade.

Figura 41 – Número de Óbitos e Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose de 2018 a 2022.



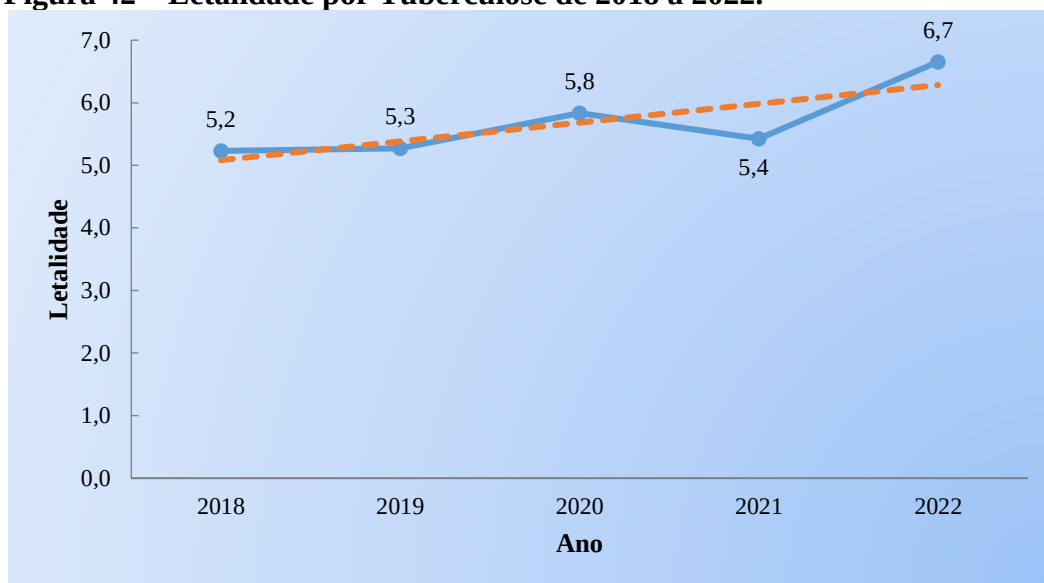
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); agosto, 2023.

*Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Contudo, dados fornecidos com base na vigilância dos óbitos por tuberculose realizada até o presente momento, tem-se evidenciado que alguns casos são diagnosticados tardiamente, com grande grau de comprometimento, evoluindo a óbito na sequência. Alguns municípios do interior do estado sequer dispõem de baciloscopia do escarro, comprometendo o diagnóstico e com isso permitindo a persistência e disseminação da doença, além do seu agravamento e óbito.

A distribuição dos óbitos não acontece de forma homogênea por todo o estado, com a região Metropolitana I a com o maior número de óbitos registrados. É a região que dispõem dos serviços de saúde com maior complexidade e que por conta disso muitos pacientes migram em busca de assistência ou são transferidos de seus municípios e acabam indo a óbito nesta. No entanto, o que se observa é que o óbito por tuberculose tem aumentado em todas as regiões de saúde.

Figura 42 – Letalidade por Tuberculose de 2018 a 2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); agosto, 2023.
Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); agosto, 2023.
*Dados preliminares, sujeitos a alteração.

No período em questão, o que se observa é uma tendência ao aumento da letalidade (medida de gravidade) por tuberculose. A média do período ficou em torno de 5,7%. No entanto, este é uma medida pouco trabalhada na tuberculose e que para uma avaliação mais fidedigna, precisa levar em conta outros aspectos que puramente o nº de casos de tuberculose e o nº óbitos. Seria necessário avaliar outras características desses óbitos, se ocorreram em pacientes com comorbidade TB/HIV, o tempo de demora para diagnóstico e início de tratamento, se estavam em tratamento, se era tuberculose droga resistente, pois todos são fatores que podem contribuir para aumento ou redução dessa letalidade. O que vale ressaltar é que, a tuberculose é uma doença com uma chance de cura de 95% se diagnosticada e tratada em tempo oportuno.

4.3.3.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A Diabetes Mellitus constitui atualmente como problema de saúde pública mundial. De acordo com os dados de 2021 o Atlas do Diabetes, o Brasil é uma das mais elevadas do mundo e a maior da América Latina. O país ocupa a 6ª posição global em número total de casos. Nas capitais brasileiras, são 3.522.006 pessoas diagnosticadas com Diabetes Mellitus (DM), de acordo com dados do Vigitel de 2023. É o **equivalente a 10,1% da população adulta** destes municípios. Com relação ao Estado do Pará, a prevalência está em torno de 5,60%. Quanto na perspectiva de gênero, os dados evidenciaram maior presença entre as mulheres, com 6,50%.

Quadro 10 – Prevalência de Diabetes, por Sexo, no Ano de 2019.

Proporção de Diabetes na População Adulta por Sexo – PNS 2019		
Geral	Masculino	Feminino
5,60%	4,60%	6,50%

Fonte: SISVAN/JULHO 2024.

Considerada o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mais conhecida como “pressão alta”, quando não controlada, leva a complicações como insuficiência cardíaca, insuficiência renal e acidente vascular cerebral, contribuindo de forma expressiva para a perda de anos de vida saudável na população.

A hipertensão arterial, por fazer parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis, está relacionada a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que propõe, até 2030, reduzir, em um terço, a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

Segundo os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, o Estado do Pará está entre os menores estados com prevalências de diagnóstico médico de hipertensão arterial, com 15,30%. Nota-se que, a prevalência é maior no gênero feminino, representando 18,40%.

Quadro 11 – Prevalência de Hipertensão Arterial, por Sexo, no Ano de 2019.

Proporção de Hipertensão Arterial na População Adulta por Sexo – PNS 2019		
Geral	Masculino	Feminino
15,30%	12,00%	18,40%

Fonte: SISVAN/JULHO 2024.

A Organização Mundial de Saúde afirma: a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde que temos para enfrentar. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30.

No Brasil, essa doença crônica aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019. Com relação ao Estado do Pará, observa-se uma elevação na prevalência, quanto aos dois gêneros. Destacando-se, o gênero feminino, conforme observado na tabela abaixo.

Quadro 12 – Prevalência de Obesidade, por Sexo, no período de 2018 a 2023.

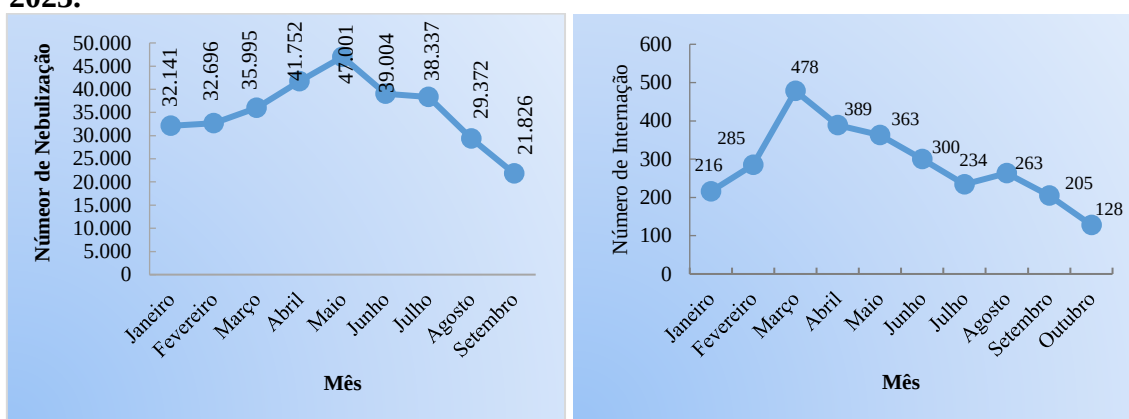
Prevalência de Obesidade na População Adulta por Sexo						
Ano	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Feminino	21,46%	22,66%	25,63%	26,48%	26,88%	28,38%
Masculino	17,95%	18,27%	19,81%	20,89%	20,49%	21,48%

Fonte: SISVAN/JULHO 2024.

Levantamento de dados sobre doenças e agravos respiratórios

A exposição à poluição do ar no curto ou longo prazo está associada ao aumento no volume de atendimentos de saúde e hospitalizações por doenças cardiorrespiratórias. O Vigar utiliza como indicadores os agravos de asma, bronquite, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e nebulizações, pois a poluição do ar potencializa os sintomas desses agravos.

Figura 43 – Número de Nebulizações e Internações, por Asma no Estado do Pará – 2023.

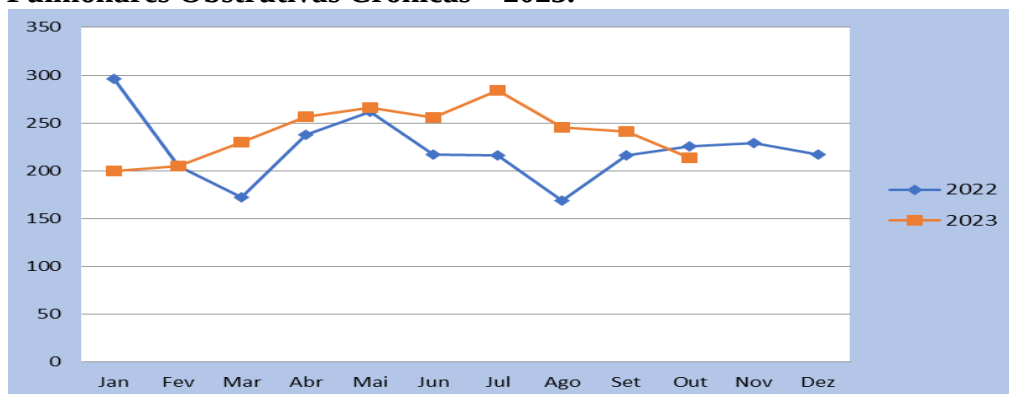


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) /Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

De acordo com dados do SUS de internações por ‘Asma’, as maiores quantidades por local de residência é em Tucumã (291) seguida de Belém (160), Conceição do Araguaia (130), Abaetetuba (126), Ipixuna do Pará (119). Já para a categoria ‘Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas’ por local de residência temos os municípios de Belém (316), Tucumã (238), Baião (85), Castanhal (80) e Breves (58). Os dados sobre ‘nebulizações’ por local de atendimento, mostram-se maiores quantidades em Marituba (70959), Santarém (30442), Breves (25583), Senador José Porfírio (15769) e Belém (12408).

Os municípios do 9º CRS que decretaram situação de emergência por estiagem, relataram diversas queixas da população quanto a sintomas respiratórios oriundos da ocorrência de fumaça sob suas localidades.

Figura 44 – Número de Internações por Bronquite, Enfisema e outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas – 2023.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2023).

4.3.3.3. Doenças Imunopreveníveis

Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola)

Sarampo

Desde 1968, o sarampo é considerado uma doença de notificação compulsória que está associada a altas taxas de morbimortalidade infantil em todo o mundo, em especial, entre crianças menores de cinco anos, desnutridas e residentes em países em desenvolvimento.

Desde a reintrodução do vírus do sarampo no país (2018), o estado do Pará apresentou dois momentos significativos de surto entre os anos de 2018 a 2022, tendo seu primeiro caso confirmado na Semana Epidemiológica (SE) 24/2018 e seu último caso confirmado na SE 04/2022.

Entre os anos de 2018 a 2022, o estado notificou um total de 10.055 casos suspeitos de sarampo, sendo 5.469 confirmados e 4.586 descartados (**Tabela 56**).

Tabela 56 – Incidência de Casos Notificados e Confirmados de Sarampo, Estado do Pará (2018 a 2022).

Nº de casos	Notificados		Confirmados		Incidência	
	N	%	N	%	População	Incidência/100.000 hab.
2018	269	2,7	84	31,2	8513497	0,99
2019	890	8,9	429	48,2	8602865	4,99
2020	8303	82,5	4844	58,3	8690745	55,74
2021	342	3,4	111	32,5	8777124	1,26
2022	251	2,5	1	0,4	8442962	0,01
Total	10.055	100,0	5.469	-	-	-

Fonte: GT-Exantemáticas (Banco qualificado 2018 a 2023).

Nota: Estimativa populacional IBGE (2018 a 2021) e censo IBGE (2022).

Durante o período de surto de sarampo, o estado do Pará obteve desfechos desfavoráveis acerca dos casos confirmados para a doença, um total de 12 óbitos foram confirmados, sendo 2 em 2018 (Belém - 2), 1 em 2019 (São Sebastião da Boa Vista - 1) e 9 em 2020 (Belém - 2, Breves - 4, Igarapé-Miri -1 e Novo Repartimento - 2). Nos anos de 2021 a 2022 não ocorreram óbitos por sarampo.

Tabela 57 – Taxa de Mortalidade de Sarampo, por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará (2018 a 2022).

Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,06	0,03	0,20	0	0
Macrorregião IV	0	0	0,10	0	0

Fonte: GT-Exantemáticas (Banco qualificado 2018 a 2022).

Nota: Estimativa populacional IBGE (2018 a 2021) e censo IBGE (2022).

Acerca da letalidade da doença, o estado apresentou um percentual de 0,18% em 2018 (Macrorregião I), 0,38% em 2019 (Macrorregião I) e 0,18% e 0,63% em 2020 (Macrorregião I e IV), respectivamente em 2022 e 2023 (**Tabela 58**).

Tabela 58 – Taxa de Letalidade de Sarampo, por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará (2018 a 2022).

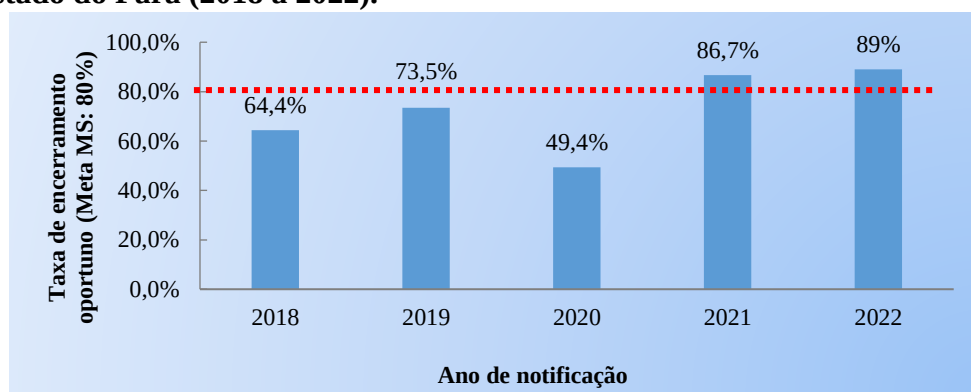
Macrorregião	2018	2019	2020	2021	2022
Macrorregião I	0,18	0,38	0,18	0	0
Macrorregião IV	0	0	0,63	0	0

Fonte: GT-Exantemáticas (Banco qualificado 2018 a 2022).

Nota: Estimativa populacional IBGE (2018 a 2021) e censo IBGE (2022).

O encerramento oportuno dos casos de sarampo, nos anos de 2018 a 2020, não atingiu a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (80%). No entanto, 2021 e 2022 a meta foi alcançada com um percentual de 86,7% e 89%, respectivamente (**Figura 45**).

Figura 45 – Taxa de Encerramento Oportuno de Sarampo, por Ano de Notificação no Estado do Pará (2018 a 2022).



Fonte: GT-Exantemáticas (Banco SINAN – Atualizado em: 16/10/2023).

Rubéola

Em abril de 2015, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declarou a região das Américas livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) devido às ações integradas de vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial e do Programa Nacional de Imunização. No Brasil, os últimos casos confirmados de rubéola foram registrados em 2008. O último caso importado no país foi confirmado em 2014, em um indivíduo proveniente das Filipinas. Apesar disso, a vigilância permanece ativa no PA, e no período de 2018 a 2022, foram notificados 243 casos suspeitos de rubéola, todos descartados após critérios laboratoriais. A Tabela 59 apresenta a série histórica dos indicadores alcançados no estado, demonstrando o sucesso das ações de controle e vigilância para manter a eliminação da rubéola. Até a presente data, o estado mantém-se sem casos confirmados.

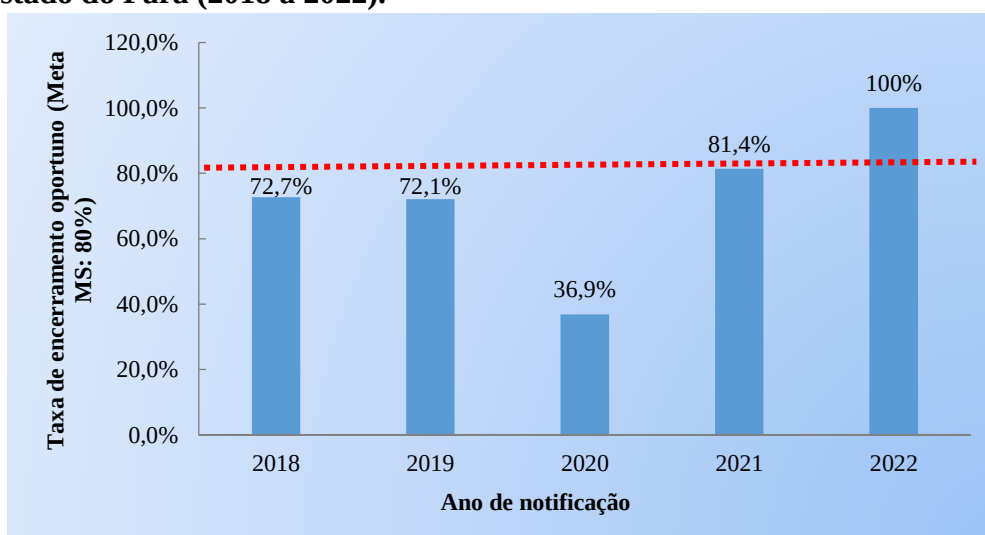
Tabela 59 - Total de Casos Notificados de Rubéola, Estado do Pará (2018 a 2022).

Nº de casos	Notificados		Confirmados		População
	N	%	N	%	N
2018	42	17,3	0	0,0	8.513.497
2019	42	17,3	0	0,0	8.602.865
2020	122	50,2	0	0,0	8.690.745
2021	26	10,7	0	0,0	8.777.124
2022	11	4,5	0	0,0	8.442.962
Total	243	100,0	0	0,0	-

Fonte: GT-Exantemáticas (Banco qualificado 2018 a 2023).

Nota: Estimativa populacional IBGE (2018 a 2021) e censo IBGE (2022).

O encerramento oportuno dos casos de rubéola, segue os mesmos padrões de sarampo, não atingindo a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (80%) nos anos de 2018 a 2020, porém nos anos de 2021 e 2022, o estado atingiu a meta de 80%, tendo um percentual de alcance de 81,4% (2021) e 100% (2022).

Figura 46 – Taxa de Encerramento Oportuno de Rubéola, por Ano de Notificação no Estado do Pará (2018 a 2022).

Fonte: GT-Exantemáticas (Banco SINAN – Atualizado em: 16/10/2023).

Poliomielite

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda que tem como característica um quadro de paralisia flácida, com início súbito, até 3 dias para se instalar o déficit motor. Acometem, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada e arreflexia no segmento atingido.

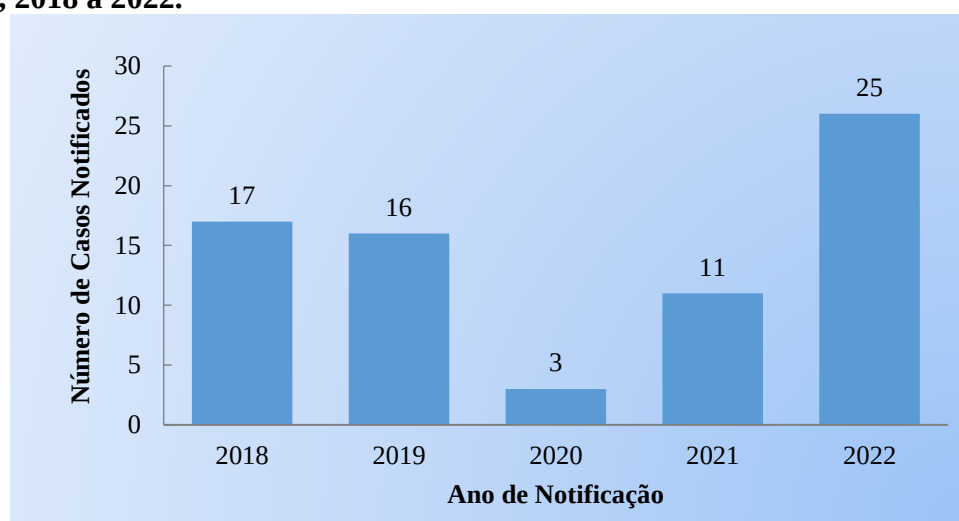
Poliovírus, do gênero *Enterovirus*, da família *Picornaviridae*, contendo os sorotipos 1, 2 e 3, definidos como poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida. Possui como reservatório o ser humano, em especial as crianças.

A vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA) no Brasil é realizada em menores de 15 anos, faz parte do monitoramento para a detecção precoce da reintrodução do poliovírus selvagem no país, causador da Poliomielite. Sendo assim, toda síndrome de PFA deve ser investigada para a Poliomielite, independente da hipótese diagnóstica confirmada ou suspeita para outra doença.

A vigilância epidemiológica tem como objetivo manter o Brasil livre da circulação de poliovírus selvagem, monitorar a ocorrência de casos de PFA em menores de 15 anos de idade, produzir e disseminar informações epidemiológicas, acompanhar e avaliar o desempenho operacional do Sistema de Vigilância Epidemiológica das PFAs no país e assessorar tecnicamente os demais níveis do Sistema Único de Saúde SUS.

Quando observada a distribuição de no período, 2022 aparece como o ano com maior número de notificações (25), seguido do ano de 2018 (17). Ressalta-se que ao longo de todo o período avaliado, permanecemos sem a confirmação de casos, o que permite inferir que todos os 72 casos não foram confirmados para poliomielite (Figura 47).

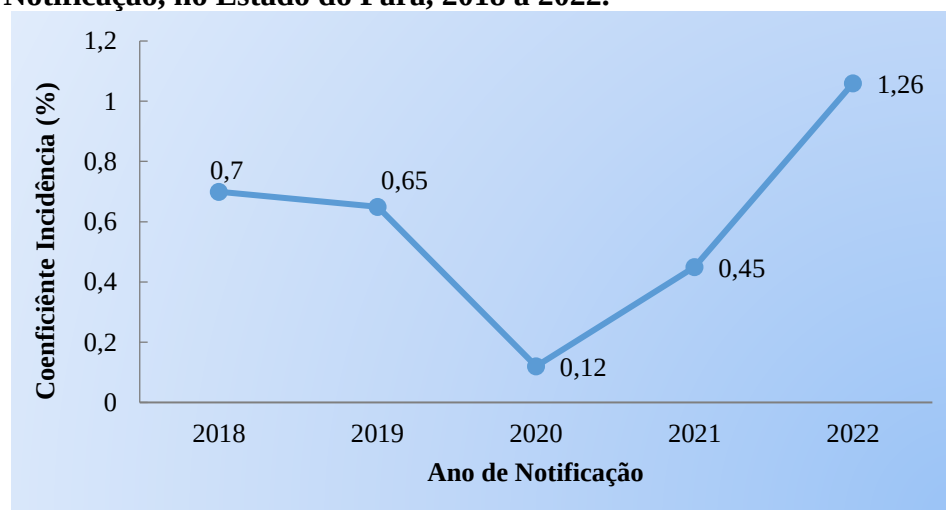
Figura 47 – Distribuição de Casos de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, Pará, 2018 a 2022.



Fonte: SINAN-NET.

A Figura 48, corresponde ao coeficiente de incidência de PFA/ Poliomielite por ano de notificação. A meta é notificar 01 caso a cada 100.000 habitantes menores de 15 anos. O Pará alcançou a meta no ano de 2022 demonstrando um excelente rendimento e sensibilidade referente a notificação.

Figura 48 – Coeficiente de Incidência de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, no Estado do Pará, 2018 a 2022.

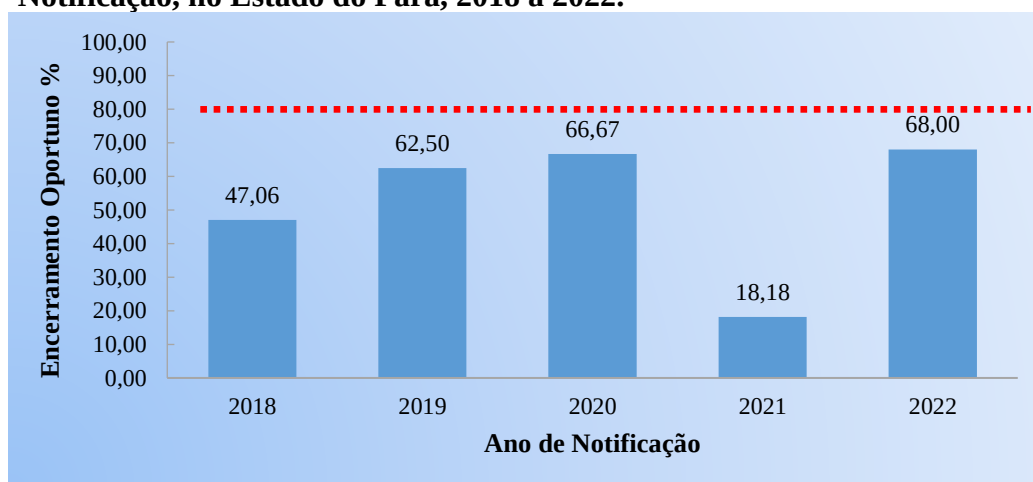


Fonte: SINAN-NET.

O Estado do Pará não apresentou óbitos por Poliomielite nos anos de 2018 a 2022, por isso não apresenta indicador de mortalidade e letalidade desse agravo.

Todo caso de PFA deve ser encerrado oportunamente, sendo assim, encerrado com 60 dias após a data de notificação, como indicador esperado de 80%, nos anos de 2018 a 2022 não foi atingido o indicador de 80%, como demonstrado na Figura 49.

Figura 49 – Encerramento Oportuno de PFA/ Poliomielite, por Ano de Notificação, no Estado do Pará, 2018 a 2022.



Fonte: Sinan-Net.

Meningites e Doenças Meningocócicas

No Estado do Pará no período de 2018 a 2022 foram confirmados 943 casos da doença que foram distribuídos segundo incidência, mortalidade e letalidade.

A incidência dos casos de meningite no período de 2018 a 2022 apresentou queda no número de casos de meningite, com redução acentuada no ano 2021 com coef. de incidência de 0,65 casos por 100.000 habitantes, seguido do ano de 2022 com coef. de incidência de 1,21 casos por 100.000 habitantes.

A taxa de letalidade teve maior destaque no ano de 2020 com 17,85% dos óbitos, com redução nos anos subsequentes, apontando melhorias sobre a qualidade da assistência prestada ao doente.

Quando analisado o coeficiente de mortalidade, apresentou menores valores nos anos de 2019 com 0,01 óbitos/100.000 habitantes, e em 2021 com 0,05 óbitos/100.000 habitantes, expressando a intensidade da ocorrência anual de mortes pelo agravo em determinada população (Tabela 60).

Tabela 60 – Incidência, Letalidade e Mortalidade das Meningites o Estado do Pará, 2019 a 2022.

Status	2018	2019	2020	2021*	2022
Notificados	1448	550	378	224	289
Confirmados	509	158	112	57	107
Incidência	597	1,84	1,29	0,65	1,21
Letalidade	10,41	9,49	17,85	8,77	16,82
Mortalidade	0,62	0,01	0,23	0,05	0,20

Fonte: SINANNET.

Nota: *Ano de maior intensidade e atenções voltadas para a pandemia da COVID-19.

Quando avaliado o encerramento oportuno dos casos de doença meningocócica no estado do Pará, observa-se que em todos os anos a meta estadual foi atingida, demonstrando a oportunidade do encerramento dos casos no sistema de informação de notificação de agravos (Tabela 61).

Tabela 61 – Encerramento Oportuno dos Casos de Meningite no Estado do Pará, 2018-2022.

Ano	Percentual %	Meta %
2018	94,34	80
2019	94,37	80
2020	91,42	80
2021*	97,66	80
2022	95,32	80
Total	94,62	80

Fonte: SINANNET.

Nota: *Ano de maior intensidade e atenções voltadas para a pandemia da COVID-19.

Doença meningocócica

Quando analisado os dados referentes aos casos confirmados para doença meningocócica- DM, observa-se que houve uma redução no coef. de incidência no estado passando de 0,76 em 2018 para 0,02 casos por 100.000 habitantes em 2022.

De acordo com a taxa de letalidade da DM o ano de 2021 destacou-se com maior taxa, porém houve redução dos casos confirmados no mesmo período. A taxa de mortalidade aponta para redução dos óbitos na população avaliada, demonstrando uma importante redução dos óbitos por DM de 2018 a 2022, com coeficiente médio de 0,24 óbitos por 100.000 habitantes (Tabela 62).

Tabela 62 – Incidência, Letalidade e Mortalidade da Doença Meningocócica no Estado do Pará, 2018-2022.

Ano	Casos confirmados	Incidência	Letalidade	Mortalidade
2018	65	0,76	16,92	0,13
2019	57	0,68	10,53	0,07
2020	15	0,18	6,67	0,01
2021*	07	0,08	28,57	0,02
2022	2	0,02	0,00	0,00
Total	146	1,70	14,38	0,24

Fonte: SINANNET.

Nota: *Ano de maior intensidade e atenções voltadas para a pandemia da COVID 19.

Difteria

Doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa, potencialmente letal, imunoprevenível, causada por bacilo toxigênico, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, fossas nasais e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. O agente etiológico é o *Corynebacterium diphtheriae*, bacilo Gram-positivo irregular, pleomórfico, não esporulado, com estruturas claviformes semelhantes a “letras chinesas” ou “paliçadas”. O reservatório principal é o próprio doente ou o portador, sendo esse último mais importante na disseminação do bacilo em virtude da maior frequência na comunidade e por ser assintomático pela bactéria. O modo de transmissão ocorre pelo contato direto de pessoa doente ou portadora com pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção respiratória, eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. O período de incubação em geral, de um a seis dias, podendo ser mais longo. O período de transmissibilidade em média, até duas semanas após o início dos sintomas. As manifestações clínicas são a presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, aderentes, que se instalam nas amígdalas e invadem estruturas vizinhas é a manifestação clínica típica, outras manifestações são: prostração e palidez, dor de garganta é discreta. Nos casos mais graves, há intenso edema do pescoço, com grande aumento dos gânglios linfáticos dessa área (pescoço taurino) e edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares, pode ocorrer asfixia mecânica aguda no paciente hospitalar imediata e isolamento. O diagnóstico laboratorial é realizado pelo isolamento e identificação do *C. diphtheriae* por meio de cultura de amostras biológicas, coletadas adequadamente, das lesões existentes (ulcerações, criptas das amígdalas), exsudatos de orofaringe e de nasofaringe, que são as localizações mais comuns, ou de outras lesões cutâneas. O diagnóstico diferencial é feito entre Difteria cutânea e o impetigo, ectima, eczema, úlceras. Difteria nasal e a rinite estreptocócica, rinite sífilítica, corpo estranho nasal. Difteria amigdaliana ou faríngea e a amigdalite estreptocócica, angina monocítica, angina de Plaut Vicent, agranulocitose. Difteria laríngea e o crupe viral, laringite estridulosa, epiglotite aguda, inalação de corpo estranho. O tratamento se dá através da administração do soro antidiftérico (SAD). O tratamento sintomático ou de suporte consiste em repouso no leito, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico (gotejamento endovenoso de soro glicofisiológico, com

acréscimo de glicose a 25% ou 50%, para aumentar a oferta calórica), dieta leve, nebulização ou vaporização.

A vigilância epidemiológica tem como objetivos: Investigar todos os casos suspeitos e confirmados, com vistas à adoção de medidas de controle pertinentes para se evitar a ocorrência de novos casos. Aumentar o percentual de isolamento em cultura, com envio de 100% das cepas isoladas para o Laboratório de Referência Nacional, para estudos moleculares e de resistência bacteriana a antimicrobianos. Acompanhar a tendência da doença para detecção precoce de surtos e de epidemias.

Através da tabela 63 observou-se que o Pará notificou nos anos de 2018 a 2019, um caso suspeito de Difteria no ano de 2018 e 01 casos suspeito no ano de 2019, não houve casos confirmado e não ocorreu óbito.

Tabela 63 - Frequência de Casos Notificados e Confirmados, Incidência, Letalidade e Mortalidade, Difteria, Pará, 2018 a 2022.

Ano	Notificado	Confirmado	Incidência	Letalidade	Mortalidade
2018	1	0	0	0	0
2019	1	0	0	0	0
2020	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0
2022	0	0	0	0	0

Fonte SINAN NET.

Coqueluche

Doença infecciosa aguda, de alta transmissibilidade, de distribuição universal. Importante causa de morbimortalidade infantil. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. É uma doença de notificação compulsória.

Seu agente etiológico é a *Bordetella pertussis*, cocobacilo Gram-negativo, aeróbio, não esporulado, imóvel e pequeno (1 mm), provido de cápsula (formas patogênicas) e de fímbrias.

Sua transmissão, ocorre, principalmente, pelo contato direto entre a pessoa doente e a pessoa suscetível, por meio de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas durante a fala, a tosse e o espirro. Seu período de Incubação é em média, de 5 a 10 dias, podendo variar de 4 a 21 dias, e, raramente, até 42 dias.

O período de transmissão se estende do quinto dia após a exposição do doente até a terceira semana do início das crises paroxísticas (acessos de tosse típicos da doença). Em lactentes menores de 6 meses, pode prolongar-se por até quatro ou seis semanas após o início da tosse.

A coqueluche evolui em três fases sucessivas:

Fase catarral: com duração de uma a duas semanas, inicia-se com manifestações respiratórias e sintomas leves (febre pouco intensa, mal-estar geral, coriza e tosse seca), seguidos pela instalação gradual de surtos de tosse, cada vez mais intensos e frequentes, evoluindo para crises de tosse paroxísticas.

Fase paroxística: geralmente é afebril ou com febre baixa, mas, em alguns casos, ocorrem vários picos de febre no decorrer do dia. Apresenta como manifestação típica os paroxismos de tosse seca caracterizados por crise súbita, incontrolável, rápida e curta, com cerca de cinco a dez tossidas em uma única expiração. Durante os acessos, o paciente não consegue inspirar, apresenta protrusão da língua, congestão facial e, eventualmente, cianose, que pode ser seguida de apneia e vômitos. Em seguida, ocorre uma inspiração profunda através da glote estreitada, podendo originar o som denominado guincho. O número de episódios de tosse paroxística pode chegar a 30 em 24 horas, manifestando-se mais frequentemente à noite. A frequência e a intensidade dos episódios de tosse paroxística aumentam nas duas primeiras semanas e, depois, diminuem paulatinamente. Essa fase dura de duas a seis semanas.

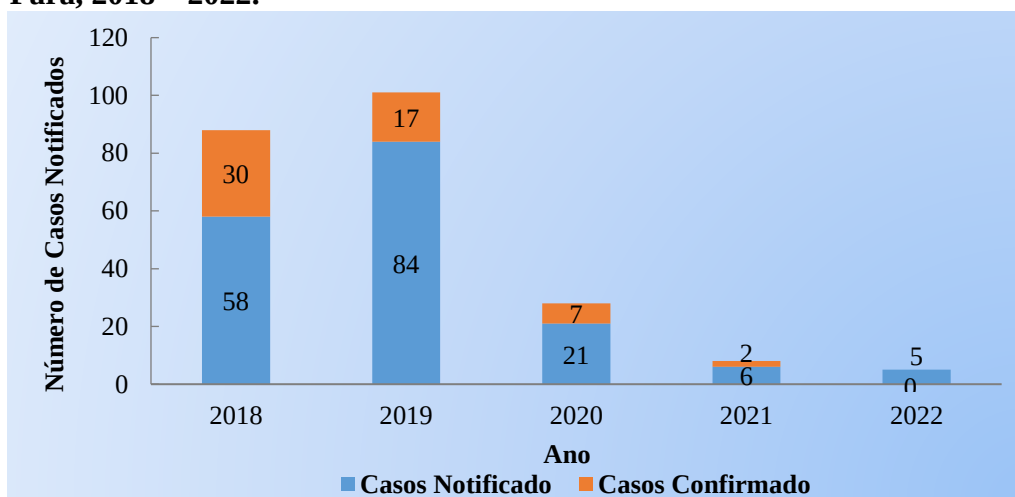
Fase de convalescença: os paroxismos de tosse desaparecem e dão lugar a episódios de tosse comum. Essa fase persiste por duas a seis semanas e, em alguns casos, pode se prolongar por até três meses. Infecções respiratórias de outra natureza, que se instalam durante a convalescença da coqueluche, podem provocar o reaparecimento transitório dos paroxismos.

O diagnóstico é realizado mediante o isolamento da *B. pertussis* pela cultura de material colhido de nasofaringe, com técnica adequada ou pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. A coleta do espécime clínico deve ser realizada antes da antibioticoterapia eficaz ou, no máximo, até três dias após seu início.

O tratamento é realizado com antibióticos da classe dos macrolídeos (azitromicina, claritromicina e eritromicina). Nos casos de contraindicação ao uso desses macrolídeos, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprim.

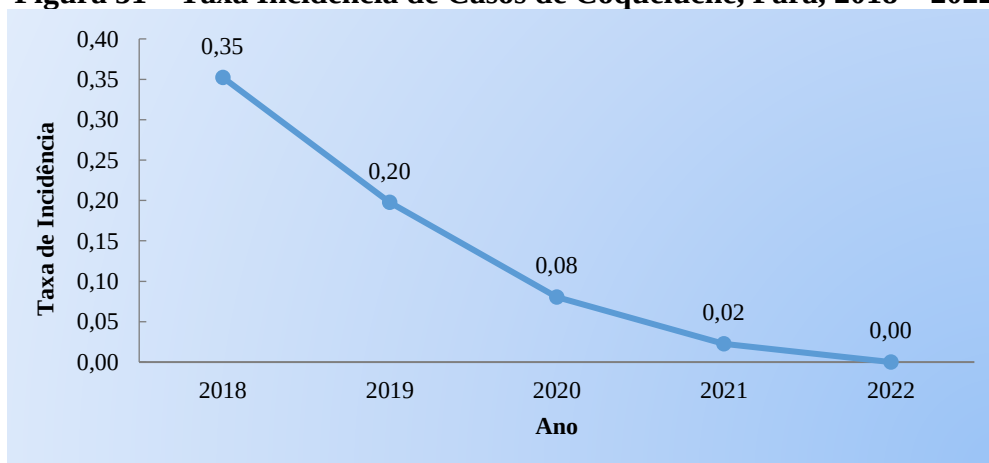
A figura 50 mostra que os casos de coqueluche vêm reduzindo. Ao longo dos anos avaliados, no ano de 2019, houve um maior predomínio com 84 casos notificados e 17 confirmados, no ano citado houve 02 surtos de coqueluche no estado, 01 no município de São Félix do Xingu região de Saúde Araguaia e 01 no município de Augusto Correa.

Figura 50 – Distribuição de Casos Notificados e Confirmados de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.



Fonte: SINAN NET.

Figura 51 – Taxa Incidência de Casos de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.



Fonte: SINAN NET.

A Taxa ou coeficiente de Letalidade é a proporção entre o número de mortes por uma doença e o número total de doentes que sofrem dessa doença, ao longo de um determinado período de tempo. É geralmente expressa em porcentagem.

A Tabela 64 mostra que no ano de 2020 o coeficiente de letalidade foi de 14,29% ($1 \text{ óbito} / 7 \text{ casos confirmados} \times 100$). Os demais anos a taxa de letalidade foi de 0%. O óbito ocorreu no município de Santarém (região de Saúde baixo Amazonas).

Tabela 64 – Coeficiente de Letalidade e Taxa de Mortalidade de Coqueluche, Pará, 2018 – 2022.

Ano da Notificação	Óbito	Coeficiente de letalidade	Taxa de Mortalidade
2018	0	0,00	0,00000
2019	0	0,00	0,00000
2020	1	14,29	0,00012
2021	0	0,00	0,00000
2022	0	0,00	0,00000
Total	1	14,29	0,00012

Fonte: SINAN NET.

Tétano Acidental

O tétano acidental, se caracteriza por ser uma doença de origem infecciosa, aguda e imunoprevenível e de notificação compulsória, causada pela bactéria *Clostridium tetani* (*C. tetani*). Entretanto não é contagiosa, pois a causa dos sinais e sintomas está diretamente ligada pela ação de exotoxina liberada pela *C.tetani* que provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central.

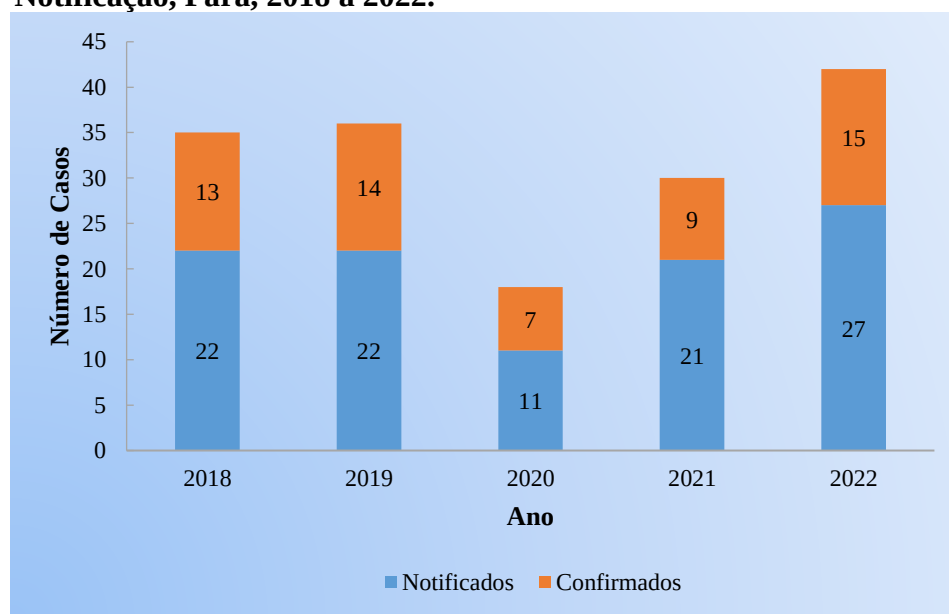
As características clínicas clássicas da doença se manifestam em Hipertonias musculares mantidas, localizadas ou generalizadas, febre baixa ou ausente, hiperreflexia profunda e contraturas paroxísticas que se manifestam à estimulação do paciente (estímulos táteis, sonoros, luminosos ou alta temperatura ambiente). Os sintomas primários estão ser associados com a dificuldade de abrir a boca (trismo e riso sardônico) e de deambular, devido à hipertonía muscular correspondente.

O diagnóstico é essencialmente clínico. Critérios: Todo caso suspeito, descartado para outras etiologias e que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: hipertonía dos masseteres (trismo), disfagia, contratura dos músculos da mímica facial (riso sardônico, acentuação dos sulcos naturais da face, pregueamento frontal, diminuição da fenda palpebral), rigidez abdominal (abdome em tábua), contratura da musculatura paravertebral (opistótono), cervical (rigidez de nuca), de membros (dificuldade para deambular), independentemente da situação vacinal, de história prévia de tétano e de detecção de solução de continuidade da pele ou mucosas.

O tratamento se baseia em neutralizar a ação da toxina, através da administração do soro antitetânico (SAT) e Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT), que depende dos critérios de indicação para cada tipo de tratamento, bem como a antibioticoterapia para eliminar a *C.tetani*. O SAT e IGHAT também devem ser utilizados de forma profilática.

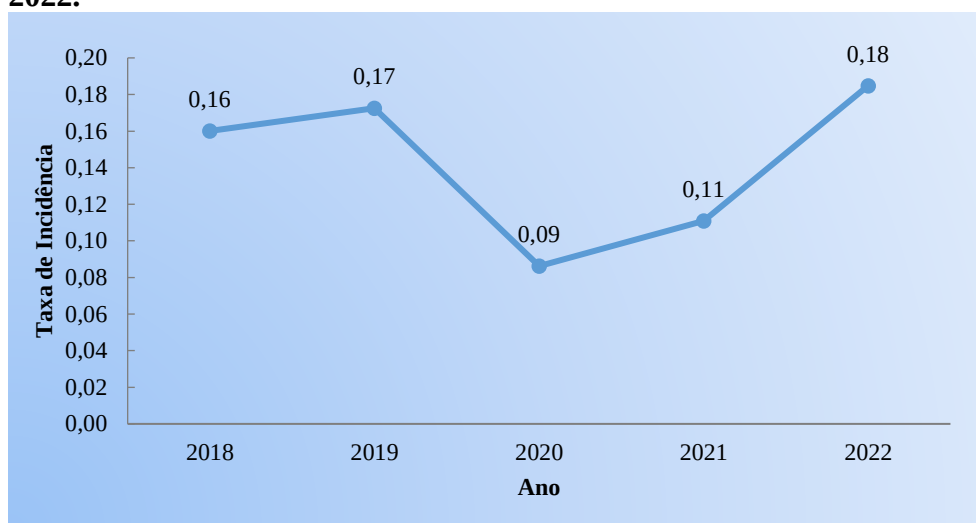
No ano de 2018 foram notificados 22 casos suspeitos de tétano acidental e confirmados 13 casos, 2019 foram notificados 22 casos suspeitos e 14 confirmado, em 2020 foram notificados 11 casos e confirmados 7 casos, 2021 notificados 21 casos e confirmados 9 e 2022 notificados 27 casos com 15 confirmados, chama-se atenção os anos de 2020 e 2021 que apresentam os seus números reduzidos, de notificação, possivelmente em função da pandemia de COVID 19, período no qual as pessoas ficaram mais reclusas em suas residências (figura 52).

Figura 52 – Distribuição de Casos de Tétano Acidental, segundo Ano de Notificação, Pará, 2018 a 2022.



Fonte: SINAN NET.

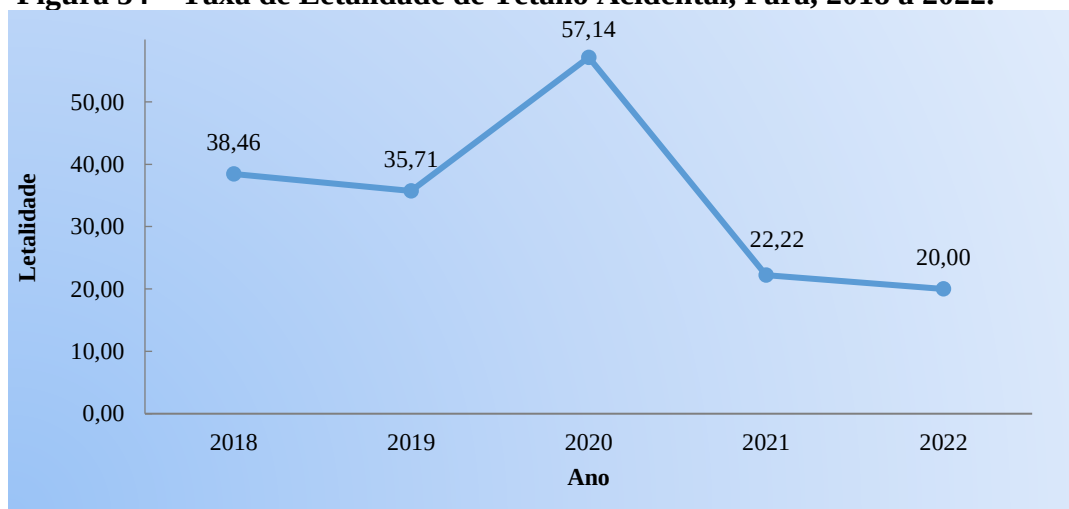
Figura 53 – Coeficiência de Incidência de Tétano Acidental, Pará, 2018 a 2022.



Fonte: SINAN NET.

A Figura 54 mostra que o predomínio da letalidade (n° de óbitos/total de casos*100), no ano de 2020 (57,14%), seguidas de 2018 e 2019 com 38,46% e 35,71% respectivamente, nos anos de 2021 e 2022 houve uma redução no coeficiente de letalidade. Mesmo com a redução, os dados analisados implicam que as ações de prevenção, tratamento e controle precisam ser melhores implementadas. O tétano é um grave problema de saúde pública, devido sua alta letalidade, pois em 2019, 2020, e 2021 foram confirmados 224, 176 e 173 casos, em todo Brasil. A letalidade, nesse mesmo período analisado, foi de 33%, 30% e 38,7% concomitantemente, sendo classificada como alta, quando comparada com os países desenvolvidos, onde se apresenta entre 10 a 17%.

Figura 54 – Taxa de Letalidade de Tétano Acidental, Pará, 2018 a 2022.



Fonte: SINAN NET.

Tabela 65 – Distribuição de Casos de Tétano Acidental, segundo Mortalidade, Pará, 2018-2022.

Ano da Notificação	Notificados	Confirmados	Óbito	Taxa de mortalidade
2018	22	13	5	0,0006
2019	22	14	5	0,0006
2020	11	7	4	0,0005
2021	21	9	2	0,0002
2022	27	15	3	0,0004
Total	103	58	19	0,0023

Fonte: SINAN NET.

Influenza

Conforme os dados acumulados de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG por Influenza, informados pelas Secretarias Municipais de Saúde nos anos de 2018 a 2022 nos sistemas de informação SINAN Influenza Web (2018) e SIVEP-Gripe (a partir de 2019), foram notificados 576 casos, sendo que o ano de 2021 apresentou o maior número de notificações (116) e consequentemente a maior incidência no período analisado.

Em relação aos óbitos por SRAG por Influenza, o ano de 2020 apresentou a maior taxa de mortalidade (0,2%), assim como maior taxa de letalidade (16,1%). (Tabela 66).

Tabela 66 - Distribuição de Casos Notificados e Óbitos de SRAG por Influenza no Estado do Pará (2018 a 2022).

Ano	SRAG Influenza	Incidência	SRAG Óbito Influenza	Taxa Mortalidade	Letalidade	População
2018	74	0,9	12	0,1	16,2	8513497
2019	63	0,7	9	0,1	14,3	8602865
2020	93	1,1	15	0,2	16,1	8690745
2021	116	1,3	4	0,0	3,4	8777124
2022	93	1,1	12	0,1	12,9	8439962

Fonte: SIVEP GRIPE.

Dentre as regiões de saúde com maior número de casos notificados de SRAG no período analisado, destacamos a região de saúde Metropolitana I, especificamente nos anos de 2018, 2020, 2021 e 2022 (429, 14.457, 12.538, 1.332 e 1.304), sendo que no ano de 2019 a região de saúde que concentrou o maior número de notificações de SRAG foi a região do Xingu com 417 casos, seguida da região de saúde Metropolitana I com 404 casos.

As regiões de saúde Marajó I, Marajó II e Metropolitana II não possuem nenhum caso notificado de SRAG nos sistemas de informação nos anos de 2018 e 2019.

Ao analisar o indicador de encerramento no período, observamos que o estado do Pará somente não alcançou o referido indicador no ano de 2021 (78,4%), o qual corresponde ao segundo ano da pandemia de Covid-19, já nos demais anos, o indicador ficou acima da meta definida de 80,0%.

Em relação ao indicador de encerramento por região de saúde no período de estudo, o ano de 2018 foi o único em que todas as regiões de saúde alcançaram a meta de encerramento (80,0%). Em 2019 somente as regiões de saúde Rio Caetés (71,4%) e Araguaia (77,8%) não alcançaram o indicador de encerramento. Já em 2020 somente as regiões de saúde Tapajós (73,3%) e Lago Tucuruí (77,6%) não alcançaram a meta de encerramento. No ano de 2021, observamos um aumento importante no número de notificações de SRAG, devido a pandemia de Covid-19, o que gerou sobrecarga aos serviços de saúde e que impactou diretamente no indicador de encerramento, já que, apenas três regiões de saúde conseguiram alcançar a meta do indicador de encerramento (Xingu 86,3%, Metropolitana I 88,0% e Carajás 91,9%). Em 2022 as regiões de saúde que não atingiram a meta do indicador de encerramento foram Marajó II (20%), Metropolitana III (74,0%), Metropolitana I (76,3%) e Baixo Amazonas (78,2%). Em 2023 a meta do indicador de encerramento não foi alcançada pelas regiões de saúde Araguaia (79,7%), Metropolitana II (75,0%) e Marajó II (35,9%). (Tabela 67)

Tabela 67 - Percentual de Casos de SRAG Encerrados no Estado do Pará (2018 a 2023).

Região de Saúde	% Encerramento 2018	% Encerramento 2019	% Encerramento 2020	% Encerramento 2021	% Encerramento 2022	% Encerramento 2023
Araguaia	100,0	77,8	82,4	67,4	85,4	79,7
Baixo Amazonas	100,0	90,6	78,6	66,5	78,2	97,7
Carajás	100,0	100,0	92,4	91,9	92,2	95,6
Lago de Tucuruí	96,6	82,7	77,6	64,8	82,5	96,8
Marajó I	-	-	83,2	65,3	87,1	100,0
Marajó II	-	-	94,8	40,8	20,0	35,9
Metropolitana I	98,4	93,6	89,6	88,0	76,3	81,3
Metropolitana II	-	-	90,5	50,4	87,5	75,0
Metropolitana III	100,0	92,9	86,7	78,2	74,0	92,1
Rio Caetes	94,7	71,4	80,6	75,8	85,2	100,0
Tapajós	100,0	100,0	77,3	75,6	89,4	97,4
Tocantins	100,0	85,0	83,1	50,3	94,0	98,5
Xingu	100,0	99,8	92,5	86,3	88,9	95,9
Pará	99,1	94,6	87,0	78,4	82,9	87,7

Fonte: SIVEP GRIPE.

No Brasil, a vigilância epidemiológica da Influenza ocorre desde o ano de 2000, com a vigilância sentinela da síndrome gripal (SG), sendo atualizada sempre sobre demandas, com planos de contingência e fortalecida no âmbito nacional. Em 2009, com a pandemia causada pelo vírus influenza A (H1N1) pdm09, foi implantada a vigilância da SRAG. Com a declaração de transmissão comunitária do vírus da Covid-19, em março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) realizou a adaptação do sistema de vigilância da Influenza e outros vírus respiratórios, com o objetivo de orientar o sistema nacional de vigilância em saúde para a circulação simultânea da Covid-19, Influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública.

Devido o cenário epidemiológico atual da Covid-19, houve atualização das recomendações e orientações acerca da Covid-19 no âmbito da vigilância epidemiológica pela SVS do MS, dessa forma, é de grande importância a manutenção das ações de vigilância epidemiológica dos vírus respiratórios.

COVID 19

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório nacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), na China, foi informado sobre a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida na cidade de Wuhan, Província de Hubei. Em 09 de janeiro do mesmo ano, houve a divulgação da detecção de um novo coronavírus (SARS-CoV-2)

em um paciente hospitalizado com pneumonia, em Wuhan. Desde então, casos da doença têm sido registrados em outras cidades da China e em outros países.

A avaliação de risco da OMS, a partir de 27/01/2020, classifica a evolução deste evento como de Risco Muito Alto para a China e, de Alto Risco para o nível regional e global. Em 30/01/2020, a OMS declarou o surto de Doença Respiratória Aguda pelo SARS-CoV-2 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Assim, todos os países deveriam estar preparados para conter a transmissão do vírus e prevenir a sua disseminação, por meio de vigilância ativa com detecção precoce, isolamento e manejo adequado dos casos, investigação/monitoramento dos contatos e notificação oportuna.

Em 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso de Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19) foi confirmado no Brasil, sendo também o primeiro caso da América Latina. No Brasil, São Paulo foi a primeira UF a apresentar um caso (no dia 26 de fevereiro, SE 9/20) e um óbito (17 de março, SE 12) confirmados para Covid-19. No Estado do Pará o primeiro caso foi confirmado no dia 18 de março de 2020 e o primeiro óbito foi dia 19 de março, na vila de Alter do Chão, em Santarém. No país, em 20 de março de 2020, a transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2) passou a ser considerada comunitária, em todo o território nacional.

Em 05 de maio de 2023, com mais de 6 milhões de mortes por SARS-CoV-2 no mundo, a OMS declara o fim do estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Abaixo, está representada a Tabela 68 dos casos de SRAG, com destaque para os casos graves por Covid-19, durante o período 2020 a 2023.

Analisando uma série histórica de 2020 a 2023 observamos que a incidência foi maior no ano de 2020 com 363,8 por 100 mil habitante, porém a letalidade foi maior no ano de 2021 com 33,5% e em relação ao encerramento das fichas de notificação a maior prevalência ocorreu no ano de 2022 com 97,5%.

Tabela 68 – Panorama da COVID 19 no Estado do Pará, o período de 2020 a 2023.

SRAG COVID 19	Ano			
	2020	2021	2022	2023
Casos	31.615	30.040	3.579	534
Óbitos	8.560	10.067	924	129
%Óbitos	27,1	33,5	25,8	24,2
Encerramento	20217	27817	3488	513
%Encerramento	63,9	92,6	97,5	96,1
Incidência	363,8	342,3	42,4	6,3
Letalidade	27,1	33,5	25,8	24,2

Fonte: SIVEP GRIPE.

4.3.3.4. Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho

O trabalho é um importante determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. Ao mesmo tempo em que promove vida, subsistência, saúde e bem-estar, também pode resultar em impactos negativos, como acidentes, adoecimentos, sofrimento e mortes. A saúde dos trabalhadores, e da população em geral, está intimamente relacionada aos modos de vida e trabalho das populações; ou seja, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 2012, p.46-51).

No Pará, grande percentual da população trabalhadora vive em zonas rurais e trabalha em atividades primárias da economia como (agricultura, pecuária, pesca e atividades extrativas) ao mesmo tempo em que apresenta polos de desenvolvimento de mineração e de rede de serviços em expansão em algumas regiões do estado a exemplo de Parauapebas, Canãa dos Carajás, Conceição do Araguaia, Tucumã, Ourilândia do Norte. A dinâmica das atividades desenvolvidas nessas cadeias produtivas, com seus problemas e conflitos, traz um grande desafio para os gestores da área da saúde no planejamento de ações de atenção e vigilância em saúde do trabalhador.

Apesar dos 20 anos de vida, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora ainda não está consolidada e, algumas dificuldades tem contribuído para esse lento desenvolvimento no Estado do Pará, dentre elas destacam-se a difícil logística de acesso a 17 municípios que compõe o arquipélago do Marajó em especial os que pertencem ao 7º Centro Regional de Saúde (CRS); reduzida equipe do Centro de Referência Saúde do Trabalhador (CEREST) Estadual para atuar de forma complementar nos 73 municípios sem cobertura de CERESTs Regionais; reduzido números de

CERESTs considerando que o Estado tem 13 Regiões de Saúde e apenas 7 CERESTs; A alta rotatividade das equipes que atuam em estabelecimentos de saúde notificadores de agravos relacionados ao trabalho, somados a falta de uma cultura em saúde do trabalhador, são aspectos que contribui para a identificação de necessidades, problemas e vulnerabilidades da população trabalhadora nos municípios. Conhecer a situação de saúde da população trabalhadora dos 144 municípios é fundamental para a definição de prioridades de atenção e Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT), pois, a situação de saúde revela as condições de vida e o perfil de adoecimento e morte de uma população, evidenciando seus determinantes e condicionantes (causas e consequências).

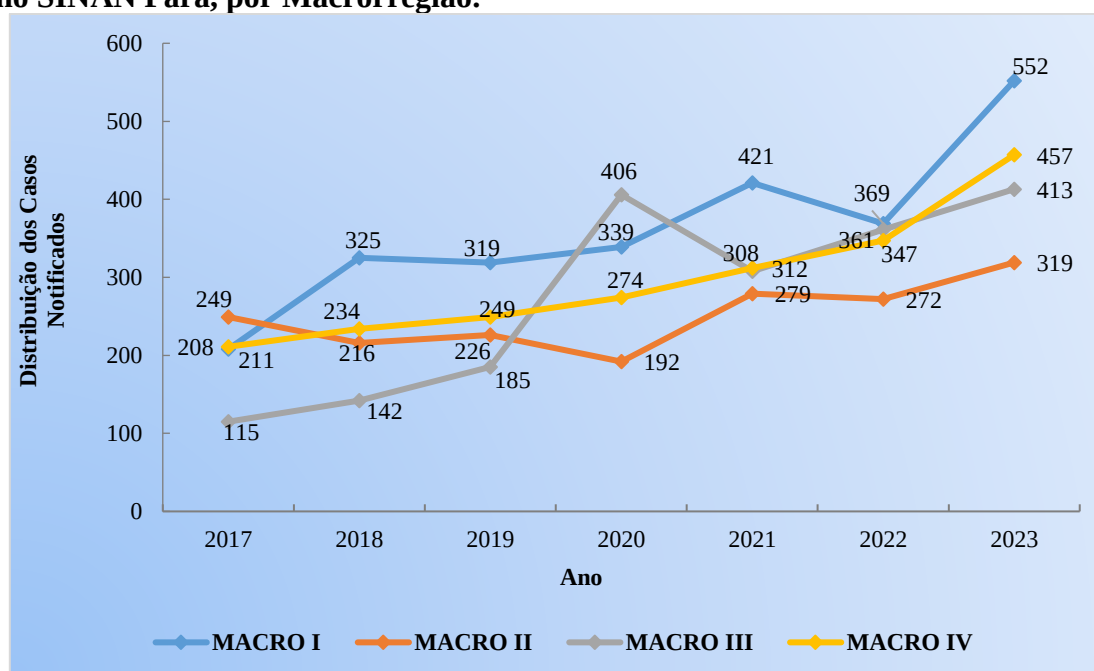
Considerando esse contexto, ressalta-se que até 2020, o CEREST Pará vinha realizando suas programações baseadas em indicadores epidemiológicos do SINAN-NET, a partir de 2018 iniciou o processo de implantação das referências técnicas conforme resolução 603/18, o que representou um avanço na aquisição de informações necessária para um planejamento compatível com a realidade de cada município. Nos anos de 2018, 2019 as notificações aumentaram e a partir de 2020 com o CEREST mais organizado e uma equipe maior pode, finalmente, pactuar Indicadores, Metas e Ações no Plano Estadual de Saúde, saindo de 10% em 2020 para chegar a 30% em 2023, meta que além de ter sido alcançada, foi ultrapassada, atingindo 44,56% de notificações de agravos relacionados ao trabalho em relação ao exercício anterior.

Considerando os resultados obtidos na pactuação anterior que provavelmente foram alcançados em função das estratégias executadas pelo CEREST em parceria com as Regionais realizando capacitação para aproximadamente 4.588 profissionais da linha do cuidado, linha de Proteção/Justiça e Gestão, inspeções sanitárias em saúde do trabalhador, apoio matricial e monitoramento de agravos relacionados ao trabalho, permitiram que 85% dos municípios melhorassem as notificações servindo para a definição da pactuação 2024-2027 onde é esperado que em 2024 seja alcançado 60%, ou seja, 15% em relação a 2023 e avançar 10% em cada ano até chegar em 2027 com 90% de municípios com casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, notificados que é a Meta do indicador “Ocupação” estabelecida no PES para o período. Abaixo série histórica da distribuição das notificações por agravo nos 144 municípios.

No período de 2017 a 2023 foram notificados 8.300 casos de acidente de trabalho com exposição à material biológico, sendo a macro I a que mais registrou casos

no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com 2.533 casos (30,5%) e a macro II obteve o menor número notificações, 1.753 (21,1%) casos.

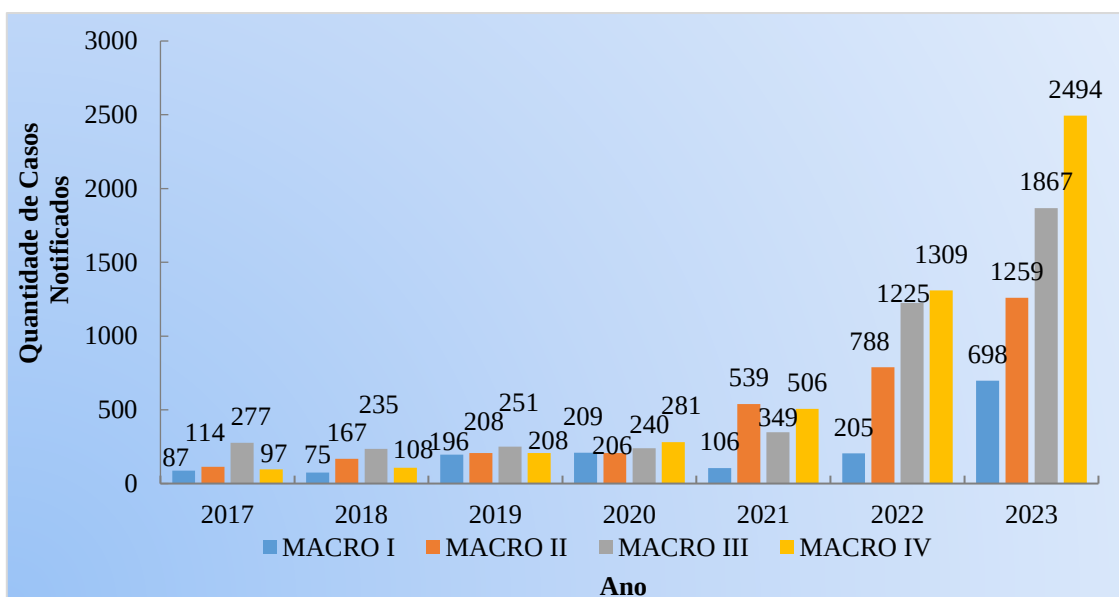
Figura 55 - Distribuição dos Casos Notificados de Acidente por Material Biológico no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 14.304 casos de acidente de trabalho e a macro IV foi a que mais notificou no SINAN, com 5.003 casos (35%) e a macro I foi a que menos notificou, com 1.576 registros (11%).

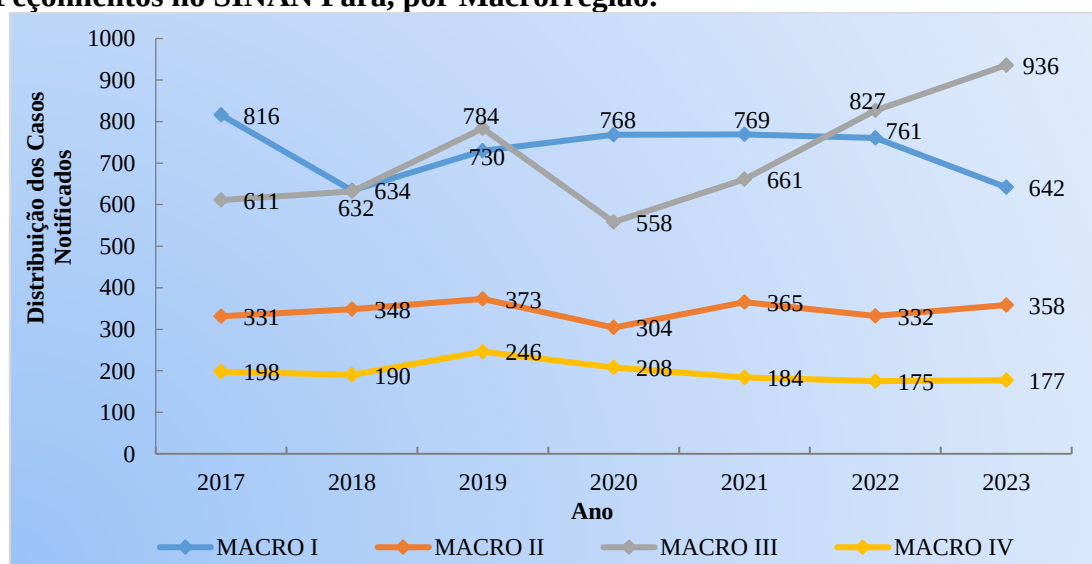
Figura 56 – Distribuição dos Casos Notificados de Acidente de Trabalho, no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 a 2023 foram notificados 13.918 casos de acidente por animais peçonhentos relacionados ao trabalho. A macro I foi a que mais notificou no SINAN, com 5.120 casos (36,8%) e a macro IV foi a que menos notificou, com 1.378 registros (9,9%).

Figura 57 – Distribuição dos Casos Notificados de Acidente por Animais Peçonhentos no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2020 à 2023 foram notificados 24 casos de câncer relacionado ao trabalho. A macro III foi responsável pela notificação de 20 casos (83,3%) e vale destacar que não houve nenhum registro pela macro I.

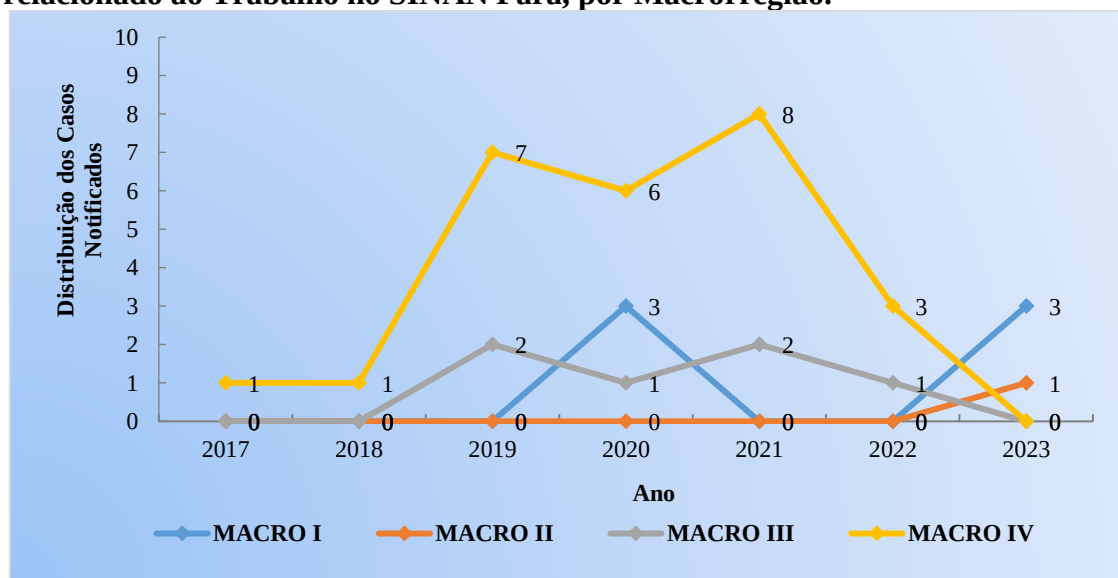
Figura 58 – Número de Casos Notificados de Câncer Relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 39 casos de dermatose ocupacional. A macro IV foi responsável pela notificação de 26 casos (66,7%), as macros I e III registraram os menores número de casos 6 (15,4%) cada uma.

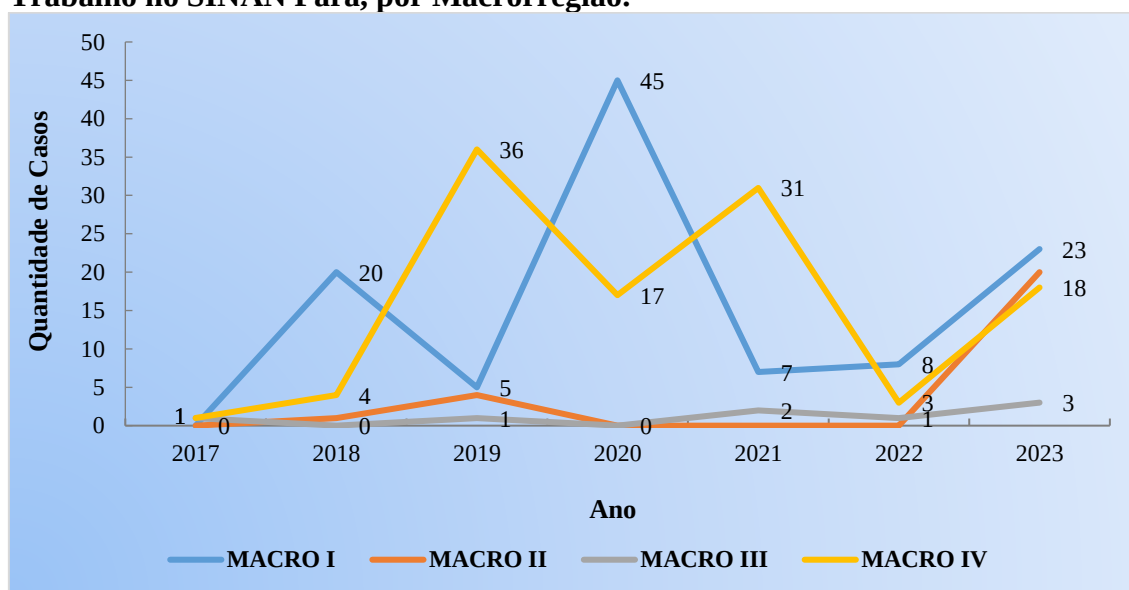
Figura 59 – Distribuição dos Casos Notificados de Dermatose Ocupacional relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de analisado foram identificadas 251 notificações de LER/DORT, 110 casos (43,8%) foram notificados pela macro IV e a macro III foi a que teve o menor número de registros, 8 casos (3,2%).

Figura 60 – Distribuição dos Casos Notificados de LER/DORT relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

Entre os anos de 2017 à 2023 constam apenas 4 registros de PAIR no SINAN, sendo 2 (50%) na macro I e a macro II não registrou nenhum caso.

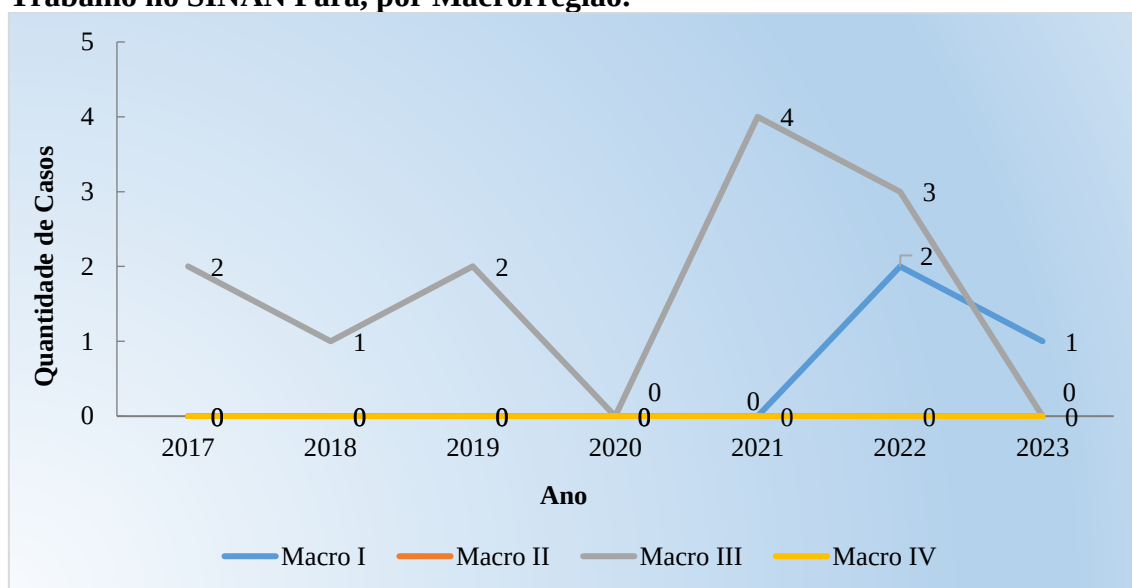
Figura 61 – Distribuição dos Casos Notificados de PAIR relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

Entre os anos de 2017 a 2023 constam apenas 15 registros de pneumoconiose no SINAN, sendo 12 (80%) na macro III, as macros II e IV não notificaram nenhum caso.

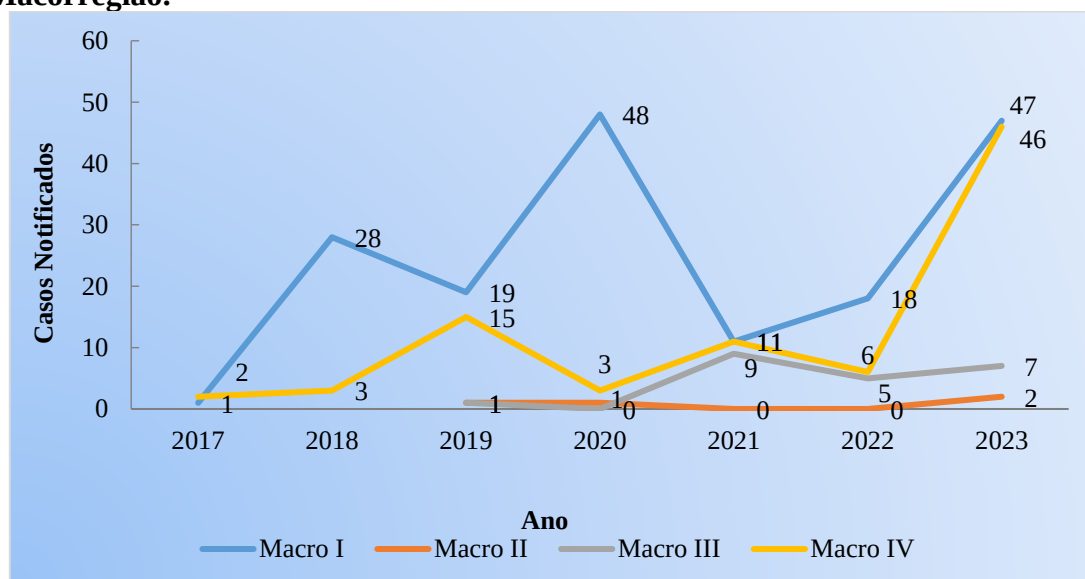
Figura 62 – Distribuição dos Casos Notificados de Pneumoconiose relacionado ao Trabalho no SINAN Pará, por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 a 2023 foram notificados 284 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho. A macro I foi responsável pela notificação de 172 casos (60,6%) e a macro II foi a que menos notificou, com apenas 4 registros (1,4%).

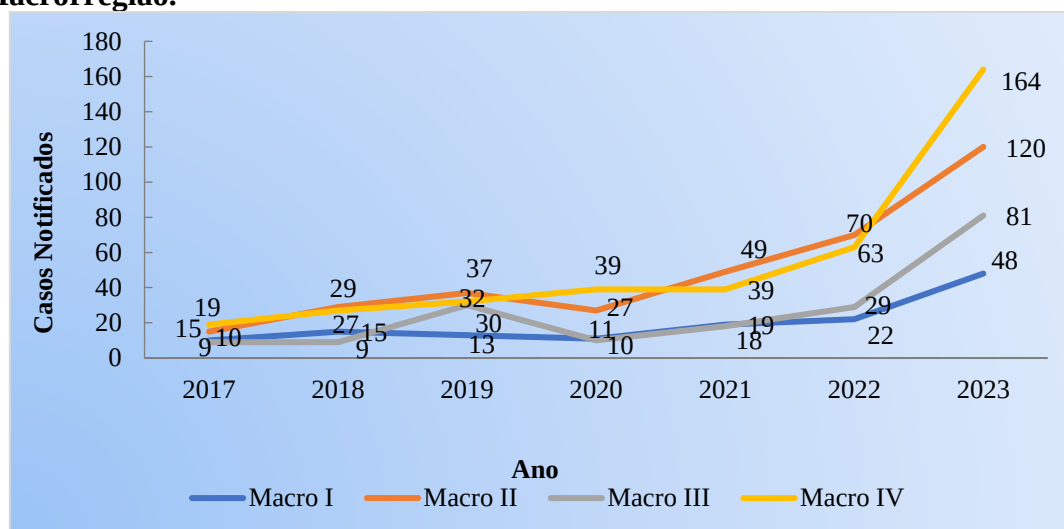
Figura 63 - Notificações de Transtorno Mental relacionado ao Trabalho por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 1.054 casos intoxicação exógena relacionada ao trabalho. A macro IV foi responsável pela notificação de 383 casos (36,3%) e a macro I foi a que menos notificou, com 138 registros (13,1%).

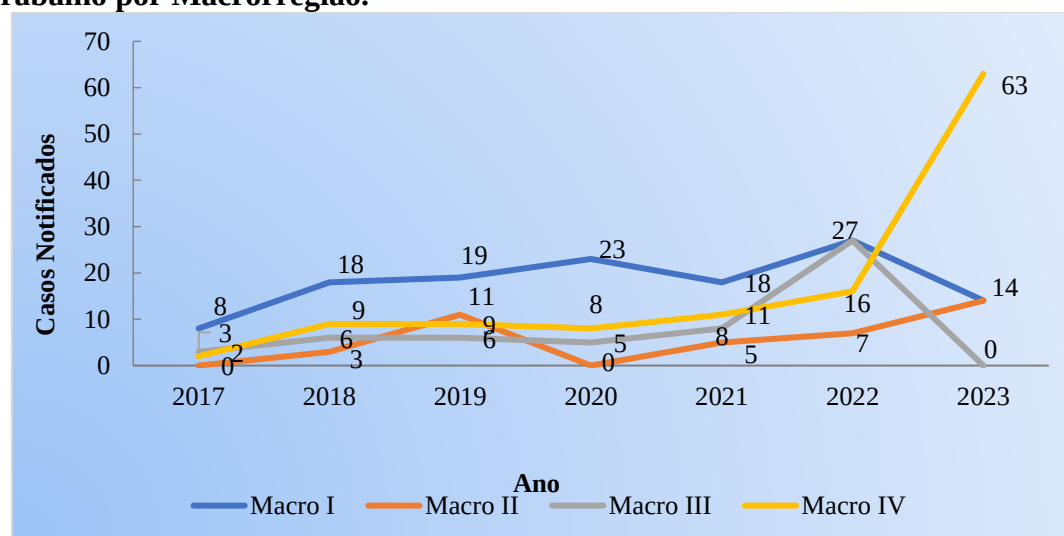
Figura 64 – Notificações de Intoxicação Exógena relacionada ao Trabalho por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 340 casos de violência interpessoal/autoprovocada relacionada ao trabalho. A macro I foi responsável pela notificação de 127 casos (37,4%) e a macro II foi a que menos notificou, com 40 registros (11,8%).

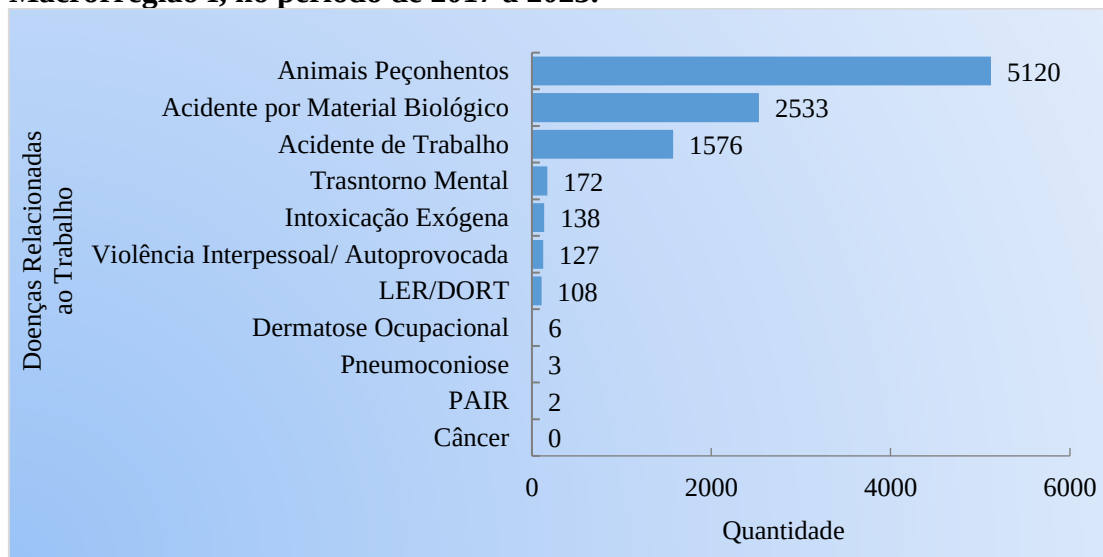
Figura 65 – Notificações de Violência Interpessoal / Autoprovocada relacionada ao Trabalho por Macrorregião.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 9.785 casos de doenças/agravs relacionados ao trabalho na Macro I, sendo o acidente por animais peçonhentos o mais prevalente 5.120 (52,3%) e relevante destacar que não houve nenhum registro de câncer relacionado ao trabalho no período em questão.

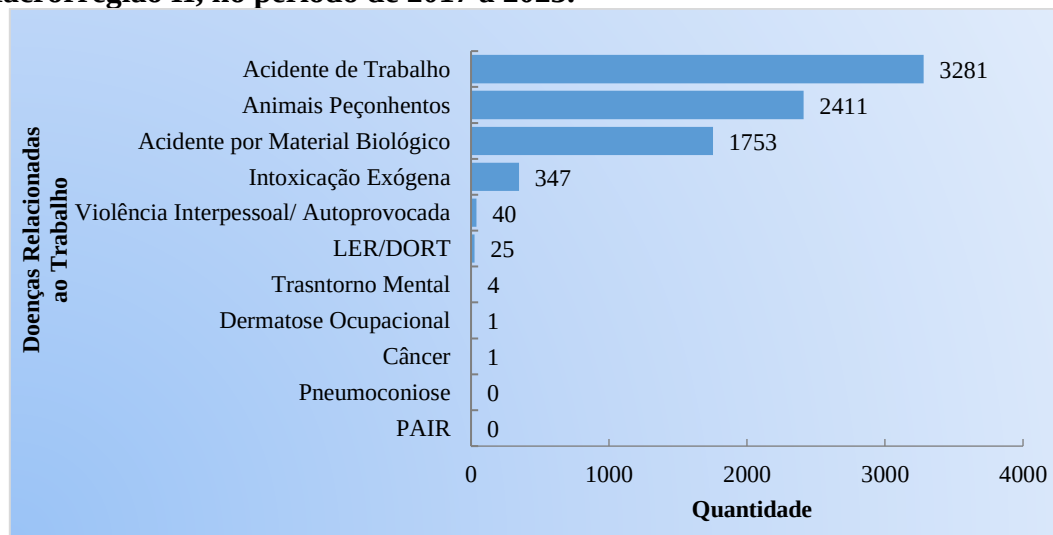
Figura 66 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião I, no período de 2017 a 2023.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 7.863 casos de doenças/agravos relacionados ao trabalho na Macro II, sendo o acidente de trabalho o mais prevalente 3.281 (41,7%) e vale destacar que não houve nenhum registro de PAIR e pneumoconiose no período analisado.

Figura 67 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião II, no período de 2017 a 2023.

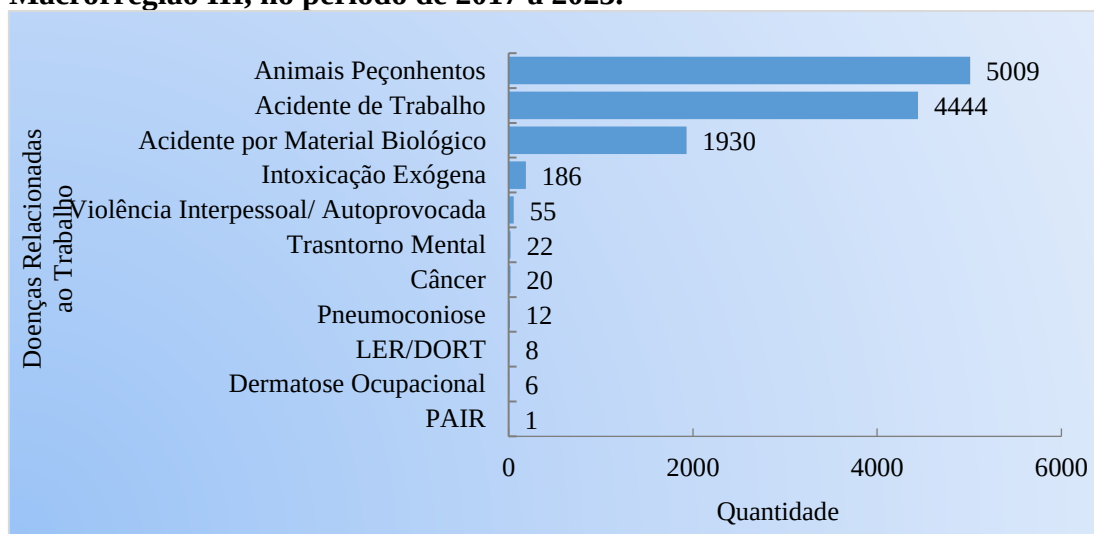


Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 à 2023 foram notificados 11.693 casos de doenças/agravos relacionados ao trabalho na Macro III, sendo o acidente por animais peçonhentos o mais

prevalente 5.009 (42,8%) e vale mencionar houve apenas 1 caso de PAIR no período mencionado.

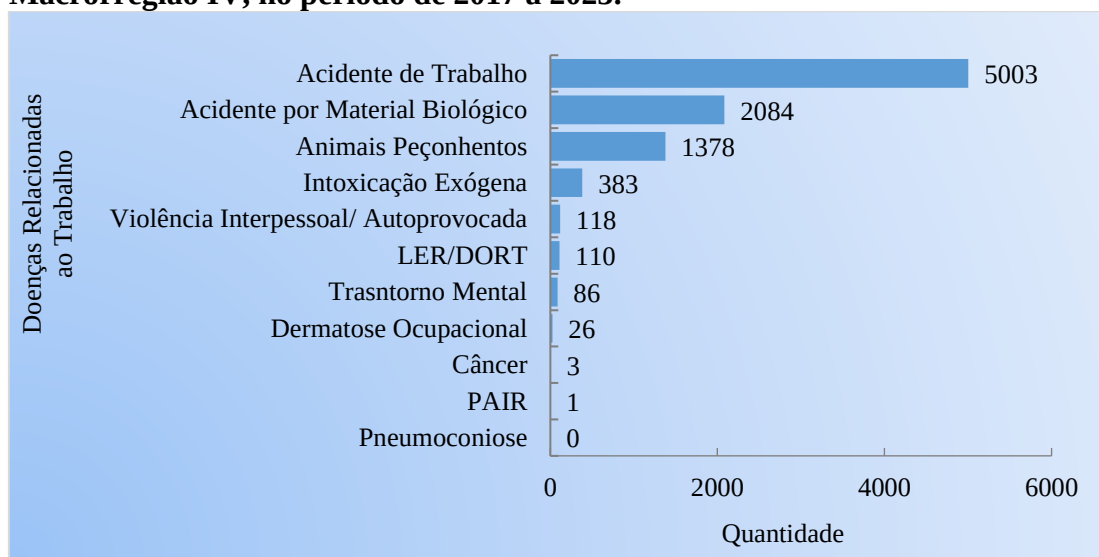
Figura 68 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião III, no período de 2017 a 2023.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

No período de 2017 a 2023 foram notificados 9.192 casos de doenças/agravos relacionados ao trabalho na Macro IV, sendo o acidente de trabalho o mais frequente 5.003 (54,4%) e não houve nenhum registro de pneumoconiose no período em questão.

Figura 69 – Quantidade de Notificações de Doenças Relacionadas ao Trabalho da Macrorregião IV, no período de 2017 a 2023.



Fonte: SINAN.Net/CEREST/PA.

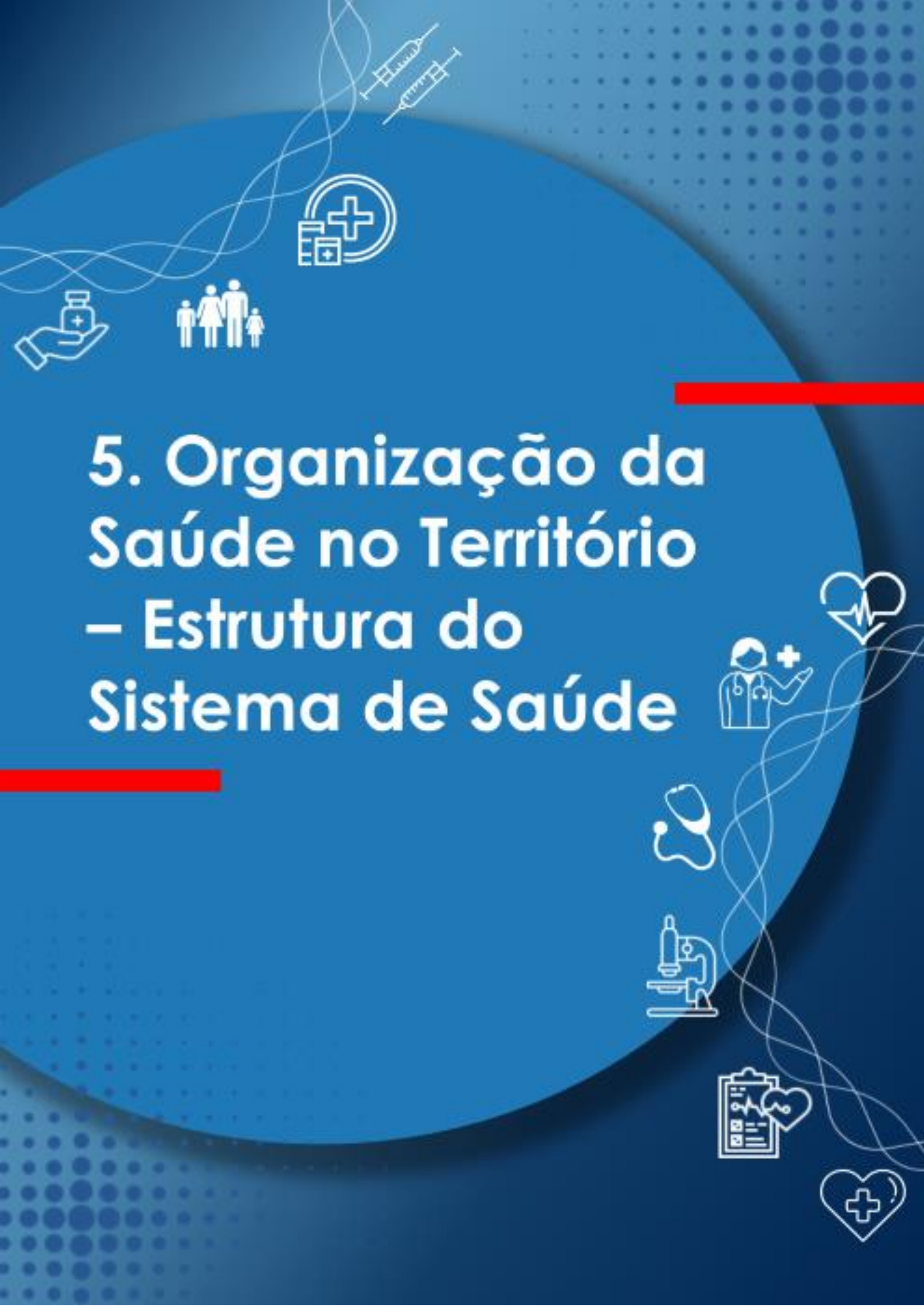
A distribuição das notificações dos agravos relacionados ao trabalho no Estado do Pará segue um padrão heterogêneo, apresentando municípios que são sensíveis a importância de notificar e outros mesmo tendo apoio matricial e capacitação para isso

continuam na condição de silenciosos ou notificando pouco a exemplo de São Miguel do Guamá que não notificou em 2023 um único caso de acidente de trabalho, Santa Cruz do Arari que não notifica a maioria dos agravos, Ourém, Igarapé-Miri, dentre outros.

Dos 11 agravos de notificação compulsória da Política Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, 3 são os mais notificados: Acidente de Trabalho (14.304) sendo os municípios de Uruará, Parauapebas e Belém os que mais notificaram; Acidente por Animais Peçonhentos (13.918) Portel, Medicilândia e Uruará são os destaques para esse agravo; Acidente com Exposição a Material biológico (8.900) Belém, Santarém e Castanhal; Intoxicação Exógena (1.050) Marabá, Ipixuna do Pará e Uruará; Violência Interpessoal e Autoprovocada (340) Belém, Ananindeua e Tailândia; Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (284) Belém, Canãa dos Carajás e Tucuruí; LER/DORT (251) Belém, Tucuruí e Salinópolis; Dermatose Ocupacional (39) Tucuruí, Redenção e Canãa dos Carajás; Câncer Relacionado ao Trabalho (24) Santarém, Canãa dos Carajás e Floresta do Araguaia; Pneumoconiose (15) Altamira, Belém e Marituba e PAIR com apenas 4 notificações ao longo da série histórica sendo Água Azul do Norte, Belém e Pacajá os únicos municípios que notificaram. Essa citação geral está demonstrada na série histórica acima, através de 11 gráficos, totalizando 39.038 notificações de agravos relacionados ao trabalho. Esses dados não representam a realidade dos acidentes nas cadeias produtivas do Estado do Pará, pois sabemos que as subnotificações são uma realidade, mas, o cenário atual mostra tendências a melhorar levando em conta que os 7 CERESTs, 1 Estadual e 6 Regionais vem trabalhando através da análise de situação de saúde do trabalhador para melhorar esses indicadores.

Superar os desafios e avançar na consolidação da Política Saúde do Trabalhador no Estado do Pará através de ações de promoção e vigilância é o objetivo dos CERESTs enquanto irradiador da cultura Saúde do Trabalhador.

5. Organização da Saúde no Território – Estrutura do Sistema de Saúde



5. ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO – ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

Nos últimos anos, o conceito de espaço tem recebido destaque no âmbito da saúde, emergindo como uma ferramenta crucial para sustentar a compreensão do conceito de risco. Isso é o resultado do acúmulo de diversas situações históricas, ambientais e sociais, as quais influenciam na produção de condições específicas para o surgimento de doenças (Gondim et al., 2008).

Assim, reconhecer e compreender esse território são passos fundamentais para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliar o impacto dos serviços de saúde nos níveis de saúde dessa população. Isso significa múltiplas capacidades de localização e visualização de populações, objetos e fluxos que o espaço proporciona, além da possibilidade de espacializar a situação de saúde por meio da análise da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais. Esses indicadores revelam as condições de vida das pessoas dentro de um determinado espaço (Gondim et al., 2008).

Desta forma, a organização da saúde no território é essencial para garantir o acesso equitativo e eficiente aos serviços de saúde em uma determinada região. Isso envolve o planejamento, a alocação de recursos, a coordenação entre diferentes instituições e a promoção de ações preventivas e de promoção da saúde. Ao compreender as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas do território, é possível adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas da população, promovendo assim uma abordagem mais centrada no paciente e na comunidade. Além disso, a organização da saúde no território também visa fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até os cuidados especializados, garantindo uma oferta contínua e integrada de serviços.

5.1. Serviço de Verificação de Óbito

O Serviço de Verificação de Óbito, tem como finalidade efetuar investigação clínica mediante a realização de exames “post-mortem”, especialmente para a elucidação diagnóstica, visando oferecer subsídios para a implementação de políticas de saúde pública, com ênfase no desenvolvimento de ações de Vigilância Epidemiológica de patologias infecto contagiosas, em plena observância ao que dispõe o parágrafo IV, do art. 8º da Portaria MS/GM Nº. 1.405 de 2006.

A implantação do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) possibilita a detecção das emergências epidemiológicas, o diagnóstico isolado ou surtos de doenças emergentes e reemergentes e ainda agravos inusitados, orientando a tomada de decisões para o controle de doenças, bem como permite o aprimoramento da qualidade da informação de mortalidade para subsidiar as políticas de saúde.

Diferente do Instituto Médico Legal - IML, que funciona para esclarecer morte por causas violentas e/ou acidentais, o SVO tem a função de pesquisar as causas de óbitos por morte natural, em consequência de alguma patologia que não pode ser identificada pelos métodos clínicos habituais ou em óbitos ocorridos sem assistência médica. A criação do serviço é fundamental para a comunidade e gera um impacto positivo na saúde e na proteção social, já que, a partir da informação correta da “causa mortis”, os gestores da saúde terão subsídios para traçar diretrizes e políticas de saúde, aumentando a eficiência das ações e, por conseguinte, o combate e controle das doenças que ameaçam a vida das pessoas.

A criação do SVO é mais uma ferramenta para a qualificação dos serviços de saúde ofertados à população, contribuindo com ações de melhoria da qualidade de vida. A proposta de atendimento às famílias que vierem a utilizar os serviços do SVO contempla os princípios da humanização, estabelecendo destarte um clima favorável à investigação e esclarecimento dos óbitos.

Através da Tabela 69, verifica-se que no ano de 2018 foram atendidos, 2.375 óbitos por causas naturais e foram analisados através de necropsia 510 óbitos (21,47%), no ano de 2019 foram 2.558 óbitos, com 802 (31,35%) necropsias, no ano de 2020 foram atendidos 2.817 óbitos, com 366 (12,99%) necropsias, no ano de 2021 foram 2.121 atendimentos com 684 (32,25%) necropsias, no ano de 2022 foram 2.352 atendimentos, com 1.819 (77,34%) necropsias, no ano de 2023 foram 2.486 atendimentos, com 1.886 (75,86%). Tal informação revela um avanço e um bom nível de análises realizadas pela metodologia mais segura pra se definir a causa de um óbito. Ressalta-se o ano de 2020, foi observado o menor percentual de necropsia (12,99%), período em que iniciou a pandemia de COVID 19, ficando suspenso o serviço de necropsia a nível Mundial.

Tabela 69 – Frequência de óbitos atendimentos pelo Serviço de Verificação de óbito e Necropsias realizadas, Região Metropolitana I Pará, 2018 a 2022.

Ano do Óbito	Óbitos Gerais	Necropsia	% Necropsia
2018	2375	510	21,47
2019	2558	802	31,35
2020	2817	366	12,99
2021	2121	684	32,25
2022	2352	1819	77,34
Total	12300	4181	33,99

Fonte: Sistema de Informação Sobre Mortalidade SIM/ Planilha de Óbitos do SVO.

5.2. Atenção Primária à Saúde

Cobertura da atenção básica

O estado do Pará em 2023 apresentou Cobertura Populacional estimada pelas Equipes de Atenção Primária no Estado do Pará de 99,67%, de acordo com os dados disponibilizados no mês de dezembro. As regiões de saúde que apresentaram um excelente desempenho (cobertura acima de 100%) foram: Rio Caetés (156,58%), metropolitana III (110,06%), Tapajós (109,17%), Marajó II (107,30%) e Baixo Amazonas (105,58%). A região de saúde que apresentou a menor cobertura de APS do estado foi a região Lago de Tucuruí (72,75%). As demais regiões apresentaram uma cobertura entre 85,19% (Carajás) a 95,78% (Metropolitana I).

Merece destaque o aumento de cobertura populacional de APS, no município de Belém, que iniciou o ano (janeiro) com 42,4% e encerrou o ano (dezembro) com 96,74%, um aumento de 54,34%. Este percentual representa um aumento de 270 equipes de saúde da família até dezembro de 2023. Este incremento foi o principal responsável pelo alcance de 99,67% de cobertura no estado do Pará.

O Estado do Pará apresentou um aumento de 411 equipes de Saúde da Família credenciadas até dezembro de 2023, 65,69% (270) no Município de Belém. O Estado encerrou o ano com 2.307 equipes credenciadas. 92 municípios apresentam cobertura igual ou acima de 100%. A maior cobertura populacional de APS é do município de Pau D'arco (262,22%) localizado na região do Araguaia e a menor cobertura é do município de Tailândia (37,64%) localizado na região Tocantins.

Tabela 70 – Total de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e % de Cobertura de ACS, no Estado do Pará, no Ano de 2022.

Total de ACS	15.88
Cobertura de ACS	104,08 %

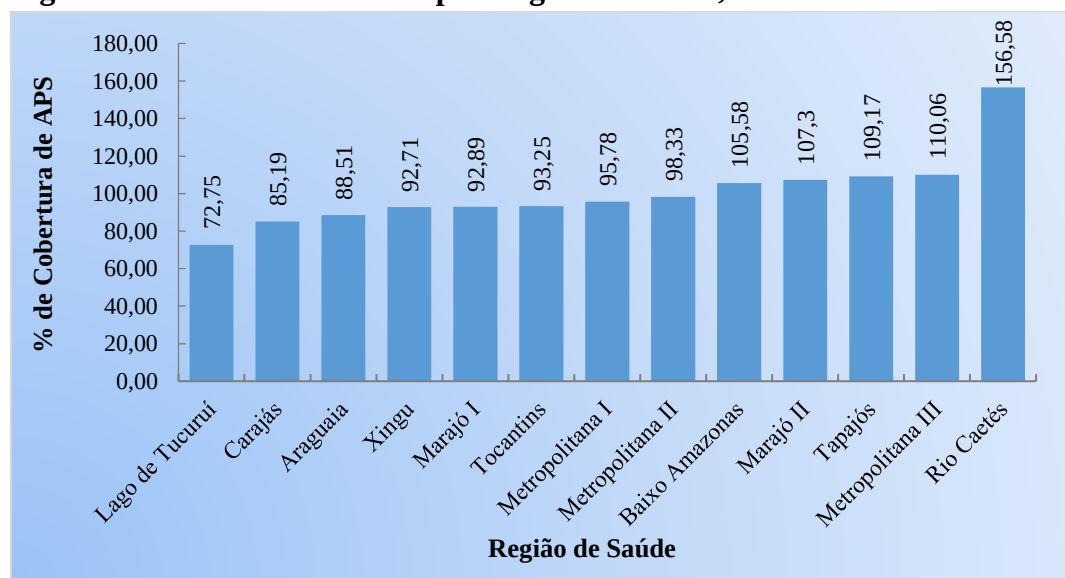
Fonte: e-gestor AB/relatório de financiamento/relatório de cobertura/2022.

Tabela 71 – Quantidade de Equipes de Saúde Da Família e Equipes de Atenção Primárias Financiadas e Percentual de Cobertura de Atenção Primária à Saúde.

ESF Financiadas	2.042
ESF Ribeirinha Financiadas	105
UBS Fluvial Financiadas	23
EAPs Financiadas	122
Consultório na Rua Financiados	7
Cobertura APS – Pará	99,67%

Fonte: e-gestor AB/relatório de financiamento/2022.

Figura 70 – Cobertura de APS por Região de Saúde, no Ano de 2022.



Fonte: e-gestor AB/ relatório de cobertura/2022.

Tabela 72 – Número de Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti), no Estado do Pará, no Ano de 2023.

eMulti – COD 72	211 eMultis 115 municípios

Fonte: DATASUS/DEZ-2023.

No ano de 2023, 115 municípios possuíam ao menos 1 equipe Multiprofissional na APS, cadastradas no CNES. O município que apresentou o maior número de equipes foi o município de Belém (16), seguido do município de Castanhal (14) e Parauapebas (10). As Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) foram instituídas pela **Portaria**

GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, classificadas em 3 modalidades de acordo com a carga horária, vinculação e composição profissional:

- Equipe Multiprofissional Ampliada (300 horas semanais e 10 a 12 equipes vinculadas);

- Equipe Multiprofissional Complementar (200 horas semanais e 5 a 9 equipes vinculadas);

- Equipe Multiprofissional Estratégica (100 horas semanais e 1 a 4 equipes vinculadas).

Atualmente, os municípios encontram-se em fase de implantação destas equipes, a partir do credenciamento para custeio federal.

Tabela 73 – Número de UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde/Academia da Saúde no Estado do Pará, no Ano de 2023.

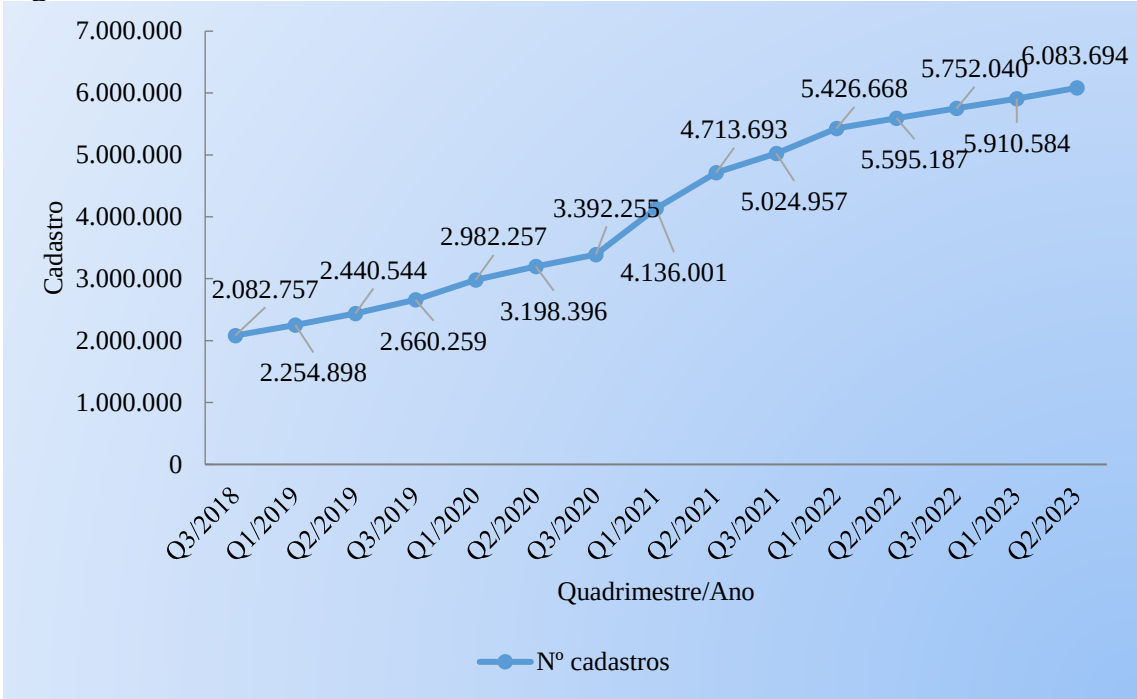
Especificação de Atendimento	Quantidade
Centro de Saúde/Unidade Básica	1.652
Posto de Saúde	715
Unidade Móvel Fluvial	40
Polo Academia da Saúde	108

Fonte: CNES/2023

Percentual de Cobertura de Famílias Totalmente Acompanhadas

Não há relatório que mensure este dado, sugerimos substituição para o **relatório de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família, equipes de atenção primária**. No ano de 2022, mais de 5 milhões de pessoas estavam cadastradas e vinculadas em equipes de saúde da família e atenção primária, nos 144 municípios.

Figura 71 – Relatório de Cadastros 2019 a 2023 do Estado do Pará.



Fonte: SISAB, 2023.

Tabela 74 – Número de Polos de Academia de Saúde em Funcionamento, recebendo custeio, por Região de Saúde.

Pará/Regiões de Saúde	Nº de Polos de Academia de Saúde em Funcionamento
Araguaia	12
Baixo Amazonas	3
Carajás	6
Lago Tucuruí	1
Metropolitana I	4
Metropolitana II	4
Metropolitana III	11
Marajó I	2
Marajó II	2
Rio Caetés	9
Tapajós	5
Tocantins	6
Xingu	3
Total	68

Fonte: <https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>

Materno-Infantil

O pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, quanto à estratificação gestacional ele pode

compreender em risco habitual onde deve ser realizado nos serviços de Atenção Primária à Saúde, garantindo a estratificação de risco gestacional a cada consulta e o Pré-natal de Alto Risco que é quando há critérios de maior risco materno e/ou fetal devendo ser realizado em serviço de maior complexidade, em que no estado são identificados apenas em 3 serviços no Estado, todos localizados na capital: na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA) e Unidade de Referência Materno Infantil (UREMIA), de gestão estadual e a Casa da Mulher do município de Belém. Apesar de alguns municípios contabilizarem o serviço de pré-natal de alto risco, identificamos que o que acontece é consulta especializada, sem o acompanhamento adequado conforme as diretrizes do ministério da saúde.

Em relação aos serviços habilitados para parto de alto risco, identificamos apenas 4 serviços no Estado, sendo três de gestão estadual e um de gestão municipal, sendo identificados outros serviços com potencialidades para assumir o perfil, porém aguardam nova portaria e abertura do sistema para inserção, conforme tabela abaixo.

Tabela 75 – Estabelecimentos de Saúde Habilitados pelo Ministério da Saúde ao Parto de Alto Risco.

Estabelecimento de Saúde	Município	Região de Saúde	Gestão
Fundação Santa Casa de Misericórdia	Belém	Metropolitana I	Estadual
Hospital Santo Antônio Maria Zacarias	Bragança	Rio Caetés	Estadual
Hospital Geral de Bragança	Bragança	Rio Caetés	Estadual
Hospital Santa Maria de Ananindeua	Ananindeua	Metropolitana I	Municipal

Fonte: <https://portalfns.saude.gov.br>

O Quadro 13 demonstra a distribuição de leitos neonatais existentes no Estado do Pará, por Região de Saúde.

Quadro 13 – Leitos Neonatais do SUS, por Região de Saúde e Local.

Região de Saúde	Local	Leitos Neonatais - SUS		
		Leitos Existentes		
		UTI	UCI	UCINCa
Metropolitana I	Marituba	0	8	0
	Hospital Divina Providência	0	8	0
	Santa Bárbara do Pará	0	0	0
	Ananindeua	10	10	0
	Hospital Anita Gerosa	0	10	0
	Hospital Santa Maria	10	0	0
	Belém	103	93	26

	Fundação Santa Casa	62	67	16
	Hospital da Ordem 3ª	6	0	0
	Hospital de Clínicas Gaspar Viana	10	0	0
	Hospital Beneficente Portuguesa	5	6	0
	Hospital Maternidade do Povo	0	0	0
	Hospital Abelardo Santos	20	20	10
	Benevides	0	0	0
Total da Região Metropolitana I		113	111	26
Marajó I	Chaves	0	0	0
	Muaná	0	0	0
	Unidade Mista de Muaná	0	0	0
	Ponta de Pedras	0	0	0
	Salvaterra	0	0	0
	Santa Cruz do Arari	0	0	0
	São Sebastião da Boa Vista	0	0	0
	Hospital Municipal de S. Seb. da Boa Vista	0	0	0
	Soure	0	0	0
	Afuá	0	0	0
	Cachoeira do Arari	0	0	0
Total da Região Marajó I		0	0	0
Marajó II	Bagre	0	0	0
	Curralinho	0	0	0
	Gurupá	0	0	0
	Melgaço	0	0	0
	Portel	0	0	0
	Anajás	0	0	0
	Breves	5	0	0
	H. Municipal de Breves	0	0	0
	H. Regional de Breves	5	0	0
Total da Região Marajó II		5	0	0
Tocantins	Abaetetuba	0	10	0
	Hospital Santa Rosa	0	10	0
	Igarapé-Miri	0	0	0
	Limoeiro do Ajuru	0	0	0
	Mocajuba	0	0	0
	Moju	0	0	0
	Oeiras do Pará	0	0	0
	Baião	0	0	0

	Barcarena	10	10	0
	Hospital Municipal	0	0	0
	Hospital Materno Infantil de Barcarena	10	10	0
	Cametá	0	0	0
	Hospital de Cametá	0	0	0
	Hospital Regional de Cametá	0	0	0
Total da Região Tocantins		10	20	0
Metropolitana II	Acará	0	0	0
	Colares	0	0	0
	Concórdia do Pará	0	0	0
	Santa Izabel do Pará	0	0	0
	Santo Antônio do Tauá	0	0	0
	São Caetano de Odivelas	0	0	0
	Tomé-Açu	0	0	0
	Vigia	0	0	0
	Bujaru	0	0	0
Total Da Região Metropolitana II		0	0	0
Metropolitana III	Capitão Poço	0	0	0
	Castanhal	0	12	0
	Hospital Magalhães	0	12	0
	Hospital São José	0	0	0
	Hospital Municipal de Castanhal	0	0	0
	Curuçá	0	0	0
	Garrafão do Norte	0	0	0
	Igarapé-Açu	0	0	0
	Inhangapi	0	0	0
	Ipixuna do Pará	0	0	0
	Irituia	0	0	0
	Mãe do Rio	0	0	0
	Magalhães Barata	0	0	0
	Maracanã	0	0	0
	Marapanim	0	0	0
	Nova Esperança do Piriá	0	0	0
	Paragominas	0	10	0
	Hospital Municipal de Paragominas	0	10	0
	Hospital Regional do Leste	0	0	0
	Santa Maria do Pará	0	0	0
	São Domingos do Capim	0	0	0
	São Francisco do Pará	0	0	0

	São João da Ponta	0	0	0
	São Miguel do Guamá	0	0	0
	Terra Alta	0	0	0
	Ulianópolis	0	0	0
	Aurora do Pará	0	0	0
Total da Região Metropolitana III		0	22	0
Rio Caetés	Capanema	0	0	0
	Nova Timboteua	0	0	0
	Ourém	0	0	0
	Peixe-Boi	0	0	0
	Primavera	0	0	0
	Quatipuru	0	0	0
	Salinópolis	0	0	0
	Hospital Regional Dr. Olimpio	0	0	0
	Santa Luzia do Pará	0	0	0
	Santarém Novo	0	0	0
	São João de Pirabas	0	0	0
	Tracuateua	0	0	0
	Viseu	0	0	0
	Hospital das Bem Aventuras	0	0	0
	Augusto Corrêa	0	0	0
	Bonito	0	0	0
	Bragança	10	20	0
	Hospital Santo Antonio Zaccaria	10	10	0
	Hospital Geral de Bragança	0	10	0
	Cachoeira do Piriá	0	0	0
Total da Região Caetés		10	20	0
Baixo Amazonas	Belterra	0	0	0
	Curuá	0	0	0
	Faro	0	0	0
	Juruti	0	0	0
	Mojuí dos Campos	0	0	0
	Monte Alegre	0	0	0
	Óbidos	0	0	0
	Oriximiná	0	0	0
	Hospital Municipal de Oriximiná	0	0	0
	Hospital e Maternidade S. Domingos Sávio	0	0	0
	Placas	0	0	0
	Prainha	0	0	0

	Santarém	19	0	0
	Hospital Regional do Baixo Amaxonas	19	0	0
	H. Municipal	0	0	0
	H. Sagrada Família	0	0	0
	Terra Santa	0	0	0
	Alenquer	0	0	0
	Hospital Santo Antonio de Alenquer	0	0	0
	Almeirim	0	0	0
	Hospital Municipal	0	0	0
Total da Região Baixo Amazonas		19	0	0
Tapajós	Aveiro	0	0	0
	Itaituba	0	10	0
	Hospital Municipal de Itaituba	0	10	0
	Jacareacanga	0	0	0
	Trairão	0	0	0
	Novo Progresso	0	0	0
	Hospital Municipal de N. Progresso	0	0	0
	Rurópolis	0	0	0
Total da Região do Tapajós		0	10	0
Xingu	Brasil Novo	0	0	0
	Medicilândia	0	0	0
	Uruará	0	0	0
	Vitória do Xingu	0	0	0
	Porto de Moz	0	0	0
	Senador José Porfírio	0	0	0
	Altamira	5	14	0
	H. Regional de Altamira	5	4	0
	H. Municipal São Raphael	0	10	0
	Pacajá	0	0	0
	Anapu	0	0	0
Total da Região Xingu		5	14	0
Araguaia	Água Azul do Norte	0	0	0
	Bannach	0	0	0
	Conceição do Araguaia	0	10	0
	H. Regional de Conceição do Araguaia	0	10	
	Cumaru do Norte	0	0	0
	Floresta do Araguaia	0	0	0
	Ourilândia do Norte	0	0	0

	Pau D'Arco	0	0	0
	Redenção	5	3	0
	H.Regional de Redenção	5	0	0
	H.Municipal Pedro Barcauí	0	3	0
	Rio Maria	0	0	0
	Santa Maria das Barreiras	0	0	0
	Santana do Araguaia	0	0	0
	São Félix do Xingu	0	0	0
	Sapucaia	0	0	0
	Tucumã	0	0	0
	Xinguara	0	0	0
	Total da Região Araguaia	5	13	0
Carajás	Abel Figueiredo	0	0	0
	Bom Jesus do Tocantins	0	0	0
	Brejo Grande do Araguaia	0	0	0
	Canaã dos Carajás	0	0	0
	Curionópolis	0	0	0
	Dom Eliseu	0	0	0
	Eldorado dos Carajás	0	0	0
	Itupiranga	0	0	0
	Marabá	9	6	0
	H. Regional do Sudeste	9	0	0
	H. Materno Infantil de Marabá - HMI	0	6	0
	Nova Ipixuna	0	0	0
	Palestina do Pará	0	0	0
	Parauapebas	0	10	0
	Hosp. Municipal de Parauapebas	0	10	0
	Piçarra	0	0	0
	Rondon do Pará	0	0	0
	São Domingos do Araguaia	0	0	0
	São Geraldo do Araguaia	0	0	0
	São João do Araguaia	0	0	0
	Total da Região Carajás	9	16	0
Lago de Tucuruí	Breu Branco	0	0	0
	Goianésia do Pará	0	0	0
	Jacundá	0	0	0
	Novo Repartimento	0	0	0
	Tailândia	0	0	0
	Tucuruí	10	12	0
	Hospital Regional de Tucuruí	10	12	0

	Hospital Municipal de Tucuruí	0	0	0
Total da Região Lagoa de Tucuruí		10	12	0
Total		186	238	26

Fonte: <https://portalfns.saude.gov.br>

5.2.1. Integração das Políticas

5.2.1.1. Saúde da Criança

A Coordenação Estadual de Saúde da Criança trabalha para a implantação e implementação de estratégias previstas nos 7 Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, visando o aperfeiçoamento e a operacionalização dos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade nos serviços de saúde. Neste sentido, vem atuando nas diversas Regiões do Estado na perspectiva de capacitar profissionais e qualificar os serviços nas estratégias que compõem cada um dos 7 Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de fortalecer as linhas de cuidado com a criança nos 144 municípios paraenses e promover a resolutividade Regional ou Macrorregional, com vista a Meta de **Redução da Mortalidade Infantil**.

5.2.1.2. Saúde do Adolescente

Fortalecer as redes de atenção à saúde, ampliar o acesso aos serviços à população de adolescentes e jovens e promover as ações intersetoriais são objetivos não só do estado, mas também se conectam às metas do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável – ODS, no que concerne à saúde. Neste contexto, as ações voltadas ao adolescente e jovem estiveram alinhadas às diretrizes e objetivos do PAS e PPA do estado, mas especificamente integram as metas da diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde- DPAIS.

As ações e resultados alcançados no período de 2019 a 2022 tiveram como foco fomentar a implantação e implementação das diretrizes nacionais de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens em 60% (86) dos municípios do estado do Pará. Como resultado foram trabalhados (87%) 87 municípios com as ações do Programa Saúde na Escola-PSE; (44%) 65 municípios foram desenvolvidos ações voltadas ao adolescente e jovem tais como a implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente; Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), que abrange cinco municípios (Belém, Ananindeua, Benevides, Marabá e Santarém) no estado; prevenção da gravidez na adolescência; prevenção das violências.

Ações de capacitação, monitoramento e assessoramento aos municípios é o foco desta coordenação. Bem como, acompanhar os indicadores da gravidez na adolescência e do indicador das Unidades Notificadoras da Violência.

A tabela 76 demonstra os resultados do indicador Unidades de Saúde Notificadoras de Violências por Região de Saúde no Pará. Nesta, observa-se o incremento desse indicador a cada ano, com exceção de 2020, que coincidiu com o contexto pandêmico de COVID-19 no qual houve restrição no acesso aos serviços.

Mediante a análise da série histórica por regiões de saúde, observou-se que de modo geral as regiões vêm avançando quanto ao número de unidades notificadoras no território, exceto pelas regiões do Marajó I, Metropolitana II e Lago do Tucuruí que possuem os menores índices no estado. Este cenário sugere maior vulnerabilidade e necessidade de apoio às equipes nessas regiões.

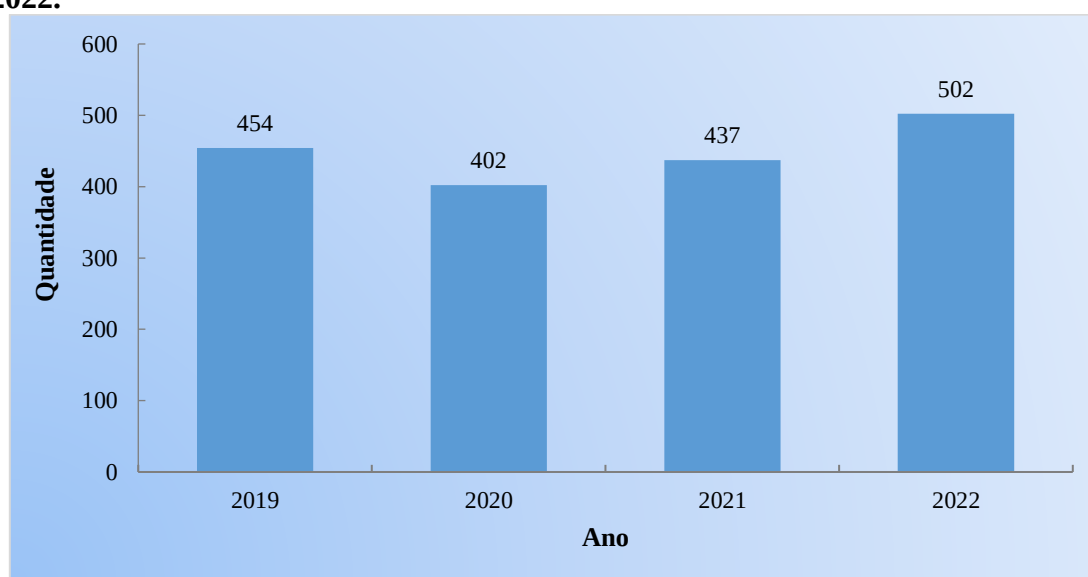
Tabela 76 – Quantidade de Notificações de Violência, por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022
Metropolitana I	63	53	47	56
Metropolitana II	17	7	10	14
Metropolitana III	81	58	57	70
Marajó I	6	4	7	6
Marajó II	14	17	14	23
Rio Caetés	32	47	45	41
Baixo Amazonas	71	71	79	79
Tapajós	11	8	24	24
Tocantins	35	27	30	36
Carajás	69	54	62	75
Lago de Tucuruí	14	16	15	21
Araguaia	22	20	26	32
Xingu	19	20	21	25
Pará	454	402	437	502

Fonte: SINAN/ DEPI/ SESPA.

Nota: Base de dados obtida em 20/04/2023.

Figura 72 – Número de Unidades Notificadoras de Violência no Pará de 2019 a 2022.



Fonte: SINAN/ DEPI/ SESPA.

Nota: Base de dados obtida em 20/04/2023.

Como mostra a figura 72, ao longo da série histórica o indicador do número de unidades notificadoras vem gradativamente subindo ao longo dos anos. Entretanto em 2020 este indicador tenha sofrido sutil oscilação em virtude das restrições impostas pela pandemia por COVID 19 quando o acesso aos serviços de saúde esteve mais restrito, impactando neste declínio.

A tabela 77, demonstra os números de casos notificados contra adolescente e jovens por região de saúde. Se observa um incremento no número de casos notificados nas regiões Metropolitana I e Lago do Tucuruí, quando comparados as demais regiões de saúde. Enquanto, as regiões Metropolitana II e Marajó I ainda apresentam um reduzido número. É importante ressaltar que esta diminuição possa estar atrelada a diversos fatores, como: falta de registro, medo de represálias e entre outros.

Tabela 77 – Número Absoluto de Casos de Violências Notificados Contra Adolescentes e Jovens (10 a 24 Anos) por Região de Saúde, de 2018 A 2022.

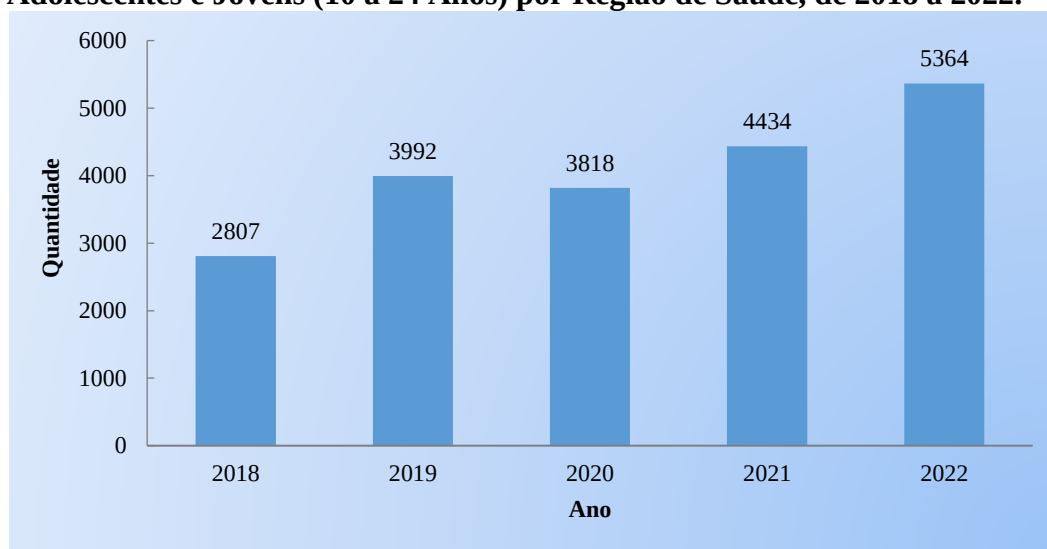
Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Metropolitana I	1031	1398	1721	1651	1764
Metropolitana II	13	35	26	30	78
Metropolitana III	154	359	189	180	229
Marajó I	14	24	15	24	19
Marajó II	58	139	69	95	140
Rio Caetés	82	196	158	180	126
Baixo Amazonas	51	279	413	525	729
Tapajós	45	81	57	113	141
Tocantins	190	167	96	123	286
Carajás	220	375	385	600	740

Lago de Tucuruí	589	488	340	479	507
Araguaia	31	97	98	88	144
Xingu	329	354	251	346	461
Pará	2807	3992	3818	4434	5364

Fonte: SINAN/ DEPI/ SESPA.

Nota: Base de dados obtida em 20/04/2023.

Figura 73 – Número Absoluto de Casos Notificados de Violências Contra Adolescentes e Jovens (10 a 24 Anos) por Região de Saúde, de 2018 a 2022.



Fonte: SINAN/ DEPI/ SESPA. Base de dados obtida em 20/04/2023.

Na Figura 73, observa-se que o número absoluto de casos de violência notificados contra adolescentes e jovens no estado vem tendo um incremento significativo anualmente. No entanto, convém ressaltar que se observa uma sutil redução no ano de 2020 o que sugere está relacionado as restrições impostas pela pandemia por COVID 19.

5.2.1.3. Programa Saúde nas Escolas

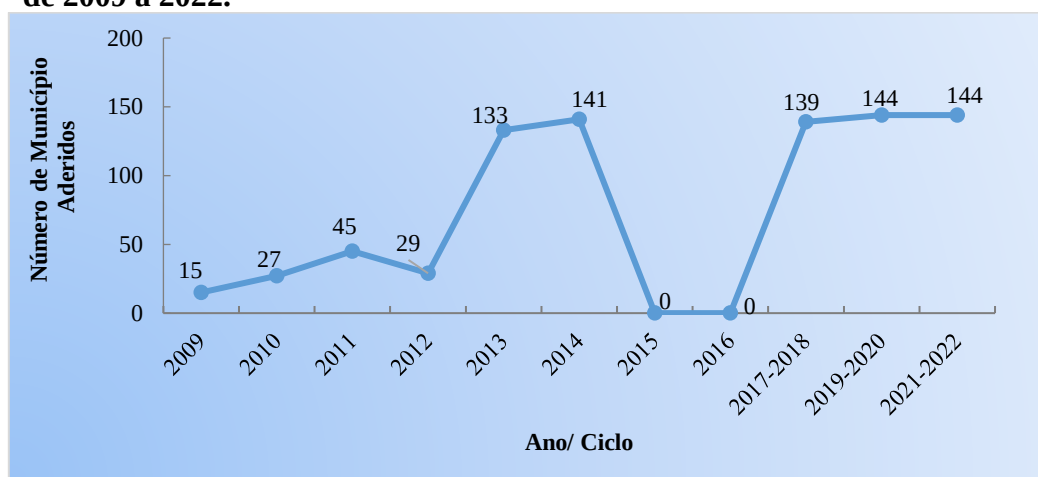
O Programa Saúde na Escola (PSE), há quinze anos vem sendo desenvolvido no Brasil, funcionando nas três esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, cada um com seu papel definido. Nestes quinze anos de execução, a SESPA teve participação ativa, em parceria com a Secretaria Estadual de Educação (SEDUC), apresentando bons resultados nos últimos ciclos, num movimento constante de busca por melhoria na qualidade das ações realizadas.

Assim, o PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Visa estabelecer uma articulação entre os âmbitos da

Saúde e da Educação, com vistas em proporcionar melhores condições de saúde para aprimorar o aprendizado dos alunos da educação básica, se constituindo desta forma como uma estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

No que se refere às adesões ao PSE, verifica-se que o Estado do Pará apresentou uma oscilação no número de municípios que aderiram ao programa nos primeiros anos. Isso deveu-se aos critérios que eram definidos a cada ano, os quais tornavam os municípios aptos ou não aptos a aderirem, conforme observa-se na figura 74 a seguir:

Figura 74 – Série Histórica das Adesões ao PSE no Estado do Pará, no período de 2009 a 2022.



Fonte: Portarias de Adesão do PSE.

Os critérios apontados nas portarias de adesão estavam relacionados ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), o percentual de cobertura populacional por Equipes de Estratégia Saúde da Família, ter escolas participantes do Programa Mais Educação, e ainda ter a Caderneta de Saúde do Adolescente implantada. Esses critérios tornavam muitos dos municípios do estado não aptos, por isso tem-se na série histórica das adesões certa oscilação no número de municípios aderidos no Estado do Pará ao longo dos anos.

Do mesmo modo, analisando o Painel de Adesão, verifica-se que o número de escolas pactuadas vem crescendo apresentando um incremento de 24%, assim como o número de alunos pactuados (10,49%), o número de alunos em creche que apresentou um crescimento significativo de 56,51%, bem como o número de creches pactuadas (51,91%). O que demonstra uma maior capilaridade do programa a cada ciclo nos

municípios do Estado do Pará, que vem reconhecendo a importância do programa, bem como sua efetividade, conforme verifica-se na tabela abaixo:

Tabela 78 – Paineis de Adesão ao Programa Saúde na Escola no Estado do Pará por Ciclo.

PAINEL DE ADESAO	BIÊNIO			INCREMENTO (%)
	2017-2018	2019-2020	2021-2022	
Municípios Aderidos	139	144	144	3,60
Escolas Pactuadas	4.719	4.987	5.862	24,22
Escolas Prioritárias	-	-	5.334	-
Alunos Pactuados	1.245.459	1.283.868	1.376.116	10,49
Alunos em Creche Pactuados	38.429	47.463	60.147	56,51
Equipes de Saúde Pactuadas	-	2.256	3.277	-
Creches Pactuadas	994	1.140	1.510	51,91

Fonte: Painel de Adesão do PSE, 2017; 2019; 2021.

O desempenho dos municípios na realização das ações é avaliado por meio do registro das ações, feita pelos profissionais de saúde no SISAB. As ações devem ser cumpridas no primeiro ano do ciclo, para receberem a parcela do segundo ano do ciclo.

No ciclo 2017-2018, a meta era realizar e registrar a ação “Ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti*”, em todas as escolas pactuadas. Neste ciclo, 84% dos municípios do Estado do Pará, ou seja, 121 municípios realizaram as ações do PSE, registraram no sistema e receberam os recursos no segundo ano do ciclo.

No ciclo 2019-2020, os municípios deveriam realizar, no mínimo, cinco ações prioritárias: 1. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; 2. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; 3. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; 4. Verificação e atualização da situação vacinal; 5. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

A SESPA/CESAJ realizou neste período, Trinta e três Seminários de Boas Práticas no Programa Saúde na Escola, trazendo a discussão dos temas do PSE, em suas bases conceituais e teóricas, assim como esclarecimentos sobre as diretrizes do programa, seus objetivos, metas e operacionalização, dando espaço ainda, para os municípios mostrarem suas experiências no desenvolvimento das ações do PSE, em ciclos anteriores, e/ou discutir planejamentos com as equipes de saúde e educação.

Neste período, 62 municípios do Estado do Pará, ou seja, 43% ficaram acima da média nacional de 54,11% de cobertura das ações prioritárias, dentre estes 7 alcançaram

100% e 36 ficaram acima de 80% de cobertura das ações. Deste modo, 127 municípios registraram pelo menos uma ação prioritária no SISAB, correspondendo a 88% dos municípios paraenses, que registraram as ações no sistema e receberam os recursos no segundo ano do ciclo 2020. Ainda em 2020, devido a Pandemia da COVID 19, foi incluído o décimo terceiro tema “Prevenção a COVID 19 nas Escolas”, permitindo a realização da ação na modalidade remota.

No ciclo 2021-2022, o programa manteve as treze ações e a orientação de realizar as ações na modalidade à distância, podendo alternar entre presencial e/ou híbrida, tendo como meta, a realização das ações de Prevenção a COVID 19 nas Escolas, em todas as escolas e mais dois temas/ações, não sendo exigido em todas as escolas.

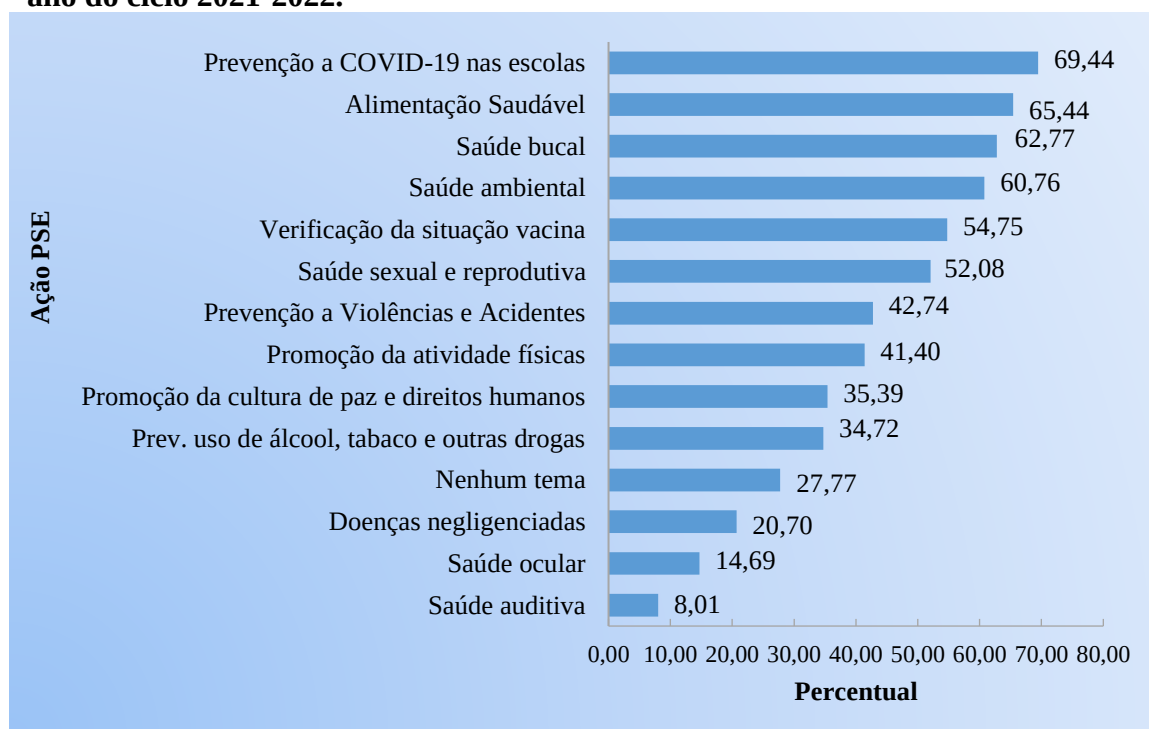
Devido a pandemia da COVID 19, a SESPA/CESAJ, investiu em webconferências para capacitar as equipes de saúde e educação para a realização das ações. Foram realizadas também capacitações presenciais, com ênfase nas estratégias de ações no PSE no Contexto da Pandemia do COVID 19.

Assim, em 2021, os 144 municípios do estado foram apoiados e aderiram ao PSE, alcançando a cobertura de 100%. Segundo o Relatório de Monitoramento do MS, 104 municípios realizaram as ações e as registraram no e-sus, alcançando a meta mínima do programa em 2021 e recebendo a segunda parcela do recurso em 2022.

Deste modo, verificou-se que 72% dos municípios do estado realizaram as ações do PSE. Destes, 98 municípios ficaram acima da meta mínima. Assim, fazendo uma análise comparativa, apesar das metas e situações serem diferentes, detectou-se que o desempenho dos municípios do Estado, mantém uma média de 81,3% se considerarmos estes últimos ciclos bianuais.

Analisando o desempenho dos municípios em 2021, verificou-se que trinta e oito municípios realizaram entre dez e treze ações do programa, sendo que o tema/ação mais realizado pelos municípios do Estado do Pará, depois do tema prioritário de prevenção à covid-19 nas escolas, foi a Alimentação Saudável e Prevenção a Obesidade (94,23%), seguida de Prevenção a Saúde Bucal (90,4%), Saúde Ambiental (87,50%) e Verificação da Situação Vacinal (78,85%), em contrapartida, os temas/ações de Saúde Ocular (14,69%) e Saúde Auditiva (8,01%) apresentam o pior desempenho, conforme se demonstra abaixo:

Figura 75 - Percentual de Frequência de Ações/Temas do PSE, Realizados no 1º ano do ciclo 2021-2022.



Fonte: SISAB/SAPS-MS.

Contudo, o Programa Saúde na Escola vem sendo monitorado pela SESPA pela Coordenação Estadual de Saúde do Adolescente e Jovem (CESAJ) que apoia os 144 municípios do estado por meio de assessoramento e capacitação presencial e a distância para a eficácia das ações nos municípios.

5.2.1.4. Saúde da Mulher

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a saúde das mulheres é agravada pelos aspectos de discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico, além de variáveis de raça, etnia e situação de pobreza que realçam ainda mais as desigualdades.

No estado do Pará, apesar de observada melhora dos indicadores em relação a anos anteriores, quando analisados o acesso ao serviço de saúde voltado para mulheres, ainda percebe-se fragilidades na qualificação e dados epidemiológicos qualificados que possibilitem melhor desenvolvimento da política.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de colo uterino é o terceiro mais incidente em mulheres a nível de Brasil e o segundo da região Norte e o câncer de mama é o mais incidente entre mulheres. No Pará, de janeiro a dezembro de 2023 apenas 64 apresentaram dados com alcance da meta estadual para relação entre

coleta de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos chegando à uma razão de 0,33, com alcance de meta em apenas 3 regiões de saúde (Tapajós, Rio Caetés e Baixo Amazonas). Já em relação ao acesso à mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, as regiões apresentam resultados bem abaixo do esperado chegando a uma meta de 0,13, com apenas 52% de alcance da meta do indicador, onde nenhuma região alcançou a meta, ficando todos com menos de 0,25 de mamografias de rastreamento realizadas. Dos 144 municípios, apenas 05 municípios alcançaram a meta estadual (Pau D'arco, Brasil Novo, Barcarena e Canaã dos Carajás). Da produção total de exames citopatológicos cadastrados no SISCAN 83,11% foram dentro da faixa etária de 25 a 64 anos, porém corresponderam a 74,3% do quantitativo necessário de exames para o alcance da meta. As regiões de Tapajós, Rio Caetés e Baixo Amazonas apresentam melhores resultados com uma razão de 0,66; 0,61 e 0,49, respectivamente, enquanto que as regiões do Marajó I, Metropolitana I e Lago Tucuruí com uma razão de 0,18; 0,16 e 0,18 respectivamente, com o município de Belém com apenas 0,03 de razão e o município Santa Cruz do Arari com apenas 03 exames cadastrado como realizado. No entanto o que chama atenção é que os Municípios de Anajás e Portel, também da região do Marajó, apresentaram bons índices alcançando inclusive a meta nacional com 0,84 e 1,04, nessa ordem. Assim, será necessário trabalhar junto aos municípios estratégias de busca ativa e fortalecimento do acesso ao exame citopatológico do colo do útero (PCCU) e treinamento do SISCAN para profissionais dos três níveis de atenção da rede de atenção municipal e estadual; Implementação e qualificação do rastreamento organizado e das diretrizes do controle do câncer do colo de útero e mama, aumentando a cobertura do rastreamento e da proporção de exames registrados no SIA/SUS, e o aprimoramento do seguimento dos casos alterados. Em relação a mamografias, o estado realizou 62.547 mil mamografias no ano de 2023, sendo 63,1% dentro da faixa etária do indicador, porém apenas 50,2% do quantitativo necessário.

Outro indicador importante de análise é a mortalidade materna, onde avalia sobretudo a qualidade de vida da população, pois grande parte das mortes são evitáveis, atingindo, na sua maioria, a população com baixo poder econômico, baixa escolaridade, adolescentes e mulheres que vivem em áreas rurais e/ou de difícil acesso aos serviços de saúde.

No Pará, considerando que o Sistema de Informação de Mortalidade encontra-se aberto para 2023, os dados obtidos são preliminares, e até março de 2024 os dados

mostram alcance da meta pactuada, com 78 óbitos notificados até então, no entanto os dados serão continuamente avaliados até o fechamento do sistema.

Em análise do indicador observamos que as regiões Metropolitana III reduziu 50% dos óbitos de 2022 para 2023, assim como o Baixo Amazonas que vem reduzindo gradativamente o número de óbitos maternos chegando a um número de 26 óbitos maternos notificados em 2021, passando para 12 em 2022 e chegando a 10 óbitos notificados em 2023, Rio Caetés reduziu 64,2% o número de óbitos de 2022 para 2023. Os municípios que melhor se destacaram foi Santarém que em 2021 notificou 17 óbitos maternos, passando para 6 em 2022 e apenas 2 em 2023. Marabá também vem apresentando redução do número de óbitos notificados no sistema SIM, uma vez que 2021 notificou 7 óbitos maternos passando para 2 em 2022 e 2023. Já Ananindeua que não notificou nenhum óbito em 2022, em 2023 aparece com 6 óbitos. Devemos considerar que o sistema de informação de mortalidade ainda se encontra aberto para 2023, logo os dados são provisórios podendo haver mudança conforme as investigações de óbitos maternos e óbitos em mulheres em idade fértil forem ocorrendo.

No entanto para analisar o desfecho da gestação e puerpério é necessário analisar indicadores de qualificação de manejo e conduta durante a gestação como o percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas que no Pará vem apresentando melhora gradativa, buscando atender ao preconizado pelo ministério da saúde com objetivo de garantir acesso precoce ao pré-natal, com acesso aos exames necessários em cada idade gestacional e acompanhamento de todo ciclo gestacional. Em 2023 o alcance foi de com 59,96% de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal com 96,99% da meta pactuada, o que corresponde a 5% de aumento em relação a 2022, e o indicador de percentual de parto normal no SUS e saúde suplementar com alcance de 69,6% no ano de 2023, o que representa 2,3% a menos do alcançado no ano de 2022. Assim, o percentual de parto normal reduzido aumenta o risco para óbitos maternos, uma vez que o perfil epidemiológico de mortalidade materna demonstra um maior risco de morrer em mulheres que são submetidas à partos cesarianos.

Assim, como aponta a política de atenção integral à saúde da mulher a morbimortalidade do gênero feminino frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Onde os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-

degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição).

Por isso, como estratégia estadual para 2024 e alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentáveis, as ações serão voltadas para a ampliação da oferta contraceptiva, promoção da saúde sexual e reprodutiva e fortalecimento da rede de atenção materna para garantia de direitos e redução da morbimortalidade a fim de fortalecer o papel da saúde sexual e reprodutiva, e da igualdade de gênero, no desbloqueio de um futuro mais próspero e relacionado à autonomia de mulheres e meninas adolescentes que assegurem a tomada de decisões conscientes sobre relações sexuais, o uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva.

5.2.1.5. Saúde do Homem

O maior desafio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é promover o aumento do acesso masculino aos serviços de saúde a partir da Atenção Primária, que abrange a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação. O objetivo é reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade que atingem a população masculina. Tem-se como meta o estímulo de hábitos saudáveis como alimentação correta, prática atividades físicas, consumo moderado de álcool e eliminação do tabagismo. O conjunto dessas práticas constitui poderosa ferramenta para o combate de agravos, sobretudo doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências. Ademais, devemos acrescentar a observação da cobertura vacinal (que previne mais de 20 doenças), exames laboratoriais de rotina (hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides, creatinina, ureia, etc.) e consultas com profissionais da APS (médicos, enfermeiros e dentistas).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no período de 2015 a 2020, o número de consultas masculinas (homens de 20 a 59 anos de idade) da APS corresponde somente a 25,3% do número total de consultas da APS. A adesão ao Programa Saúde na Hora, seria uma forma de mitigar o problema, uma vez que cria horários alternativos compatíveis com a jornada laboral. De qualquer forma ainda há fatores socioculturais, estruturais e econômicos que impedem ou dificultam o acesso masculino aos serviços de saúde.

A principal estratégia da SESPA é promover oficinas de qualificação da PNAISH aos gestores e profissionais da Atenção Primária. As oficinas visam à implementação da

política pelos municípios com a abordagem de 05 eixos: acesso e acolhimento, doenças prevalentes, paternidade e cuidado (pré-natal do parceiro), saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violências.

De acordo com o levantamento feito no SISAB, as consultas masculinas dentro da APS no Estado do Pará, vem aumentando continuamente, o que reflete bons resultados das ações que vem sendo desenvolvidas a nível Estadual.

Desde 2018 temos acompanhado um aumento contínuo do número de consultas masculinas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, de modo a cumprir o objetivo principal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, ou seja, ampliar o acesso masculino aos serviços de saúde da APS.

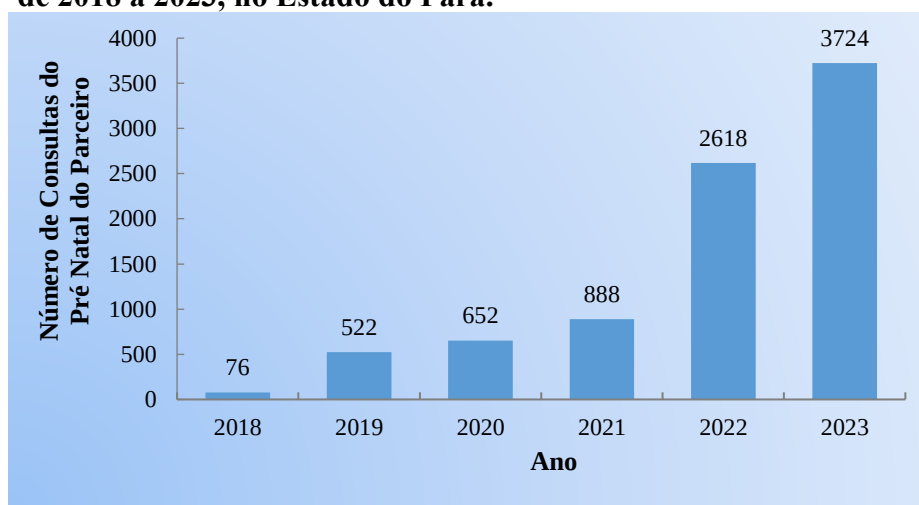
Figura 76 – N° de Consultas de Atendimento Individual no Homem de 19-59 anos, 2018-2023.



Fonte: SISAB, 2024.

A estratégia do pré-natal do parceiro passou a ser divulgada pelo Ministério da Saúde em 2016, com o lançamento do Guia do Pré-Natal do Parceiro. Desde então, observou-se que o registro do procedimento no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS) ainda era incipiente. Ao longo dos últimos 4 anos intensificaram-se as ações de capacitações e qualificações da APS por meio de oficinas e webconferências, o que contribuiu para o aumento do acesso do homem às consultas de pré-natal do parceiro.

Figura 77 – N° de Consultas do Pré-Natal do Parceiro Homem, no período de 2018 a 2023, no Estado do Pará.



Fonte: SISAB, 2024.

De acordo com a Tabela 79, constata-se que causas por Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (decorrentes, sobretudo, de violência interpessoal e acidente de trânsito) lideram o ranking. As maiores vítimas são os mais jovens, devido à imprudência. Em contrapartida, podemos ver o aumento de internações, por doenças do aparelho circulatório, à medida que a idade avança. Dentre as principais doenças do aparelho circulatório, temos infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

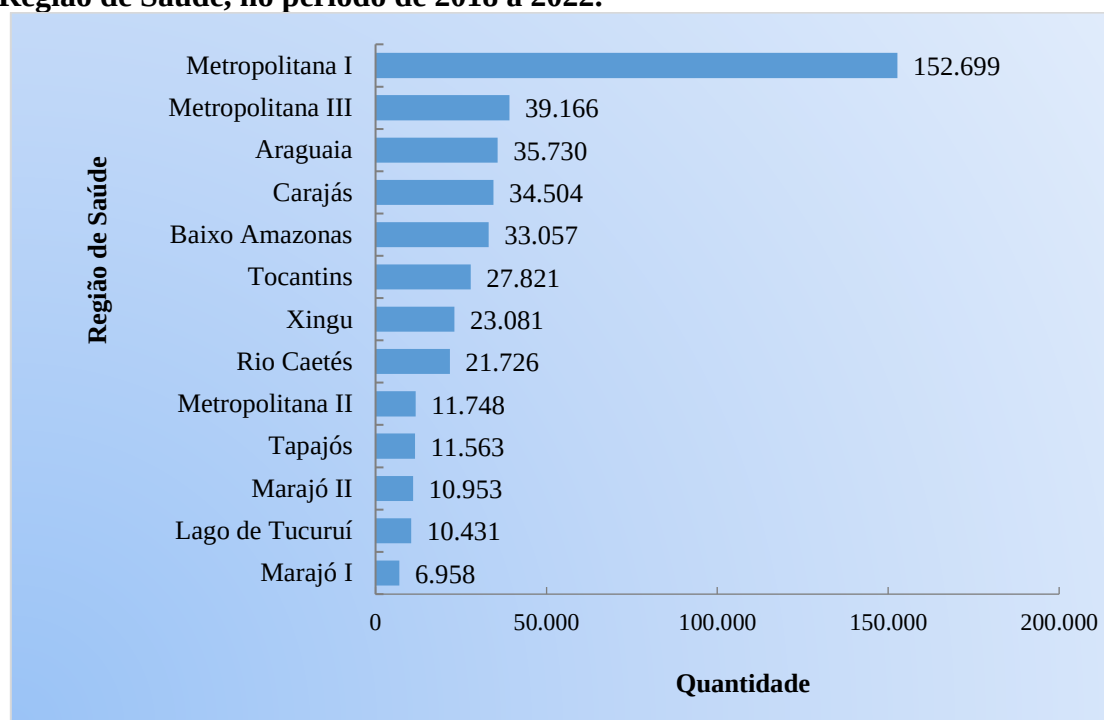
Tabela 79 – Número de Internações Masculinas por Idade e Causas CID-10, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

CID - 10	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	44.647	39.484	30.378	20.014
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13.270	15.575	16.339	16.482
Doenças do aparelho digestivo	12.724	14.863	15.703	14.982
Doenças do aparelho respiratório	7.439	7.023	7.034	7.652
Doenças do aparelho geniturinário	5.555	6.213	6.620	7.571
Doenças do aparelho circulatório	1.980	3.465	6.243	11.542

Fonte: DATASUS, 2023.

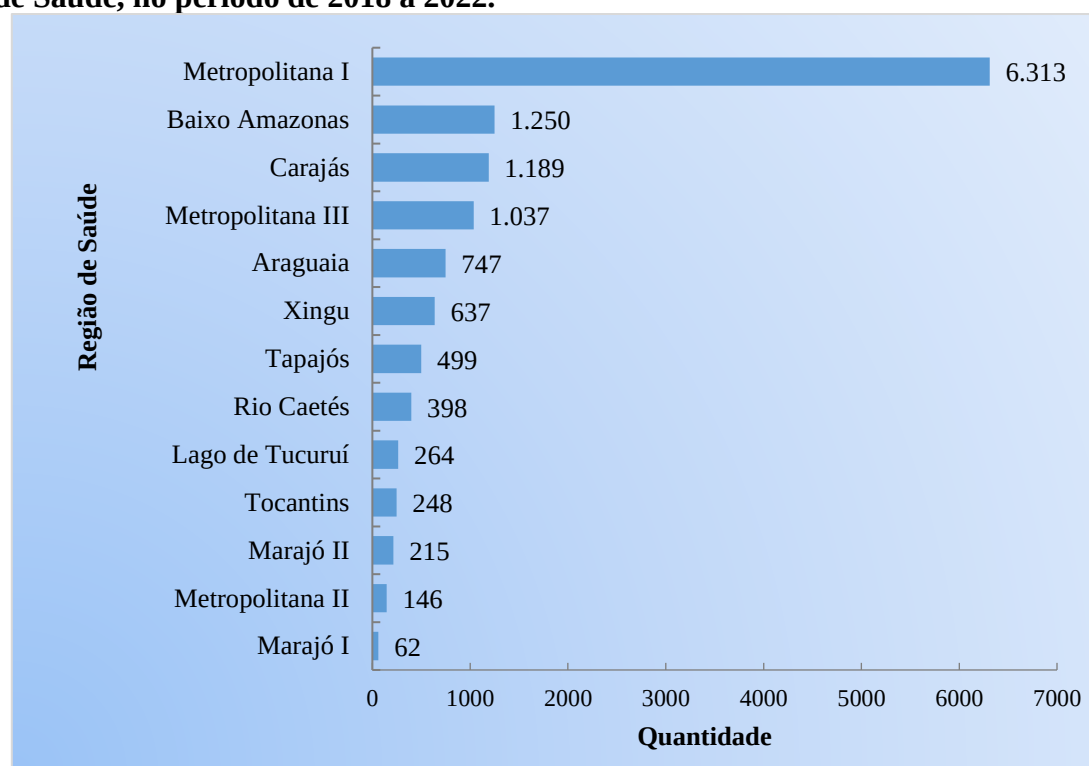
Os dados de internação e óbitos muito se assemelham no que tange a distribuição por Região de Saúde (figuras 78 e 79), uma vez que a maior incidência, em ambos, ocorre na Região de Saúde Metropolitana I, onde temos a Região Metropolitana de Belém, com maior concentração populacional do Estado, maior rede de atenção à saúde (maior número de notificações), maior frota de veículos motorizados, maior alcance a alimentos industrializados (assim como álcool e tabaco).

Figura 78 – Internações Masculinas, segundo a Faixa Etária de 20 a 59 anos, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.



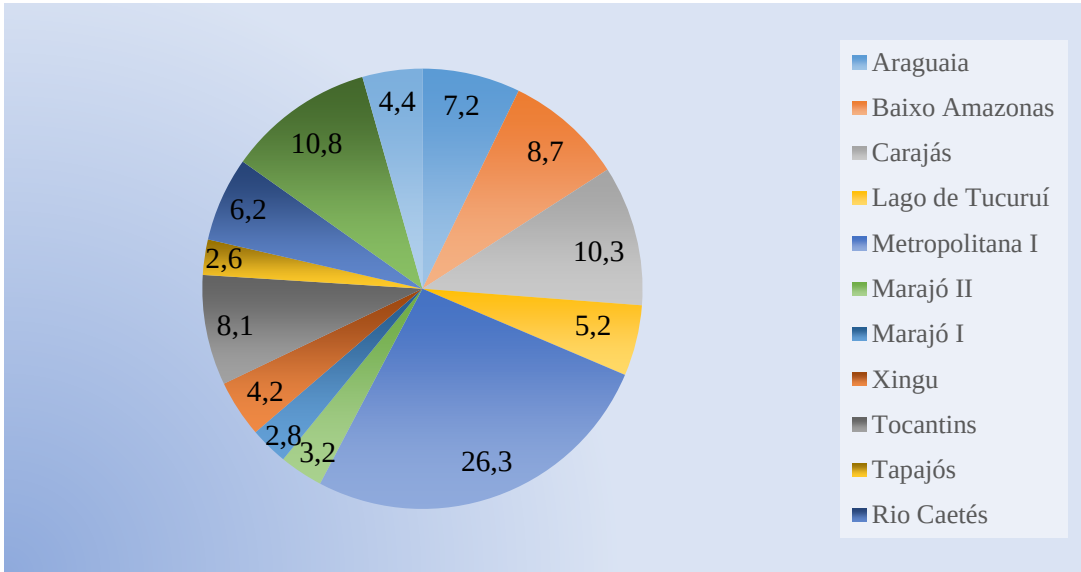
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Figura 79 – Óbitos Masculinos, segundo a Faixa Etária de 20 a 59 anos, por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.



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

Figura 80 – Distribuição dos Homens (a partir de 20 anos de idade) no Estado do Pará.



Fonte: IBGE, 2022.

Tabela 80 – Principais Causas de Internação Masculina no Pará (a partir dos 20 anos de idade), no período de 2018 a 2023.

Causas externas	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
	28.721	29.554	29.397	31.686	34.979	26.734	181.071
Outros traumatismos de região específica e não específica e múltipla do corpo	5.659	6.041	5.607	6.028	6.209	4.660	34.204
Traumatismo em ossos não especificados	5.659	6.041	5.607	6.028	6.209	4.660	34.204
Traumatismo intracraniano	2.648	2.400	2.588	2.590	2.940	2.260	15.426
Efeitos tóxicos substâncias de origem principalmente não medicinal	2.101	2.108	2.129	2.256	2.262	1.684	12.540
Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd	1.813	1.788	1.685	1.783	2.247	1.902	11.218
Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	1.514	1.741	1.801	1.800	1.944	1.327	10.127
Doenças infecciosas e parasitárias	15.618	14.835	22.447	31.311	15.352	10.198	109.761
Outras doenças virais	560	646	11.557	21.034	3.269	433	37.499
Outras doenças bacterianas	6.658	6.301	4.978	4.921	5.904	4.968	33.730
Diarreia e gastroenterite origem infecciosa	2.589	2.335	1.716	1.335	1.516	1.045	10.536
Doenças do aparelho digestivo	16.870	16.918	14.212	15.243	18.494	13.849	95.586
Hérnia inguinal	4.099	4.166	3.111	3.331	4.566	3.556	22.829
Colelitíase e colecistite	1.974	2.112	1.770	1.816	2.357	1.913	11.942
Doenças do aparelho circulatório	12.709	11.598	10.406	11.515	13.572	10.430	70.230
AVC (hemorrágico ou isquêmico)	2.649	2.284	2.182	2.421	2.856	2.356	14.748
Insuficiência cardíaca	2.582	2.519	1.968	2.020	2.653	2.147	13.889
Infarto agudo do miocárdio	1.419	1.407	1.513	1.842	2.102	1.506	9.789
Doenças do aparelho respiratório	12.344	12.116	11.018	9.832	12.297	8.910	66.517

Pneumonia	6.757	6.741	5.502	5.252	7.039	5.030	36.321
Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutiva crônica	1.427	1.409	995	841	1.086	709	6.467
Asma	1.111	941	734	560	502	337	4.185
Doenças do aparelho geniturinário	10.046	9.565	7.539	8.208	10.308	8.696	54.362
Insuficiência renal	1.556	1.571	1.338	1.583	2.306	2.584	10.938
Neoplasias (tumores)	3.151	3.554	3.405	3.821	4.627	3.609	22.167
Neoplasia maligna do estômago	298	373	377	484	443	335	2.310
Neoplasia maligna da próstata	231	277	243	303	361	263	1.678

Fonte: DATASUS,2023.

Tabela 81 – Principais Causas de Óbito Masculino no Pará (a partir dos 20 anos de idade), no período de 2018 a 2023.

Doenças infecciosas e parasitárias	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
	961	871	3.199	4.288	1.589	896	11.804
Outras doenças virais	-	9	2.428	3.423	488	23	6.371
Restante de outras doenças virais	-	8	2.427	3.423	488	23	6.369
Doenças do aparelho circulatório	1.196	1.116	1.071	1.126	1.399	978	6.886
AVC (hemorrágico ou isquêmico)	472	388	371	401	478	366	2.476
Insuficiência cardíaca	271	248	207	213	325	240	1.504
Infarto agudo do miocárdio	143	155	121	150	203	117	889
Doenças do aparelho respiratório	1.076	1.058	1.285	1.124	1.313	1.003	6.859
Pneumonia	700	674	624	660	794	621	4.073
Neoplasias (tumores)	551	590	584	594	731	621	3.671
Neoplasia maligna do estômago	97	97	88	110	121	94	607
Neoplasia maligna da próstata	36	47	42	46	61	35	267
Causas externas	592	554	564	567	635	446	3.358
Traumatismo intracraniano	248	222	250	251	265	201	1.437
Doenças do aparelho digestivo	478	460	436	484	547	379	2.784
Outras doenças do fígado	119	110	90	101	89	79	588
Doenças do aparelho geniturinário	334	372	291	397	497	387	2.278
Insuficiência renal	249	268	220	326	383	289	1.735

Fonte: DATASUS,2023.

As causas externas despontam como a principal causa de internação masculina. Principalmente, traumas e fraturas decorrentes de acidente de trânsito. As doenças do aparelho circulatório são resultados de médio e longo prazo de hábitos deletérios (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e má alimentação). São representadas, principalmente, por acidente vascular cerebral (isquêmico ou hemorrágico), infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Por tal motivo, a SESPA vem desenvolvendo ações em parceria com a coordenação de nutrição, inclusive, incluindo a temática **alimentação saudável** em suas publicações. O enfrentamento do tabagismo também merece destaque, uma vez que é responsável pelas doenças circulatórias e também pelas doenças respiratórias.

Assim como temos os principais fatores de risco (má alimentação, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e estresse), temos também os principais agravos para o recorte masculino (doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho geniturinário, doenças metabólicas e tumores). Desde 2015, a coordenação orienta que o maior problema de saúde masculino não é somente o câncer de próstata e sim, as todas as doenças crônicas não transmissíveis. Vale ressaltar que, em matéria de oncologia, o câncer de próstata produz números bem próximos ao câncer de estômago, fenômeno bastante incomum nos demais estados da federação. O câncer de estômago resulta do alto consumo de alimentos processados e ultraprocessados, além da forma de preparo (frituras, carvão com liberação de substâncias cancerígenas e má higienização).

Durante o período da pandemia, vimos a elevação do número de internação e óbito por causas virais a partir de 2020, com ápice em 2021 e declínio de 2022 em diante. De qualquer forma, as comorbidades (hipertensão, diabetes e insuficiência renal) contribuíram significativamente para o aumento do número de casos; assim como tivemos sequelas de ordem circulatória no período pós-pandemia.

5.2.1.6. Saúde da Pessoa Idosa e Programa Melhor em Casa - PMeC

O Estado do Pará segundo dados do IBGE, tem uma população residente total de 7.822.205. A população idosa do estado do Pará conforme dados do IBGE/2012 é de 549.470 idosos, equivalendo a 7,02% da população total, sendo 268.689 homens e 280.785 de mulheres, com 144 municípios, divididos em 13 Regiões de Saúde, em IV Macro regiões.

As Tabelas abaixo apresentam os dados de morbimortalidade do Estado relacionados a população idosa, na série histórica no período de 2018 a 2022 (dados do MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023).

Óbitos por CID 10

Tabela 82 – Mortalidade Hospitalar do SUS (CID 10) por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	7.462	7.496	8.118	8.122	8.492
Neoplasias (Tumores)	3.156	3.371	3.287	3.405	3.655
Doenças do Aparelho Respiratório	3.480	3.507	4.878	3.375	4.194
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2.178	2.257	2.580	2.220	2.164

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM – ano 2023.

Tabela 83 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará (Cont.).

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratório	1.866	2.230	2.716	2;411	2.212
Doenças do Aparelho Digestivo	995	1.092	1.036	1.175	1.330
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	820	859	6.957	8.065	2.549
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	678	757	724	752	850
Doenças do Aparelho Geniturinário	735	778	782	827	878
Doenças do Sistema Nervoso	408	430	604	598	679
Doença da Pele e do Tecido Subcutâneo	114	133	136	137	193
Doenças Sangue e Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos Imunitários	99	115	104	112	107
Transtornos Mentais e Comportamentais	89	107	171	194	156
Doenças Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	80	72	78	86	106
Malfomações Congênitas, Deformidade e Anomalias Cromossômicas	17	13	7	6	19
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	6	0	1	3	1
Doença do Olho e Anexos	1	0	0	0	1
Total	22.184	23.218	32.190	31.488	27.587

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM – ano 2023.- SIM 2024.

Tabela 84 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I.

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	3.303	3.222	3.439	3.539	3.709
Doenças do Aparelho Respiratório	1.957	1.959	3.214	1.711	2.033
Neoplasias (Tumores)	1.592	1.732	1.740	1.742	1.790
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	918	968	1.052	860	758
XVIII- Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratório	444	457	741	670	487
XI- Doenças do Aparelho Digestivo	524	522	495	588	646
I- Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias	443	447	3.289	3.582	1.178
XX- Causas Externas de Morbidade. e Mortalidade	305	283	274	300	317
XIV-Doenças do Aparelho Geniturinário	366	351	405	454	464
VI- Doenças do Sistema Nervoso	254	256	388	318	389
XII-Doença da Pele e do Tecido Subcutâneo	73	84	83	79	115

III-Doenças Sangue e Órgãos Hematopoiéticos. e Alguns Transtornos Imunitários	47	44	52	50	48

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM ano 2023.- SIM 2024.

Tabela 85 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I (Cont.).

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Transtornos Mentais e Comportamentais	28	58	90	111	76
Doenças Sistema. Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	44	49	49	43	61
Malfomações Congongênicas, Deformidade e Anomalias Cromossômicas	11	6	0	6	10
Doenças do Ouvido. e da Apófise Mastoide	4	0	0	1	0
Doença do Olho e Anexos	0	0	0	0	0
Total	10.313	10.438	15.312	14.054	12.081

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM ano 2023.- SIM 2024.

Tabela 86 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião II.

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	1.606	1,656	1.974	1.830	1.985
Doenças do Aparelho Respiratório	663	655	739	709	876
Neoplasias (Tumores)	648	657	615	692	771
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	580	593	752	619	623
Sintomas, Sinais e Achado Anormais de Exames Clínicos e Laboratório	544	742	670	643	582
Doenças do Aparelho Digestivo	176	219	209	232	239
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	149	158	1.362	1.254	459
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	117	133	122	110	144
Doenças do Aparelho Geniturinário	139	133	148	149	158
Doenças do Sistema Nervoso	62	68	72	104	111
Doença da Pele e do Tecido Subcutâneo	20	24	29	30	33
Doenças Sangue e Órgãos Hematopoéticos. e Alguns Transtornos Imunitários	20	25	16	24	17
Transtornos Mentais e Comportamentais	29	25	36	35	36
Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	19	13	15	15	17

Malformações Congenitas, Deformidade e Anomalias Cromossômicas	4	5	2	0	6
Doenças do Ouvido e da Apófise Mastoide	1	0	0	1	0
Doença do Olho e Anexos	0	0	0	0	0
Total	4.777	5.106	6.761	6.448	6.058

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM 2023. SIM /2024.

Tabela 87 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião III.

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	1.204	1.180	1.315	1.311	1.268
Doenças do Aparelho Respiratório	378	421	395	427	593
Neoplasias (Tumores)	460	476	472	461	555
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	315	303	338	328	361
Sintomas, Sinais e Achado Anormais de Exames Clínicos e Laboratório	444	509	583	463	452
Doenças do Aparelho Digestivo	137	165	155	171	211
Algumas doenças infecciosas e Parasitárias	108	140	1.263	1.791	468
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	106	134	138	137	144
Doenças do Aparelho Geniturinário	129	157	137	108	133
Doenças do Sistema Nervoso	52	51	83	101	102
Doença da Pele e do Tecido subcutâneo	11	9	7	14	23
Doenças Sangue e Órgãos Hematopoéticos. e alguns Transtornos Imunitários	14	21	16	19	27
Transtornos Mentais e Comportamentais	9	12	22	25	14
Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido Conjuntivo	8	6	10	8	16
Malformações Congênita, Deformidade e Anomalias Cromossômicas	0	1	2	0	0
Doenças do Ouvido e da apófise Mastoide	0	0	0	1	1
Doença do Olho e Anexos	0	0	0	0	0
Total	3.375	3.586	4.936	5.365	4.378

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade - SIM 2023- 2024.

Tabela 88 – Mortalidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião IV.

Mortalidade Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	1349	1.437	1.388	1.441	1.517
Doenças do Aparelho Respiratório	482	472	527	528	691
Neoplasias (Tumores)	456	506	470	510	539
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	364	391	438	413	422
Sintomas, Sinais e Achado Anormais de Exames Clínicos e Laboratório	434	522	721	634	688
Doenças do Aparelho Digestivo	158	186	177	184	233
Algumas doenças infec. e Parasitárias	120	113	1.040	1.436	444
Causas Externas de Morb. e Mortalidade	149	206	190	205	243
Doenças do Aparelho Geniturinário	101	137	92	116	123
Doenças do Sistema Nervoso	40	55	61	75	77
Doença da Pele e do Tecido subcutâneo	10	16	17	14	22
Doenças Sangue e Órgãos Hematopoéticos. e alguns Transtornos Imunitários	18	25	20	18	15
Transtornos Mentais e Comportamentais	23	12	23	23	29
Doenças Sistema Osteomuscular e tecido Conjuntivo	9	4	4	20	12
Malformações Congênitas, Deformidade e anomalias Cromossômicas	2	1	3	0	3
Doenças do Ouvido e da apófise Mastoide	1	0	1	0	0
Doença do Olho e Anexos	1	0	0	0	1
Total	3.717	4.083	5.172	5.617	5.059

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade – SIM ano 2023 e 2024.

Internações por CID 10

Tabela 89 – Morbidade Hospitalar do SUS por Local de Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.

Internações Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	14.426	13.212	11.296	12.887	15.281
Doenças do Aparelho Respiratório	12.113	11.899	9.466	8.647	13.010
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10.076	9.607	16.709	22.096	11.772
Doenças do Aparelho Digestivo	8.961	8.994	6.845	7.733	10.056
Doenças do Aparelho Geniturinário	7;186	7.085	5.459	5.967	8.310
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	6.926	7.646	7.098	8.090	9,958
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	4.192	4.432	3,691	3.915	4.803

Neoplasias (tumores)	3.120	3.671	3,371	3.914	4.713
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2.641	3.140	1,822	1.538	2.352
Sint Sinais e achados Anormais Exames Clínicos e Laboratoriais	1.655	1.764	1.399	1,640	2.043
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	942	946	698	935	1.287
Contatos com Serviços de Saúde	881	1.030	824	1.086	1.193
Doenças Sangue e dos órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	820	985	900	1.020	1.153
Doença do Sistema Nervoso	621	688	644	819	1.011
Doença do Olho e Anexos	619	898	825	958	2.361
Transtornos Mentais e Comportamentais	143	163	180	185	241
Malformações Congênitas, Deformidades e anomalias Cromossômicas	64	55	36	40	63
Doença do ouvido e da apófise Mastoide	48	57	35	42	75
Total	75.460	76.296	71.311	81.530	89.593

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023.

Tabela 90 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião I.

Internações Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório.	5.271	4.440	4.008	5.085	5.759
Doenças do Aparelho Respiratório	4.398	3.955	3.296	2.759	3.829
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.785	3.556	5.735	6.916	4.067
Doenças do Aparelho Digestivo	3.799	3.615	2.881	3.401	3.856
Doenças do Aparelho Geniturinário	2.577	2.581	2.014	2.310	3.096
Lesões Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	2.900	3.055	2.835	3.376	3.796
Doenças Endócrinas, Nutricionais e metabólicas	1.003	1.124	938	1,108	1.292
Neoplasias (tumores)	1.374	1.687	1.682	2.094	2.369
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.471	1.862	833	585	770
Sint Sinais e achados Anormais Exames Clínicos e Laboratoriais	828	728	563	686	816
Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo	476	505	387	491	634
Contatos com Serviços de Saúde	591	641	483	679	756
Doenças Sangue e órgãos Hematopoéticos e alg. transt imunitár	288	336	299	249	298
Doença do Sistema Nervoso	191	203	232	360	420
Doença do Olho e Anexos	412	569	679	793	1.881
Transt. Mentais e Comportamentais	99	98	87	106	138
Malformações Congênitas, Deformidades e	412	26	833	18	24

anomalias Cromossômicas					
Doença do ouvido e da apófise Mastoide	20	18	13	18	33
Total	29.539	29.004	26.988	31.039	33.834

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023.

Tabela 91 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião II.

Internações Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	3.329	3.079	2,383	2.704	3,726
Doenças do Aparelho Respiratório	2,919	2,933	2.217	2.299	4,266
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.767	2.836	4.271	5.071	3,233
Doenças do Aparelho Digestivo	2.010	2.039	1.555	1.691	2.310
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.616	1.535	1.171	1.305	2.482
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	1.497	1.793	1.703	1.865	675
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	1.125	1.152	969	1,139	1.383
Neoplasias (tumores)	590	702	680	799	994
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	599	643	475	451	900
Sint Sinais e achados Anormais Exames Clínicos e Laboratoriais	475	539	446	436	675
Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo	208	184	123	190	284
Contatos com Serviços de Saúde	218	314	261	319	301
Doenças Sangue e órgãos Hematopóéticos e alguns transtornos imunitário	190	221	211	333	398
Doença do Sistema Nervoso	148	181	142	148	202
Doença do Olho e Anexos	81	121	75	93	211
Transtornos Mentais e Comportamentais	29	34	51	40	49
Malformações Congênitas, Deformidade. e anomalias Cromossômicas	13	7	4	13	11
Doença do ouvido e da apófise Mastoide	6	8	6	8	11
Total	17.822	18.327	16.744	18.910	23.540

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023.

Tabela 92 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião III.

Internações Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório.	2.482	2.539	2,051	2.163	2,422
Doenças do Aparelho Respiratório	1.827	1,864	1.302	1,415	1933
Algumas doenças infec. e parasitárias	1.766	1.435	3.208	5.024	2.008
Doenças do Aparelho Digestivo	1.384	1.551	1.084	1.219	1.754
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.335	1.286	1.019	859	1.394
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas.	1.244	1.450	1.311	1.423	1.829
Doenças Endócrinas, Nutricionais e metabólicas	751	873	706	737	937
Neoplasias (tumores)	722	809	639	576	670
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	288	310	250	206	331
Sintomas, Sinais e achados Anormais Exames Clínicos e Laboratoriais	230	312	245	333	303
Doenças do Sistema Osteomuscular e tecido conjuntivo	136	108	84	117	135
Contatos com Serviços de Saúde	26	38	46	52	70
Doenças Sangue e órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	163	202	202	241	247
Doença do Sistema Nervoso	103	113	90	105	123
Doença do Olho e Anexos	13	16	2	8	15
Transt. Mentais e Comportamentais	0	6	10	14	14
Malformações Congênitas, Deformidades e anomalias Cromossômicas	11	10	5	6	16
Doença do ouvido e da apófise Mastoide	16	19	15	7	7
Total	12.501	12.947	12.285	14.509	14.211

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023.

Tabela 93 – Morbidade Hospitalar do SUS por Residência na Faixa Etária de 60 ou mais anos, no período de 2018 a 2022, na Macrorregião IV.

Internações Capítulo CID 10	2018	2019	2020	2021	2022
Doenças do Aparelho Circulatório	3.344	3.154	2,854	2.935	3.374
Doenças do Aparelho Respiratório	2.969	3.147	2.651	2.174	2.982
Algumas doenças infec. e parasitárias	1.758	1.780	3.495	5.085	2.464
Doenças do Aparelho Digestivo	1.768	1.789	1.325	1.422	2.136
Doenças do Aparelho Geniturinário	1.658	1.683	1.255	1.493	1.723
Lesões, Envenenamento e Algumas outras Consequências de Causas Externas	1.285	1.348	1.249	1.426	1.751
Doenças Endócrinas, Nutricionais e metabólicas	1.293	873	1.078	931	1.191
Neoplasias (tumores)	434	473	370	445	680
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	283	325	264	296	351
Sintomas, Sinais e achados Anormais Exames Clínicos e Laboratoriais	122	185	145	185	249
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	122	149	105	137	234
Contatos com Serviços de Saúde	46	37	824	36	66
Doenças Sangue e órgãos Hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	179	226	188	197	210
Doença do Sistema Nervoso	179	191	180	206	266
Doença do Olho e Anexos	113	192	59	64	254
Transtornos Mentais e Comportamentais	15	25	32	25	40
Malformações Congênitas, Deformidades e anomalias Cromossômicas	13	12	7	3	12
Doença do ouvido e da apófise Mastoide	6	12	8	9	18
Total	15.598	16.015	15.294	17.072	18.008

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2023.

Tabela 94 e 95 com os dados sobre a violência em idosos no Brasil e no Estado do Pará através do disque 100 e Planilha com Dados de Notificação de violência no SINAN.

Tabela 94 – Total de Denúncias no Disque 100 em Idosos no Estado do Pará / Brasil, no período de 2018 a 2022.

Ano	Total denúncias violências gerais Pará	Total Denuncias Pessoas Idosas no Pará	Total de denúncias de violência em idosos no Brasil
2018	2.836	590	37.868
2019	3.692	846	48.446
2020	8.324	1.520	88.329
2021	6.713	1.450	80.675
2022	6.519	1.280	95.800

Fonte: Painel de Dados Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos 2018-2022 nov/2023.

Tabela 95 – Número de Notificações de Violência em maiores de 60 anos, por Ano, no período de 2018 a 2022 (SINAN).

Tipo de violência	2018	2019	2020	2021	2022
Viol. Física	76	93	134	152	235
Viol. Psico/moral	50	86	254	261	252
Viol. Tortura	6	6	3	9	26
Viol Sexual	6	8	13	14	15
Traf. Seres Humanos	0	0	1	0	0
Viol Finan/Econômica	23	27	24	44	30
Viol Negli/Abandono	31	64	36	43	48
Viol Interv Legal	0	0	1	0	0
Outra Violência	3	10	8	33	28
Total	195	294	474	556	634

Fonte: SINAN 2023.

Nota: Tipos de violência no Estado do Pará de 2018 a 2022.

Em relação aos dados do perfil epidemiológico de morbimortalidade apresentados nas séries históricas dos anos de 2018 a 2022, percebe-se nitidamente que o Pará tem características comuns com os dados a nível nacional, onde é observado o aumento das morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas na população de 60 anos ou mais, com as doenças com maior número de internações e de causa de óbitos nos últimos anos as doenças do Aparelho circulatório, Aparelho respiratório, neoplasias, Aparelho digestivo, doenças do aparelho Geniturinário, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, percebemos que as doenças infecciosas e parasitárias nessa população detectou-se uma diminuição expressiva nas Macros Regiões analisadas, em relação as doenças que mais internam essa população. Em relação a Mortalidade de idosos nos anos de 2018 a 2022, houve um leve aumento de algumas doenças entre as

quais do aparelho circulatório, Respiratório, Neoplasias, agora é importante mencionar que houve uma diminuição expressiva em relação aos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias nessas macros, nos períodos de 2021-2022 conforme série históricas apresentadas, sendo um ponto positivo para essa população.

No Pará é importante ressaltar que essas doenças na sua maioria são sensíveis à atenção primária, conforme portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 e para tal necessitam de intervenções através de ações junto a população geral com o apoio de todas as secretarias diretamente ligadas a melhoria da qualidade de vida dessa população, com o objetivo de reverter os problemas apresentados, diminuindo essas ocorrências prevenindo doenças e diminuindo os agravos. Ressaltando ainda que nessa série histórica período mencionado 2020-2021, houve a pandemia de COVID a nível mundial que influenciou em muito o aumento de vários dados de morbimortalidade dos CIDs mencionados no período com a elevação dessas doenças junto à população.

É importante a participação de todos os setores da Gestão Estadual e municipal, integrando as ações interventivas junto a população idosa atendida, já que a intersetorialidade e a parceria entre as secretarias diretamente ligadas à questão da qualidade de vida e melhoria dos determinantes sociais nos municípios do estado do Pará são importantes para que se alcance resultados positivos na melhora dos dados apresentados contribuindo para a melhora na Atenção dispensada a esta parcela da população.

O grande desafio da saúde do idoso no Pará é trabalhar os fatores de risco através das ações de prevenção e promoção da saúde na atenção básica junto a população idosa e demais ciclos de vida para que os números de internações e mortalidade nessa faixa etária diminua ao longo dos anos, contribuindo para o aumento da expectativa de vida com qualidade de vida e manutenção da sua funcionalidade global, sendo este o alvo da saúde do idoso, conforme a finalidade primordial da Portaria de consolidação nº2 Anexo XI, do anexo I Política Nacional de Saúde do Pessoa Idosa (portaria 2528) com a manutenção, recuperação promovendo assim a autonomia e independência da população idosa.

Um dos instrumentos que tem sido utilizado como estratégia de ação para atender essa demanda no que se refere à atenção integral à saúde do idoso e a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento de rastreio que contém dados importantes da saúde psicossocial, física, sócio familiar e

funcional deste usuário para o acompanhamento longitudinal no período de 5 anos desse idoso no território pela Atenção Básica, qualificando a atenção dispensada ao idoso contribuindo com intervenções realizadas pelas equipes de saúde, melhorando as condições de saúde diminuindo os riscos de desfechos adversos, evitando o declínio funcional, hospitalização ou óbito desse idoso, quando realizado é detectado precocemente, e encaminhado dentro da RAS (Rede de Atenção à Saúde) para acompanhamento e intervenções necessárias. Importante ressaltar as características geográficas que são presentes em nossas regiões e as barreiras de acessos que dificultam essa atenção a esse cuidado ao usuário, interferindo nos dados em muitos casos apresentados. A partir de meados de 2022, houve a interrupção de reprodução das Cadernetas, e realizando concomitante o uso de instrumentos de rastreio tais como a ficha espelho, bem como outros instrumentos como o IVCF-20 (índice de Vulnerabilidade Clínico funcional), além de Testes de vulnerabilidade como o VES-13, que contribui para o acompanhamento e detectar fatores de riscos e principalmente a implementação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na APS (Atenção Primária à Saúde), conforme direcionamento do Ministério da Saúde/COPID (Coordenação da Pessoa Idosa) Nacional, junto aos estados da Federação.

A Coordenação Estadual de Saúde do Idoso, tem trabalhado em conjunto com as regionais de saúde e municípios no sentido de qualificar a atenção dispensada a essa população, através de Capacitação e educação permanente, apoiando e assessorando os municípios conforme as portarias que subsidiam a Política e as orientações do Ministério da Saúde/Coordenação Nacional do idoso, objetivando o fortalecimento dessa política e melhorando o cuidado dispensado a essa população no SUS. Durante o ano de 2022 em parceria com o ministério da Saúde foram executados dois PROADI (Programa de desenvolvimento Institucional do SUS e PROJETO DGERO/UFSCar/MS/COPID) que permitiram qualificar as equipes dos Municípios com foco na Avaliação Multidimensional da saúde do idoso. Estas capacitações contribuíram de maneira efetiva para implementação do cuidado e serviços ofertados na APS aos idosos do Estado do Pará.

Em relação a Violência contra a Pessoa Idosa no estado do Pará, essa é uma situação vivenciada mundialmente e no Brasil cada vez mais percebe-se esse crescimento nas violações aos direitos e garantias constitucionais que a pessoa idosa possui e que lhe é devido, conforme prevê a Constituição federal de 1988 e o Estatuto

do Idoso lei. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Em Relação aos dados de violência a pessoa idosa no Pará, percebe-se um crescimento nas denúncias o que nos mostra e pode sugerir que a sociedade está mais atenta às situações de violência e vulnerabilidades a pessoa idosa e denunciando para os órgãos de defesa e proteção disponíveis, porém um ponto que deve ser referido nesta análise é a subnotificação de casos de suspeita de violências contra a pessoa idosa, observados na série histórica em nosso estado, onde percebe-se que o número de notificações de casos de suspeita de violência a pessoa idosa notificados no SINAN ainda é pouco, nesse período utilizando a Ficha de Notificação de violências e agravos, ainda é pouco considerando o número de idosos e denúncias pelo disque 100.

Diante desta análise é primordial a necessidade de se investir em qualificação na área, para detectar e perceber os fatores de riscos, que contribuem para que essas situações de violências aconteçam as pessoas idosas, diante das fragilidades já instaladas em muitos casos com o envelhecimento com senilidade que tornam esses idosos mais dependentes tornando-se mais vulneráveis às situações de violência, sendo importante e necessário a prevenção e promoção da Saúde em busca de um envelhecimento ativo e saudável que é o envelhecimento através da Senescência junto a essa população.

Qualificar os profissionais da atenção básica, hospitais e secretaria de assistência social com relação a utilização da ficha de notificação nos casos de suspeita de violação dos direitos e realizar a notificação junto aos órgãos competentes de vigilância irá contribuir para melhorar os índices de notificação no estado, e principalmente melhorar a atenção dispensada e divulgar e incentivar as denúncias serem realizadas em prol da defesa a esta população que precisa ter a garantia de seus direitos preservada.

A Organização da rede de atenção ao idoso no SUS (Sistema Único de Saúde) e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é importante para atender esse idoso de uma forma integral e integrada cuidando do idoso violentado com retaguarda para o acompanhamento do mesmo na rede do SUS/SUAS.

Um dos grandes temas debatidos na política de saúde da pessoa idosa é justamente a questão da prevenção da violência e com ações e realizar campanhas no sentido de divulgar essas violações e que precisam ser denunciadas aos órgãos de defesas e serem notificadas pelos profissionais dos setores públicos e privados junto aos órgãos de vigilância conforme prevê o estatuto da Pessoa Idosa.

Programa Melhor em Casa-PMeC

O Estado do Pará possui 61 municípios habilitados com o Serviço de Atenção Domiciliar- Programa Melhor em Casa-PmeC (dados de abril de 2024) conforme tabela em anexo. A Atenção Domiciliar (AD) caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à rede de atenção à saúde através da portaria ministerial nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que altera as portarias de consolidação nº 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do serviço de atenção domiciliar (SAD) e do programa melhor em casa (PMeC) no âmbito do sistema único de saúde-SUS. Esse tipo de serviço está disponível de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes, a depender da condição clínica de cada usuário, o programa melhor em casa é um serviço que objetiva a desospitalização, e é indicado para usuários que apresentam condições clínicas temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento e reabilitação, a prover da avaliação clínica e multiprofissional da equipe SAD do município a atenção domiciliar também visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, facilitando o giro de leitos hospitalares, e proporcionando maior conforto assistencial dentro do domicílio. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Com o avanço da capacidade gerencial das equipes e complexidade assistencial ao usuário, o serviço de atenção domiciliar (Programa Melhor em Casa) tornou-se fundamental no enredado complexo das redes de atenção à saúde. No estado do Pará, a ascensão das equipes quanti e qualitativamente nos últimos anos ganhou destaque diante da capacidade técnica das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP), elaboração de projetos de habilitação, apoio da gestão municipal e coparticipação estadual nos serviços de assessoramento técnico, supervisão, monitoramento e oficinas de capacitação junto aos entes municipais importante ressaltar, que o programa é um componente da rede de serviço de urgência e emergência, e no Estado do Pará esse programa está vinculado à Coordenação Estadual da Saúde do Idoso (CESID), através de uma referência técnica, que está à frente do

acompanhamento, suporte técnico e monitoramento junto aos municípios com o serviço implantado.

Tabela 96 – Distribuição das Regiões de Saúde e Municípios do Estado do Pará.

Região de Saúde	Municípios
METROPOLITANA I	Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara
METROPOLITANA II	Acará, Bujaru, Santa Izabel, Concórdia Do Pará, Vigia
METROPOLITANA III	Aurora Do Pará, Capitão Poço, Castanhal, Garrafão Do Norte, Igarapé- Açú, Ipixuna Do Pará, Mãe Do Rio, Maracanã, Nova Esperança Do Piriá, Paragominas, São Domingos Do Capim, São Miguel Do Guamá, Ulianópolis
TOCANTINS	Abaetetuba, Barcarena, Cametá, Moju,
ARAGUAIA	Água Azul Do Norte, Conceição Do Araguaia, Ourilândia Do Norte, Redenção, Santa Maria Das Barreiras, Santana Do Araguaia, São Félix Do Xingu, Tucumã, Xinguara
CARAJÁS	Itupiranga, Parauapebas, São Geraldo Do Araguaia, Dom Eliseu
MARAJÓ I	Ponta De Pedras
BAIXO AMAZONAS	Prainha, Santarém
XINGÚ	Altamira, Anapu, Medicilândia, Pacajá, Porto De Moz, Uruará,
MARAJÓ II	Breves
CAETÉS	Augusto Corrêa, Bragança, Cachoeira Do Piriá, Capanema, Salinópolis,
LAGO DE TUCURUÍ	Tailândia, Tucuruí, Novo Repartimento, Jacundá, Goianésia Do Pará, Garrafão Do Norte, Breu Branco

Fonte: IBGE, 2023.

5.2.1.7. Política de Alimentação e Nutrição

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (MS, 1999). No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos, os quais foram posteriormente reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992.

A concretização dos direitos humanos, e mais particularmente no âmbito da alimentação e nutrição, compreende responsabilidades tanto por parte do Estado, quanto da sociedade e dos indivíduos. Assim é que, no preâmbulo da Declaração Universal dos

Direitos Humanos está inscrita a condição do ser humano de sujeito do desenvolvimento, a qual é explicitada, na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento da ONU (1986), nos seguintes termos: “Todos os seres humanos são responsáveis pelo desenvolvimento, individualmente e coletivamente, levando em conta a necessidade do respeito integral de seus direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como suas obrigações para com a comunidade, que podem garantir a livre e completa realização do potencial humano”.

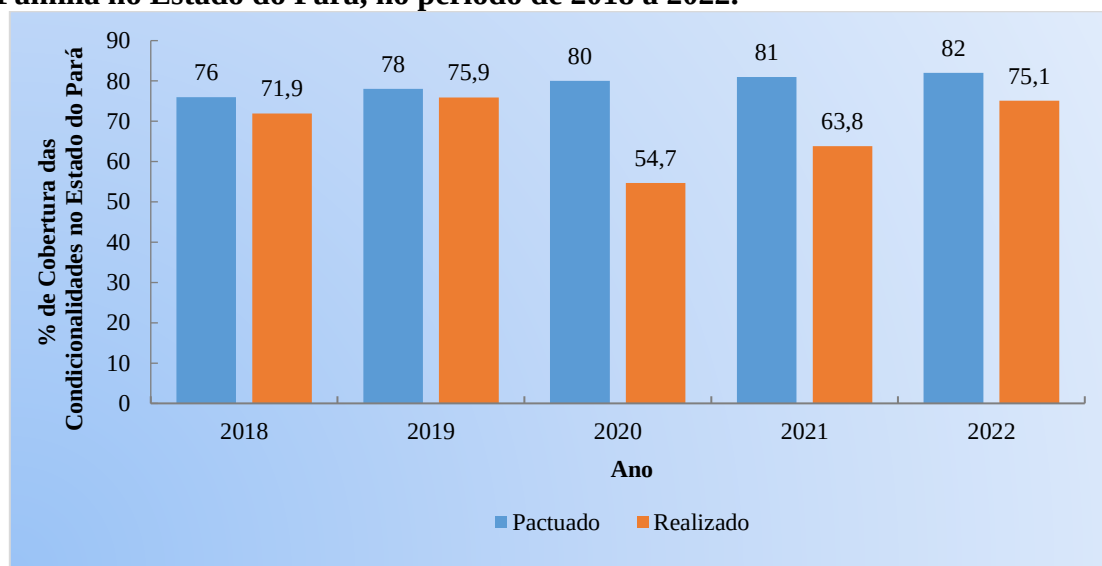
Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu, no artigo 6º da Constituição Federal, a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7.272/2010 – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam, entre as suas bases diretivas, o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

A Coordenação Estadual de Nutrição (CEN/SESPA) é responsável pela gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no âmbito do Estado do Pará e tem como INDICADOR UNIVERSAL a **cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)**, compreendidas pelo acompanhamento da imunização, do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos e da assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, visam garantir acesso ao direito à saúde às famílias inscritas no programa e são executadas pela Atenção Básica dos municípios e para isso a CEN vem efetivamente aprimorando suas ações de capacitação, assessoramento e monitoramento técnico junto aos coordenadores regionais e municipais do programa, assim como o apoio técnico contínuo para a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e registro dos dados de acompanhamento no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

No período de 2018 a 2022, podemos observar um aumento gradativo do percentual de cobertura das condicionalidades de saúde do PBF, com exceção durante o período da pandemia ano de 2020 que perdurou até o ano de 2021, que acarretou na

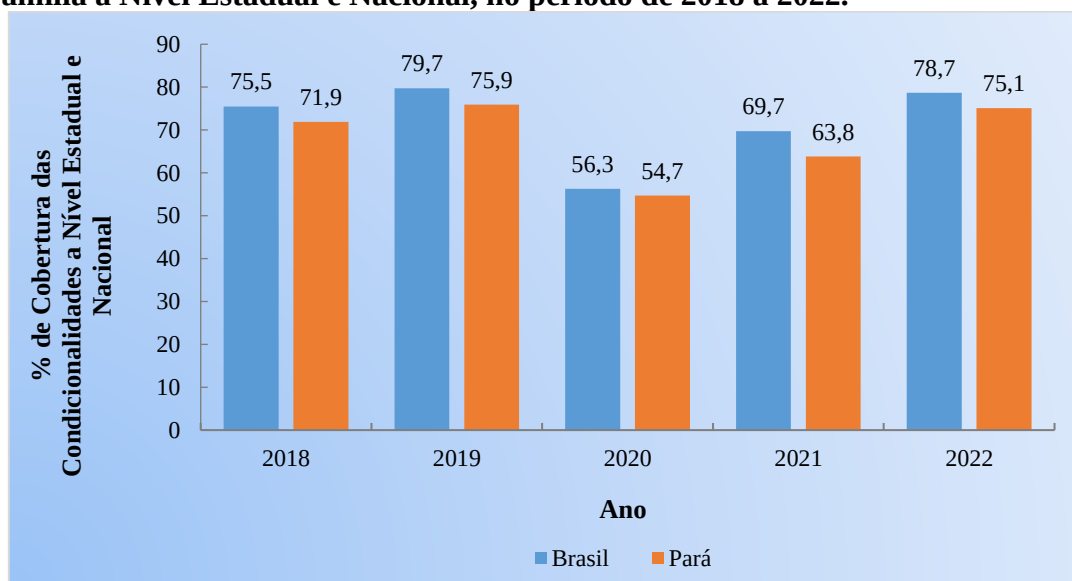
redução do percentual de cobertura das condicionalidades por conta da PORTARIA MC Nº 682, de 6 de outubro de 2021, que dispôs sobre a suspensão de procedimentos operacionais e de gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, em decorrência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, conforme Figura 82. Quando comparamos os resultados com a meta Nacional, podemos observar que o estado do Pará se mostra com resultado equivalente ao resultado a nível nacional - Figura 81.

Figura 81 - Percentual de Cobertura das Condicionalidades do Programa Bolsa Família no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: <https://bfa.saude.gov.br>

Figura 82 – Percentual de Cobertura das Condicionalidades do Programa Bolsa Família a Nível Estadual e Nacional, no período de 2018 a 2022.



Fonte: <https://bfa.saude.gov.br>

Por se tratar de um programa de transferência direta de renda com condicionalidades destinadas às famílias em situação de pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social, ainda observamos certas fragilidades que tem contribuindo para a não cobertura da meta pactuada como: a alta rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), baixa cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios que auxiliam na busca ativa dos beneficiários, instabilidade no sistema de registro dos dados em tempo hábil e fragilidade na articulação intersetorial para promover mais acesso à direitos por parte da população - assistência social, saúde, educação, esporte, ciência e trabalho;

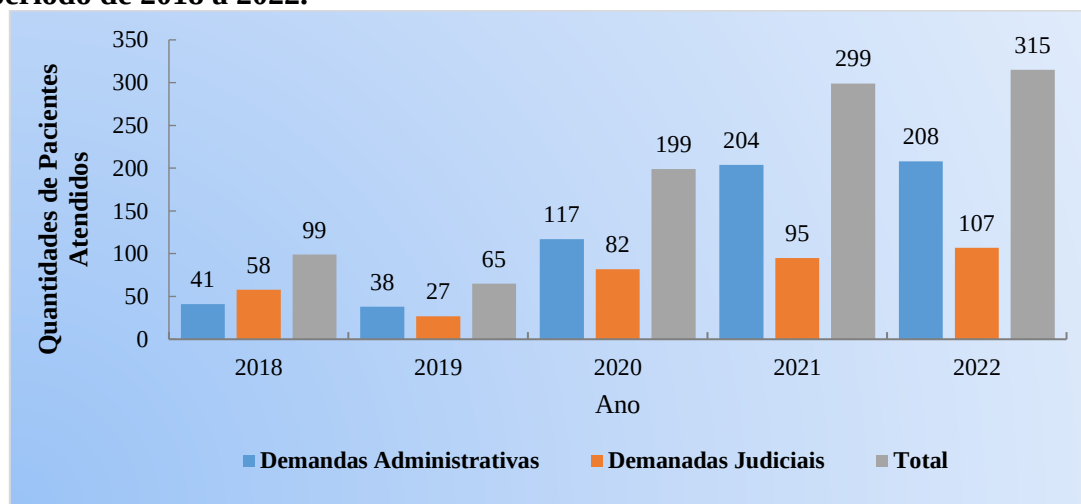
Nesse contexto temos, a efetiva participação da CEN nas discussões da Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional do Pará (CAISAN/PA) e do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CONSEANS/PA) com o intuito de construção e atualização das Políticas e Planos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional com o objetivo fortalecer as ações da CEN que estão mais diretamente ligadas ao cumprimento da ODS 1 - Erradicação da pobreza e ODS 2 - Saúde e Bem-estar, vinculados à gestão do Programa Bolsa Família (PBF), assim como à redução da mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis.

Erradicação da pobreza (Desenvolvimento de produtos ou serviços que beneficiam e melhoram a qualidade de vida de grupos economicamente vulneráveis): a CEN é responsável pela gestão estadual das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, o maior programa de transferência de renda e promoção da igualdade social do Brasil e do mundo. Nesse item, estão envolvidas as ações de ampliação do acesso da população economicamente vulnerável ao pré-natal, incentivo à prática do aleitamento materno, ao acompanhamento regular dos marcos do crescimento e desenvolvimento infantil e à cobertura vacinal; atendimento às inúmeras demandas por fórmulas nutricionais especiais (administrativa e judicial) aos portadores de necessidades alimentares especiais, quando estes não apresentam condições financeiras de mantê-la de forma autônoma, todas desenvolvidas no âmbito da APS.

No ODS 1, podemos dar destaque a Estratégia para o Fornecimento de Fórmulas Nutricionais Especiais no âmbito desta secretaria amplamente superada, em decorrência da pandemia do COVID 19, o que levou ao considerável aumento do número de pessoas

socialmente vulneráveis, e, sabe-se que o empobrecimento da população resultou em maiores demandas (administrativas e judiciais) para o fornecimento por fórmulas nutricionais especiais (FNE) para usuários do SUS com agravo nutricional e assim promover a inclusão sócio-produtiva das famílias em situação de vulnerabilidade social no estado do Pará conforme Figura 83.

Figura 83 – Demonstrativo de pacientes atendidos, por Tipo de Demanda, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Coordenação Estadual de Nutrição/SESPA

Saúde e Bem-estar e Controlar e prevenir os agravos decorrentes da má alimentação (Incentivo aos comportamentos saudáveis entre seus públicos e melhora o acesso de seus colaboradores aos cuidados à saúde): está inserido em diversas atividades das metas de gestão da CEN, dentre as quais destacamos: a implementação dos programas de abrangência da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) através de ações de capacitação, assessoramento técnico e monitoramento junto aos profissionais da APS com destaque para o Programa Bolsa Família e suas condicionalidades na área da saúde, Programa Nacional de Micronutrientes, Programa Saúde na Escola com a ação prioritária alimentação saudável e prevenção da obesidade, Vigilância Alimentar e Nutricional diretriz principal da Organização da Atenção Nutricional, Estratégia para o fornecimento de Fórmulas Nutricionais Especiais e a promoção da alimentação saudável e adequada, com a ampla divulgação do Guia Alimentar para a População Brasileira e de ferramentas de informação sobre composição e a qualidade dos alimentos.

Neste ODS 2, vinculados à gestão do Programa Bolsa Família (PBF), assim como à redução da mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não

transmissíveis, podemos dar destaque às ações de fortalecimento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no estado do Pará com atenção a Vigilância Alimentar e Nutricional conforme demonstramos a seguir através da série histórica nas diferentes fases de vida durante o período de 2018 a 2022.

Tabela 97 - Prevalência de Sobrepeso em Idosos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	43,20%	42,86%	41,15%	44,14%	44,56%
Baixo Amazonas	48,82%	48,52%	48,52%	47,58%	48,22%
Carajás	47,73%	47,32%	46,41%	47,48%	46,52%
Lago de Tucuruí	53,95%	53,66%	49,74%	49,38%	49,22%
Metropolitana I	53,16%	53,62%	50,63%	51,19%	51,00%
Metropolitana II	45,55%	46,62%	46,07%	48,22%	47,29%
Metropolitana III	47,48%	46,94%	45,97%	45,36%	45,74%
Rio Caetés	45,63%	47,72%	46,42%	47,19%	47,55%
Tapajós	46,66%	45,48%	45,85%	44,41%	45,04%
Tocantins	47,13%	50,00%	51,65%	51,15%	50,93%
Xingu	46,10%	44,80%	45,47%	46,34%	45,01%
Marajó I	53,54%	52,33%	53,36%	52,95%	52,86%
Marajó II	51,84%	48,26%	51,09%	49,49%	46,68%
PA	47,95%	47,95%	47,39%	47,71%	47,56%

Fonte: SISVAN, 2023.

Tabela 98 - Prevalência de Baixo Peso em Idosos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	14,75%	14,74%	15,44%	14,46%	14,58%
Baixo Amazonas	12,53%	11,86%	12,26%	12,92%	12,70%
Carajás	13,64%	13,23%	13,88%	13,48%	13,61%
Lago de Tucuruí	11,33%	12,00%	11,98%	12,60%	12,33%
Metropolitana I	11,00%	11,20%	10,92%	10,95%	11,53%
Metropolitana II	14,26%	12,86%	14,01%	13,27%	12,93%
Metropolitana III	12,67%	12,98%	13,11%	12,91%	13,27%
Rio Caetés	13,90%	12,87%	13,64%	12,77%	13,16%
Tapajós	12,75%	14,15%	13,10%	12,98%	13,72%
Tocantins	13,48%	11,98%	11,59%	11,27%	11,46%
Xingu	14,16%	14,11%	14,07%	13,86%	14,24%
Marajó I	12,05%	11,06%	10,64%	12,10%	10,96%
Marajó II	12,83%	13,79%	11,04%	12,49%	12,83%
PA	13,05%	12,82%	12,91%	12,69%	12,95%

Fonte: SISVAN, 2023.

Entre os idosos, observou-se um pequeno aumento na prevalência de baixo peso nas regiões Lago de Tucuruí, Metropolitana I, Metropolitana III e Tapajós. Já nas regiões Metropolitana II, Caetés, Tocantins e Marajó I houve redução na prevalência de baixo peso. No Pará, a prevalência de baixo peso em idosos é cerca de 13% e esse percentual não sofreu muita variação ao longo do período analisado. Em relação ao excesso de peso, a prevalência no Pará também se manteve, com cerca de 48%, porém observou-se que Araguaia, Metro II, Caetés e Tocantins aumentaram suas prevalências, sendo o maior aumento na região de Tocantins, enquanto Carajás, Lago de Tucuruí, Metro I, Metro III, Tapajós e Xingu tiveram queda nos percentuais, sendo as maiores quedas na região Lago de Tucuruí e Marajó II.

Tabela 99 - Prevalência de Excesso de Peso em Adultos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	57,81%	56,94%	57,04%	58,83%	60,82%
Baixo Amazonas	56,51%	57,72%	60,94%	61,75%	61,63%
Carajás	59,22%	58,92%	62,10%	62,63%	62,23%
Lago de Tucuruí	58,26%	59,04%	62,81%	63,85%	62,25%
Metropolitana I	61,75%	63,21%	65,87%	66,60%	67,03%
Metropolitana II	55,97%	56,68%	63,02%	63,66%	59,03%
Metropolitana III	56,74%	58,62%	61,10%	62,14%	61,80%
Rio Caetés	56,53%	57,93%	62,18%	62,52%	63,00%
Tapajós	55,76%	57,03%	59,31%	60,74%	60,14%
Tocantins	58,46%	58,77%	65,22%	65,49%	64,54%
Xingu	57,05%	57,68%	60,47%	61,11%	60,31%
Marajó I	59,20%	58,18%	64,81%	63,32%	64,07%
Marajó II	54,35%	56,38%	62,18%	59,54%	58,90%
PA	57,55%	56,46%	62,02%	62,71%	62,37%

Fonte: SISVAN, 2023.

Tabela 100 - Prevalência de Baixo Peso em Adultos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	2,56%	2,78%	2,70%	2,45%	2,55%
Baixo Amazonas	2,74%	2,86%	2,37%	2,43%	2,47%
Carajás	2,58%	2,63%	2,29%	2,28%	2,40%
Lago de Tucuruí	2,62%	2,89%	2,44%	2,38%	2,46%
Metropolitana I	2,43%	2,59%	2,28%	2,27%	2,36%
Metropolitana II	2,32%	2,50%	2,20%	1,95%	1,84%
Metropolitana III	2,73%	2,51%	2,18%	2,10%	2,13%
Rio Caetés	2,67%	2,74%	2,27%	2,10%	2,16%
Tapajós	2,60%	2,50%	2,68%	2,19%	2,41%

Tocantins	2,28%	2,31%	1,73%	1,81%	1,94%
Xingu	2,53%	2,50%	2,18%	2,24%	2,22%
Marajó I	2,24%	2,74%	1,91%	2,39%	2,21%
Marajó II	2,07%	2,79%	2,01%	1,94%	1,92%
PA	2,53%	2,62%	2,22%	2,17%	2,24%

Fonte: SISVAN, 2023.

Os dados avaliados mostram que entre os adultos houve um aumento na prevalência de excesso de peso, atingindo mais de 60% em 11 das 13 regiões de saúde. As regiões que tiveram maior aumento foram Rio Caetés e Tocantins, cuja variação chegou a 6 pontos percentuais entre 2018 e 2022. A região que concentra o maior percentual de adultos com excesso de peso é a Metropolitana I, que alcançou 67% em 2022, enquanto a média do Pará foi 62,4%. Observa-se que 2020 foi o período mais crítico, onde praticamente todas as regiões tiveram um aumento ainda mais expressivo de excesso de peso entre adultos. Porém, a partir de 2021 já se observa uma tendência de queda nos percentuais de prevalência de excesso de peso, embora ainda estejam mais elevados em relação a 2018.

O baixo peso sofreu pequena redução em todas as regiões, cuja variação foi menor que 1 ponto percentual. Os impactos da pandemia também podem ser observados na prevalência de baixo peso. Os dados mostram que em 2020 houve queda na prevalência de baixo peso entre os adultos, provavelmente relacionados aos comportamentos associados ao período pandêmico quando as pessoas permaneceram mais tempo em casa e aumentaram o consumo de alimentos ultraprocessados, conforme dados das pesquisas recentes sobre o consumo alimentar da população brasileira.

Tabela 101 - Prevalência de Excesso de Peso em Adolescentes por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	26,18%	23,86%	26,59%	27,61%	27,39%
Baixo Amazonas	18,54%	19,15%	22,13%	22,60%	21,46%
Carajás	22,52%	22,12%	27,84%	26,95%	24,81%
Lago de Tucuruí	23,07%	22,12%	26,98%	27,09%	24,50%
Metropolitana I	27,85%	26,61%	28,93%	30,57%	29,02%
Metropolitana II	25,63%	23,73%	26,79%	28,41%	24,54%
Metropolitana III	24,44%	23,83%	27,14%	27,78%	26,46%
Rio Caetés	21,67%	22,36%	27,00%	26,52%	25,51%
Tapajós	22,33%	22,78%	26,14%	26,24%	24,95%

Tocantins	27,87%	28,57%	34,59%	34,45%	33,46%
Xingu	24,69%	24,13%	26,52%	27,40%	25,44%
Marajó I	26,94%	24,60%	31,53%	28,76%	29,93%
Marajó II	24,47%	23,83%	29,42%	25,66%	28,15%
PA	23,90%	23,55%	27,60%	27,79%	26,54%

Fonte: SISVAN, 2023.

Tabela 102 - Prevalência de Baixo Peso em Adolescentes por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	3,80%	4,69%	4,02%	4,66%	4,83%
Baixo Amazonas	3,89%	4,37%	4,15%	4,33%	4,53%
Carajás	4,22%	4,87%	4,35%	4,92%	5,13%
Lago de Tucuruí	4,22%	5,62%	4,87%	4,53%	5,23%
Metropolitana I	3,74%	4,32%	4,60%	4,47%	4,43%
Metropolitana II	3,10%	3,27%	3,21%	3,08%	4,08%
Metropolitana III	3,21%	3,77%	3,50%	3,46%	4,05%
Rio Caetés	3,44%	3,96%	3,24%	3,50%	3,74%
Tapajós	4,24%	4,44%	4,42%	4,19%	4,31%
Tocantins	2,60%	3,03%	2,67%	2,78%	3,05%
Xingu	3,85%	4,10%	3,77%	4,08%	4,34%
Marajó I	2,53%	2,98%	2,22%	3,38%	3,05%
Marajó II	2,20%	2,94%	2,79%	2,55%	2,13%
PA	3,45%	4,00%	3,63%	3,77%	4,11%

Fonte: SISVAN, 2023.

Em relação aos adolescentes houve um pequeno aumento da prevalência de baixo peso em quase todas as regiões, o destaque negativo foi Lago de Tucuruí, Metro II, Metro III e Carajás cujo aumento foi de cerca de 1%. Os dados apontam aumento também na prevalência de excesso de peso entre os adolescentes em praticamente todas as regiões, sendo que a região de Tocantins teve quase 6% de aumento no período avaliado. Somente a região Metro II teve redução na prevalência de excesso de peso entre os adolescentes.

Tabela 103 - Prevalência de Baixo Peso em Crianças de 5 a 10 anos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	5,25%	6,03%	6,78%	7,15%	6,92%
Baixo Amazonas	5,81%	6,64%	6,41%	6,77%	6,22%

Carajás	6,25%	7,43%	7,63%	7,31%	6,58%
Lago de Tucuruí	4,98%	6,94%	6,48%	6,20%	6,37%
Metropolitana I	4,05%	6,91%	8,30%	5,90%	5,05%
Metropolitana II	6,98%	5,74%	5,18%	5,42%	8,35%
Metropolitana III	6,05%	8,18%	6,31%	5,90%	5,94%
Rio Caetés	5,42%	6,40%	6,25%	6,49%	5,80%
Tapajós	5,86%	6,74%	7,49%	6,34%	6,18%
Tocantins	4,91%	5,89%	5,34%	5,38%	5,57%
Xingu	7,67%	6,42%	6,50%	6,87%	5,99%
Marajó I	4,44%	5,42%	4,98%	4,72%	5,27%
Marajó II	4,32%	6,34%	6,04%	6,29%	6,24%
PA	5,51%	6,68%	6,45%	6,23%	6,13%

Fonte: SISVAN, 2023.

Tabela 104 - Prevalência de Excesso de Peso em Crianças de 5 a 10 anos por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	23,82%	23,39%	26,41%	27,10%	26,35%
Baixo Amazonas	15,91%	16,11%	18,95%	20,32%	20,20%
Carajás	21,86%	18,05%	22,96%	23,82%	22,00%
Lago de Tucuruí	18,25%	15,99%	17,58%	20,96%	20,36%
Metropolitana I	27,55%	24,14%	21,17%	32,90%	29,36%
Metropolitana II	26,23%	25,10%	20,83%	26,15%	22,62%
Metropolitana III	24,32%	23,50%	27,28%	28,25%	27,46%
Rio Caetés	21,01%	19,77%	23,35%	25,00%	24,47%
Tapajós	19,45%	18,84%	20,32%	23,13%	22,38%
Tocantins	25,95%	26,52%	32,86%	33,36%	29,83%
Xingu	21,83%	20,64%	22,56%	26,99%	23,98%
Marajó I	23,57%	21,93%	28,53%	27,10%	24,20%
Marajó II	18,74%	17,34%	21,91%	22,06%	27,07%
PA	22,24%	21,11%	24,15%	26,38%	24,96%

Fonte: SISVAN, 2023.

No público infantil também houve aumento na prevalência de excesso de peso. Entre as crianças de 5 a 10 anos, houve aumento da prevalência em quase todas as regiões de saúde, somente a região Metro II teve redução no número de crianças de 5 a 10 anos com excesso de peso. Baixo Amazonas, Tocantins e Rio Caetés apresentaram aumento de cerca de 4 pontos percentuais. O destaque negativo foi para o Marajó II, cujo aumento foi de 8 pontos percentuais. O baixo peso apresentou redução nas regiões

Metro III e Xingu. Nas demais houve pequeno aumento, com destaque para Marajó II, Araguaia e Metro II cujo aumento foi maior que 1 ponto percentual.

Tabela 105 - Prevalência de Excesso de Peso em Crianças de 0 a 5 anos, por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	15,59%	14,08%	16,09%	14,52%	14,35%
Baixo Amazonas	10,60%	10,54%	12,51%	12,58%	12,13%
Carajás	15,97%	11,33%	13,68%	13,72%	11,43%
Lago de Tucuruí	12,62%	10,55%	11,46%	11,75%	11,66%
Metropolitana I	13,47%	12,78%	12,93%	19,11%	17,18%
Metropolitana II	17,86%	15,98%	13,79%	15,05%	12,81%
Metropolitana III	15,62%	15,34%	17,36%	16,45%	15,59%
Rio Caetés	13,83%	12,97%	15,70%	15,56%	14,27%
Tapajós	12,43%	10,29%	12,90%	12,09%	11,49%
Tocantins	15,09%	14,87%	17,64%	15,15%	14,83%
Xingu	14,16%	13,94%	13,79%	14,56%	13,03%
Marajó I	17,03%	18,41%	14,21%	14,59%	14,57%
Marajó II	13,48%	13,82%	15,36%	14,36%	16,43%
PA	14,28%	13,41%	14,92%	14,84%	13,97%

Fonte: SISVAN, 2023.

Tabela 106 - Prevalência de Baixo Peso em Crianças de 0 a 5 anos, por Região de Saúde e Estado - Série Histórica 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	5,83%	9,35%	9,14%	9,72%	7,55%
Baixo Amazonas	5,15%	6,88%	6,11%	7,16%	6,20%
Carajás	5,78%	7,39%	7,14%	7,20%	6,26%
Lago de Tucuruí	4,63%	5,87%	6,20%	6,92%	5,97%
Metropolitana I	4,56%	11,14%	12,11%	7,83%	6,83%
Metropolitana II	7,54%	8,72%	6,68%	8,24%	10,65%
Metropolitana III	7,04%	8,55%	7,06%	6,75%	7,05%
Rio Caetés	5,60%	6,87%	6,89%	6,99%	6,35%
Tapajós	5,35%	7,67%	6,80%	7,49%	7,56%
Tocantins	5,52%	6,67%	6,65%	7,36%	7,22%
Xingu	7,32%	7,30%	7,27%	8,50%	6,94%
Marajó I	5,66%	6,78%	7,68%	8,31%	7,76%
Marajó II	5,56%	7,44%	7,44%	7,57%	8,91%
PA	5,78%	7,87%	7,53%	7,53%	7,09%

Fonte: SISVAN, 2023.

Nesse grupo, observou redução no percentual de excesso de peso em 9 regiões de saúde, com destaque positivo para Metro II e Carajás, cuja redução foi de cerca de 5 pontos percentuais. O destaque negativo fica por conta da região Marajó II e Metro I que tiveram aumento de cerca de 3 pontos percentuais no período. Em relação ao baixo peso, houve aumento em praticamente todas as regiões, sendo que nas regiões Marajó II e Metro II esse aumento foi de cerca de 3 pontos percentuais. Somente Xingu teve uma pequena redução.

De um modo geral, espera-se que, nos próximos anos, com o fortalecimento das ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde, por meio das ações estratégicas dos Programas de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária em Saúde, ofertando à população as ações e serviços de promoção da saúde, práticas corporais saudáveis e atividades físicas, proporcione a mudança no estilo de vida dos indivíduos com a adoção de hábitos mais saudáveis, afastando assim os fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, impactando na redução do número de pessoas com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes. Assim como as equipes técnicas e gestores municipais possam ampliar a identificação desses grupos, direcionando ao cuidado integral. Vale ressaltar que, o setor saúde é uma parte integrante de rede de apoio à população, visto que a erradicação da pobreza e a saúde e o bem-estar do indivíduo perpassa por outros setores como economia, cultura, educação, lazer e trabalho e que se não estiverem bem alinhados entre si, contribuirão pelo adoecimento do indivíduo.

5.2.1.8. Saúde da População Privada de Liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional visa à garantia do acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os preceitos dos direitos humanos e de cidadania. A unidade de saúde prisional será um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa Rede no território.

Cada unidade prisional do itinerário carcerário, sejam elas delegacias de polícia, cadeias públicas, penitenciárias, presídios colônias agrícolas ou agroindustriais ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, deverá contar com uma Unidade Básica de Saúde Prisional que, por sua vez, contará com equipes multiprofissionais que ofertarão ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Caso não haja ambiência

na unidade prisional, a Unidade Básica de Saúde do território poderá se responsabilizar por essas ações.

Entende-se por Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).

Dentro do Plano de Governo para os anos 2023-2026, a Saúde das pessoas privadas de liberdade se alinha no tema ATENÇÃO BÁSICA E PRIMÁRIA – Fortalecer a atenção primária e a cobertura da atenção básica nos municípios com parcerias que fomentem o apoio técnico e financeiro.

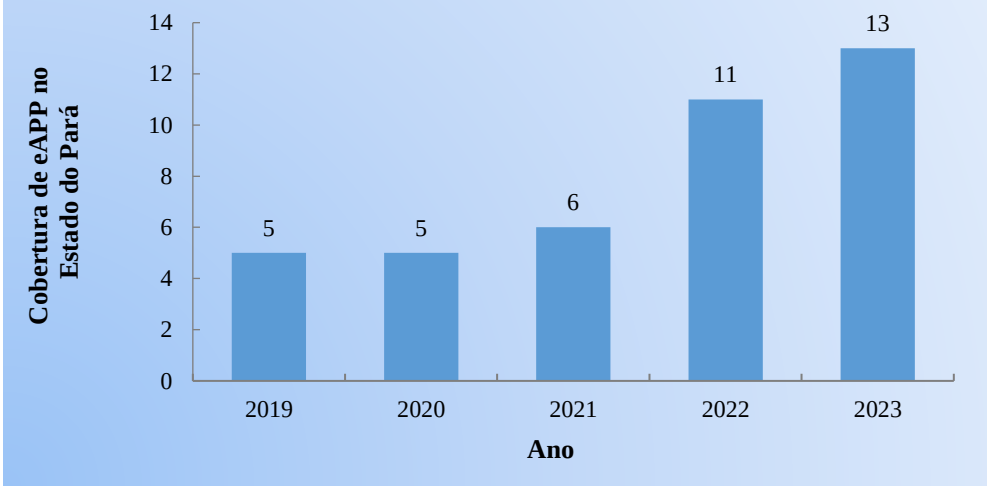
Segundo a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária do Pará-SEAP, o número de pessoas privadas de liberdade até dezembro de 2023, é de 15.727, estes estão em 53 unidades prisionais, distribuídos nos 22 (vinte e dois) municípios nas 12 (doze) regiões de integração do estado.

Assim a importância que, aumentar a cobertura de equipes de atenção primária prisional é uma estratégia importante para a atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade, contribuindo para redução de doenças infectocontagiosas e doenças crônicas não transmissíveis, além de impactar na efetiva reinserção social dessa população.

Considerando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional é interministerial, o financiamento das equipes de atenção primária prisional - eAPP por parte do Ministério da Saúde é fundamental para implantação de novas equipes.

Com a publicação das portarias ministeriais de credenciamento, o Pará está com 59,09% de cobertura de equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) por município, elevando consequentemente a cobertura de equipes de atenção primária no estado, saindo de 11 para 13 municípios com equipes credenciadas.

Figura 84 – Cobertura de eAPP no Estado do Pará, no período de 2018 a 2023.



Fonte: SESPA, 2024.

O desafio ainda, é ter uma linha de cuidados para pessoa privadas de liberdade na Rede de atenção à Saúde - RAS com profissionais capacitados para o acolhimento desta população nos serviços de saúde, baseado nos princípios dos SUS, no qual a universalidade, integralidade e a equidade possam transpor o estigma hoje presente. Para além da quantificação de cobertura, ressaltamos a importância da qualificação da equipe e que esta tenha o suporte necessário da RAS para se tornar assim, eficaz nas suas ações.

Foram realizados monitoramentos dos sistemas (E-SUS AB e CNES) de todas as equipes de atenção primária prisional hoje credenciadas junto ao **Ministério da Saúde**:

Quadro 14 – Quantidades de Equipes de Atenção Primária Prisional, por Região de Saúde e Município.

Região de Saúde	Município	Nº de Equipe
Metropolitana I	Ananindeua	1 eAPP (municipal)
	Marituba	3 eAPP (municipal)
Metropolitana II	Santa Izabel do Pará	3 eAPP (estadual)
	Tomé Açu	1 eAPP (municipal)
Rio Caetés	Bragança	1 eAPP (municipal)
Tocantins	Abaetetuba	1 eAPP (municipal)
Baixo Amazonas	Santarém	1 eAPP (municipal)
Tapajós	Itaituba	1 eAPP (municipal)
Xingu	Vitória do Xingu	1 eAPP (municipal)
Carajás	Parauapebas	2 eAPP (municipal)
	Marabá	1 eAPP (municipal)
Marajó II	Breves	1 eAPP (municipal)
09 Regiões	12 Municípios	17 EAPP

Fonte: SESPA, 2024.

No que se refere a Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, temos a informar que o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis às Pessoas com transtorno Mental em Conflito com a Lei - EAP-,

Corroborando com os tratados internacionais sobre direitos humanos, com a Constituição Federal de 1988, com a lei da Reforma Psiquiátrica de nº 10.216/200, e também com a resolução 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça. Neste período, foi possível colaborar mais efetivamente com a desinternação progressiva de pacientes do Hospital Geral Penitenciário, e assim possibilitar a superação do modelo manicomial para pessoas que cometem delito em função do surto psicótico. Assim como tivemos um volume crescente de solicitações de avaliações oriundas de outras comarcas do Estado, evidenciando a capilarização do trabalho da equipe, contribuindo assim com o redirecionamento do modelo de atenção, bem como em consonância com as legislações vigentes e garantido os direitos fundamentais desta população. Conforme quadro abaixo:

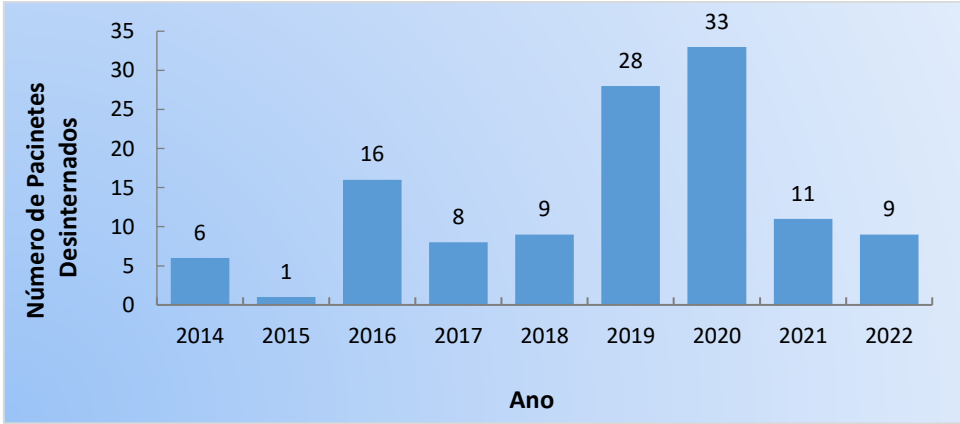
Quadro 15 - Demandas e Encaminhamentos Dados pela EA, no período de 2020 a 2023.

Situação	Quantitativo
Solicitação do TJPA para Avaliação de Pessoa com TM em conflito com a Lei	137
Solicitação de Avaliação para extinção de Medidas Terapêuticas	32
Relatórios encaminhados ao Poder Judiciário	126
Pacientes em Acompanhamento pela EAP	62
Pacientes no HCTP aguardando Decisão Judicial	55

Fonte: SESPA, 2024.

Vale ressaltar o progresso da equipe no que se refere a atuação direta nas desinternações do Hospital Geral Penitenciário, neste sentido, percebemos a evolução do trabalho ao longo dos anos de 2014 até os dias atuais, conforme Figura 85 abaixo:

Figura 85 - Número de Pacientes Desinternados do HGP, no período de 2014 a 2022.



Fonte: SESPA, 2024.

Destacamos os anos de 2019 e 2020 como divisores de águas, uma vez que após este período, não foi mais possível internações no HGP, por isso, tivemos um número decrescente de desinternação após esta data. Atualmente, temos apenas os pacientes que estão com vínculos familiares completamente rompidos, e aguardam vagas em Residências Terapêuticas.

5.2.1.9. Indígena e Populações Tradicionais

O escalpelamento atinge principalmente mulheres ribeirinhas de cabelos longos, o couro cabeludo é abruptamente arrancado em contato com o eixo em alta rotação do motor de pequenas embarcações. Poucos segundos bastam para uma vida ser tomada por sequelas físicas e danos psicológicos.

Segundo a Capitania dos Portos, o Pará registrou a existência de 21.232 mil embarcações, dentre as quais 6.163 seriam somente de uso para o transporte de passageiros. Todavia, estima-se que aproximadamente 40 mil embarcações naveguem em condições clandestinas. Fatores que contribuem para situações de escalpelamento em pequenas embarcações de transporte de passageiros Estado. De 2006 a 2022, a instituição constatou 173 episódios de acidentes de escalpelamento. O ano de 2009 foi o que apresentou o maior número de acidentes na série histórica, com 22 casos. A partir deste ano, os números alcançaram patamares mais baixos, fechando 2022 com 6 ocorrências no Pará.

Na análise por Regiões de Saúde (RS) do Pará, a maioria das ocorrências foram no Marajó II, com 21 casos; seguido da RS Baixo Amazonas, com 8 casos; e posteriormente, com 7 situações, a RS Marajó I. Considerando o ranking por municípios, a primeira posição é ocupada por Portel, com 7 casos, sendo as vítimas de escalpelamento 100% mulheres; seguido de Breves, com 6, também o acidente tendo ocorrido somente com mulheres; Curralinho, com 4 casos somente mulheres.

Seguem as Tabelas com as apresentações estatísticas da Série Histórica de Casos de Escalpelamento (2019-2022), assim como, com os Registros detalhados das ocorrências anuais.

Tabela 107 – Série Histórica de Ocorrências de Escalpelamento, por Região de Saúde, no Estado do Pará, no período 2019 à 2022.

Região de Saúde	Ano				Total
	2019	2020	2021	2022	
Baixo Amazonas	3	1	1	3	8

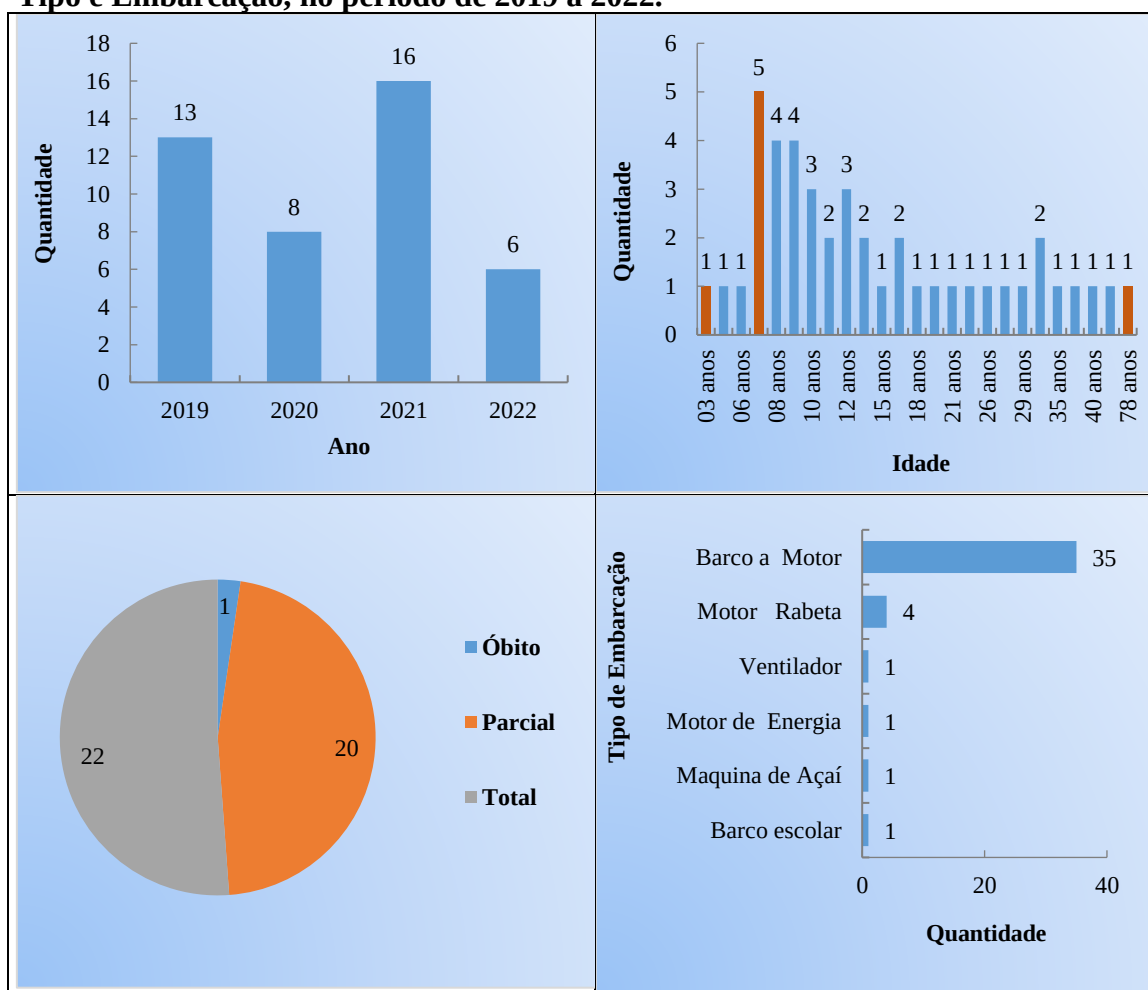
Guamá	1				1
Marajó I	4	2	1		7
Marajó II	5	3	11	2	21
Metropolitana I		1			1
Metropolitana II			1		1
Tapajós			1		1
Tocantins			1	1	2
Xingú		1			
Total	13	8	16	6	43

Fonte: SESPA, 2024.

A ocorrência dos acidentes com escalpelamento ocorre, majoritariamente, com mulheres que ainda são meninas, residentes às margens dos rios e furos de rios da Amazônia paraense. O estudo identificou que neste período de análise 100% das pessoas vítimas de acidentes com escalpelamento foram mulheres. A causa pode estar relacionada à preponderância do número de mulheres ribeirinhas que habitualmente escolhem ter cabelos compridos, podendo estar associado ao fato de 56,5% serem praticantes da religião evangélica.

Outro aspecto é que, além de serem mulheres, 70% das vítimas foram crianças e adolescente entre 3 e 18 anos de idade. Pessoas adultas e idosas corresponderam a 30% dos casos. Ao verificar os quantitativos por idade, nota-se ainda que a menor idade foi uma criança de 3 anos, residente do município de Ananindeua (RS Metropolitana I) e a maior idade foi de uma idosa de 78 anos, residente do município de Oriximiná (RS Baixo Amazonas). Ressalta-se que a idade que teve maior número de ocorrência foi de 7 anos, residente do município de Portel e Anájas (RS Marajó II), Santa Izabel (RS Guamá) e Oriximiná (RS Baixo Amazonas), com 5 casos. Verifica-se que o tipo de escalpelamento com maior número de ocorrência é Parcial, com 20 casos. Nota-se que neste período ocorreu 1 óbito, sendo de uma criança do sexo feminino, com 9 anos, no ano de 2020, residente do município de Muaná (RS Marajó I). O tipo de embarcação com maior número de ocorrência é do Barco a Motor, com 35 casos. Ressalta-se que este tipo de barco é muito comum nas regiões ribeirinhas, pois é o principal meio de comunicação utilizada por eles.

Figura 86 – Ocorrências de Escalpelamento no Estado do Pará, por Ano, Idade, Tipo e Embarcação, no período de 2019 a 2022.



Fonte: SESPA, 2024.

Considerando-se como Meta ‘Fomentar a implantação e/ou implementação de ações estratégicas do Plano Estadual de Enfrentamento aos Acidentes de Motor com escalpelamento no Estado do Pará, a SESPA através da Comissão Estadual de Enfrentamento aos Acidentes de Motor com Escalpelamento - CEEAE, desenvolve ações de prevenção em conjunto de diversos órgãos, como: Marinha do Brasil/Capitania dos Portos, SEDUC, SEASTER, ONG Amigos Voluntários do Pará, envolvendo uma equipe multiprofissional dos órgãos citados. As atividades são frequentemente realizadas nas regiões com maiores índices de ocorrências de acidentes no formato de reuniões com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Educação e Assistência Social, visando a construção de estratégias para fortalecer o enfrentamento aos acidentes de motor com escalpelamento nas comunidades ribeirinhas. Pontua-se como avanço a diminuição de acidentes ao longo dos últimos 5 anos, conforme tabela abaixo:

Tabela 108 - Redução dos Casos de Acidentes de Motor com Escalpelamento 2020 a 2022.

Estado	2019	2020	2021	2022
Pará	13	8	16	6

Fonte: SESPA, Dezembro/2023.

Além de todas as atividades conjuntas relatadas acima. Avalia-se também como um grande avanço, a Resolução No. 62, da CIB, (13/06/22) que aprovou o Projeto de Implementação da Linha de Atenção e Cuidado Integral às Vítimas de Escalpelamento do Estado do Pará, pela alteração do Fluxo de Atendimento da Vítima na RAS, apresentando uma nova definição de hospitais para o início do cuidado em urgência e emergência: Hospital Metropolitano (Ananindeua), Hospital Regional de Breves, Hospital Regional do Tapajós (Itaituba), e Hospital Regional do Baixo Amazonas (Santarém), com o propósito de aplicação do Plano de Capacitação para os Municípios. Outro avanço foi a parceria com o Hospital Barros Barreto para consultas especializadas com oftalmologista e otorrinolaringologista para as vítimas do acidente de escalpelamento, encaminhadas pelo Espaço Acolher/Santa Casa, tal qual, a combinação junto a Coordenação Estadual da Pessoa com Deficiência/SESPA para avaliação e expedição de Laudo para concessão a carteira de gratuidade de passagem em transportes rodoviários e hidroviários interestadual para todas as vítimas.

É então possível se pontuar como resultado positivo a diminuição dos casos de acidentes ao se comparar os números desses entre os anos de 2018 e 2022, atribuindo-se isso às constantes campanhas de prevenção ao escalpelamento, assim como, às ações efetivas de conscientização pública nos municípios com maior incidência de casos. Menciona-se ainda a importância das parcerias nas Redes de Proteção e Saúde e nas Coordenações Estaduais da SESPA visando proporcionar garantia da qualidade de tratamento das vítimas de escalpelamento, num movimento de consolidação de pendências com um trabalho cada vez mais intenso nas propostas educativas de saúde.

Saúde Indígena

Ao longo do tempo, a CESIPT se mantém trabalhando com os Assessoramentos, Monitoramentos e Acompanhamentos Virtuais e Presenciais junto aos 4 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's): Altamira, Rio Tapajós, Guamá Tocantins e Kaiapó, especificamente nos Municípios de Belém, Ananindeua, Santarém, Redenção, Ourilândia do Norte, Tucumã, São Félix do Xingú, Santa Maria das Barreiras, Tucuruí,

Novo Repartimento, Cumaru do Norte, Marabá e Parauapebas, em relação à assistência de saúde, com os encaminhamentos para um atendimento diferenciado de saúde aos Povos Indígenas no Estado do Pará e com visitas técnicas para alinhamento dos fluxos de atendimento diferenciado de saúde e para qualificação da atuação dos profissionais nos Centros Regionais de Saúde no Estado do Pará, já que é de grande importância considerar as especificidades etnoculturais dos povos indígenas para alcance de um atendimento intercultural de qualidade, especialmente nos serviços de saúde dos Hospitais Regionais e Municipais. Além disso, a CESIPT/SESPA continua dialogando na educação e prevenção dos agravos em saúde dos povos indígenas migrantes WARAO nos municípios de Belém e Ananindeua.

Toda organização das atividades foi realizada juntamente com o Conselho Estadual de Políticas Indigenistas no Pará, DSEI's, FEPIPA e todas as Instituições que compõem o Grupo de Trabalho Estadual de Saúde. Além disso, a CESIPT/SESPA veio dialogando na educação e prevenção dos agravos em saúde dos povos indígenas refugiados migrantes Warao nos Municípios de Belém e Ananindeua. As ações de saúde colaboraram com a cobertura populacional na estratégia da atenção básica nos indígenas em contexto urbano, evitando que os indígenas se deslocassem para bairros mais distantes de suas residências. Essas ações de assistência básica vêm colaborando na diminuição de todas as demandas reprimidas causadas pela pandemia da COVID 19, entretanto a CESIPT/SESPA acompanha a imunização de COVID 19, sarampo e outras vacinas nos territórios indígenas fortalecendo a garantia de qualidade de saúde. A CESIPT, entretanto, manifesta dificuldade no acompanhamento e monitoramento da vacinação aos povos indígenas, pois o sistema da SESAI é diferenciado e dificulta o acompanhamento da política de saúde indígena. Nesse primeiro momento, foram realizados mais de 1.200 procedimentos de saúde e foram encaminhados 18 indígenas para consultas especializadas.

Vale ressaltar que as visitas técnicas qualificam e fortalecem a atuação dos Centros Regionais de Saúde no Estado do Pará e isso vêm sendo fundamental para o entendimento e diálogo sobre a questão da etnicidade nos atendimentos de saúde nos Hospitais Regionais e Municípios, principalmente com a adesão do Incentivo de Atenção Especializada. Dessa forma a CESIPT/SESPA tem o compromisso ético e étnico com os povos indígenas de levar saúde diferenciada. A capacitação dos

profissionais de saúde da SESPA se torna de grande importância para o atendimento de qualidade.

Com a Portaria do Grupo de Trabalho da Saúde Indígena, os encaminhamentos trazem novas estratégias de saúde para o acompanhamento, monitoramento e execução das ações de Saúde Indígena pela SESPA. As qualificações dos profissionais de saúde da SESPA se tornam significativas para o atendimento de qualidade nas repartições estaduais de saúde. Por outro lado, as visitas técnicas possibilitam o alinhamento amplo de toda Política de Saúde Indígena em nível estadual. Conforme a PNASPI é de responsabilidade do Estado, a média e alta complexidade, e a falta de orçamento financeiro competiu para inviabilizar a programação da saúde indígena, inclusive as qualificações agendadas aos profissionais para o atendimento intercultural na saúde, sendo essas as maiores dificuldades que a saúde indígena vem enfrentando para a fomentação da Política de Saúde Indígena Estadual no Pará.

De modo geral, por meio do trabalho desenvolvido estão sendo contempladas favoravelmente as metas propostas pela Coordenação de Saúde Indígena e Populações Tradicionais (CESIPT) já que foram fortalecidas, entre outras, as Ações em Saúde para a População Indígena em Regiões de Saúde com referência de municípios com aldeias indígenas no Estado do Pará, sendo estas METROPOLITANA I, ARAGUAIA, LAGO TUCURUÍ, BAIXO AMAZONAS E CARAJÁS.

Saúde de Populações Tradicionais

Considerando a Meta de Gestão “Fortalecer Ações de Saúde em municípios com Estratégias de Saúde da Família presentes em Territórios Quilombolas e ou em áreas ribeirinhas”, a CESIPT buscou orientar e sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre as especificidades em saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs), a fim de promover a equidade, a universalidade e a integralidade à saúde, respeitando a diversidade cultural, social e religiosa dessas populações. Mobilizou ainda sua equipe no período 2018 a 2022 com a intenção de reduzir o quadro de internações de causas sensíveis realizando atividades nas Regiões de Saúde Metropolitana I, II e III, Lago Tucuruí, Marajó, Caetés e Tocantins. As ações de saúde, planejadas juntamente com as Associações Quilombolas e Secretarias Municipais de Saúde, atingiram diretamente essas comunidades tradicionais e se configuraram como estratégias de fortalecimento à promoção da saúde

de populações vulneráveis. O suporte dado à atenção básica dos municípios incide diretamente na redução de doenças que podem chegar à alta e média complexidade, e, por conseguinte, em internações. Os monitoramentos, a estes municípios, posteriores às ações são de suma importância para a compreensão dos dados e o impacto que as ações trazem para a atenção básica.

Ainda no período compreendido entre 2018 e 2022 foi criada a programação anual denominada “Novembro Negro”, onde têm-se o 20 de novembro como o dia da consciência negra no Brasil, instituída pela lei nº. 12.519 de 10 de novembro de 2011. Em dezembro de 2023 o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a lei que torna o Dia Nacional de Zumbi e da Consciência Negra, 20 de Novembro, feriado nacional. A Secretaria de Saúde do Estado do Pará vem atuando junto às Políticas Nacionais de Saúde da População Negra e das Populações do Campo e da Floresta de modo a levar atendimento diferenciado em saúde para as populações tradicionais, quilombolas, povos de terreiros e população negra do Pará. Neste sentido é de suma importância o diálogo com as esferas do Governo Federal, atentando-se às Notas Técnicas, Portarias e demais instrumentos de fortalecimento destas políticas que se apresentam constantemente à realidade dessa composição da sociedade brasileira, a exemplo de incentivos para o fortalecimento das ações de equidade na atenção primária ou no fortalecimento dos cadastros destas populações assistidas, caracterizando-as, a partir das identificações dos territórios quilombolas, por exemplo.

Com maior incidência, também desde 2020, no mês em alusão à consciência negra a SESPA tem desenvolvido uma série de atividades dentro das ações de saúde do TERPAZ, que consistem em práticas voltadas para o combate ao racismo em nossa sociedade. Durante todos os finais de semana de novembro a equipe CESIPT se concentra nas ações do TerPaz e durante a semana nas Usinas da Paz, estimulando o debate acerca da importância da população negra para a formação da cidadania, da diversidade, propondo ações de reflexão e diálogo sobre o protagonismo negro na sociedade brasileira e paraense, bem como fomentando o entendimento de que o racismo também é combatido nas estruturas de saúde pública. As ações de saúde nesse mês se estendem também aos territórios de comunidades tradicionais quilombolas, bem como aos Povos de Matrizes Africanas (Povos de Terreiros) importante calendário de saúde que destaca a importância da saúde da população negra e das populações de religiões de matrizes africanas. Para o planejamento 2024-2027 busca-se fomentar as

iniciativas e atividades em saúde que extrapolam o novembro negro, e sim, se estendam por todo o calendário anual.

Como forma de melhor institucionalizar a política de atendimento em saúde às populações quilombolas do Pará a SESP publicou a Portaria Nº. 548/2022, de 21 de Junho de 2022, que dispõe sobre a criação do Grupo de Trabalho (GT) Interinstitucional para a elaboração de instrumentos que fortaleçam a saúde da população quilombola do Estado do Pará, bem como nomeou seus representantes de diferentes frentes de atuação no Pará. Em 2023 a Portaria foi renovada por mais um ano, incluindo novos membros, conforme decisão do próprio Grupo de Trabalho, sendo publicada em Diário Oficial no dia 20 de novembro de 2023, como consta na Portaria Nº 1.186, de 16 de novembro de 2023. Importantes instituições como Secretaria Estadual de Igualdade Racial e Direitos Humanos do Pará, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Pará e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Pará compõe atualmente o GT de Saúde Quilombola em 2024, fortalecendo os trabalhos e estratégias para a melhoria na qualidade da saúde destas populações. Para o planejamento 2024-2027 objetiva-se finalmente a construção e consolidação da Política Estadual de Saúde da População Quilombola do Pará.

5.2.1.10. Saúde Mental

A Secretaria de Estado de Saúde Pública, implementa a Política Nacional de Saúde Mental e aperfeiçoa o seu Plano Estadual de Atenção Psicossocial no Pará, objetivando organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Isso, dá-se por meio da pactuação do plano estadual norteador que institui e amplia a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas diversas Regiões de Saúde do Estado do Pará. E dessa forma, buscou-se promover uma maior integração social entre usuários, familiares e profissionais que atuam nos diversos componentes da RAPS, assim fortalecendo a autonomia e o protagonismo do usuário nos serviços, com a finalidade de preservar a singularidade de cada indivíduo. Destacam-se, as ações desenvolvidas no exercício dos anos de 2020-2023.

Atualmente como normativa federal, temos a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 revista, e demais portarias de serviços específicos, e ainda a Portaria GM/MS 757 de 21 /06/23 bem como a Lei estadual 9.933, de 26/05/23, as quais apresentam medidas para fortalecer e ampliar a oferta dos serviços da RAPS de maneira eficaz, resolutiva e

humanizada, sinalizando os diferentes graus de complexidade a promoção de uma assistência integral para as diversas demandas de todo território Estado, contemplando as mais simples até as mais complexas.

Para que tal fortalecimento e ampliação da RAPS nos territórios seja possível, consideram-se as diretrizes e normativas da legislação de saúde mental vigente, na qual aponta-se os seguintes dispositivos que compõem a rede, tais como: Unidades Básicas de Saúde, Estratégias Saúde da Família, Equipes de Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais, Rede de Atenção às Urgências, Hospital-Dia, Equipes Multiprofissional em Saúde Mental e Comunidades Terapêuticas como serviços complementar, se estiverem dentro forma legal previstas na RDC 050 e habilitadas por instância específica de vigilância sanitária e Conselhos de Direitos Humanos.

Diante do exposto, a expansão dos serviços da RAPS dá-se através da implantação, estruturação, monitoramento e fortalecimento dos diferentes componentes estratégicos de atenção psicossocial, bem como dos serviços especializados em saúde mental (leitos urgências, unidades de acolhimento etc.), devidamente planejados e aprovados no recente desenho da RAPS, pactuado em agosto de 2022 no fórum da CIB, através da Resolução nº 94 de 21 de setembro de 2022. Compreende-se também que são essenciais às ações intersetoriais de inclusão das demais políticas públicas transversais como assistência, educação, cultura e lazer. A lógica do cuidado em saúde mental prescinde como premissa o olhar ampliado desde atenção básica, exemplo são as ações de matriciamento¹, que devem ser realizadas na rede do território e visam à superação das dificuldades enfrentadas nas atividades voltadas para um amplo cuidado à população de saúde mental, ressaltando-se que o CAPS, apresenta-se como o equipamento responsável em articular a rede de cuidados, conforme as normativas da Portaria GM/MS nº 3088/2011 e as notas técnicas do Ministério da Saúde.

¹ Ação idealizada por Gastão Wagner Campos, em 1999, compreendida como um processo de integração da saúde mental junto à Atenção Primária, que quando recorrentemente praticada, torna-se um modelo norteador de experiências que propiciam um tipo de cuidado colaborativo entre essas duas áreas de atenção à saúde (saúde mental e a atenção primária).

² Indicador SISPACTO: Estabelece um rol de indicadores, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde. Dos 23 indicadores elencados no rol, 20 são de pactuação universal, ou seja, são de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados. No entanto, mais recentemente a Resolução CIT nº 45 de 25 de julho de 2019 excluiu da Pactuação Interfederativa o indicador nº 20.

Por fim, destaca-se que as SRT'S como ponto de atenção da RAPS, passou a ter destaque significativo recente no cenário brasileiro e local, conforme as novas diretrizes na Política Nacional de Saúde Mental, quando da publicação da resolução 487/2023 do Conselho nacional de Justiça, implicando novas responsabilidades estaduais no cenário do cuidado aos egressos do sistema nacional de segurança pública e justiça. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são compreendidos como equipamentos destinados a desinstitucionalização de pacientes que passaram por longa internação psiquiátrica, mas que, atualmente não dispõe de laços afetivos, produtivos e sociais, exigindo assim tutela do poder público.

As ações planejadas para o período se referem à diretriz nacional, que trata da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, baseado no enfoque humanizado, na equidade e no atendimento das necessidades básicas de saúde, por meio do fortalecimento da política de atenção básica, especial, média e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, para seguir essa diretriz, utilizou-se um dos indicadores do processo de pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) para os anos de 2020-2023, baseado no Indicador 21- Ações de Matricialmente realizadas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica, pactuando-se como meta estadual a ampliação das ações realizadas pelos CAPS com equipes de Atenção Básica e estabelecendo como meta de gestão, o “Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS nas Regiões de Saúde”.

O referido indicador é baseado no cálculo de tipologia de CAPS por critério populacional, de modo que a modalidade CAPS I daria resposta efetiva a 50.000 (cinquenta mil habitantes), ao passo que o CAPS III, atenderia à 150.000 (cento e cinquenta mil habitantes) e que as demais modalidades de CAPS II, CAPS i e CAPS AD dariam cobertura à 100.000 (cem mil habitantes). Dessa forma, os seguintes parâmetros adotados contribuem na definição do grau de cobertura de serviços especializados por ente federativo, assim considerados: Cobertura “Muito Boa” (acima de 0,70), Cobertura “Regular Boa” (entre 0,50 e 0,69), Cobertura “Regular Baixa” (entre 0,35 e 0,49), Cobertura “Baixa” (entre 0,20 e 0,34) e Cobertura “Insuficiente/ Crítica) (abaixo de 0,20).

Como parâmetro para avaliar a Cobertura Assistencial de Atenção Psicossocial no Estado do Pará, por modalidade de CAPS, no período de 2020 a 2023, utiliza-se

Indicador CAPS/100.000 mil habitantes, que considera o total de CAPS habilitados no território e que no caso, do Estado do Pará, o mesmo está com uma cobertura quantitativa “Muito Boa”, conforme parâmetro do Ministério da Saúde exposto na Tabela abaixo:

Tabela 109 – Cobertura Assistencial de Atenção Psicossocial no Estado do Pará, por modalidade de CAPS, no período de 2020 a 2023, segundo o Indicador CAPS/100.000 mil habitantes.

Regiões de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Araguaia	11	81,8	81,8	1,06	1,06	12,86
Baixo Amazonas	0,34	33,3	0,39	0,38	0,39	7,0
Carajás	22,2	33,3	0,58	0,61	0,63	6,53
Lago Tucuruí	0,81	0,8	0,82	0,83	0,86	0,89
Metro I	85,7	85,7	0,56	0,61	0,64	5,56
Metro II	10	10	0,86	0,93	1,08	9,86
Metro III	50	37,5	0,62	0,73	0,74	9,52
Marajó I	0,22	0,32	0,22	0,20	0,2	5,12
Marajó II	0,83	0,83	0,83	0,76	0,78	10,38
R. Caetés	83,3	83,3	0,66	0,91	1,1	20,79
Tapajós	33,3	33,3	0,90	0,9	0,9	13,09
Tocantins	44,4	44,4	0,86	0,9	1,06	14,65
Xingu	14,2	1,35	1,18	1,26	1,28	10,21

Fonte: CESMAD, 2023. Utilizando a estimativa da população do Pará conforme cada ano.

A partir de 2017, com o objetivo de melhorar o instrumento de avaliação de gestão da cobertura assistencial de serviços de atenção psicossocial, pactuou-se a estratégia de avaliar na lógica de rede, utilização de um novo indicador: Ações de Matricialmente realizadas por CAPS, com equipes de Atenção Básica objetivando a integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental. Isto se constitui como uma diretriz internacional eficaz para a reorganização dos sistemas de saúde, além de que, apresenta-se como uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o ano de 2030, sendo este referente à redução de 1/3 (um terço) da mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis, mediante à Prevenção, Tratamento e Promoção da Saúde Mental e Bem- Estar.

Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da RAPS e tem a responsabilidade de desenvolver ações de Promoção, Prevenção e Cuidado dos Transtornos Mentais, além de ações de Redução de Danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos de rede (Portaria GM/MS nº 3.088/ 2011). Assim, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção

utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão. Logo, a adoção desse novo indicador Ações de Matriciamento realizadas por CAPS, permite avaliar o percentual de implementação dessas ações desenvolvidas junto às equipes de Atenção Primária.

Considerando que, no período de 2018/2022, a rede de atenção psicossocial estava em expansão, especialmente as modalidades de CAPS I e CAPS i, ressalta-se que desta forma obteve-se uma melhora significativa no cuidado e ampliação do acesso para público com necessidade de atendimento qualificado em saúde mental. Além disso, a evolução do presente indicador vem demonstrando um panorama estadual de cobertura assistencial muito boa, conforme demonstrado na Tabela 110, voltado para atenção psicossocial. Neste momento a Coordenação estadual, já pactuou o desenho técnico do Plano regionalizado da RAPS, o qual já se encontra à disposição do Ministério da Saúde, para apreciação, viabilidade e expansão da rede em todas as áreas de complexidade de cuidado em saúde.

Tabela 110 – Número de Serviços Especializados em Saúde Mental no Estado do Pará.

Tipos de CAPS	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
CAPS I	52	5	7	2	4	5	75
CAPS II	17	0	0	0	0	0	17
CAPS III	4	0	0	1	1	0	6
CAPS I	3	0	0	1	1	0	5
CAPS AD II	6	0	0	0	0	0	6
CAPS AD III	1	0	0	0	0	0	1
Total	83	5	7	4	06	05	110

Fonte: CESMAD/SESPA, 2023.

Nº de Residências Terapêuticas: 03 SRT, criadas desde 2010, sendo que apenas duas se encontram já habilitadas junto ao Ministério da Saúde.

Contudo, apesar da cobertura de serviços em saúde mental ser considerada muito boa no nível estadual, ainda se apresenta como desafio para a gestão estadual o fomento à permanência e qualificação desses serviços, seja naqueles que se encontram sob gestão estadual (atualmente são apenas 06 CAPS), seja para os que já funcionam sob gestão municipal. E, acrescenta-se ainda outro desafio, que se refere à continuidade da expansão da RAPS, por meio da implantação de novos dispositivos, além de CAPS, como por exemplo, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, permitindo ampliar o cuidado nas diferentes situações enfrentadas nos territórios.

Portanto, considerando-se o aporte populacional das Regiões Metropolitanas, onde as portarias privilegiam a implantação dos serviços especializados, compreende-se a necessidade de se avançar em propostas que contemplem as Regiões de Saúde que apresentam pouca cobertura assistencial, como a de Tocantins, Tapajós, Xingu, Baixo Amazonas e Marajó.

Vale também, considerar a necessidade constante de acompanhamento do processo de habilitação dos serviços e monitoramento dos mesmos, por meio de visitas técnicas periódicas nos municípios que possuem serviços da RAPS. Ressalta-se ainda, a importância de fomentar continuamente as ações de qualificação dos trabalhadores que atuam nas RAPS locais, seja por meio da oferta de Cursos de Capacitação, Oficinas, Fóruns e Diálogos intersetoriais, aperfeiçoando o atendimento e a qualidade do cuidado ofertado aos usuários do SUS.

Outro desafio a ser enfrentado, refere-se às ações de Promoção e Prevenção ao Suicídio, considerando-se que essas devem ser parte de toda política pública local, que tenha por finalidade a proteção e promoção da vida de seus munícipes, conforme se apresenta na Resolução CIT nº 32/2017.

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2018), o Brasil apresenta o suicídio como a segunda principal causa de morte entre jovens-adultos, com faixa-etária entre 15 e 29 anos de idade, com prevalência entre os homens, sendo que os casos de tentativa suicida prévia, ou seja, não finalizada, também tem se apresentado como fator de risco mais alarmante na população em geral. Dessa forma, compreende-se que a questão do suicídio, por ter se mostrado como uma das causas de morbimortalidade apresenta-se como um grande desafio de saúde pública, que dever ser enfrentado pelos gestores locais e, conseqüentemente, pelos serviços especializados que atendem à demanda cada vez mais crescente dessa clientela dentro da RAPS. Assim, observa-se que no Estado do Pará esse fenômeno tem se mostrado cada vez mais recorrente, conforme a Tabela 111 abaixo:

Tabela 111 – Número de Casos de Suicídios por Região de Saúde no Estado do Pará.

Macro Região	Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Macro I	Metro I	55	75	77	78	83	87
	Tocantins	17	26	23	23	26	32
	Marajó I	03	06	10	11	31	41

	Marajó II	11	16	20	21	25	30
	Subtotal	86	123	130	133	165	190
Macro II	Metro II	08	09	13	14	15	19
	Metro III	23	36	40	41	41	45
	Rio Caetés	11	06	17	18	21	23
	Subtotal	42	51	70	73	77	87
Macro III	Baixo Amazonas	33	42	39	40	50	56
	Tapajós	15	29	25	26	36	38
	Xingu	10	17	28	29	36	39
	Subtotal	58	88	92	95	122	133
Macro IV	Lago de Tucuruí	12	20	16	17	32	37
	Carajás	31	28	46	44	53	56
	Araguaia	16	27	27	26	39	41
	Subtotal	82	75	89	87	124	134
	Total	286	337	381	388	488	554

Fonte: SINAN, 2023.

O suicídio trata-se de um grave problema de saúde pública, no entanto, pode ser evitado em tempo oportuno, com base em evidências e com intervenções de baixo custo. Para uma efetiva prevenção, as respostas necessitam de uma ampla estratégia multissetorial. No Estado do Pará, os dados existentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net), apontam que no período de 2020 a 2023, de um modo geral, houve aumento da taxa de suicídio. Esses dados evidenciam a necessidade de ampliar e qualificar a assistência à saúde prestada pelos serviços da RAPS como Atenção Básica, CAPS, U/E, e Hospitais para o público em suas diversas faixas etárias e gêneros, trabalhando inclusive em parceria com a rede intersetorial - educação, assistência social e justiça - permitindo assim maior acesso da população aos cuidados necessários que vão desde a prevenção e promoção à saúde, o cuidado e a reabilitação dos indivíduos.

Observa-se ainda, que existe no estado do Pará, elevada subnotificação, ou seja, muitos casos de suicídio ou tentativas de suicídio não são notificados, ou ainda necessitam ser mais bem avaliados no campo de registros, pois na maioria das vezes são lançados nos sistemas como causas externas. Para tanto, é necessário capacitar os trabalhadores da RAPS – acerca dos sinais de alerta a fim de compreender, identificar e intervir. Sensibilizar quanto a importância da notificação dos casos, inclusive das tentativas de suicídio para construção de estratégias de ação para prevenção e cuidado.

A Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do suicídio e a nota informativa 7/2019-CGDANT/SVS/MS, apontam para a notificação compulsória dos casos de suicídio no

sistema de dados da vigilância epidemiológica do respectivo município e o encaminhamento da pessoa para os serviços de atenção psicossocial.

Para alcançar o aumento do número de notificações e garantir o acesso ao cuidado, foram realizadas atividades contínuas de informação, sensibilização de gestão e ações educativas de educação e saúde, conforme as metas pactuadas no plano estadual de saúde e de acordo com o indicador SISPACTO – Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.

Tabela 112 – Número de Leitos Psiquiátricos em Saúde Mental em Hospital Geral/Regionalizado, no período de 2018-2022.

Anos	Região/ Cidade	Quantitativo de Leitos	Situação
2018	Carajás/Marabá	6	Habilitados pelo MS
	Lago do Tucuruí/ Tucuruí	8	
	Região do Caetés/Bragança	9	
2019	Região do Caetés/Bragança	14	Habilitados pelo MS
2020	Carajás/ Parauapebas	8	Aguardando Habilitação pelo MS
2021	-	-	-
2022	-	-	-
Total		45	

Fonte: SINAN, 2023.

No tocante à expansão de leitos nas Regiões de Saúde, considera-se um avanço lento nesse quesito, pois há um vazio de cobertura assistencial de 200 leitos especializados de saúde mental, conforme planejado no Plano Estadual Regionalizado da Rede de Atenção Psicossocial (Resolução CIB Nº 94/2022/PA) e sob análise do Ministério da Saúde.

5.2.1.11. Saúde Bucal

A Coordenação Estadual de Saúde Bucal integrada a missão da Sespa, utiliza estratégias para fomentar, apoiar e auxiliar os municípios no desenvolvimento da saúde bucal com a expansão de novos serviços, qualificação e manutenção dos serviços implantados, com objetivo de assegurar à população acesso as políticas públicas de saúde visando a melhoria da qualidade de vida no Estado do Pará.

Como indicadores para a Saúde Bucal temos: a Cobertura Populacional estimada de Saúde Bucal e o indicador de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada. O

primeiro indicador é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Já o segundo indicador, estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

O Estado do Pará atingiu o percentual de cobertura de 38,98%. Quanto a meta pactuada de 52% ao ano, atingiu-se 74,96% da mesma. O Pará encontra-se com 8.777.124 habitantes (IBGE), destes estima-se que estejam cobertos pela saúde bucal 3.730.277, ou seja, 39,13% da população, com um total de 1022 ESB financiadas pelo Ministério da Saúde.

Dentre as Regiões de Saúde, as que apresentam os piores índices e contribuem negativamente para a baixa cobertura estadual, são: Baixo Amazonas, com 37,57% (onde 35% dos municípios apresentam menos de 20% de cobertura de SB e destes, um apresentam 0%); Lago de Tucuruí, com 30,06 (onde 33,3% apresentam menos de 20% de cobertura); Marajó I, com 26,02% (onde 33,3% dos municípios apresentam menos de 20% de cobertura de SB e destes, um apresentam 0%); Marajó II, com 23,41% (onde 42,85% dos municípios apresentam menos de 20% de cobertura de SB e destes, um apresentam 0%); Tapajós com 38,33% (onde 50% dos municípios apresentam menos de 20% de cobertura de SB e destes, um apresentam 0%) e Tocantins com 32,23% (onde 33,3% dos municípios apresentam menos de 20% de cobertura de SB).

Apesar da baixa cobertura apresentada por essas regiões, observa-se que alguns municípios possuem ESBs credenciadas, mas que não estão sendo pagas (por conta de não homologação, falhas no envio de produção, duplicidade de profissionais, dentre outros fatores), a exemplo de Mojuí dos Campos (1 ESB, não paga), Palestina do Pará (2 ESBs, sendo 1 não paga), Chaves (3 ESBs, nenhuma paga) e Rurópolis (7 ESBs, nenhuma paga). Além disso, ao avaliarmos a produção dos municípios dessas regiões, por meio do Sisab, constatamos que todas apresentam produção de saúde bucal, mesmo que em baixa quantidade, incluindo as que tem 0% de cobertura (quantidades de procedimentos que chegam até a 230, somente no mês de dezembro, por exemplo).

As regiões de Saúde que apresentaram o melhor desempenho foram: Araguaia (72,67%), Carajás (69,84%), Metropolitana I (56,16%), Metropolitana II (55,99%), Metropolitana III (61,72%), Rio Caetés (86,39%) e Xingú (59,89%). Destacamos que

alguns municípios dessas regiões já apresentam, inclusive, 100% de cobertura de ESB (Rio Maria, Brejo Grande do Araguaia, Canaã dos Carajás, São Domingos do Capim, Bragança, Primavera, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Brasil Novo e Vitória do Xingu).

Sinalizamos, também, que desde o ano de 2022 houve uma alteração na forma de cálculo do indicador de cobertura de saúde bucal, pelo Ministério da Saúde. Isto levou a uma queda considerável, quando comparado aos anos anteriores, dificultando o alcance do valor pactuado. A gestão estadual realizou assessorias técnicas a gestores dos 144 municípios, monitoramentos aos serviços de saúde bucal, capacitação e qualificação dos coordenadores municipais de saúde bucal. Neste 3º quadrimestre realizamos 73 assessorias e monitoramentos, duas capacitações e nenhuma visita técnica.

Em relação ao segundo indicador, de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, os resultados para o 3º quadrimestre revelam uma média de 0,62%. Com a realização de 166.550 escovações dentais supervisionadas. As regiões de saúde que apresentaram os piores resultados para esse quadrimestre, foram: Marajó I, com 0,06%; Marajó II, com 0,05%; Metropolitana I, com 0,10%; Metropolitana III, com 0,14%; Baixo Amazonas, com 0,13% e Tocantins, com 0,15%. Nestas, alguns municípios apresentaram 0% neste indicador, contando com a participação de apenas um município em toda região nestas atividades. Isto foi observado, por exemplo, nas Regiões do Marajó I, onde, dos 6 municípios, apenas Salvaterra apresentou ações coletivas de escovação dental (com 591 participantes) e Marajó II, que dos 7 municípios, apenas Portel apresentou ACEDS (com 450 participantes). Ressaltamos que o baixo desempenho do indicador pode ter relação com possível subnotificação das ações de escovação e falha no planejamento para execução de atividades que promovam a prevenção das doenças bucais.

No que se refere à análise anual, o Estado do Pará apresentou um percentual de 0,17%. Dentre as regiões de Saúde que apresentaram os piores desempenhos, destacam-se: Baixo Amazonas, Tocantins e Lago de Tucuruí, ambas com 0,11%; Metropolitana I, com 0,09%; Marajó I, com 0,04% e Marajó II, com 0,02%. Alguns municípios apresentam o valor de 0% neste indicador, indicando que não fazem atividades de escovação dental supervisionada ou que não lançam corretamente na produção, como citado anteriormente.

A Tabela 113 representa os dados de ação coletiva de escovação dental supervisionada no Estado do Pará nos anos de 2018 a 2022. Este indicador corresponde à proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal. Observa-se um grande declínio no ano de 2019, período relacionado à pandemia de COVID-19. Todavia, a partir de 2020, já se observa uma tendência no aumento deste indicador, mas ainda bem distante da meta pactuada (1,1%, para o ano de 2022). Estas ações contribuem para prevenção de afecções orais, principalmente no que tange à cárie e doença periodontal. Seu intuito é motivar o paciente a desenvolver práticas que o ajudem a manter uma condição bucal satisfatória. Sendo, portanto, a educação da população um dos principais caminhos para o controle e prevenção de doenças, assim como para a melhoria das condições de saúde bucal.

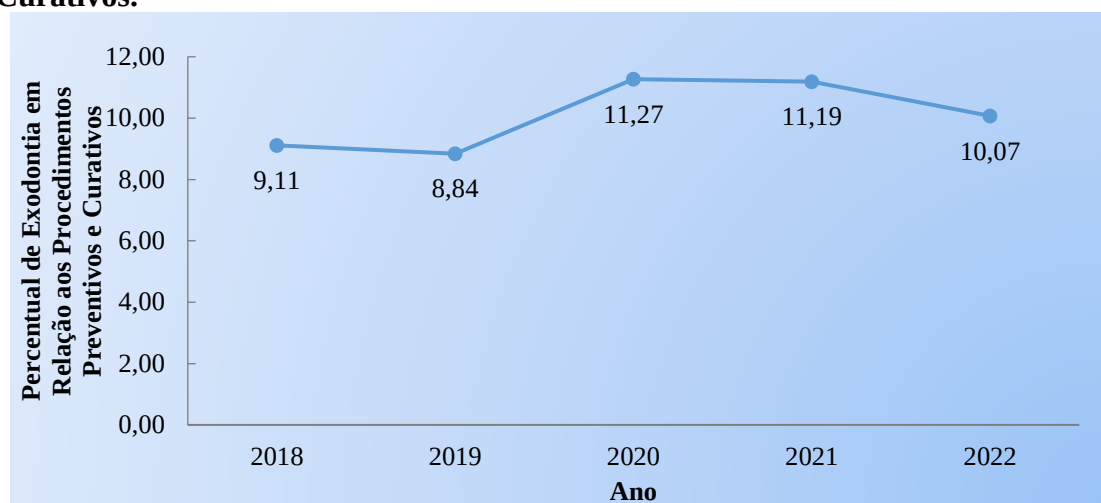
A figura 87 retrata os dados, em percentual, da proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia. Nesse contexto, quanto menor o percentual, maior a qualidade do serviço odontológico do município, visto que menos dentes são extraídos e mais procedimentos curativos são realizados. Altos índices de exodontias são representativos de um serviço odontológico de caráter mutilatório muitas vezes associado às condições socioeconômicas da população, escolaridade ou falta de acesso. Apesar do aumento ocorrido entre os anos de 2019 e 2020, um declínio nestes valores já é observado a partir de 2021. Tal fato pode estar diretamente relacionado ao aumento nas ações preventivas, curativos e de educação em saúde ofertados à população.

Tabela 113 – Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.

Saúde Bucal	2018	2019	2020	2021	2022
Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	0,17	0,21	0,03	0,05	0,17
Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos	9,11	8,84	11,27	11,19	10,07

Fonte: E-gestor e SISAB.

Figura 87 – Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos.



Fonte: E-gestor e SISAB.

Tabela 114 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022.

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)	
Nº de ESB I e II	881
Nº de CEO I, II e III	40
Nº de Laboratório de prótese dentária	86
Nº de serviços hospitalares de referência para saúde Bucal	3
Cobertura da Saúde Bucal	34,58%

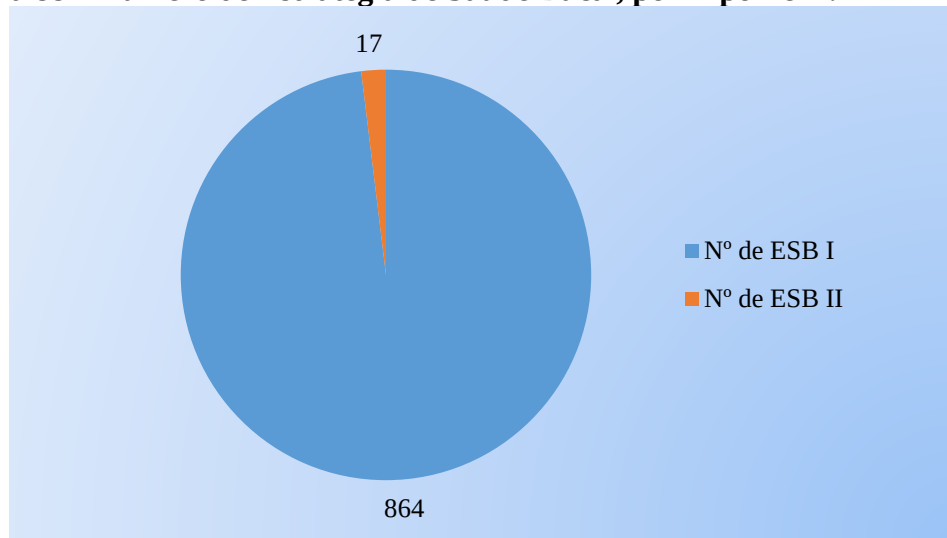
Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 115 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022.

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)	
Nº de ESB I	864
Nº de ESB II	17
Nº de CEO I	23
Nº de CEO II	12
Nº de CEO III	5
Nº de Laboratório de prótese dentária	86
Nº de serviços hospitalares de referência para saúde Bucal	3

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

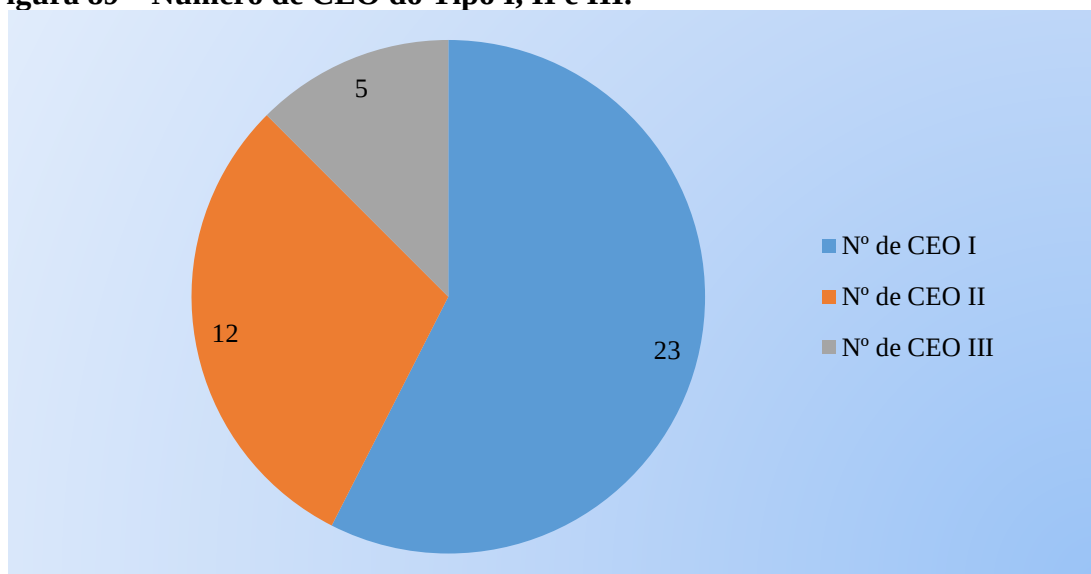
Figura 88 – Número de Estratégia de Saúde Bucal, por Tipo I e II.



Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

A figura 88 representa a quantidade de ESB (equipes de saúde bucal) presentes no estado do Pará, nela observa-se uma quantidade consideravelmente maior de ESB tipo I. As Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representam a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. No que se refere à classificação, as ESB I são compostas por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). Já as ESB modalidade II, é composta pelos três profissionais citados acima (CD, ASB e TSB).

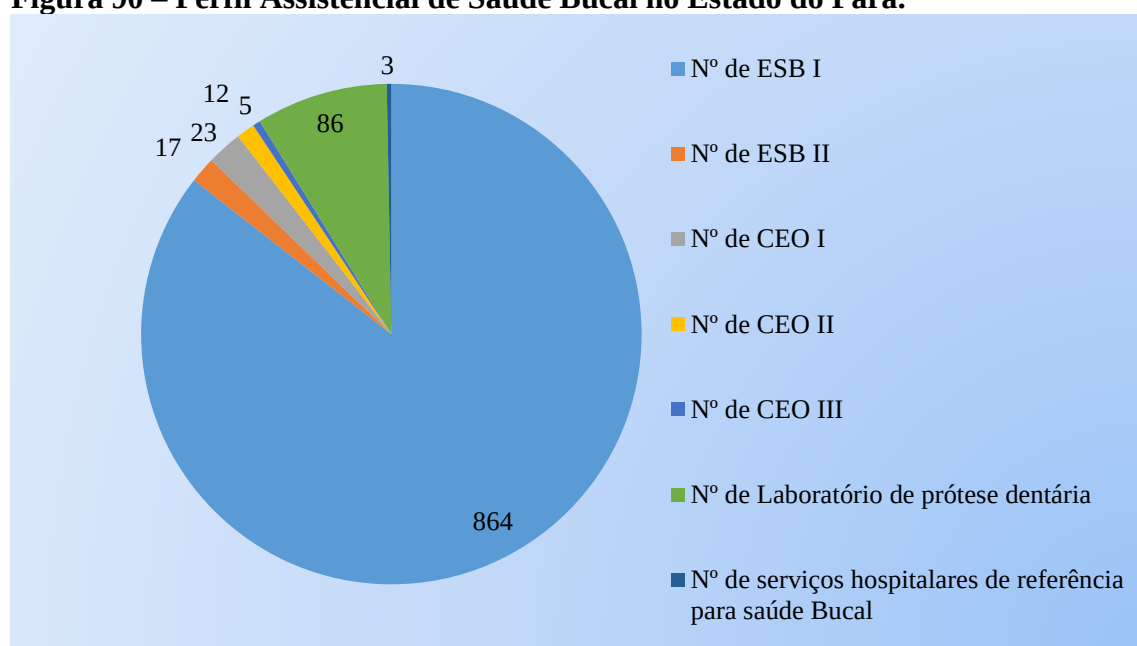
Figura 89 – Número de CEO do Tipo I, II e III.



Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, estabelecimentos de saúde participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Na figura 89 estão representados os CEO presentes no estado e nela, podemos observar que a maior parte deles corresponde ao tipo 1. Vale ressaltar a diferença entre os três tipos de CEO: tipo I (com 3 cadeiras odontológicas), tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas).

Figura 90 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Estado do Pará.



Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, em 2004, além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais. O estado do Pará é contemplado com os serviços de saúde bucal apresentados na figura 90. Nela estão presentes os serviços de atenção primária, secundária e terciária. A Atenção Especializada Ambulatorial foi potencializada por meio da criação do CEO e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Por outro lado, observa-se que a organização de serviços de atenção especializada hospitalar na área odontológica ainda é incipiente.

Tabela 116 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município.

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
MUNICÍPIOS	ESB 40h TIPO I	ESB 40h TIPO II
Abaetetuba	13	2
Abel Figueiredo	2	0
Acará	5	0
Afuá	2	0
Alenquer	1	0
Almeirim	4	0
Altamira	21	0
Anajás	0	0
Ananindeua	30	0
Anapu	4	0

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 117 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
MUNICÍPIOS	ESB 40h TIPO I	ESB 40h TIPO II
Augusto Corrêa	13	0
Aurora do Pará	5	0
Aveiro	1	0
Bagre	3	0
Baião	0	0
Bannach	2	0
Barcarena	21	0
Belterra	4	0
Belém	15	0
Benevides	11	0
Bom Jesus do Tocantins	5	0
Bonito	6	0
Bragança	39	1
Brasil Novo	5	0
Brejo Grande do Araguaia	4	0
Breu Branco	4	0
Breves	5	0
Bujaru	5	0
Cachoeira do Arari	1	0
Cachoeira do Piriá	9	0
Cametá	7	0
Canaã dos Carajás	9	0
Capanema	17	0
Capitão Poço	5	0
Castanhal	23	1
Chaves	0	0
Colares	4	0
Conceição do Araguaia	11	0
Concórdia do Pará	6	0
Cumaru do Norte	4	0
Curionópolis	4	1
Curralinho	1	0
Curuá	1	0

Curuçá	4	1
Dom Eliseu	11	0
Eldorado dos Carajás	1	2
Faro	2	0
Floresta do Araguaia	4	1
Garrafão do Norte	8	0
Goianésia do Pará	4	0
Gurupá	3	0
Igarapé-Açu	11	0
Igarapé-Miri	5	0
Inhangapi	5	0
Ipixuna do Pará	2	0
Irituia	5	1
Itaituba	0	0
Itupiranga	7	1
Jacareacanga	1	0
Jacundá	7	0
Juruti	4	0
Limoeiro do Ajuru	3	0
Magalhães Barata	4	0

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 118 – Perfil Assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
MUNICÍPIOS	ESB 40h TIPO I	ESB 40h TIPO II
Marabá	1	0
Maracanã	4	0
Marapanim	3	0
Marituba	19	0
Medicilândia	4	0
Melgaço	0	0
Mocajuba	7	0
Moju	5	0
Mojú dos Campos	0	0
Monte Alegre	0	0
Muaná	2	0
Mãe do Rio	6	0
Nova Esperança do Piriá	1	0
Nova Ipixuna	3	0
Nova Timboteua	7	0
Novo Progresso	8	0
Novo Repartimento	4	0
Oeiras do Pará	2	0
Oriximiná	6	0
Ourlândia do Norte	7	0
Ourém	7	0
Pacajá	2	0
Palestina do Pará	1	0
Paragominas	11	0
Parauapebas	28	0
Pau D'arco	3	1
Peixe-Boi	4	0
Piçarra	5	0
Placas	1	0
Ponta de Pedras	3	0

Portel	6	0
Porto de Moz	2	0
Prainha	4	0
Primavera	5	0
Quatipuru	4	0
Redenção	9	1
Rio Maria	6	0
Rondon do Pará	6	0
Rurópolis	1	0
Salinópolis	13	0
Salvaterra	5	0
Santa Bárbara do Pará	5	0
Santa Cruz do Arari	1	0
Santa Izabel do Pará	17	0
Santa Luzia do Pará	7	0
Santa Maria das Barreiras	4	0
Santa Maria do Pará	3	0
Santana do Araguaia	9	1
Santarém	12	0
Santarém Novo	1	0
Santo Antônio do Tauá	9	0
Sapucaia	2	0

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 119 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de ESB por Município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
MUNICÍPIOS	ESB 40h TIPO I	ESB 40h TIPO II
Senador José Porfírio	2	0
Soure	4	0
São Caetano de Odivelas	6	0
São Domingos do Araguaia	6	0
São Domingos do Capim	9	0
São Francisco do Pará	6	0
São Félix do Xingu	14	0
São Geraldo do Araguaia	8	0
São João da Ponta	3	0
São João de Pirabas	7	0
São João do Araguaia	5	0
São Miguel do Guamá	4	0
São Sebastião da Boa Vista	0	0
Tailândia	1	0
Terra Alta	4	1
Terra Santa	4	0
Tomé-Açu	8	0
Tracuateua	5	0
Trairão	3	0
Tucumã	6	0
Tucuruí	5	2
Ulianópolis	7	0
Uruará	1	0
Vigia	5	0
Viseu	10	0
Vitória do Xingu	5	0

Xinguara	11	0
Água Azul do Norte	5	0
Óbidos	2	0
Total	864	17

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 120 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de CEO por Município.

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
Município	Tipo de Repasse	Tipo de CEO
Abaetetuba	Municipal	2
Água Azul do Norte	Municipal	1
Altamira	Municipal	2
Ananindeua	Municipal	3
Belém - Guamá	Municipal	2
Belém - Ceo Pedreira - Estadual	Estadual	2

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 121 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de CEO por Município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)		
Município	Tipo de Repasse	Tipo de CEO
Belém - CEO UREMIA - Estadual	Estadual	1
BELÉM Centro de Saúde da Marambaia - Municipal	Municipal	2
Belém - CEO Presidente Vargas - Estadual	Estadual	2
BELÉM - Centro de Especialidades Odontológicas (UFPA)	Federal	3
BELÉM - UFPA - Hosp. Univ. João de Barros Barreto	Federal	3
BELÉM Centro de Atenção em Saúde Bucal - Municipal	Municipal	3
Benevides	Municipal	2
Bragança	Municipal	1
Brasil Novo	Municipal	1
Capanema	Municipal	1
Capitão Poço	Municipal	1
Castanhal	Municipal	1
Conceição do Araguaia	Municipal	1
Curuçá	Municipal	2
Dom Eliseu	Municipal	1
Marituba	Municipal	2
Ourilândia do Norte	Municipal	1
Pau D'arco	Municipal	1
Redenção	Municipal	2
Salinópolis	Municipal	1
Santa Isabel do Pará	Municipal	2
Santarém	Municipal	3
Santarém	Municipal	1
Santarém	Municipal	1
Santarém - Estadual	Estadual	1

São Caetano de Odivelas	Municipal	1
São Domingos do Capim	Municipal	1
São Miguel do Guamá	Municipal	1
Tailândia	Municipal	2
Tucumã	Municipal	1
Tucuruí	Municipal	1
Viseu	Municipal	1
Vitória do Xingu	Municipal	1
Xinguara	Municipal	1
Total		40

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 122 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no Ano de 2022, com a Quantidade de LRPD por Município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)	
Município	Quantidade LRPD
Abel Figueiredo	1
Água Azul do Norte	1
Altamira	1
Anapu	1
Augusto Corrêa	1
Aurora do Para	1
Bannach	1
Belém	1
Benevides	1
Bonito	1
Bragança	1
Brasil Novo	1
Brejo Grande do Araguaia	1
Breves	1
Bujaru	1
Cametá	1
Capanema	1
Capitão Poço	1
Castanhal	1
Chaves	1
Conceição do Araguaia	1
Concórdia do Pará	1
Cumarú do Norte	1
Curionópolis	1
Dom Eliseu	1
Eldorado dos Carajás	1
Floresta do Araguaia	1
Garrafão do Norte	1
Goianésia do Pará	1
Gurupá	1
Igarapé-Açu	1
Ipixuna do Pará	1
Irituia	1
Itupiranga	1
Jacundá	1
Mãe do Rio	1
Marabá	1
Marapanim	1
Marituba	1

Mocajuba	1
Moju	1
Nova Esperança do Piriá	1
Nova Ipixuna	1
Nova Timboteua	1
Novo Progresso	1
Novo Repartimento	1
Oriximiná	1
Ourém	1
Ourilândia do Norte	1
Palestina do Pará	1
Paragominas	1
Parauapebas	1
Pau D'arco	1
Ponta de Pedras	1

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 123 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no ano de 2022, com a quantidade de LRPD por município (Cont.).

Perfil Assistencial – Referente ao ano de 2022 (Saúde Bucal)	
Município	Quantidade LRPD
Porto de Moz	1
Primavera	1
Quatipuru	1
Redenção	1
Rio Maria	1
Salinópolis	1
Santa Izabel do Para	1
Santa Luzia do Pará	1
Santa Maria das Barreiras	1
Santarém	1
Santarém Novo	1
São Caetano de Odivelas	1
São Domingos do Araguaia	1
São Domingos do Capim	1
São Félix do Xingu	1
São Francisco do Para	1
São Geraldo do Araguaia	1
São João de Pirabas	1
São João do Araguaia	1
São Miguel do Guamá	1
Sapucaia	1
Senador José Porfírio	1
Soure	1
Terra Santa	1
Tracuateua	1
Trairão	1
Tucumã	1
Ulianópolis	1
Uruará	1
Vigia	1
Xinguara	1
Total	86

Fonte: E-Gestor e Ministério da Saúde.

Tabela 124 – Perfil assistencial de Saúde Bucal no ano de 2022, com a quantidade de Hospitais referência para SB por município.

Município	Hospital
Altamira	Hospital Regional Público Da Transamazonica
Belém	Hospital de Clinicas Gaspar Viana
Belém	Hospital Ofir Loyola
Total de Hospitais	3

Fonte: Base de Dados do SIHSUS -Sistema de Informação.

Para o ano de 2024, frente ao cenário do indicador de Cobertura Populacional Estimada de Saúde Bucal, cabe à gestão estadual sensibilizar os gestores municipais da saúde sobre a importância que deve ser dispensada a saúde bucal, apoiando-os por meio de assessorias aos 144 municípios, monitoramentos aos serviços de saúde bucal, qualificação dos coordenadores municipais de saúde com informações acerca dos programas da saúde bucal, legislação vigente e uso dos sistemas de informação.

Isso pode ocorrer por meio de Oficinas, nas regionais de saúde, para orientar os gestores sobre os indicadores de Saúde Bucal, alertando sobre a situação de seus municípios, além de explanar sobre o aumento de repasse para os serviços de SB (portaria GM/MS Nº 1.924), pagamento por desempenho (portaria GM/MS 960), novos serviços como o Sesb (serviço de especialidade em saúde bucal) e solicitação de UOM (unidades móveis odontológicas). Serviços que, inclusive, podem ser implantados em municípios de Regiões que, até o momento, apresentam baixa cobertura.

Para contribuir com a melhoria no desempenho do indicador de Ação coletiva de Escovação Dental Supervisionada, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal pode apoiar os municípios com doações de kits de higiene bucal (escova, creme de fio dental) para realização de ações de promoção da saúde e prevenção as doenças bucais, além de confeccionar cartilhas e folders informativos/educativos para serem distribuídos para a população. Tais ações irão contribuir para redução de problemas relacionados à falta de higienização e/ou hábito incorretos e insuficientes de cuidados com a saúde bucal.

Dessa forma, a CESB pode proporcionar aos municípios assessorias, monitoramentos e doações de insumos, ações que contribuem para que ocorra mudança no olhar do gestor quanto a necessidade de investir em elementos que favoreçam a realização de atividades de promoção, e não somente nos procedimentos curativos e de recuperação da saúde. Haja vista que o aumento nessas atividades tende a reduzir problemáticas frequentes, como incidência de cárie dental, doenças periodontais e

gingivais, fatores totalmente relacionados à perda dental da população. Logo, ações educativas e preventivas devem ser realizadas e serão grandemente fortalecidas e apoiadas pela coordenação de estadual de saúde bucal. Além disso, a orientação sobre a inclusão correta dessas atividades na produção do município é de extrema importância para o aumento deste indicador, e nesse sentido, a coordenação estadual pode ser propagadora desta informação para os gestores e coordenadores municipais de saúde.

Outro ponto a se destacar é que a Coordenação pode atuar conscientizando os gestores municipais sobre a importância do preenchimento correto das fichas de produção de ação coletiva, pois muitos, apesar de realizarem essas atividades, por não preencherem a produção corretamente, proporcionam a não contabilização no indicador de ACEDS. Isto pode ser feito, por exemplo, por meio da realização de oficinas promovidas por esta coordenação.

5.2.2. Imunização

O Programa Nacional de Imunização/PNI, objetivando subsidiar os Programas Estaduais e Municipais de Imunização, no monitoramento das coberturas vacinais, estabeleceu critérios de classificação de risco para ocorrência de doenças imunopreveníveis, tendo por base a **Homogeneidade de Cobertura Vacinal** e os resultados de coberturas vacinais no âmbito do município- homogeneidade entre vacinas com coberturas vacinais dentro dos indicadores epidemiológicos (BCG e VORH (Rota Vírus Humano), 90%; e as demais vacinas Pentavalente; Pneumocócica 10 valente, Meningocócica C, Poliomielite Inativada (VIP), Febre Amarela e Triviral 95%) com alcance mensal e anual. A classificação tem por objetivos:

- a) Monitorar a situação vacinal e risco de ocorrência doença imunoprevenível em crianças menores de 02 anos de idade nos municípios;
- b) Priorizar o direcionamento de ações para as localidades com maior vulnerabilidade;
- c) Adotar medidas oportunas de correção de possíveis fragilidades detectadas.

Adequa-se ao indicador de HOMOGENEIDADE (70%) de coberturas vacinais por vacinas (BCG, Rotavírus Humano, Meningocócica C, Pentavalente, pneumocócica 10 valente, Poliomielite, Febre Amarela, Tríplice Viral) pactuado de forma Tripartite no Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde-PQAVS.

Cabe a gestão municipal a eficácia e eficiência das ações de vacinação, uma vez que as ações são realizadas através da atuação das equipes da Atenção Primária em

Saúde/APS, buscando estratégias segundo a realidade local para a vacinação da população. Como também, cabe a gestão estadual de imunização o monitoramento, capacitação e retroalimentação dos desempenhos dos municípios diante dos indicadores obtidos, para a coordenação estadual da APS/Estratégia Saúde da Família e demais programas que fazem a interface com o Programa de Imunização. Outro recurso utilizado, é apresentar o desempenho das coberturas vacinais nas CIR, CIB e municípios, onde todos são corresponsáveis pelo avanço da proteção vacinal para a população.

Tabela 125 – Coberturas Vacinais e Homogeneidade do Estado do Pará no período de 2018 a 2023.

Ano	BCG	Rotavírus Humano	Meningo C	Penta	Pneumo	Polio	Febre Amarela	Tríplice Viral D1
2018	87,65	71,64	65,18	58,04	78,83	69,09	63,11	77,30
2019	83,06	76,03	77,41	62,38	82,14	72,72	62,60	82,81
2020	72,90	63,13	65,30	56,13	69,46	59,78	49,46	62,39
2021	71,94	60,31	60,87	56,59	63,37	56,78	46,55	62,71
2022	83,04	67,02	70,03	66,07	73,59	66,09	50,31	67,46
2023	65,79	73,73	69,93	71,23	78,20	73,81	54,12	73,35

Fonte: Programa Nacional de Imunização/SIPNI, 2022.

Para a faixa etária de crianças menores de 05 anos, existe a proteção contra vinte doenças evitáveis por vacinação logo, a vacinação adequada, exige algumas articulações possíveis, tais como: integração municipal da APS/Imunização para avaliação e escolha de estratégias favoráveis ao alcance da cobertura vacinal em determinada população, com prioridade de acesso e acolhimento as salas de vacinação, com equipes volantes para intensificação em determinadas áreas de difícil acesso, com pessoal treinado, amparados por mobilização e comunicação das áreas, contribui para a melhoria das coberturas vacinais. À medida que o Programa de Imunização amplia faixas etárias para determinado imunobiológico e a entrada de dado no sistema de informação é nominal, necessita de uma gestão plena de Rede de frio adequada - com grupo gerador, para garantir o funcionamento adequado dos equipamentos para armazenar e transportar as vacinas de forma adequada, bem como, exige a qualificação de supervisão para validar o dado do vacinado com sua consequente digitação e contabilidade para a cobertura vacinal. Sendo assim, é representada abaixo a homogeneidade de cobertura vacinal das Regiões de Saúde do estado onde temos:

Tabela 126 – Percentual de Homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQAVS por Região de Saúde, anos 2018 e 2019 no Estado do Pará.

Ano	2018				2019			
Região de Saúde	Penta	Pneumo 10	Polio	Tríplice Viral D1	Penta	Pneumo 10	Polio	Tríplice Viral D1
Araguaia	20,00	46,67	26,67	13,33	33,33	40,00	33,33	46,67
Baixo Amazonas	7,14	35,71	35,71	64,29	14,29	42,86	28,57	28,57
Carajás	29,41	47,06	35,29	35,29	29,41	58,82	47,06	52,94
Lago Tucuruí	0,00	0,00	0,00	16,67	0,00	16,67	16,67	16,67
Marajó I	11,11	22,22	22,22	22,22	11,11	44,44	33,33	44,44
Marajó II	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	42,86	0,00	57,14
Metropolitana I	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00
Metropolitana II	22,22	33,33	22,22	33,33	0,00	55,56	33,33	55,56
Metropolitana III	18,18	50,00	27,27	22,73	31,82	0,50	36,36	50,00
Rio Caetés	25,00	43,75	43,75	31,25	18,75	31,25	31,25	31,25
Tapajós	16,67	33,33	33,33	50,00	66,67	66,67	66,67	66,67
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	33,33	11,11	22,22
Xingu	55,56	22,22	22,22	55,56	0,00	55,56	0,00	33,33

Nota: Indicador de Homogeneidade deve apresentar valor $\geq 70\%$.

Fonte: DATASUS- TABNET, em 20/10/2023 às 9:33.

As Regiões de Saúde: lago de Tucuruí, Marajó II, Metropolitana I e Tocantins, obtiveram zero percentual de homogeneidade, uma vez que todos os municípios tiveram indicador epidemiológico abaixo do preconizado, para as vacinas Pentavalente, Pneumocócica 10 valente, poliomielite Triviral. No ano de 2019, a Metropolitana I, apresenta o mesmo baixo desempenho. O estado vivenciava as grandes ações de vacinação por varredura- estratégia adotada para conter o avanço do surto de sarampo, com várias ações de vacinação.

Tabela 127 – Percentual de homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQAVS por Região de Saúde, anos 2020 e 2021 no Estado do Pará.

Ano	2020				2021			
Região de Saúde	Penta	Pneumo 10	Polio	Tríplice Viral D1	Penta	Pneumo 10	Polio	Tríplice Viral D1
Araguaia	13,33	20,00	13,33	13,33	6,67	20,00	6,67	20,00
Baixo Amazonas	7,14	7,14	7,14	7,14	0,00	7,14	0,00	7,14
Carajás	11,76	41,18	23,53	17,65	23,53	29,41	23,53	35,29
Lago Tucuruí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marajó I	11,11	33,33	11,11	11,11	0,00	0,00	0,00	11,11
Marajó II	0,00	14,29	0,00	14,29	14,29	14,29	0,00	0,00
Metropolitana I	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Metropolitana II	0,00	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00
Metropolitana III	18,18	31,82	31,82	13,64	9,09	18,18	18,18	18,18
Rio Caetés	12,50	25,00	18,75	0,00	0,00	18,75	6,25	18,75
Tapajós	33,33	66,67	66,67	50,00	16,67	33,33	33,33	0,00
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00
Xingu	0,00	33,33	11,11	11,11	0,00	0,00	0,00	22,22

Fonte: DATASUS- TABNET, em 20/10/2023 às 9:33.

Com a instalação da pandemia da COVID 19 em 2020, as salas de vacinação foram diretamente afetadas com adoecimentos e óbitos de funcionários, como também, a população estava temerosa de sair. Neste momento, destacam-se os baixos percentuais de homogeneidade de cobertura da Metropolitana I, Metropolitana II e região de Tocantins. A vacinação contra a COVID 19 iniciou-se em janeiro /21- passando a dominar todas as ações de vacinação.

Tabela 128 – Percentual de Homogeneidade das Vacinas Pactuadas no PQAVS por Região de Saúde, em 2022 no Estado do Pará.

Ano	2022			
Região de saúde	Penta	Pneumo 10	Pólio	Tríplice Viral D1
Araguaia	40,00	53,33	33,33	20,00
Baixo Amazonas	21,43	35,71	28,57	14,29
Carajás	29,41	52,94	29,41	29,41
Lago Tucuruí	0,00	0,00	0,00	16,67
Marajó I	11,11	11,11	11,11	11,11
Marajó II	0,00	0,00	0,00	0,00
Metropolitana I	0,00	20,00	20,00	0,00
Metropolitana II	33,33	22,22	33,33	22,22
Metropolitana III	27,27	36,36	22,73	22,73
Rio Caetés	18,75	25,00	18,75	0,00
Tapajós	66,67	66,67	66,67	33,33
Tocantins	0,00	11,11	0,00	11,11
Xingu	11,11	44,44	11,11	33,33

Nota: Indicador de Homogeneidade deve apresentar valor $\geq 70\%$.

Fonte: DATASUS- TABNET, em 20/10/2023 às 9:33.

Em 2022, houve relativa melhora do indicador de homogeneidade na Metropolitana I. Porém, o Lago de Tucuruí e Marajó II apresentam queda expressiva de homogeneidade.

A COVID-19 foi a maior pandemia da história recente da humanidade causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que causa infecção respiratória aguda potencialmente grave. Trata-se de uma doença de elevada transmissibilidade e distribuição global. A transmissão ocorre principalmente entre pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.

A suscetibilidade ao vírus SARS-CoV-2 é geral, por ser um vírus novo, e não se sabe se a infecção em humanos gera imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é por toda a vida. O espectro clínico da infecção pelos Coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. Sendo

assim, em janeiro de 2021, iniciou-se no território nacional a vacinação contra a COVID 19, iniciando-se pelo grupo de idosos e atualmente, iniciando ou completando esquemas vacinais desde a faixa etária de bebês. Segue abaixo, a avaliação parcial de alcance do indicador epidemiológico preconizado de 90% e mais.

Tabela 129 – Estratificação do número de municípios com alcance de cobertura vacinal acumulada (< 50%; 51 a 89% e 90% e +) contra COVID - 19, nas Regiões e Saúde em Crianças, Adolescentes, Adultos e Idosos- Pará, outubro de 2023.

Região de Saúde	5 a 11 anos (Criança)			12 a 17 anos (Adolescente)			18 a 59 anos (Adulto)			60 ou mais anos (Idoso)		
	< 50%	51 a 89%	90% ou mais	< 50%	51 a 89%	90% ou mais	< 50%	51 a 89%	90% ou mais	< 50%	51 a 89%	90% ou mais
Araguaia	15	0	0	12	3	0	6	9	0	1	10	4
Baixo Amazonas	6	7	1	1	6	7	1	11	2	0	5	9
Carajás	17	0	0	10	7	0	7	8	2	0	14	3
Lago de Tucuruí	6	0	0	5	1	0	5	1	0	0	5	1
Marajó I	3	6	0	1	8	0	2	7	0	0	5	4
Marajó II	4	3	0	0	7	0	0	7	0	0	5	2
Metropolitana I	5	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0	5
Metropolitana II	6	3	0	1	7	1	0	9	0	0	2	7
Metropolitana III	12	10	0	3	14	5	4	18	0	1	10	11
Rio Caetes	6	10	0	1	9	6	2	14	0	0	3	13
Tapajós	6	0	0	3	3	0	3	2	1	0	4	2
Tocantins	4	5	0	2	7	0	1	8	0	0	3	6
Xingu	8	1	0	5	3	1	4	5	0	0	6	3
Total	98	45	1	44	80	20	35	104	5	2	72	70
% Obtido	68%	31%	0,70%	31%	55%	14%	24%	72%	3%	1%	50%	49%
Nº de Municípios	144			144			144			144		

Nota: Indicador de Cobertura preconizado: 90%.

Fonte: Localiza SUS, em 25/10/2023.

A vacinação contra a COVID-19 utiliza vários esquemas vacinais. Porém, de maneira geral a pessoa é considerada vacinada com duas doses do esquema primário. Apesar de já haver sido distribuída toda a meta de população a ser vacinada, ainda é muito frágil à cobertura vacinal de baby e pediátrica, não chegando a 10% da desta população com as duas doses do esquema primário. Na avaliação dos grupos prioritários de crianças de 5 a 11 anos, o percentual de cobertura vacinal adequada é de 0,7%, em adolescentes é 14%, de adultos é 3% e idosos é de 49%. É possível observar em todos os grupos, grande percentual acima de 50% de cobertura.

5.3. Centro de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

5.3.1. Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência - RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde, é composta por

diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A implantação da Rede de Atenção às Urgências no Estado do Pará, iniciou com a aprovação do primeiro Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará concebido para o quadriênio 2012/2015 foi aprovado pela Resolução CIB/PA nº 80 de 12/04/2012 e homologado pela Portaria GM/MS nº 1.649 de 02 de Agosto de 2012 com a proposta conforme normatização instituída pela Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde visando à organização dos serviços, orientando a formação de redes regionais e qualificando o fluxo dos pacientes no sistema desde as Unidades Básicas de Saúde passando pelos cuidados pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

O Plano da RUE estadual 2012-2015 fez a proposição da implantação dos Componentes da Rede de Urgência e Emergência de caráter regionalizado. Sendo implementado/ampliado o serviço SAMU 192, UPA 24h, Leitos Hospitalares de Retaguarda Clínica e de Unidade de Terapia Intensiva/UTI, tanto adulto, quanto pediátrico, assim como as Linhas de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral/AVC, Linha do Cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio/IAM, Linha dos Cuidados Prolongados e Linha do Trauma.

Componentes da Rede de Urgência e Emergência

Serviço de Unidade Móvel - SAMU-192

O Serviço de Unidade Móvel - SAMU-192 nos últimos 5 anos de sua implantação no estado (2018 a 2022), ampliou a cobertura com a habilitação de mais 10 Unidades Móvel de Suporte Básico (USB) e 02 Unidades Móvel de Suporte Avançado (USA), sendo o ano de 2019 com o maior número de unidades móveis, demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 130 – Número de Serviços SAMU-192 habilitados no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.

Serviço de Unidade Móvel - SAMU-192	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Unidades Móvel de Suporte Básico -USB	0	5	1	2	2	10
Unidades Móvel de Suporte Avançado -USA	0	0	0	2	0	2
Total	0	5	1	4	2	12

Fonte: CNES/DATASUS/MS.

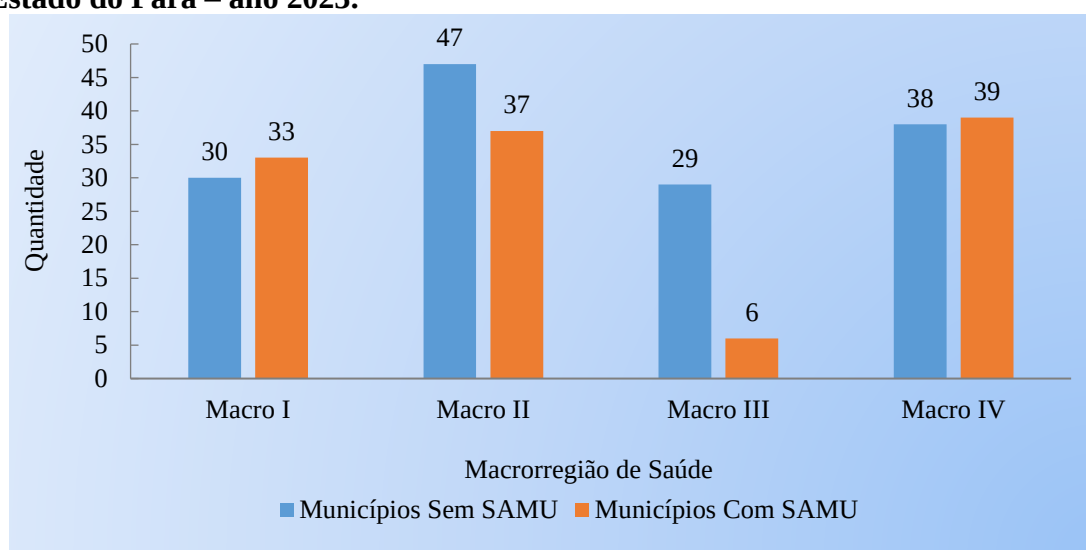
O componente SAMU-192 atualmente apresenta uma frota com 115 Unidades Móveis em operação em 72 municípios, com uma cobertura de 50% do total de 144 municípios. De acordo com o tipo de veículo possui 63 Unidades de Suporte Básico (USB) habilitados, 37 qualificados, 10 (dez) Unidades de Suporte Avançado USA, 01 (uma) Ambulância e 04 (quatro) Motolâncias, distribuídos nas 09 regiões de saúde. Entretanto, 03 regiões de Saúde ainda não possui cobertura do serviço - Marajó I, Baixo Amazonas e Tapajós.

Tabela 131 – Distribuição do Serviço de Unidade Móvel –SAMU 192 por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará, ano – 2023.

Macro	Região de Saúde	Unidades Móveis				Total
		USB	USA	AMB	MOT	
Macro I	Metro I	18	6	1	4	33
	Tocantins	02	-	-	-	
	Marajó I	-	-	-	-	
	Marajó II	02	-	-	-	
Macro II	Metro II	05	-	-	-	37
	Metro III	18	-	-	-	
	Caetés	12	02	-	-	
Macro III	Baixo Amazonas	-	-	-	-	06
	Tapajós	-	-	-	-	
	Xingu	06	-	-	-	
Macro IV	L. Tucuruí	09	-	-	-	39
	Carajás	11	02	-	-	
	Araguaia	17	-	-	-	
Total		100	10	1	4	115

Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA.

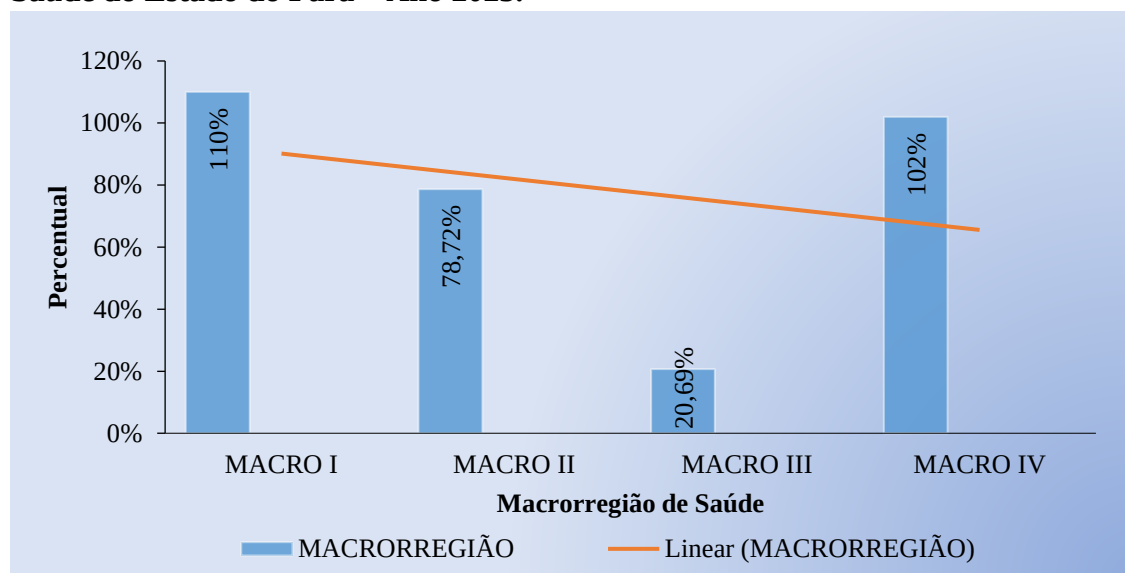
Figura 91 – Número de municípios com SAMU-192 por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – ano 2023.



Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA.

A Macrorregião de Saúde I abrange 30 municípios com 110% cobertura do serviço. Este perfil se deve a alguns municípios possuírem mais de 01 serviço instalado, assim como, a macro IV, conforme demonstrado na figura 92:

Figura 92 – Percentual do serviço SAMU-192 Implantado por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.



Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA.

Central de Regulação das Urgências – CRU

A Rede de Urgência e Emergência conta atualmente com 06 Centrais de Regulação de Urgência – CRU que abrange 11 regiões de saúde nas 04 Macrorregiões

de Saúde do estado com 126 municípios. Esta em fase de implantação da Central de Regulação Regional do SAMU 192 – das Regiões do Baixo Amazonas e Tapajós, sob Gestão Estadual, possibilitará que os serviços do SAMU-192 dos municípios dessa região sejam habilitados, considerando que já foi iniciado o processo de implantação e o funcionamento desta está prevista para o final de 2024. Com isto, o serviço estará 100% implantado no estado abrangendo os 144 municípios.

Tabela 132 – Abrangência da Central de Regulação de Urgência por macrorregião de saúde do estado do Pará – ano 2023.

Macrorregião	Região de Saúde	Quantidade de Municípios	CRU
Macro I	Metro I	39	1
	Tocantins		
	Marajó I		
	Marajó II		
Macro II	Metro II	38	1
	Metro III		
	Caetés		
Macro III	Baixo Amazonas	13	0
	Tapajós	6	
	Xingu	9	
Macro IV	L. Tucurui	6	4
	Carajás	17	
	Araguaia	15	
Total		144	6

Fonte: CNES, 2023.

Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H

O estado do Pará contempla 144 municípios, entretanto, apresenta 30 UPAS 24H estão implantadas em 23 municípios, com isto, é notória a baixa cobertura do serviço, correspondendo 20,83% do território. De acordo com o processo de habilitação possuem na rede 12 Unidades habilitadas, ou seja, se mantém com o recurso financeiro desde que foram implantadas de acordo com a opção de custeio e 18 Unidades qualificadas, são aquelas que passaram a receber um valor maior para manutenção do serviço.

No período de 2018 a 2022 não houve habilitação de novas UPAS apesar do Plano Estadual ter previsto a implantação de 50 Unidades de Pronto Atendimento no Estado do Pará, em virtude de 13 municípios haverem mudado de finalidade por decisão da gestão municipal e 06 devolveram recurso, motivados pela falta de condições financeiras para manutenção do serviço, com isto, foram implantadas **30** UPAs 24h com

maior concentração na Região Metropolitana I (Ananindeua e Belém) de acordo com a tabela abaixo:

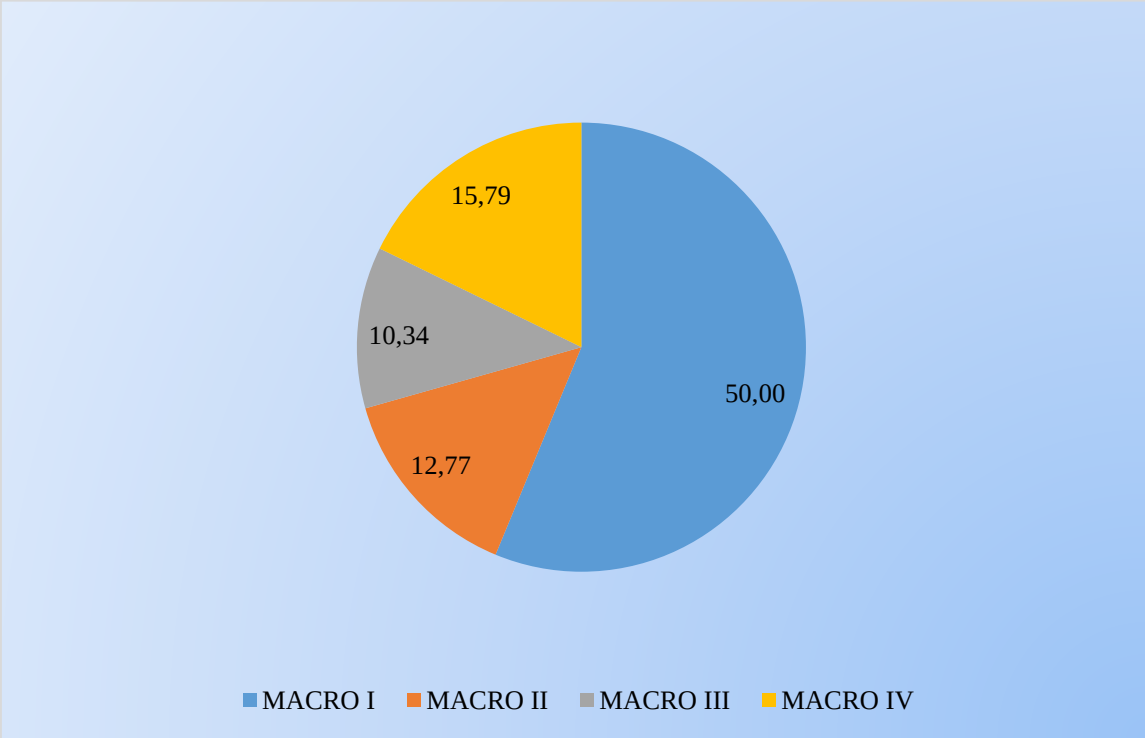
Tabela 133 – Quantitativo de UPA24h por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

Macrorregião	Municípios	Número de UPAS 24h
Macro I	30	15
Macro II	47	06
Macro III	29	03
Macro IV	38	06
Total	144	30

Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA, 2023.

A maior frequência de UPA 24H concentra-se na MRS I com 50% da cobertura dos 30 municípios seguidas da MRS II (12%), MRS III (10,34%) e MRS IV (15,78%). A baixa cobertura é devido a suspensão das habilitações do Ministério da Saúde desde o ano de 2014 o que causa impacto negativo no atendimento dos pacientes da rede de urgência e emergência, ocasionando a superlotação nas UPAS 24H existentes. Observe a figura abaixo:

Figura 93 – Percentual de Cobertura de UPA24H por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.



Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA, 2023.

Portas de Entrada de Urgência e Leitos de Retaguarda Clínica

O serviço de Portas de Entrada de Urgência e Leitos de Retaguarda foi habilitado pelo Ministério da Saúde no ano 2012. Deste ano até os dias atuais não houve novas habilitações. A rede apresenta cobertura de tais serviços em todas as MRS do estado, no entanto, ainda não atende a necessidade para o acesso da população aos serviços.

Possui em funcionamento 09 Portas de Entradas de Urgência em todo o estado, sendo a MRS I com o maior quantitativo (04). Quanto aos leitos de retaguarda somente a MRS III não possui o serviço habilitado, conforme demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela 134 – Leitos de Porta de Entrada, Retaguarda Clínica, UTI Adulto e UTI Pediátrico.

Macroregião	Região de Saúde	Porta de Entrada	Retaguarda Clínica	UTI Adulto	UTI Pediátrica
Macro I	Metro I Tocantins Marajó I	04	394	43	06
Macro II	Metro II Metro III Rio Caetés	02	166	08	08
Macro III	Baixo Amazonas Tapajós Xingu	02	-	11	05
Macro IV	Lago do Tucuruí Carajás	01	78	26	06
Total		09	638	82	25

Fonte: CNES/DATASUS/MS.

Serviços de Atendimento Hospitalar (Linhas do Cuidado: Trauma, IAM e AVC)

A rede de serviços para o atendimento hospitalar tem como referências para os atendimentos as Linhas de cuidado Traumatologia, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, e Acidente Vascular Cerebral – AVC.

A Linha de Cuidado do Trauma é um processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma, que articula os pontos de atenção da RUE, com vistas à prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado. No Estado do Pará há apenas uma Unidade Hospitalar habilitada nesta linha: Clínica dos Acidentados Humberto Maradei Pereira, no município de Belém, gestão municipal, habilitado pela Portaria SAS nº 321 de 01 de abril de 2016.

A Linha de Cuidado no Infarto Agudo do Miocárdio - IAM está instituída na Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, Art. 138 no qual aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). No Estado do Pará a linha de cuidado do IAM está implantada apenas no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, gestão estadual, com 10 leitos de Unidade Coronariana, habilitados através da Portaria nº 1.450 de 27 de dezembro de 2013.

A Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral - AVC no Estado do Pará tem 02 (duas) Unidades hospitalares habilitadas: Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti, no município de Belém, gestão municipal, através da Portaria nº 2.646 de 24 de agosto de 2018 e o Hospital Regional Público do Leste do Pará, em Paragominas, gestão estadual, através da Portaria nº 3.408 de 17 de dezembro de 2019.

AEROMÉDICO

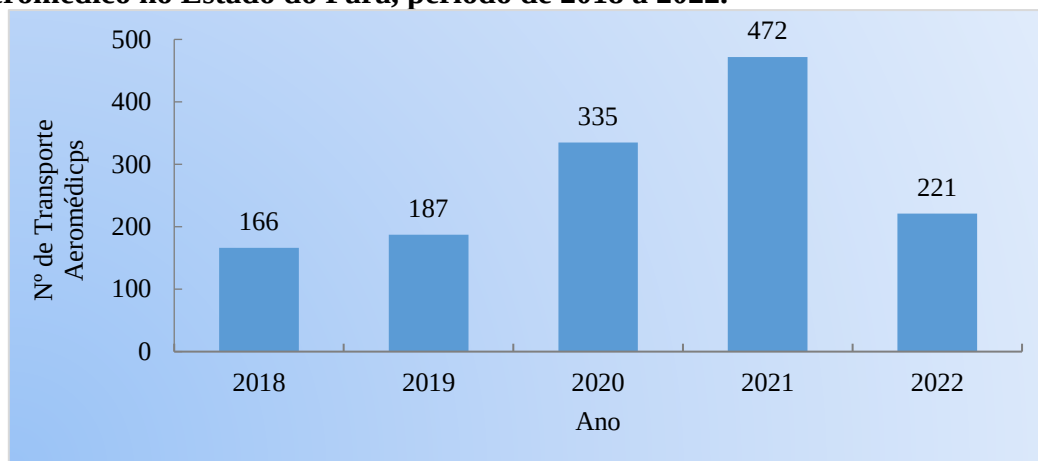
O Serviço de Transporte Aeromédico iniciou no ano de 2008 no Estado mediante a uma necessidade de garantir o transporte de pacientes de áreas de difícil acesso, especialmente das ilhas da região do Marajó. Abrange 94 municípios em 10 Regiões de Saúde com cobertura de 65%, os demais municípios que não estão cobertos pelo serviço, se dão em decorrência do raio de ação da aeronave e autonomia máximas de 3h e 40min.

Este serviço tem reduzido o tempo resposta para o transporte de pacientes das mais diversas patologias. E se tornou essencial a partir do ano de 2020 com a instalação da Pandemia da COVID-19, quando o serviço foi mais exigido, bem como suas equipes para atender aos pacientes na maior parte de municípios, com uma rede de saúde frágil (sem leitos de UTI) que não suportou a demanda por não possuir recursos tecnológicos para as complexidades que os casos requeriam, demandando do Estado um maior esforço de suplementação na rede Hospitalar e de outros serviços para atender as vítimas do SARS-COV2.

Atualmente a SESPA possui contrato com a empresa Heringer Táxi Aéreo LTDA. E em 2021 no período de agosto a dezembro possuía 03 Bases: Belém, Marabá e Santarém devido a pandemia, em dezembro de 2021 foi desinstalada por não haver acionamentos. No período de 2018 a 2022 foram realizados 1.381 transportes de

pacientes, sendo o ano de 2021 com o maior número de pacientes chegando a 472 pacientes conforme a figura 94:

Figura 94 – Número de Transportes Realizados pelo Serviço de Transporte Aeromédico no Estado do Pará, período de 2018 a 2022.

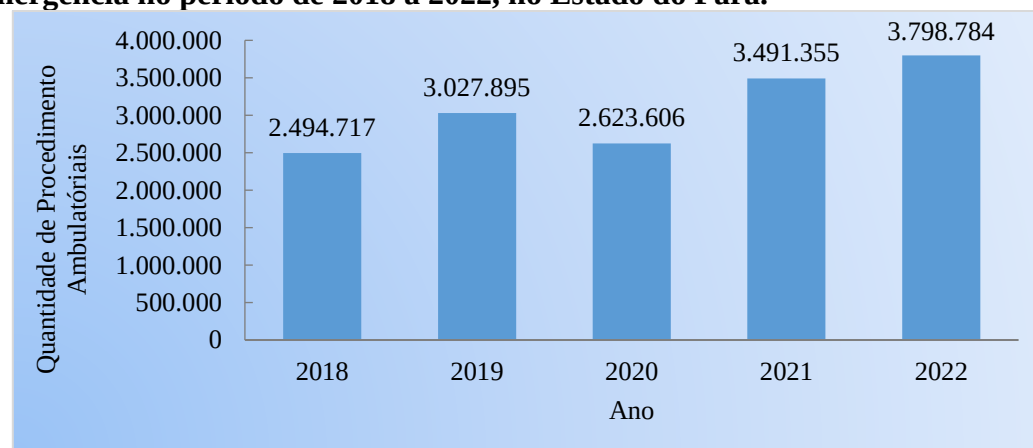


Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA 2023.

Número de Procedimentos Ambulatoriais de Caráter de Atendimento de Urgência da RUE

O desempenho do serviço prestado demonstrado através da frequência de procedimentos ambulatoriais de caráter de atendimento de urgência no período de 2018 a 2020 apresentou uma variação nos atendimentos, sendo que em 2019 a população procurou mais os serviços de urgência e emergência. Porém entre 2020 a 2022 houve um crescimento no número de atendimentos em virtude da pandemia por COVID-19. Entretanto, a rede de urgência e emergência sofreu adaptações para o atendimento dos pacientes acometidos pela patologia. Conforme a figura 95:

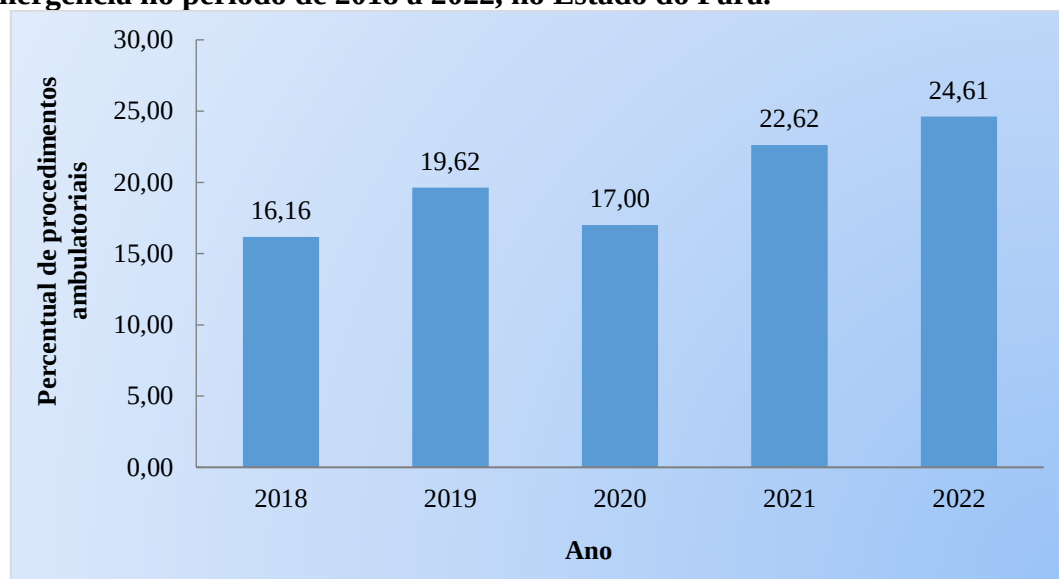
Figura 95 – Número de Procedimentos Ambulatoriais na Rede de Urgência e Emergência no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.



Fonte: SIA/SUS, 2023.

O percentual a cada ano no período de 2018 a 2022, é muito significativo, pois, percebe-se uma evolução anual, entretanto, apesar de em 2020 o percentual ter reduzido para 17% associado ao ano da pandemia da COVID 19, ainda assim, o valor não foi menor que no ano de 2018. Após este período, logo no ano seguinte, o percentual continuou crescendo. Conforme a figura 96:

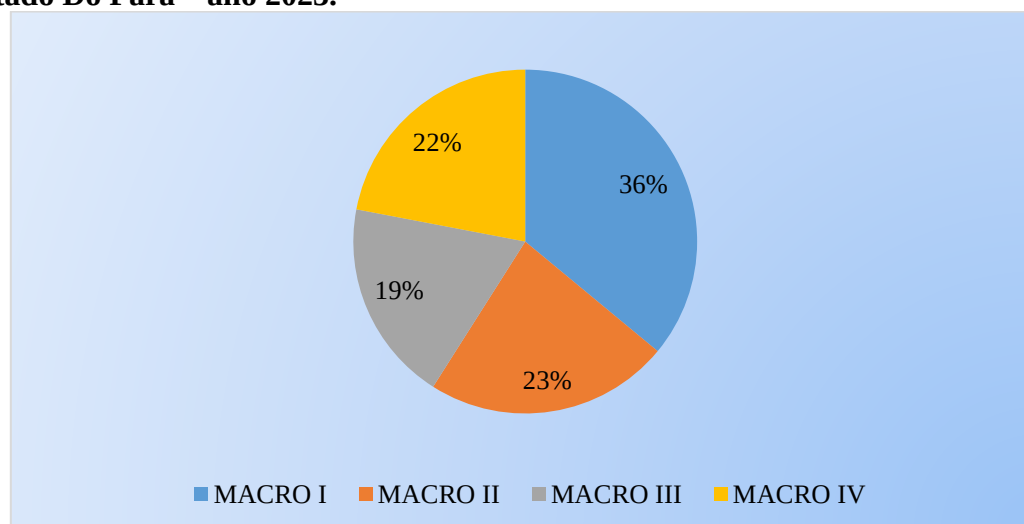
Figura 96 - Percentual de procedimentos ambulatoriais na rede de urgência e emergência no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.



Fonte: SIA/SUS, 2023.

Referindo-se as macrorregiões de saúde, observa-se um destaque na MRS I com 36% dos atendimentos de procedimentos ambulatoriais no período de 2018 a 2022, conforme a figura 97:

Figura 97 – Percentual de Atendimentos por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – ano 2023.



Fonte: SIA/SUS, 2023.

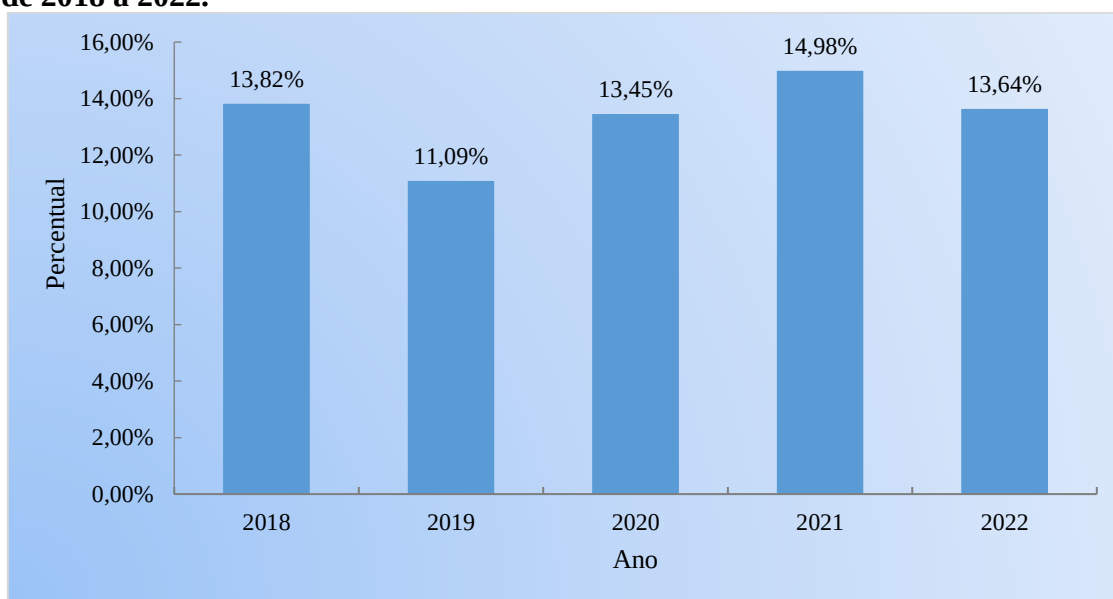
PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Ao avaliar o indicador de proporção de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio, por Macrorregião e Região de Saúde, no período de 2018 a 2022 observa-se que as reduções ocorreram em várias regiões de saúde, sendo as mais significativas nas RS Tocantins, Xingu e Carajás. No entanto, a região que sofreu o maior aumento foi o Baixo Amazonas que em 2018 era de 23,27% e em 2022 passou para 34,81%, conforme demonstrado na figura abaixo. A MRS II obteve o menor percentual durante os últimos cinco (5) anos com 21,39%.

Um dos componentes da RUE que pode contribuir para esse decréscimo do indicador é o Serviço de Telediagnóstico em Cardiologia. O serviço tem possibilitado o diagnóstico precoce de doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbidade, incapacidade e morte, contudo a redução ainda não se apresentou dentro do esperado.

Considerando a eficiência do serviço, em conjunto com a implantação da linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio- IAM deverá ocorrer a ampliação do número de pontos de telediagnóstico em cardiologia e que associados aos outros componentes da Rede de Urgência deverão permitir o maior acesso aos serviços e a redução mais acentuada deste indicador.

Figura 98 – Percentual de Infarto Agudo do Miocárdio no Estado do Pará, período de 2018 a 2022.



Fonte: SIH/SUS.

Tabela 135 - Proporção de Óbitos nas Internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), por Macrorregião e Região de Saúde do Estado do Pará, período de 2018 a 2022.

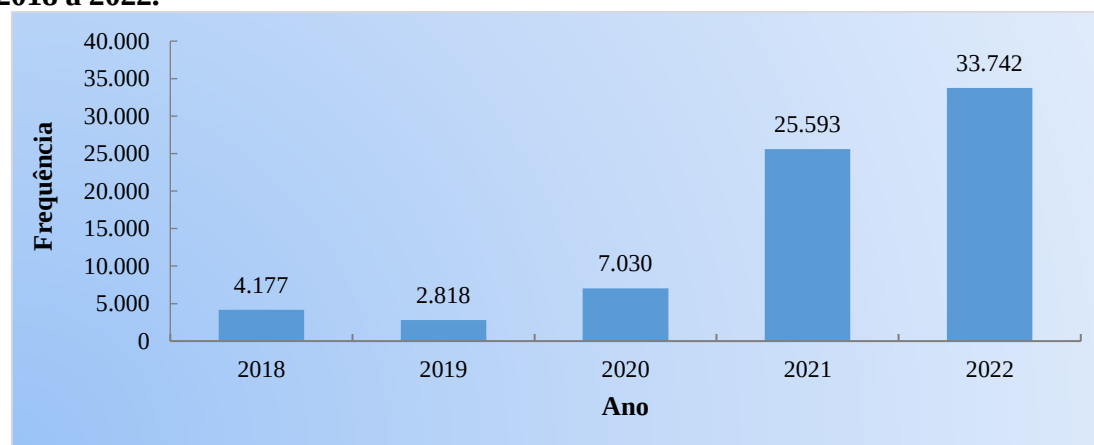
Macrorregião	Região de Saúde (CIR)	2018	2019	2020	2021	2022	Total	Total
Macro I	Metropolitana I	41,09	26,45	36,71	42,36	49,63	36,99	51,85
	Marajó I	2,97	1,94	1,90	2,08	6,67	2,85	
	Marajó II	7,43	5,16	5,06	9,03	4,44	6,11	
	Tocantins	10,89	3,55	6,33	3,47	5,93	5,90	
Macro II	Metropolitana II	2,97	0,97	4,43	4,17	4,44	2,95	21,39
	Metropolitana III	11,88	7,42	10,76	10,42	14,81	10,43	
	Rio Caetés	7,92	3,87	8,23	9,72	15,56	8,01	
Macro III	Xingu	7,92	5,48	12,66	15,97	3,70	8,54	31,51
	Tapajós	3,96	2,90	1,90	6,94	5,93	4,00	
	Baixo Amazonas	23,27	7,10	17,09	25,69	34,81	18,97	
Macro IV	Carajás	14,36	5,81	12,03	16,67	11,11	11,06	24,34
	Lago De Tucuruí	5,45	2,26	4,43	5,56	2,96	3,90	
	Araguaia	11,88	3,87	13,29	13,19	9,63	9,38	
Total		13,82	11,90	13,45	14,99	13,64	13,50	

Fonte: SIA/SUS/2023.

Número de Consultas Médicas de Urgência

O número de consultas médicas de urgência, durante os últimos cinco (5) anos, mostra um crescimento significativo na figura abaixo, principalmente de 2020 a 2021, percebe-se que em 2021 o número de atendimentos nas consultas médicas de urgência triplicou o número relacionado ao de 2020. Sendo assim, podemos destacar que neste período ocorreu a pandemia COVID-19. Observe abaixo:

Figura 99 – Frequência de Consultas Médicas de Urgência Realizadas, no período de 2018 a 2022.



Fonte: SIA/SUS/2023.

Tabela 136 – Frequência de Consultas Médicas de Urgência Realizadas por Região de Saúde, no período de 2018 a 2022.

Região Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Araguaia	191	1	0	170	242	604
Baixo Amazonas	0	0	26	332	1.073	1.431
Carajás	74	773	250	549	197	1.843
Lago de Tucuruí	0	0	0	0	6	6
Metropolitana I	1.484	62	2.771	15.982	18.105	38.404
Metropolitana III	1.579	1.043	1.127	1.100	1.118	5.967
Rio Caetés	228	0	14	1.832	1.070	3.144
Tapajós	363	935	2.842	5.421	11.158	20.719
Tocantins	6	4	0	3	4	17
Xingu	252	0	0	4	0	256
Marajó II	0	0	0	200	769	969
Total	4.177	2.818	7.030	25.593	33.742	73.360

Fonte: SIA/SUS-2023.

A Rede de Urgência e Emergência – RUE do estado do Pará, atualmente está composta por 849 serviços implantados e funcionantes com todos os seus componentes, conforme demonstrado na Tabela abaixo:

Tabela 137 – Detalhamento dos Componentes da Rede de Urgência e Emergência por Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

Componentes	Macrorregião de Saúde				
	I	II	III	IV	Total
SAMU 192	22	35	6	37	100
Central de Regulação das Urgências - CRU	1	1	0	4	6
UPA 24 Horas	15	6	3	6	30
Portas de Entrada	4	2	2	1	9
Retaguarda Clínica	394	166	-	78	638
Linha de Cuidado do Trauma	1	-	-	-	1
Linha de Cuidado do IAM	1	-	-	-	1
Linhas de Cuidado do AVC	1	1		-	2
Aeromédico	1	-	1	-	2
Melhor em Casa	11	22	8	19	60
Total	451	232	21	145	849

Fonte: DAIUE/DDASS/SESPA.

O Componente SAMU-192 possui o total de 20 municípios pendentes junto ao Ministério da Saúde, devido ter recebido doação de ambulância para fins de habilitação para o serviço no ano de 2010 e não habilitaram até o momento. Com isto, é notória a baixa cobertura do serviço na MRS III.

O proposto no Plano 2012-2015 para o Componente UPA 24h, considerando que todos os municípios previstos no referido plano receberam recurso para construção e implantação deste componente. Considerando que destes, 30 concluíram e habilitaram o serviço, 13 mudaram a finalidade e 06 estão em processo de devolução do recurso.

As Portas de Entrada de Urgência e Leitos de Retaguarda foram habilitadas pelo Ministério da Saúde em 2012. Posterior a isso não houve novas habilitações aprovadas pelo Ministério da Saúde, apesar de haver várias Resoluções CIB/PA que realocam o recurso.

No Estado do Pará a linha do cuidado do IAM estar implantada apenas no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, gestão estadual, com 10 leitos de Unidade Coronariana, habilitados através da Portaria nº 1.450 de 27 de dezembro de 2013, não foi possível habilitar novos leitos para esta linha do cuidado, devido o ministério da saúde não está habilitando novos serviços até a atualização da plataforma SAPS.

A linha de cuidado do AVC está prevista na Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, Título VIII, artigo Art. 131 que estabelece os critérios de habilitação sendo determinado como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I. Este serviço está aguardando a Atualização do Plano Estadual para habilitar novos serviços.

Com a previsão da aprovação do Plano de Atenção Integra às Urgências e Emergências do Estado do Pará 2023-2026 a Rede de Urgência e Emergência do estado tem previsão de ampliar a cobertura em todos os componentes da RUE, garantindo recurso para o estado e municípios, fortalecendo assim a Rede de Urgência e Emergência do estado do Pará.

No ano de 2024 é previsto habilitar novos serviços, considerando que o referido plano pleiteia a habilitação de Unidades de Suporte Básico - USB, Unidade de Suporte Avançado - USA, Ambulância e Motolância nos municípios que não possuem atualmente o serviço implantado, o mesmo prevê a habilitação de Portas de Entrada em Hospitais Municipais e Regionais, abertura de leitos novos e leitos qualificados de retaguarda, qualificação de UPAS e a habilitação das Linhas dos Cuidados Prioritários: AVC e IAM, bem como a implantação de 40 pontos de Telemedicina. Assim como a

previsão é de habilitar os pontos de telemedicina nos 40 estabelecimentos de saúde, os leitos IAM, AVC e a Central de Regulação de Urgência do Baixo Amazonas e do Tapajós sob gestão estadual, que terá como sede o município de Santarém/PA. Além disso, o Estado continuará garantindo o Serviço de Resgate Aeromédico, as capacitações, visitas técnicas, supervisões e monitoramento dos componentes de Rede de Urgência e Emergência do nosso Estado, fortalecendo cada vez mais a RUE no processo de qualificação de todos os serviços habilitados, com objetivo de melhor atender os usuários com uma rede fortalecida.

5.3.2. Serviços de Referência para Média e Alta Complexidade

5.3.2.1. Pessoa com Deficiência

A Coordenação Estadual da Pessoa com Deficiência – CEPED/SESPA desenvolve suas atividades concernentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência - PNAISPD no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Além de acompanhar, dar apoio técnico e monitorar implantação/implementação de estabelecimentos de saúde para atendimento desse segmento, tais como os Centros Especializados em Reabilitação – CER e Unidades de Referência Especializadas – URE's, assegurando com isso, mecanismos de acessibilidade e inclusão social.

Considerando o que está representado em base legal, bem como o que afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Portanto, a definição de pessoas com deficiência passou por uma evolução, deixando de ser um modelo apenas amparado pela medicina para ser fundamentado numa abordagem biopsicossocial, ou seja, a deficiência sendo caracterizada pelo tipo e/ou grau de interação entre a pessoa e seu corpo e o ambiente.

Em 2023, conforme os dados demonstrados pelo censo 2022, o estado do Pará tem 1.949.046 pessoas com deficiência, correspondente a 24%, distribuídos por 5 tipos de deficiência, conforme a Tabela abaixo:

Tabela 138 – Quantidade e Percentual de Pessoa com Deficiência por Tipo de Deficiência.

	Física	Intelectual	Visual	Auditiva	Múltipla
População com Deficiência (%)	687.623 (35,28%)	609.272 (31,26%)	297.424 (15,26%)	220.827 (11,33%)	133.900 (6,87%)

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022.

O componente da Atenção Especializada Ambulatorial na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD contará com os seguintes pontos de atenção:

I - Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas: No Pará existem 22 Instituições que compõem a Rede de Centros Especializados em Reabilitação para atendimentos de pessoas com deficiência, entre públicos e também de natureza filantrópica¹, com os serviços oferecidos de acordo com a Tabela a seguir:

Tabela 139 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, Modalidade e Gestão.

Municípios	Estabelecimento de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Gestão
BELÉM	UEAFTO/UEPA	CER III/ Oficinas ² Ortopédicas	Deficiência Física, Intelectual e Auditiva. Incluindo as doenças neurodegenerativas e autismo.	MUNIC.
	URE - REI	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	ESTAD.
	URE - MIA	Reabilitação	Recém-Nascidos de Risco	ESTAD.
	URE Demétrio Medrado	Reabilitação/	Deficiência Física	ESTAD.
	Hospital Bettina Ferro	CER II ³	Deficiência Física, Intelectual, Auditiva e Visual com Dispensação de Próteses auditivas e implante coclear.	MUNIC.
	SABER	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	FILANT.
	IONPA	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	FILANT.
	APAE	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	FILANT.
	CIIR	CER IV ⁴ Oficina Ortopédica	Deficiência Física, Intelectual, Visual e Auditiva /Atend. ambulatorial a PcD	ESTAD.
MARITUBA	CER III	Reabilitação	Deficiência Física, Intelectual e Visual.	MUNIC.
BRAGANÇA	CER II	CER II	Deficiência Física e	MUNIC.

			Intelectual	
BARCARENA	CER II	CER II	Deficiência Física e Intelectual	MUNIC.
PARAUAPEBAS	CER II	CER II	Deficiência Física e Intelectual	MUNIC.
TUCURUÍ	CER III	CER III	Deficiência Física, Intelectual e Auditiva	MUNIC.
ITAITUBA	CER III	CER III ⁵	Deficiência Física, Intelectual e Visual.	MUNIC.
APAE/SANTARÉM	CER II	CER II/ Oficina Ortopédica	Deficiência Física e Intelectual.	MUNIC.
REDENÇÃO	CER III	CER III	Deficiência Física, Auditiva e Visual.	MUNIC.
MARABÁ	APAE	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	FILANT.
ELDORADO DOS CARAJÁS	APAE	Reabilitação	Deficiência Física e Intelectual	FILANT.

Fonte: SESPA, 2023.

Tabela 140 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, no período de 2018 a 2022.

Municípios	Estab. de Saúde	Tipo de Serviço	2018	2019	2020	2021	2022
BELÉM	UEAFTO/	CER III/ Oficinas Ortopédicas		X			
	UEPA						
	Hospital Bettina Ferro	CER II		X			
	CIIR	CER IV Oficina Ortopédica	X				
MARITUBA	CER III	Reabilitação				X	
BRAGANÇA	CER II	CER II		X			
BARCARENA	CER II	CER II	X				
PARAUAPEBAS	CER II	CER II	X				
TUCURUÍ	CER II	CER II	X				
TUCURUÍ	CER III	CER III	A PARTIR DE SETEMBRO/23 COMEÇOU A FUNCIONAR O CER III				
ITAITUBA	CER III	CER III	X				
APAE/SANTARÉM	CER II	CER II/ Oficina Ortopédica		X			
REDENÇÃO	CER III	CER III					X

Fonte: SESPA, 2023.

Tabela 141 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, no período de 2018 a 2022.

Municípios	Estab. de Saúde	Tipo de Serviço	2018	2019	2020	2021	2022
BELÉM	CEPED/SESPA	Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	21	26	29	48	53
	URE Presidente Vargas	Dispensação de bolsas de colostomia e acessórios	23.200	47.890	32.502	47.210	66.800
	URE Demétrio Medrado	Dispensação de sondas vesicais	77.298	81.300	63.080	90.000	100.84
		Emissão das carteiras da gratuidade no transporte intermunicipal	7.860	5.565	4.637	8.700	11.230
	Ambulatório do Hospital Ophir Loyola	Diagnóstico e atendimento ambulatorial para doenças Neurodegenerativas	72	63	58	99	108
	URE Demétrio Medrado	Dispensação de Órteses, Próteses, e Meios Auxiliares de Locomoção	1.230	2.863	1.350	3.007	3.450
	UEPA	Distrofia Muscular	26	23	19	28	31

Fonte: SESPA, 2023.

II – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO):

Tabela 142 – Estabelecimento de Saúde, por Tipo de Serviço, Modalidade e Gestão.

Municípios	Estab. de Saúde	Tipo de Serviço	Modalidade	Gestão
BELÉM	CIIR	CEO II Oficinas Ortopédicas	Saúde Bucal Atendimento odontológico ambulatorial/hospitalar à Pessoa com Deficiência	ESTADUAL
	URE Presidente Vargas	CEO II		ESTADUAL
	PEDREIRA	CEO II		ESTADUAL
	UFPA	CEO III		FEDERAL
	HUJBB	CEO III		FEDERAL

Fonte: SESPA, 2023.

Outros serviços que compõe a atenção à saúde da PcD em âmbito estadual desenvolvido pela CEPED/SESPA:

1. Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (SODP): atendimento domiciliar aos pacientes com doenças pulmonares obstrutivas ou restritivas crônica, com dispensação de Cilindros O₂; Aspiradores, Concentradores de O₂; Ventilação

Mecânica (CPAP e BPAP). Atualmente, atendemos no estado do Pará 177 usuários;

2. Dispensação de bolsas de colostomia e acessórios (URE Presidente Vargas):

serviço de atendimento ao usuário de bolsas coletoras e seus respectivos acessórios. Até o mês de setembro/2023 foram dispensadas 217.602 bolsas;

3. Dispensação de sondas vesicais (URE Demétrio Medrado):

serviço de atendimento a pessoas com retenção ou incontinência urinária usuárias de sondas, cateteres e acessórios. Até o mês de setembro/2023 foram dispensadas 411.762 sondas;

4. Emissão das carteiras da gratuidade no transporte intermunicipal para as

pessoas com deficiência: até o mês de setembro/2023 foram dispensadas 37.992 carteiras;

5. Diagnóstico e atendimento ambulatorial para doenças Neurodegenerativas

(Esclerose Múltipla e Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA): atendimento realizado no Ambulatório do Hospital Ophir Loyola e, já tiveram 400 atendimentos.

- **Dispensação de Órteses, Próteses, e Meios Auxiliares de Locomoção:**
- URE Demétrio Medrado/ CIIR: 11.900 dispensações de meios auxiliares de locomoção;
- Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação – CIIR: 728 dispensações de órtese, prótese, calçados e palmilhas ortopédicas; 131 próteses adutivas e 27 próteses oculares.
- **Distrofia Muscular/ UEPA:** 127 pacientes atendidos.

Quadro 16 – Proposta para Implantação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) no Estado do Pará pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

Região de Saúde	Município	Tipo	Modalidade
XINGU	Vitória do Xingu	CER II	Física e Intelectual
CARAJÁS	São Geraldo do Araguaia	CER II	Física e Intelectual
	Marabá	CER IV	Física, Auditiva, Visual e Intelectual
BAIXO AMAZONAS	Santarém	CER IV	Física, Auditiva, Visual e Intelectual
	Almeirim	CER II	Física e Intelectual
	Placas	CER II	Física e Intelectual
MARAJÓ I	Muaná	CER II	Física e Intelectual
	Chaves	CER II	Física e Intelectual
METROPOLITANAI	Acará	CER	Física e

		II	Intelectual
	São Caetano de Odivelas	CER II	Física e Intelectual
TOCANTINS	Limoeiro do Ajuru	CER II	Física e Intelectual
RIO CAETÉS	Augusto Corrêa	CER II	Física e Intelectual

Fonte: SESP, 2023.

Em fase de cadastramento da proposta:

- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEMO) – CER II:** Belém;
- **CER II:** Abaetetuba, Augusto Corrêa, Bragança, Cametá, Canaã dos Carajás, Currálinho, Dom Eliseu, Marabá, Oriximiná, Portel, Salvaterra, São Félix do Xingú;
- **CER III:** Paragominas;
- **Oficina Ortopédica:** Castanhal e Marituba.

Quadro 17 – Obras Finalizadas, por Município e Tipo, no Ano de 2023.

Municípios	Tipo
Altamira	CER III
Breves	CER III
Castanhal	CER IV

Fonte: SESP, 2023.

5.3.2.2. Oncológica

A assistência oncológica é um componente da **Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei 14.758, 19/12/23)**, tendo como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de câncer, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A operacionalização da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer tem como base a **Portaria Nº 688/2023**, *que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS*.

A Secretaria de Estado de Saúde do Pará – SESP, através da Coordenação Estadual de Atenção Oncológica – CEAO/SESP, conduz a organização e

operacionalização da Rede e do Plano Estadual de Atenção Oncológica do Pará, que tem como objetivos fortalecer as ações voltadas às melhorias dos indicadores de rastreamento e diagnóstico precoce do câncer, melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência oncológica, através da formação de redes regionais, com fluxo de acesso regulado na Linha de Cuidado em Oncologia, da Atenção Primária à Alta Complexidade, visando diminuir a morbimortalidade por câncer e maiores índices de cura e sobrevida. (Resoluções CIB: Nº 108 04/09/2015, Nº 203 17/12/2018, Nº 55 23/06/2021, Nº 20 24/03/2023, No. 56 - 25/03/2024).

Quadro 18 – Mortalidade por Tipo de Câncer mais prevalentes no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Mortalidade por Tipos de Câncer	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Câncer de Estômago	568	589	589	572	592	2910
Câncer de Bronquios e Pulmão	528	553	528	524	530	2663
Câncer de Próstata	358	379	402	391	366	1896
Câncer de Colo do Útero	365	382	353	347	405	1852
Câncer de Mama	345	328	355	363	370	1761
Câncer de Colon e Reto	244	244	251	261	281	1281

Fonte: SIM/NIVS/DVS, 2024.

Atualmente a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará é composta por seis **(7) estabelecimentos**, sendo um **(1) Centro de Assistência Alta Complexidade em Oncologia – CACON no Hospital Ophir Loyola (Belém)**, habilitado junto ao Ministério da Saúde – MS (Portaria Nº 458 24/02/2017), sendo referência para todos os tipos de cânceres, atendendo as Macro Regiões I, II, III e IV, nos 144 municípios do estado e seis **(6) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON:**

- O **Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo – HOIOL (Belém)**, com o serviço de oncologia em funcionamento desde 2015, está habilitado como UNACON exclusiva de oncologia pediátrica (Portaria Nº 851 08/05/2017), referência para crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos incompletos, com cânceres hematológicos e da infância, atendendo as Macro Regiões I, II e IV, com 115 municípios.
- O **Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB (Belém)**, com o serviço de oncologia em funcionamento desde 2012, habilitado como UNACON (Portaria Nº 851 08/05/2017), atendendo os casos de cânceres mais prevalentes em

adultos: pele, colo de útero, mama, próstata, estômago e colón e reto, da Macro Região I, composta pelas Regiões de Saúde: Marajó I, Marajó II, Metropolitana I, Tocantins, com 30 municípios.

- **O Hospital Regional do Baixo Amazonas – HRBA (Santarém)**, com o serviço de oncologia em funcionamento desde 2008, habilitado como UNACON com Radioterapia (Portaria Nº 458 24/02/2017), é referência para o atendimento dos casos de cânceres mais prevalentes em adultos e infantil, atendendo a Macro Região III, composta pelas Regiões de Saúde do Baixo Amazonas, Tapajós e Xingu, com 29 municípios.
- **O Hospital Regional de Tucuruí – HRT (Tucuruí)**, com o serviço de oncologia em funcionamento desde 2016, é referência para o atendimento dos casos de cânceres mais prevalentes em adultos, atendendo a Macro Região IV, composta as Regiões de Saúde do Araguaia, Carajás e Lago do Tucuruí, com 38 municípios. Com perspectivas de habilitação no Ministério da Saúde como UNACON com Radioterapia.
- **O Hospital Regional Público de Castanhal – HRPC (Castanhal)**, com serviço de oncologia em funcionamento desde março de 2023, é referência para o atendimento dos casos de cânceres mais prevalentes em adultos, para atender a Macro Região II, composta pelas Regiões de Saúde: Metropolitana II e III e Rio Caetés, com 47 municípios. Com perspectivas de habilitação no Ministério da Saúde como UNACON com Radioterapia e Hematologia.
- **O Hospital Regional de Marabá Geraldo Veloso – HRPS (Marabá)**, com serviço de oncologia em funcionamento desde abril de 2024, é referência para o atendimento dos casos de cânceres mais prevalentes em adultos, para atender a Macro Região IV, composta pelas regiões de saúde do Carajás (17 municípios) e Araguaia (15 municípios) e Lago do Tucuruí (6 municípios), abrangendo o sul e o sudeste do estado do Pará.

Figura 100 – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.



MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Belém	★ CACON – HOSPITAL OPHIR LOYOLA (HOL)
	★ UNACON – HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO (HOIOL)
	★ UNACON – HOSPITAL UNIVERSITARIO JOÃO DE BARROS BARRETO (HUJBB)
Castanhal	★ HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE CASTANHAL (HRPC)
Santarém	★ UNACON – HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA (HRBA)
Tucuruí	★ UNACON – HOSPITAL REGIONAL DE TUCURUI (HRT)
Marabá	★ UNACON – HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO SUDESTE DO PARÁ DR. GERALDO VELOSO (HRSP)

Fonte: DOAGES/SESPA.

O Protocolo de Acesso à Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará, foi elaborado e aprovado em 2019, visando a melhoria do acesso regulado via SER (Sistema Estadual de Regulação), em tempo oportuno, às consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como as internações clínicas e cirúrgicas em oncologia, visando a resolutividade da linha de cuidado e da assistência oncológica, para garantir a acessibilidade de forma célere e eficaz ao diagnóstico e tratamento oncológico, visando a diminuição da morbimortalidade por câncer e maiores índices de cura e sobrevida. (Resoluções CIB: No. 128 de 18/11/19; No. 55 de 23/06/21, No. 56 - 25/03/2024).

Este protocolo foi criado e está sendo operacionalizado para garantir o cumprimento da Lei Federal Nº 13.896/2019 (31/10/2019), referente aos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, na qual os exames necessários para elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável, garantindo aos pacientes do SUS com suspeita de câncer o direito a biópsia, e da Lei 12.732/2012, que preconiza o tempo máximo de 60 (sessenta) dias entre o diagnóstico e início do tratamento oncológico.

Este Protocolo de Acesso e a elaboração da Linha de Cuidado Oncológico na Central Estadual de Regulação – CER-II, estão sendo operacionalizados e divulgados pelas equipes da CEAO/DDRA/SESPA e da Diretoria de Desenvolvimento de auditoria dos serviços de Saúde – DDASS/SESPA, visando auxiliar na efetivação e resolutividade da linha de cuidado em oncologia, garantindo o acesso em tempo oportuno aos serviços de média e alta complexidade em oncologia, contribuindo para diminuir o número de pacientes que chegam à alta complexidade com diagnóstico tardio e estadiamento avançado.

Realização das reuniões mensais da Câmara Técnica de Oncologia, que tem por objetivos discutir com todos os envolvidos a situação da Rede de assistência oncológica no Estado do Pará e a operacionalização do Plano Estadual de Oncologia, tendo como principal resultado no 1º semestre de 2023, a habilitação dos Serviços do CACON do HOL (Belém), UNACON do HUIBB (Belém), UNACON do HRBA (Santarém) para realização de 230 cirurgias de reconstrução mamária pós-mastectomia total conforme Portaria GM/MS nº127 de 13/02/2023.

A Coordenação Estadual de Atenção Oncológica – CEAO/SESPA vem organizando a Rede de Atenção Oncológica à Mulher no controle dos cânceres do colo do útero e de mama, fortalecendo as ações que melhorem a resolutividade e o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce e em tempo oportuno.

- ✓ Qualificação, monitoramento e supervisão in loco e on-line nas 13 Regionais de Saúde sobre a Rede de Atenção Oncológica, Programa de controle do câncer de colo e mama, na atualização das diretrizes, fluxos e protocolos, visando estimular os municípios/estabelecimentos a cumprirem as metas e ampliarem a cobertura dos exames (coleta do preventivo e exame citopatológico do colo de útero e mamografia)

para a população alvo, realizando o rastreamento organizado; melhorar o acesso das usuárias e resolutividade do serviço.

- ✓ Monitoramento dos 23 (vinte e três) **Serviços de Referência de Diagnóstico e Tratamento precoce do Câncer de Colo de Útero e Mama**, distribuídos em 18 municípios, contemplando as 11 Regiões de Saúde. Atualmente o Pará possui **21 Serviços de Diagnóstico do Câncer do Colo de Útero**, ofertando consulta com ginecologista, colposcopia, ultrassonografia transvaginal, biopsia e EZT – Exérese da Zona de Transformação e **15 de Mama**, ofertando consulta com mastologista, ultrassonografia, mamografia e punção por agulha grossa (biopsia).

Quadro 19 – Estabelecimentos com Serviços de Referência em Diagnóstico do Câncer de Colo do Útero e Mama.

Região de Saúde	Município	Estabelecimento	Colo do Útero	Mama
Marajó II	Breves	Hospital Regional Público do Marajó	SIM	SIM
		Hospital Regional Público Dr. Abelardo Santos		SIM
		Policlínica Especializada do Para Unidade Marco	SIM	SIM
		Santa Casa de Misericórdia do Para	SIM	SIM
		Unidade de Referencia Especializada em Saúde da Mulher	SIM	SIM
		Unidade de Referencia Materno Infantil e Adolescente	SIM	SIM
	Marituba	Centro de Diagnostico e Serv Especializados Ignacio Gabriel	SIM	
Tocantins	Abaetetuba	Hospital Regional do Baixo Tocantins Hospital Santa Rosa	SIM	SIM
Metropolitana III	Castanhal	Hospital Regional Público de Castanhal	SIM	SIM
	Igarapé-Açu	Serviço Especializado de Saúde Pública SESP	SIM	
	Magalhães Barata	Centro de Referência e Apoio Diag Dr Dario Nunes da Silva	SIM	
	São Domingos do Capim	CASM Centro de atendimento a saude da mulher	SIM	
	Paragominas	Hospital Municipal de Paragominas	SIM	SIM
Rio Caetés	Capanema	Hospital Regional Público dos Caetés – Dr. Jorge Neto da Costa	SIM	SIM
Baixo Amazonas	Santarém	Hospital Regional do Baixo Amazonas do PA Dr Waldemar Penna		SIM
Tapajós	Itaituba	Hospital Regional Público do Tapajós Itaituba	SIM	SIM
Xingu	Altamira	Hospital Regional Público da Transamazônica	SIM	SIM
Araguaia	Conceição do Araguaia	Hospital Regional de Conceição do Araguaia	SIM	
	Ourilândia do Norte	Hospital Regional da PA 279		SIM
	Redenção	Hospital Regional Público do Araguaia		SIM
Carajás	Marabá	Centro de Referência Integrada a Saúde da	SIM	SIM

		Mulher		
	Parauapebas	Policlínica Municipal de Parauapebas	SIM	SIM
Lago de Tucuruí	Tucuruí	Policlínica de Tucuruí - NATEA		SIM
11	18	23	21	15

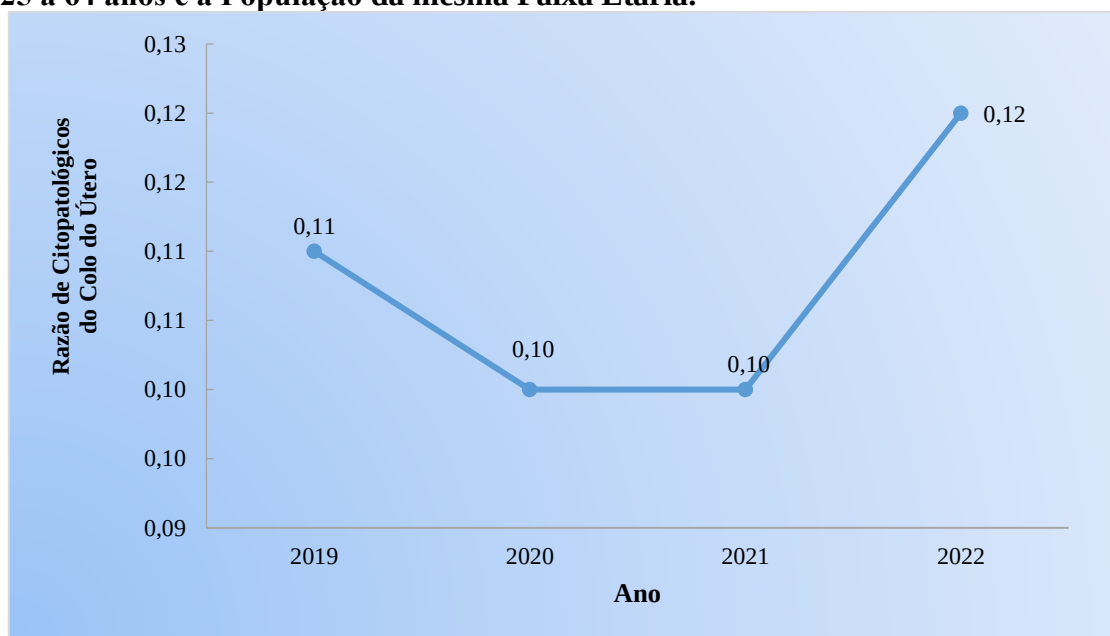
Fonte: CEAO/DDRAR/SESPA, 2024.

No período de 2020 a 2023, observa-se uma evolução crescente da produção da oferta de exames citopatológicos do colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Pará.

As evidências científicas apontam que o rastreamento na faixa etária de 25 a 64 anos é capaz de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero. No Pará nos últimos quatro anos, mais de 80% dos exames foram realizados na faixa etária prioritária para o Ministério da Saúde.

No estado do Pará, observa-se um crescimento de **23%** no número de exames citopatológicos do colo de útero de 2019 a 2023. Em 2019 foram realizados 241.386 exames, sendo 189.329 na faixa etária (25 a 64 anos) do indicador 12, atingindo a razão de **0,30**. Em 2023 foram realizados 296.262 exames, sendo 246.245 na faixa etária do indicador, atingindo a razão de **0,33**, conforme figura 101:

Figura 101 – Razão de Exames Cítopatológicos do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos e a População da mesma Faixa Etária.



Fonte: DATASUS, 2024.

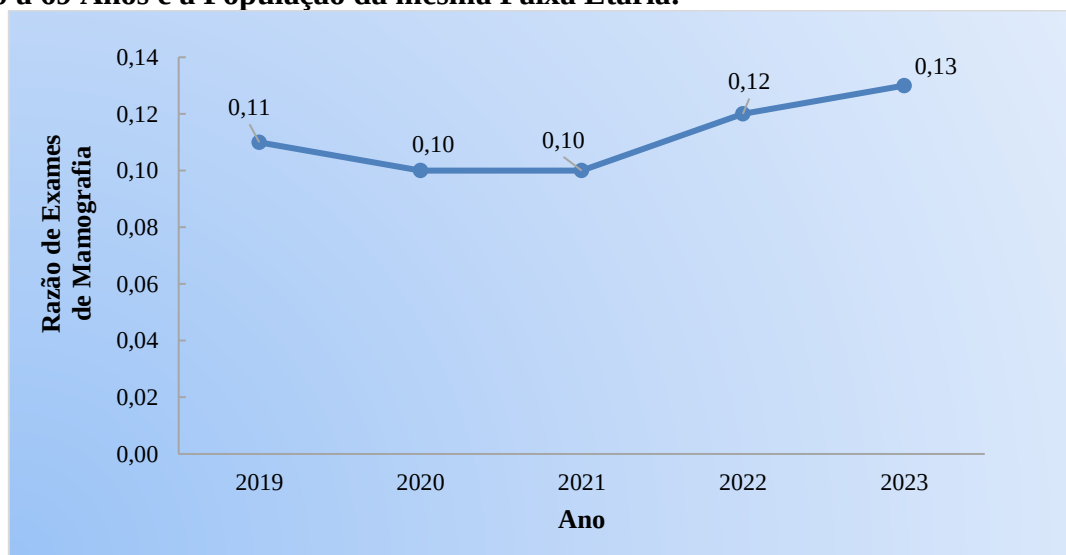
As Regiões de Integração Tapajós, Rio Caetés e Baixo Amazonas apresentaram o maior número de razão de exames superando a meta estadual, com destaque para

alguns municípios que alcançaram a meta nacional de 0,80: Augusto Correa (1,06); Nova Timboteua (0,93); Primavera (1,01) e Faro (1,06).

Considerando que a coleta e a leitura do exame citopatológico do colo de útero é de jurisdição municipal, as regiões com maior fragilidade neste indicador foram: Guajará, Tucuruí e Marajó. Na região do Marajó uma das principais dificuldades é não ter nenhum laboratório habilitado na QUALICITO.

No estado do Pará, observa-se um crescimento de **25%** no número de exames de mamografias de 2019 a 2023. Em 2019 foram realizados 50.456 exames, sendo 29.194 na faixa etária (50 a 69 anos) do indicador 13, atingindo a razão de **0,12**. Em 2023 foram realizados 62.645 exames, sendo 39.547 na faixa etária do indicador, atingindo a razão de **0,13**, conforme figura 102:

Figura 102 – Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento em Mulheres de 50 a 69 Anos e a População da mesma Faixa Etária.



Fonte: DATASUS, 2024.

A faixa etária alvo do rastreamento é definida com base no melhor equilíbrio entre benefícios e riscos associados a essa prática. A adesão às diretrizes tem papel importante no alcance da cobertura adequada para atingir a redução da mortalidade por câncer de mama. Monitorar esse indicador pode auxiliar na identificação de municípios ou unidades de saúde que necessitem de ações de capacitação para melhor direcionamento das ações de detecção precoce. A proporção de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres de 50 a 69 anos manteve-se estável. No Pará nos últimos quatro anos mais de 60% das mamografias foram realizadas na faixa etária.

Para uma mudança de rota deste frágil indicador é essencial a revisão da PPI, fortalecimento do transporte sanitário para que as mulheres consigam chegar nos

serviços de diagnóstico mamário, atualização da FPO, fomentar a navegação da paciente para que reduza o absenteísmo e critérios mais rígidos para a utilização do sistema de informação do câncer (SISCAN) dos serviços públicos e conveniados ao SUS. Além de manter esforços em concentrar os exames de rastreamento na população-alvo, de acordo com as atuais diretrizes técnicas, e buscar priorizar a realização e a liberação dos laudos de mamografias diagnósticas, além de acompanhar a qualidade dos laudos emitidos pelo Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

As Regiões de Integração com melhores resultados são: Guajará, Tocantins, Carajás e Xingu. Vale ressaltar que na Região do Guajará apesar de possuir a maior densidade tecnológica em polos mamográficos está com indicador muito aquém da meta estadual e nacional. Sendo esperado destaque no município de Belém, no entanto alcançou apenas 0,16, sendo o destaque da região os municípios de Marituba (0,21) e Santa Bárbara (0,20). Assim percebe-se que o maior fortalecimento dos protocolos, diretrizes e do itinerário terapêutico das mulheres fazem a diferença nos resultados positivo dos dados de informações. E as regiões de integração com maior fragilidade neste indicador são Tapajós, Tucuruí, Baixo Amazonas, Rio Caetés, Marajó e Rio Capim.

A Região do Marajó precisa de um projeto de intervenção com estratégias contínuas de busca ativa organizada em cada município com navios que possam realizar o exame mamográficos com resultado pelo SISCAN. O município de Portel teve um destaque positivo e significativo (0,14) frente a maioria absoluta que tende a zero nos demais municípios.

A Região do Araguaia teve como destaque positivo os municípios de Ourilândia do Norte (0,16) e Bannach (0,14), diferentemente de Rio Maria e São Félix do Xingu que alcançaram apenas 0,02. Na Região de Tocantins, Barcarena alcançou (0,28), já Oeiras e Cametá apenas 0,02. Na Região do Rio Capim o município de Mãe do Rio alcançou 0,13 já Abel Figueiredo não teve registro de indicador, e Dom Eliseu e Rondon apenas 0,01.

A região do Guamá destacou positivamente Castanhal (0,16) e São Miguel (0,11). Rio Caetés, Tucuruí e Tapajós foram as regiões com piores indicadores com vários municípios que tinham ou tenderam a zero. E na Região do Carajás o destaque estadual foram Canaã com indicador de 0,53 que está se aproximando de alcançar a meta nacional de 0,60.

ESTRATEGIAS ESTADUAIS DESENVOLVIDAS PARA ALCANCE DOS RESULTADOS

- Ações de busca ativa e fortalecimento do acesso ao exame citopatológico do colo do útero (PCCU) e encaminhamentos para mamografia nas ações de final de semana nos territórios e USINAS do TERPAZ;
- Monitoramento dos prestadores de serviço laboratorial e mamográfico e treinamento do SISCAN para profissionais dos três níveis de atenção da rede de atenção municipal e estadual;
- Implementação e qualificação do rastreamento organizado e das diretrizes do controle do câncer do colo de útero e mama, aumentando a cobertura do rastreamento e da proporção de exames registrados no SIA/SUS, e o aprimoramento do seguimento dos casos alterados;
- Realização de Salas de Situação (on line) com os profissionais e serviços, contemplando cada uma das 12 regiões de integração sobre protocolos, diretrizes, fluxos de atendimento, SISCAN e realinhamento da FPO e das metas pactuadas com os municípios prestadores de serviço do exame citopatológico e mamográfico;
- A implementação das TECNOLOGIAS DIGITAIS para a busca ativa e a navegação das usuárias e da TELESAÚDE a fim de promover o acesso a consultas e exames especializados para a detecção e diagnóstico precoce dos cânceres do colo de útero e mama.

5.3.2.3. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é a área do Sistema Único de Saúde – SUS responsável por garantir à população o acesso a medicamentos considerados essenciais, promovendo também o uso racional. Estes medicamentos devem ser seguros, eficazes e de qualidade. Tais medicamentos estão elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, indicados para a maior parte dos problemas de saúde que acometem a população. A incorporação destes medicamentos no SUS se dá a partir da avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, conforme Lei 12.401 de 28 de abril de 2011. Os medicamentos são distribuídos gratuitamente em farmácias das unidades básicas de

saúde (postos de saúde) e farmácias de serviços especializados. No SUS, os medicamentos são divididos em Componentes:

- Componente Básico (Atenção Básica) - CBAF são de responsabilidade direta dos municípios, conforme pactuado em CIB, de forma que a SESPA realiza mensalmente repasses fundo a fundo aos mesmos.
- Componente Especializado – CEAF, que são distribuídos nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Especializados - UDME da SESPA, e devem ser solicitados com Laudo de solicitação para Medicamentos – LME, documentos e exames obrigatórios, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT publicadas pelo Ministério da Saúde.
- Componente Estratégico – CESAF, cujos medicamentos são utilizados no tratamento de doenças de relevância epidemiológica e com impacto socioeconômico (IST/AIDS (Antirretrovirais); endemias focais (malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas); hanseníase; tuberculose; talidomida para lúpus eritematoso sistêmico, doença do enxerto x hospedeiro e mieloma múltiplo; influenza; medicamentos e insumos para o controle do tabagismo, além de vacinas, soros e imunoglobulinas). São adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados de acordo com a programação informada pelos estados.

A implantação do Sistema Hórus Básico é um ato discricionário do Gestor Municipal, mas a SESPA através do DEAF e Assistências Farmacêuticas dos Centros Regionais de Saúde, incentivam a implantação do sistema devido aos benefícios para assistência farmacêutica municipal, como a gestão de estoque e programação dos medicamentos. Devido a rotatividade dos servidores municipais, alguns municípios atualmente estão sem acesso ao Sistema Hórus Básico.

Quadro 20 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro I - Pará 2018 A 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Município/Ano	2018	2019	2020	2021	2022
MACRO I	Marajó I	Afuá	X		X		
		Chaves					X
		São Sebastião da boa Vista	X	X	X	X	X
	Marajó II	Breves	X	X	X	X	
	Metropolitana I	Ananindeua	X	X	X	X	X
		Belém	X	X	X	X	X
		Benevides	X	X	X	X	X
		Marituba			X	X	X

	Tocantins	Abaetetuba	X	X	X		
		Baião	X	X			X
		Barcarena					X
		Limoeiro do Ajuru	X	X	X	X	X
Total de Municípios com Hórus Implantado			9	8	9	7	9

Fonte: DEAF, 2024.

Quadro 21 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro II - Pará 2018 a 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Município/Ano	2018	2019	2020	2021	2022
MACRO II	Metropolitana II	Bujaru	X	X	X	X	X
		Colares	X	X	X		
		Santa Izabel do Pará		X	X	X	
	Metropolitana III	Castanhal	X	X	X	X	X
		Curuçá	X	X	X	X	X
		Garrafão do Norte		X	X		
		Igarapé-Açu	X	X	X	X	X
		Inhangapi	X	X	X	X	X
		Ipixuna do Pará	X	X			
		Irituia	X	X	X	X	
		Magalhães Barata	X	X			X
		Marapanim	X	X	X		
		Nova Esperança do Piriá		X		X	
		Paragominas	X	X	X	X	X
		São Domingos do Capim	X	X	X	X	X
		São Francisco do Pará	X	X	X	X	X
		São João da Ponta	X	X	X	X	X
		Terra Alta		X	X		
		Ulianópolis	X	X	X	X	X
	Rio Caetés	Bonito		X			
		Bragança		X			
		Ourém	X			X	
		Primavera				X	X
Santa Luzia do Pará		X					
Santarém Novo						X	
Viseu	X						
Total de Municípios com Hórus Implanatado			18	21	16	15	13

Fonte: DEAF, 2024.

Quadro 22 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro III - Pará 2018 a 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Município/Ano	2018	2019	2020	2021	2022
MACRO III	BAIXO AMAZONAS	Altamira	X	X	X	X	X
		Belterra	X	X	X	X	X
		Curuá	X	X	X	X	X
		Faro	X	X	X	X	X
		Santarém	X	X	X	X	X
	TAPAJÓS	Itaituba					X
		Novo Progresso	X	X	X	X	X
	XINGU	Almeirim	X	X	X	X	X
		Anapu	X	X	X	X	X
		Brasil Novo	X	X	X	X	
		Pacajá	X	X	X	X	
		Senador José Porfírio	X	X	X		
		Uruará	X	X	X	X	X
		Vitória do Xingu	X	X	X	X	X
Total de Municípios dom Hórus Implantado			13	13	13	12	11

Fonte: DEAF, 2024.

Quadro 23 – Municípios com Hórus Implantado, na Macro IV - Pará 2018 A 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Município/Ano	2018	2019	2020	2021	2022
MACRO IV	Araguaia	Água Azul do Norte	X	X	X	X	
		Bannach	X	X	X	X	
		Conceição do Araguaia	X	X	X	X	X
		Cumaru do Norte		X			
		Floresta do Araguaia	X	X	X	X	X
		Ourilândia do Norte	X	X	X	X	X
		Pau D'arco	X	X	X	X	X
		Redenção	X	X	X	X	X
		Rio Maria	X	X	X	X	X
		Santa Maria das Barreiras	X	X	X	X	
		Santana do Araguaia	X	X	X	X	X
		São Félix do Xingu	X	X	X		
		Sapucaia	X	X	X		
		Tucumã	X	X	X	X	X
		Xinguara	X	X	X	X	X
	Carajás	Abel Figueiredo	X	X			
		Bom Jesus do Tocantins	X				
		Brejo Grande do Araguaia				X	X
		Canaã dos Carajás	X	X	X		
		Curionópolis				X	
		Dom Eliseu	X	X	X	X	X
		Eldorado dos Carajás	X	X	X	X	X
		Marabá	X	X	X	X	X
		Parauapebas	X	X	X	X	X
		Piçarra	X	X	X	X	X
		São Geraldo do Araguaia	X	X	X	X	X
	Lago de Tucuruí	Goianésia do Pará	X	X	X	X	
		Jacundá		X			
		Tailândia	X	X	X	X	X
Total de Municípios com Hórus Implantado			25	26	23	22	17

Fonte: DEAF, 2024.

Municípios com UDME Implantadas

Com o aumento de UDME's implantadas, deu-se a ampliação de acesso aos medicamentos do CEAF à população, assim como a parceria da SESPÁ com os Municípios, Hospitais Regionais e Policlínicas.

Quadro 24 – Numero de UDME Implantadas, por Macrorregiões, no período de 2018 a 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	2018	2019	2020	2021	2022
MACRO I	Metropolitana I	Ananindeua	1	1	1	1	1
		Belém	18	18	19	19	19
		Marituba	1	2	2	2	2
	Tocantins	Abaetetuba	0	0	0	0	1
MACRO II	Rio Caetés	Bragança	1	1	1	1	1
	Metropolitana III	Castanhal	1	1	1	1	1
		Ulianópolis	1	1	1	1	1
MACRO III	Xingu	Altamira	1	1	1	1	1
	Baixo Amazonas	Santarém	1	1	1	1	1
MACRO IV	Araguaia	Conceição do Araguaia	1	1	1	1	1
		Redenção	1	1	1	1	1
	Carajás	Marabá	1	1	1	1	1
		Parauapebas	1	1	1	1	1

	Lago do Tucuruí	Tucuruí	1	1	1	1	1
TOTAL DE UDME			30	31	32	32	33

Fonte: DEAF, 2024.

Gasto total com a aquisição de medicamentos do CBAF, CESAF Estratégico e CESAF especializada utilizando a Contrapartida Federal, Estadual e Municipal

Os medicamentos são adquiridos com a contrapartida Federal e Estadual, o aumento do valor financeiro deu-se a incorporação de medicamentos especializados dos Grupos 1 e 2, assim como o número de pacientes do CEAF, Programas Estaduais, SEAP, entre outros.

A partir de 2020, o DEAF passou a realizar aquisição de Cateteres Lubrificados e Adjuvantes para o Programa de Incontinência da URE Demétrio Medrado e Bolsas de Ostomia para o Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada - URE Presidente Vargas. No período da 2020 – 2022, ocorreu aumento da aquisição de medicamentos para o tratamento dos pacientes acometidos pela pandemia de COVID – 19.

Gasto total com a aquisição de medicamentos para cumprimento de ordens judiciais

O aumento nos gastos com a aquisição de medicamentos de demanda judicial, no período de 2021 e 2022, ocorre devido aos seguintes fatores: medicamento que estão em falta no CEAF ou CBAF, o paciente não se enquadra nos critérios de inclusão dos Protocolos Clínicos de Diretrizes e Terapêuticas, ou medicamentos recém-incorporados no SUS, porém sem efetivação da oferta, como nos casos de indefinição da responsabilidade financeira pactuado na Comissão Intergestores e Tripartite (CIT), elaboração/atualização do PCDT, processo de aquisição em andamento/não finalizado, seja pelo MS ou SES, além dos tratamentos não incorporados ao SUS.

5.3.2.4. Tratamento Fora do Domicílio - TFD

O Programa de Tratamento Fora do Domicílio - PTFD é executado em nível nacional pelos Estados e municípios com base nas orientações da Portaria SAS/MS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999 está inserido na dimensão da Regulação do acesso tem como objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município, organizando a operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciada neste âmbito, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos,

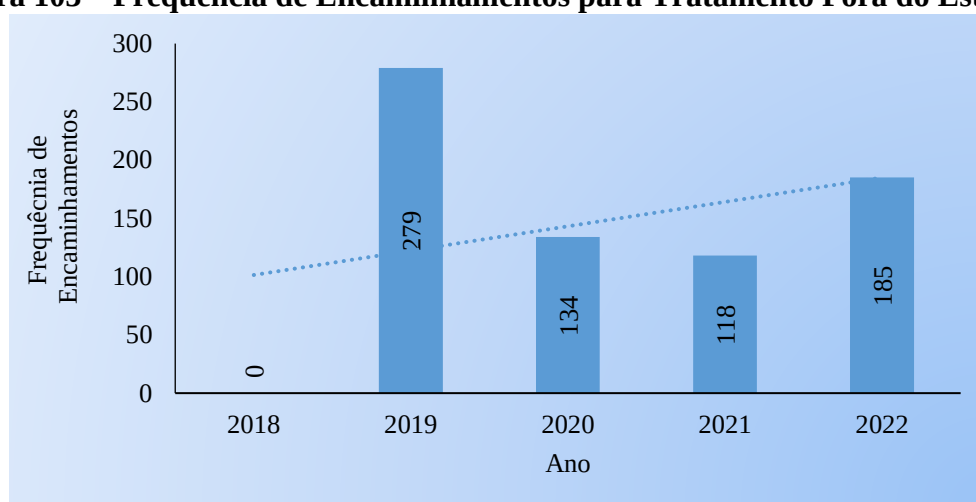
garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

No Estado do Pará, o Programa de Tratamento Fora do Domicílio - PTFD foi instituído pela Resolução N° 192 de 8 de outubro de 1999. Com a necessidade de estabelecer um protocolo para o serviço foi aprovado o primeiro Manual de TFD do Estado do Pará, por meio da Resolução 141 de 07 de dezembro de 1999. Posteriormente, sofrendo ajustes a partir de discussões técnicas por uma ampla rede composta pelos Centros Regionais de Saúde - CRS, equipes municipais do PTFD, diretores e técnicos do nível central da SESPA, tais ajustes culminaram com a Resolução CIB nº 30 em 15/04/2019.

O TFD se caracteriza por caráter de atendimento eletivo, concedido aos usuários do SUS quando todos os meios de tratamento existente no município de origem ou na região de saúde pertencente estiverem esgotados. Consiste no fornecimento de passagens (aérea, fluvial e terrestre) e ajuda de custo para alimentação e pernoite para o atendimento especializado na rede pública ou conveniada com o SUS. Trata-se de um instrumento legal que visa garantir, por meio do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem ou regional de saúde por falta de condições estruturais.

No período de 2019-2022 foram encaminhados pelo PTFD estadual 716 usuários para tratamento fora do estado, conforme descrito na figura 103 a seguir:

Figura 103 – Frequência de Encaminhamentos para Tratamento Fora do Estado.



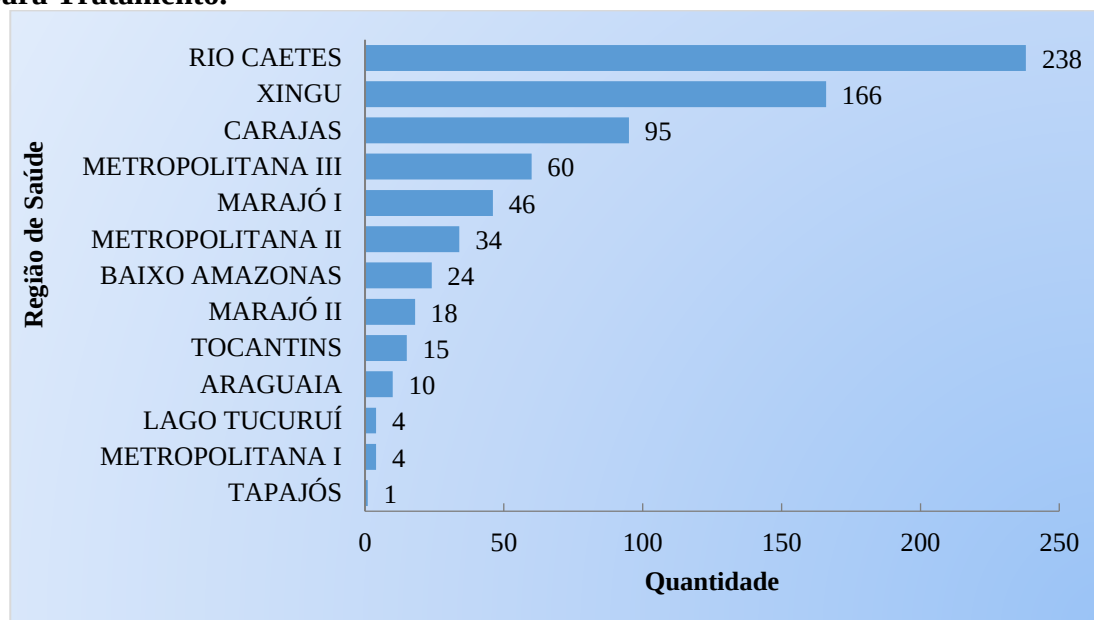
Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

Do período analisado de 2020 a 2021 observa-se um declínio no quantitativo de pacientes encaminhados para fora do Estado ocasionado pelo cenário pandêmico. E pós

COVID-19 a retomada dos encaminhamentos de pacientes em razão da abertura dos hospitais fora do estado, oportunizando aos pacientes retornarem e/ou iniciarem seu tratamento.

Todavia, já se observa nesta retomada para o tratamento fora do estado um discreto decréscimo, que por oportuno é importante frisar, devido a ampliação da rede estadual com serviços de média e alta complexidade através da implantação e implementação dos Hospitais Regionais, permitindo aos pacientes o atendimento nas respectivas regiões de saúde. Outro fator importante para esta tendência diz respeito a maior utilização da estratégia de telemedicina.

Figura 104 – Quantitativo de Pacientes Deslocados para outras Regiões de Saúde, para Tratamento.

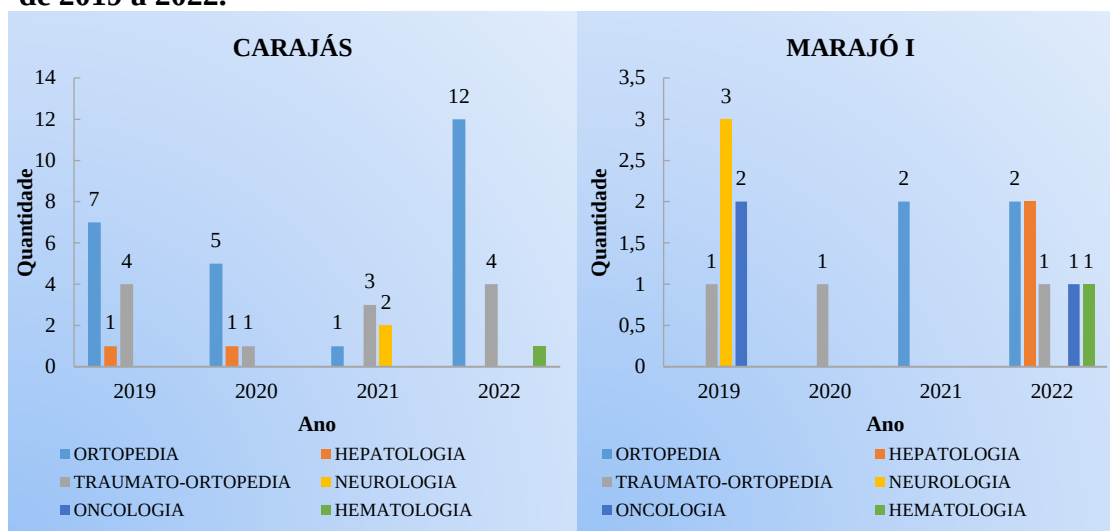


Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

Vale ressaltar que a região Caetés apresenta um número significativo de municípios (21) em gestão estadual, seja básico ou municípios plenos com menos de 21 mil habitantes, o qual o Estado tem a responsabilidade no custeio conforme resolução CIB.

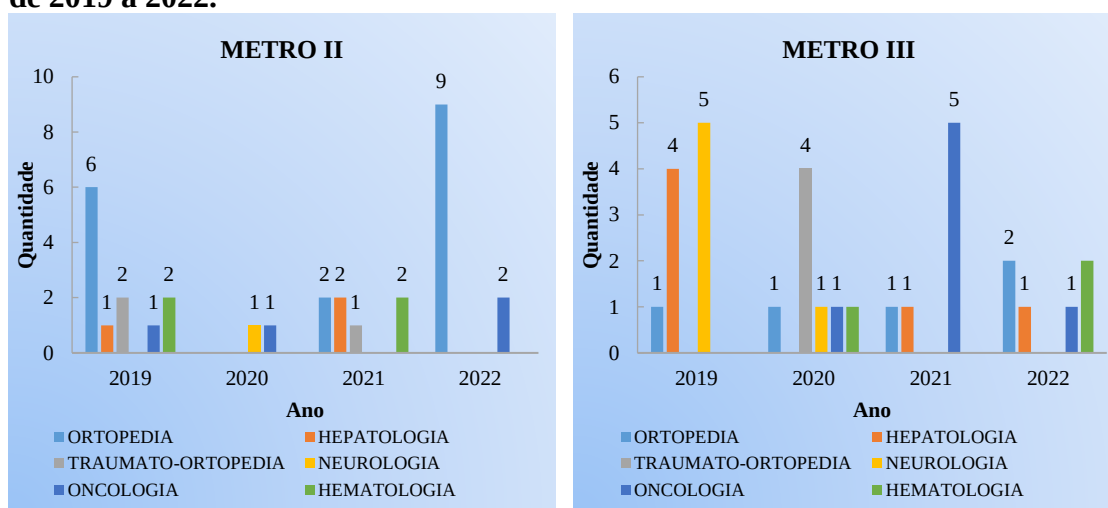
As especialidades mais encaminhadas no período da série referida foram a ortopedia, seguida da hepatologia e traumato-ortopedia, conforme observado abaixo:

Figura 105 – Especialidades mais encaminhadas por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.

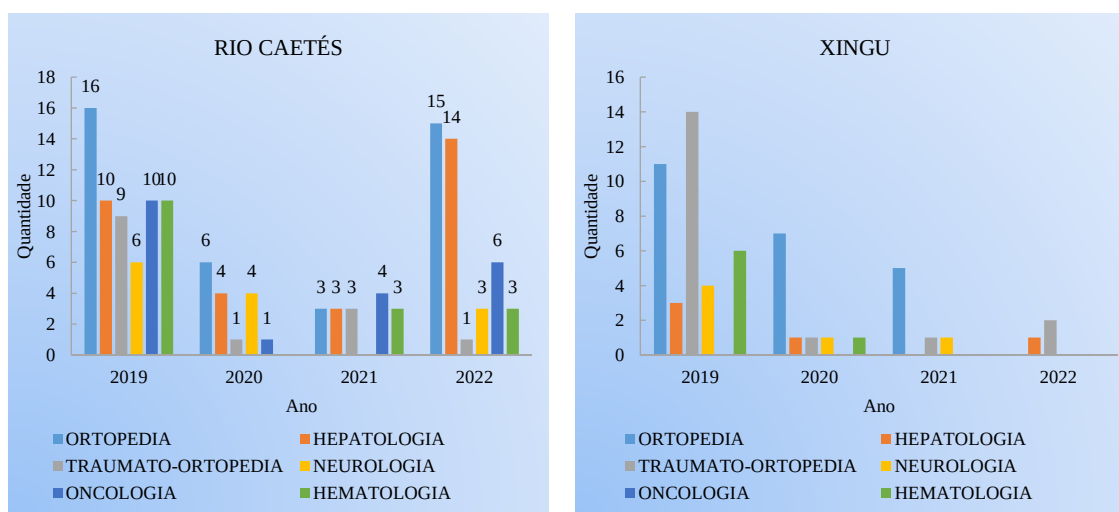


Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

Figura 106 – Especialidades mais Encaminhadas por Região de Saúde, no período de 2019 a 2022.



Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

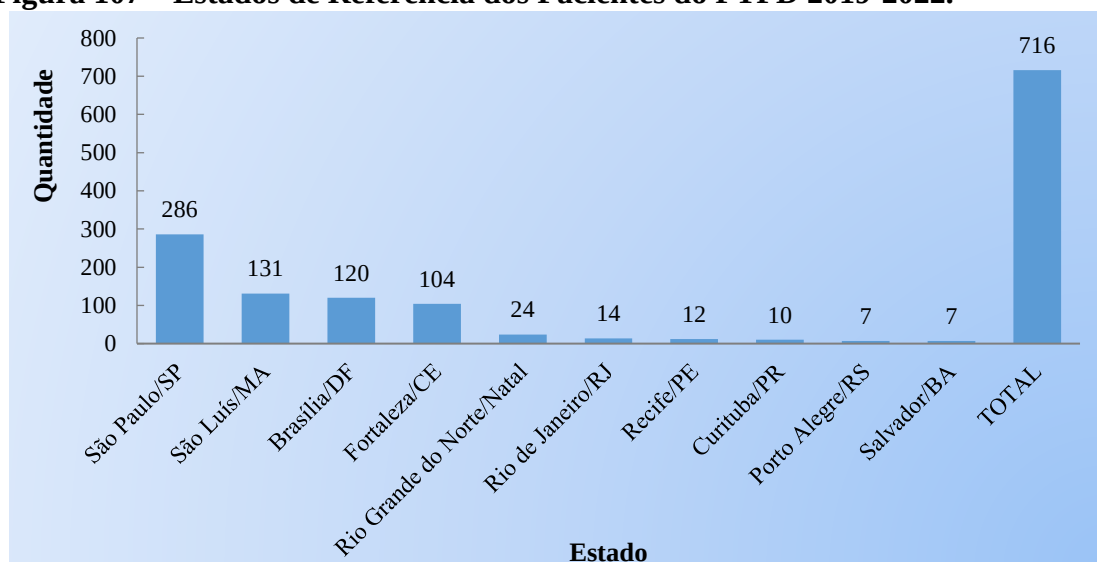


Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

Os dados demonstram que a especialidade Ortopedia figura como o maior volume de encaminhamentos da gestão estadual para tratamento fora do estado, entre as regiões de saúde, no entanto ainda conta com uma expressiva demanda reprimida e tempo de espera elevado, principalmente nos procedimentos que não estão disponíveis na rede assistencial do SUS no estado.

Cabe ressaltar que com Estado possui estabelecimento habilitado no CNES para realizar assistência de alta complexidade em traumatologia o que pela publicação de portaria ministerial cria impedimento para que Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade realize o acesso para atendimento nesta especialidade em outros estados. Diante deste cenário infere a necessidade de promover a oferta.

Figura 107 – Estados de Referência dos Pacientes do PTFD 2019-2022.



Fonte: Coordenação do PTFD/DDASS/SESPA.

O estado de São Paulo, por dispor de uma rede de alta complexidade com grande capacidade instalada se apresenta como um dos maiores receptores de pacientes do PTFD do Estado do Pará, através dos estabelecimentos GRAAC/SP, HC de São Paulo/SP e HC de Ribeirão Preto/SP. Há de se destacar também a Rede Sarah/São Luís – MA e de Brasília/DF com um quantitativo significativo de usuários atendidos.

5.3.2.5. Sistema Estadual de Transplante do Pará

O transplante de órgãos e tecidos só é possível com a doação de órgãos e a maioria dos órgãos e tecidos só podem ser doados após a morte. Para iniciar este processo é fundamental que os óbitos sejam notificados, pois somente após esta

informação a Central Estadual de Transplantes poderá acompanhar, orientar e apoiar os hospitais na condução do processo de doação dos órgãos e tecidos.

A notificação é compulsória por Lei reforçando que nos locais onde houver a ocorrência de óbito é dever dos profissionais da saúde oferecer a família a oportunidade para decidir sobre a doação de órgãos do seu ente querido falecido, assim como é um direito dessas famílias serem consultadas para tomar tal decisão.

Tabela 143 – Número de Óbitos por Causas Externas e Neurológicas no Pará e Notificação de Morte Encefálica.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Óbitos Causas Externas e Neurológicas	8.163	7.248	7.060	7.104	Indisponível
Notificação morte encefálica	124	112	58	58	102

Fonte: CET/SESPA.

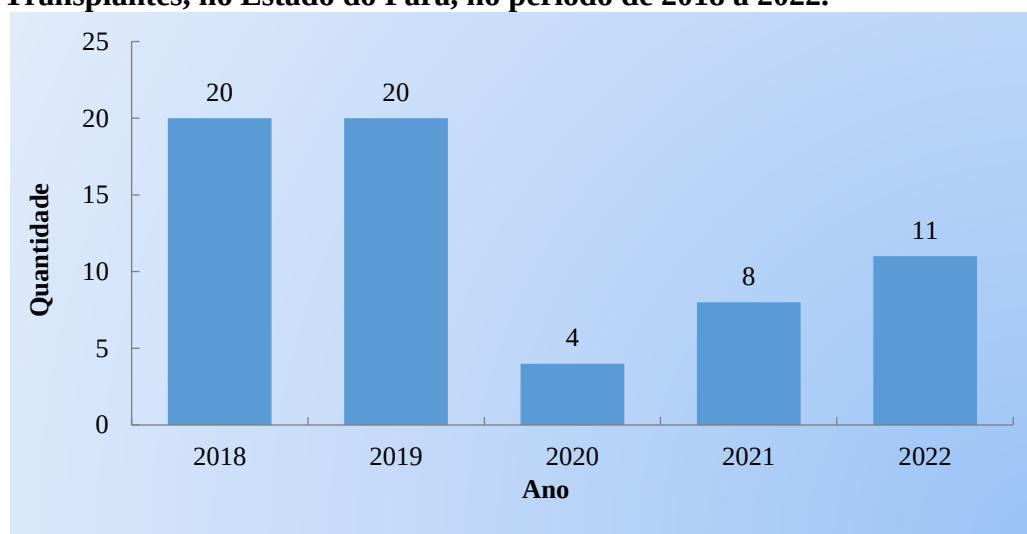
Tabela 144 – Número de Óbitos de Todas as Causas no Pará x Notificação de Morte por Parada Cardiorrespiratória.

Status	2018	2019	2020	2021	2022
Óbitos todas as causas	8.163	7.248	7.060	7.104	Indisponível
Notificação morte Parada Cardiorrespiratória	124	112	58	58	102

Fonte: CET/SESPA.

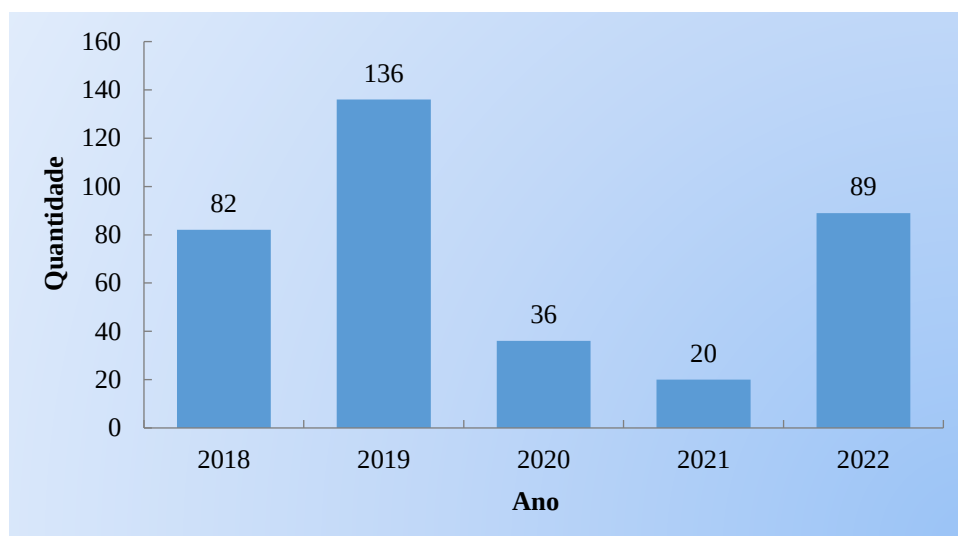
A retirada dos órgãos somente pode ser realizada após a autorização da família. A oportunidade de decisão sobre a doação de órgãos é oferecida às famílias enlutadas após a constatação da morte. O doador é efetivo quando há a retirada de órgãos e tecidos e disponibilizados para transplantes.

Figura 108 – Número de Doadores Efetivos de Órgãos e Tecidos Disponibilizados para Transplantes, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: CET/SESPA.

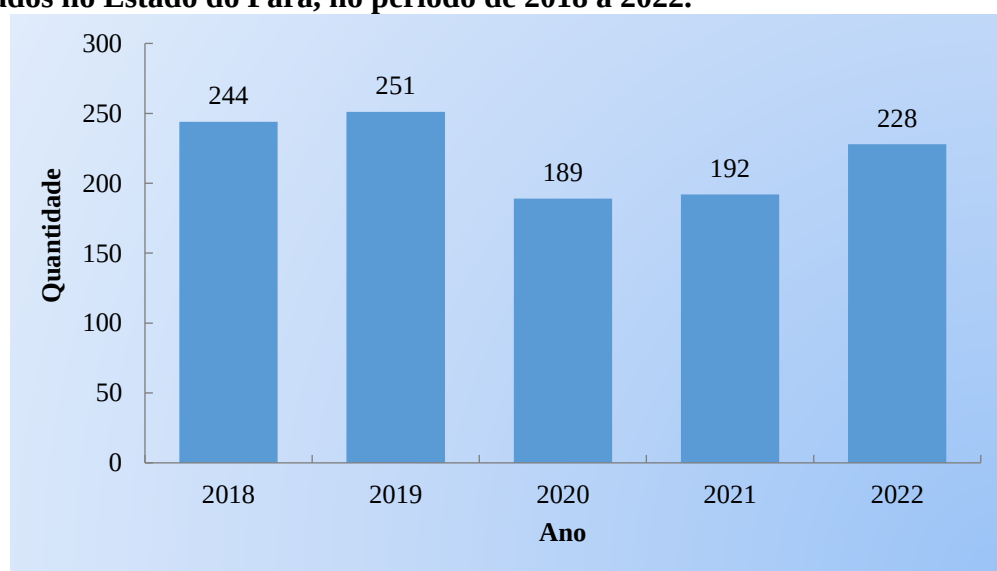
Figura 109 – Número de Doadores Efetivos de Tecidos Oculares (Córnea e Esclera) para Transplantes, no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: CET/SESPA

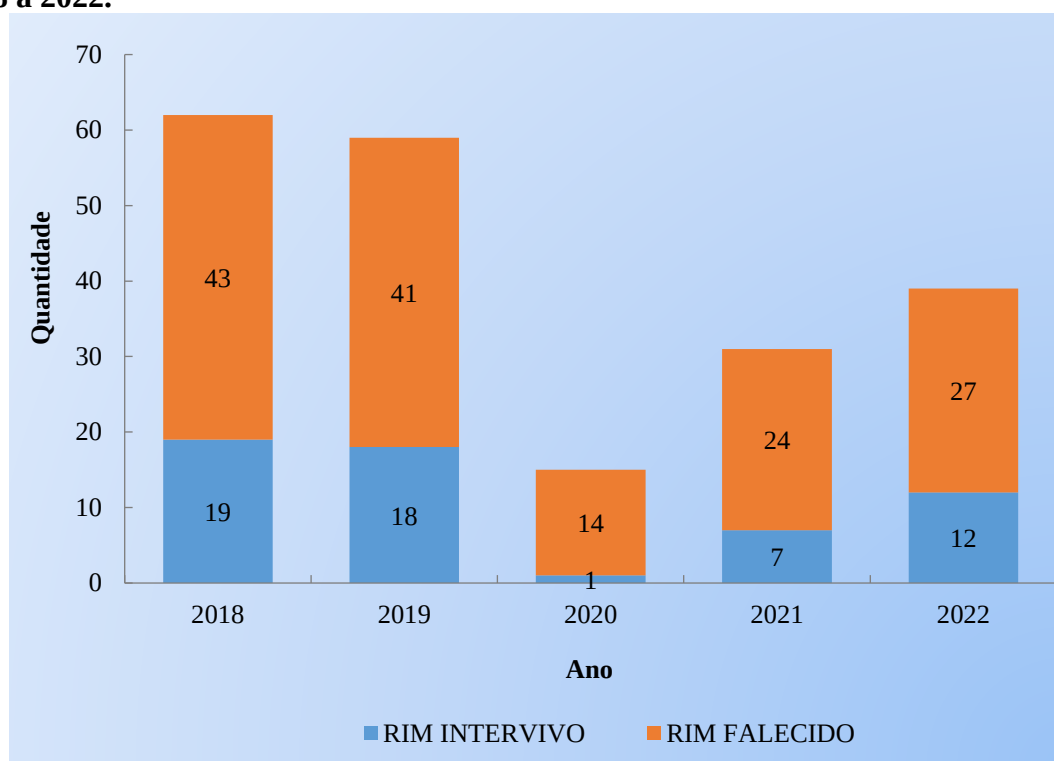
Os dados acima demonstram que o número de notificação das ocorrências de morte reflete diretamente no número de doadores efetivos e consequentemente no número de transplantes realizados. No período analisado (2018 a 2022), é observado o período afetado de forma drástica pela pandemia do novo coronavírus e, apesar de lento, mas já se observa a melhora no cenário da doação e dos transplantes de órgãos e tecidos no nosso Estado em 2022.

Figura 110 – Número de Transplantes de Tecidos Oculares (Córnea e Esclera) realizados no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



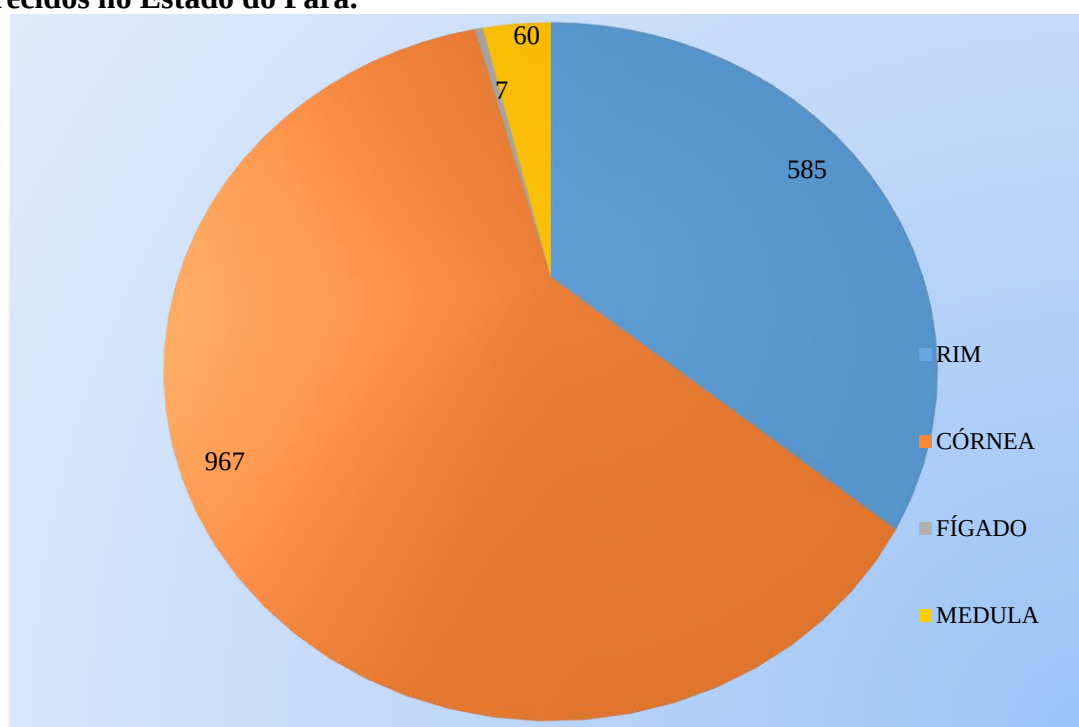
Fonte: CET/SESPA.

Figura 111 – Número de Transplantes de Rim, com Doador Vivo e com Doador Falecido Oculares (Córnea e Esclera) realizados no Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: CET/SESPA

Figura 112 – Número de Pacientes na Fila de Espera de Transplantes por Órgão e Tecidos no Estado do Pará.



Fonte: CET/SESPA.

Figura 113 – Estrutura do Sistema Estadual de Transplantes - Rede de doação e Transplantes no Pará (Redenção, Santarém e Belém).



Fonte: DOAGE, 2024.

5.3.2.6. Hemoterapia e Hematologia

A Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (Hemopa) desempenha um papel essencial na gestão da política estadual do sangue, sendo criada pela Lei Nº 4.772 em 1978 e vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SESPA). Sua missão central é garantir a cobertura hemoterápica e hematológica em todo o estado, promovendo ainda o suporte à rede de transplantes de órgãos e tecidos, além do fomento ao desenvolvimento de terapias celulares e genéticas.

O HEMOPA opera sob o princípio de universalidade, assegurando que todos os cidadãos tenham acesso igualitário a serviços de qualidade na área hematológica e hemoterápica. Sob a diretriz de que o sangue humano não pode ser objeto de comercialização, a fundação se empenha em garantir que todo sangue coletado, processado, distribuído e transfundido atenda a rigorosos padrões de qualidade, impedindo a disseminação de patologias.

A Hemorrede Estadual do HEMOPA é estruturada de maneira hierárquica para otimizar a gestão e a distribuição de recursos. O Hemocentro Coordenador (HC), localizado em Belém, atua como o ponto central de coordenação das atividades, estabelecendo as diretrizes e normas que regem os demais membros da rede. Os Hemocentros Regionais (HR) e Núcleos de Hemoterapia (NH) são unidades de complexidade intermediária, responsáveis pelo planejamento e execução das ações

hemoterápicas e hematológicas em suas áreas de abrangência. As Unidades de Coleta (UC), fixas e móveis, descentralizam a captação de doadores, enquanto as Agências Transfusionais (AT), localizadas em hospitais pelo estado do Pará, oferecem suporte especializado para transfusões e procedimentos médicos.

Tendo como referência a área de atuação e os indicadores por região de saúde, a Fundação HEMOPA atua, considerando os municípios onde estão localizadas as Unidades Hemoterápicas. As atividades desenvolvidas apresentam sua atuação de metas e resultados, tendo como referência os Programas de Governo, bem como as estratégias e/ou iniciativas desenvolvidas. Para além das ações pactuadas, agregando valor e ratificando o compromisso da organização com os produtos e serviços disponibilizados aos seus usuários de forma eficiente, eficaz e efetiva.

Tabela 145 - Unidades Hemoterapica por Região de Saúde, no Estado do Pará.

Nº	Região de Saúde	Unidade Hemoterápica
1	Metropolitana I	Hemocentro coordenador - Belém
2	Tocantins	Núcleo de Hemoterapia de Abaetetuba
3	Metropolitana III	Hemocentro Regional de Castanhal
4	Rio Caetés	Núcleo de Hemoterapia de Capanema
5	Baixo Amazonas	Hemocentro Regional de Santarém
6	Xingu	Núcleo Regional de Altamira
7	Carajás	Hemocentro Regional de Marabá
8	Lago de Tucuruí	Núcleo de Hemoterapia de Tucuruí
9	Araguaia	Núcleo de Hemoterapia de Redenção

Fonte: HEMOPA, 2024

Está estruturado por programas, iniciando pela **área finalística** que sustenta a missão institucional com as Ações: Educação na Saúde, Implantação de Estabelecimento Assistencial de Saúde, Implantação da Rede de Ouvidoria do SUS, Implementação da Rede de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos, Implementação dos Serviços de Média Alta Complexidade, Realização de Serviços de Hemoterapia e Requalificação de Estabelecimento de Saúde.

Com base nos resultados obtidos, verificam-se algumas oportunidades de melhoria no sentido de se identificar as causas pelo desempenho apresentado. Dentre estes, destacam-se os processos referentes à Cobertura e Assistência Hemoterápica e

Hematológica, Ampliação da Sede do Hemocentro Coordenador – Belém, Reformas das Unidades Hemoterápicas restantes, Novos Núcleos de Hemoterapia, Novas Agências Transfusionais, Gestão de Pessoas e Relacionamento com o Usuário.

O Hemopa desempenha um papel crucial na vida de milhares de paraenses, proporcionando não apenas acesso vital a sangue seguro e de qualidade, mas também promovendo saúde com responsabilidade e compromisso. A atuação da fundação vai além do aspecto técnico-científico, abraçando uma dimensão humanitária ao garantir que cada doação e cada transfusão façam a diferença na vida dos pacientes e suas famílias.

5.4. Atenção Hospitalar

Na atenção hospitalar o perfil da rede assistencial se apresenta com 224 estabelecimentos, dos quais 181 são representados pela tipologia de Hospital Geral. Hospital Especializado (17) e Unidade Mista (16). Ressalta-se o baixo quantitativo de Centros de Parto Normal (02) e Hospital Dia (01), conforme demonstrado no quadro 25 a seguir:

Quadro 25 - Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde que compõem a Rede Hospitalar, por Região e Macrorregião de Saúde do Estado do Pará – Ano 2023.

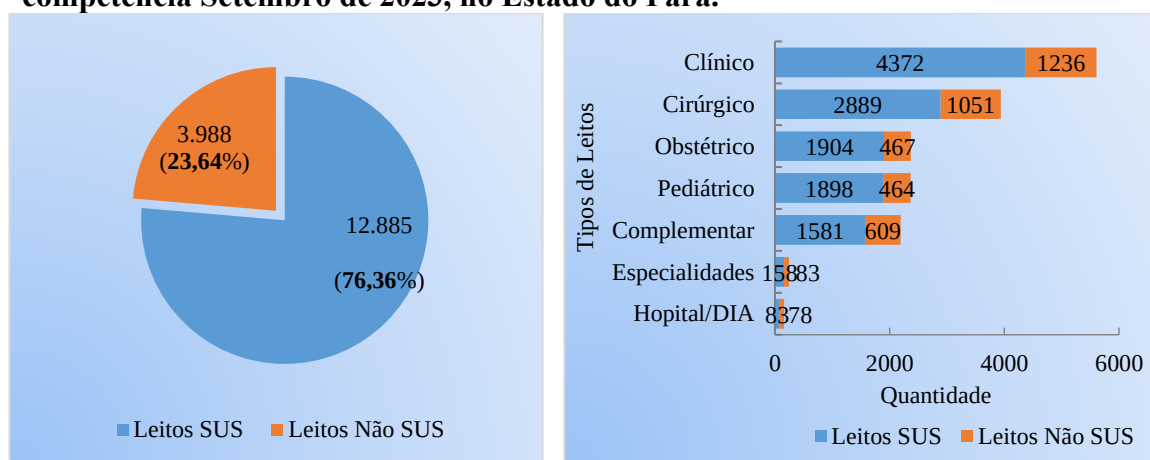
Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Estabelecimentos da Rede Hospital						Total
		Centro de Parto Normal	Hospital Especializado	Hospital Geral	Hospital Dia	Pronto Socorro Especializado	Unidade Mista	
Macro I	Metropolitana I	0	9	21	5	1	0	36
	Tocantins	0	2	16	0	0	0	18
	Marajó I	0	0	5	0	0	5	10
	Marajó II	0	0	7	0	0	1	8
Total		0	11	49	5	1	6	72
Macro II	Metropolitana II	0	0	6	0	0	1	7
	Metropolitana III	1	0	27	1	0	0	29
	Rio Caetés	0	0	12	0	0	1	13
Total		1	0	45	1	0	2	49
Macro III	Baixo Amazonas	0	2	14	0	0	3	19
	Tapajós	0	0	6	0	0	1	7
	Xingu	0	0	9	1	0	2	12
Total		0	2	29	1	0	6	38
Macro IV	Araguaia	1	2	26	0	0	0	29

	Carajás	0	2	24	0	0	1	27
	Lago de Tucuruí	0	0	8	0	0	1	9
Total		1	4	58	0	0	2	65
Total Geral Macros		2	17	181	7	1	16	224

Fonte: CNES/DATSUS/MS

A rede hospitalar no estado do Pará totaliza uma oferta de 16.873 leitos, destes, 12.885 (76,37%) são com vínculo com o SUS. Tal situação é refletida no tipo de leito/especialidade, conforme a figura XX abaixo:

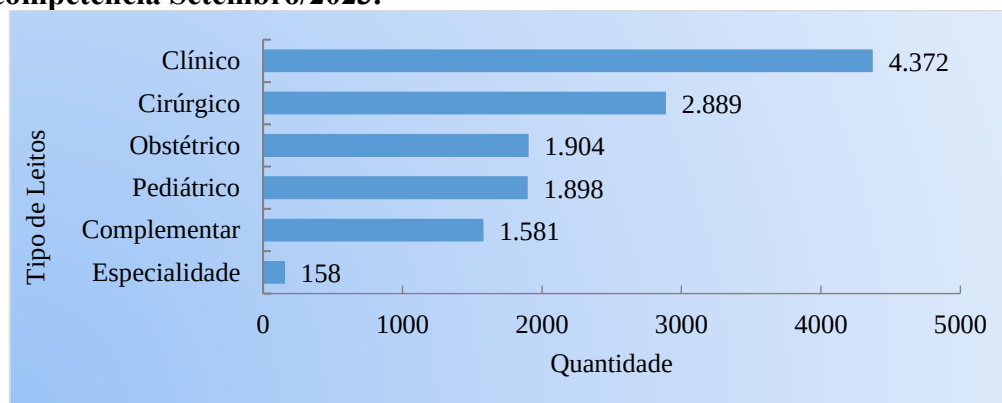
Figura 114 - Frequência de Leitos SUS e NÃO SUS, por Tipo/Especialidade, na competência Setembro de 2023, no Estado do Pará.



Fonte: CNES, 2023.

Em relação à tipologia dos leitos gerais SUS prevalecem os leitos clínicos e cirúrgicos, seguidos dos leitos pediátricos e obstétricos. Observa-se que os leitos complementares se aproximam dos demais tipos revelando uma certa ampliação, conforme demonstrado na figura XX abaixo:

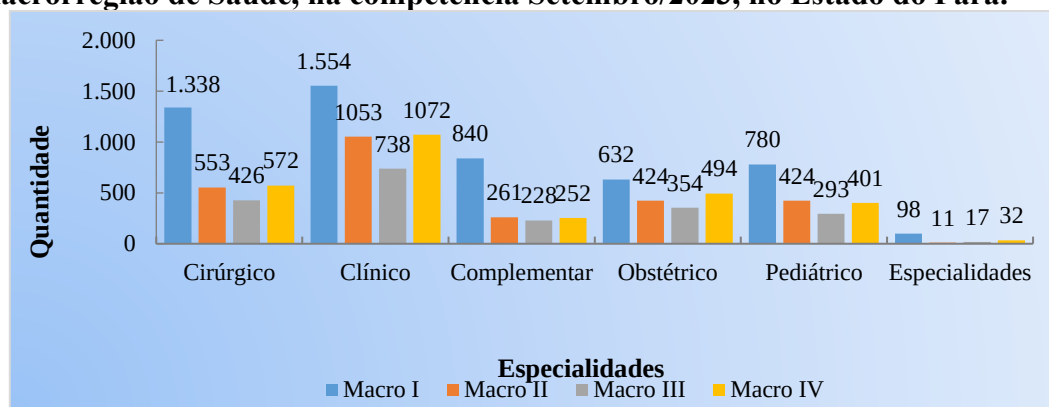
Figura 115 - Frequência de Leitos SUS por Tipo/Especialidade no Estado do Pará na competência Setembro/2023.



Fonte: CNES, 2023.

Estratificando por macrorregiões de saúde, observa-se na figura abaixo que a cobertura dos leitos clínicos prevalece em relação aos outros tipos, chamado a atenção para a baixa oferta de leitos obstétricos e pediátricos, ao se considerar o perfil epidemiológico materno infantil. O mesmo perfil se reflete no espaço macrorregional onde a MRS I se sobressai em relação as demais regiões concentrando o maior numero de leitos do estado, conforme a figura 116 abaixo:

Figura 116 - Frequência de Leitos SUS por Tipo de Especialidade, por Macrorregião de Saúde, na competência Setembro/2023, no Estado do Pará.



Fonte: CNES, 2023.

É relevante demonstrar a evolução dos leitos de UTI com vínculo com o SUS no período de 2018 a 2022, passando de 14,42% em 2018, para 27,63% em 2022, uma ampliação da cobertura bastante expressiva. Resultado da habilitação pelo Ministério da Saúde, principalmente no período da Pandemia da COVID 19, quando foi agilizado o processo de habilitação, mais especificamente os leitos de UTI Adulto.

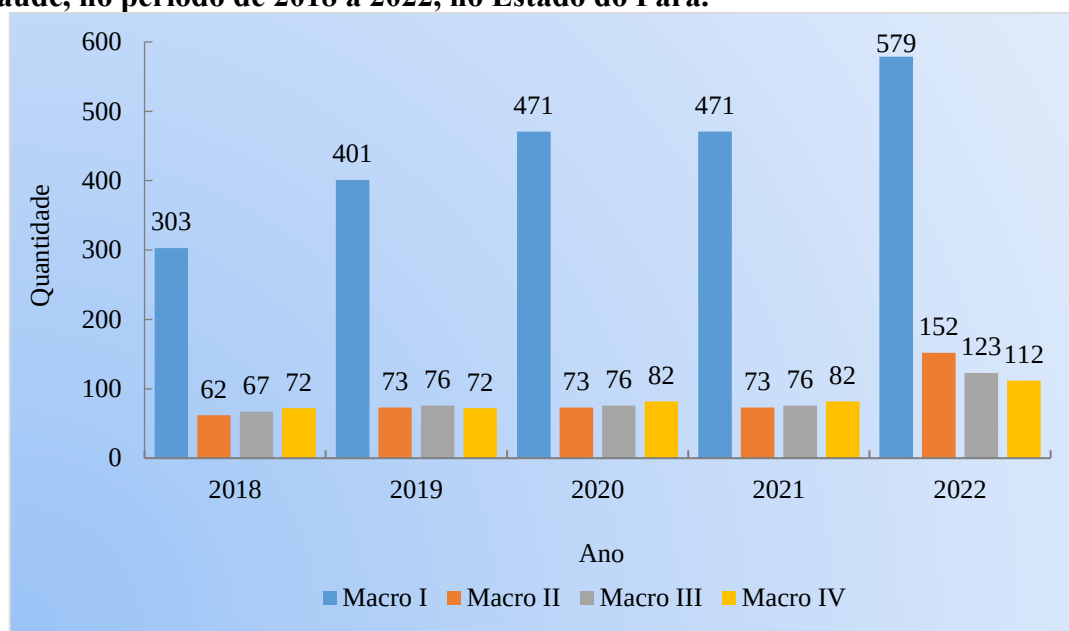
O reflexo dessa ampliação se fez em todas as MRS sendo mais expressivo na MRS I e as demais se apresentam de certa forma na mesma composição, conforme as figuras 117 e 118:

Figura 117 - Percentual de Leitos de UTI/SUS no Estado do Pará no período de 2018 a 2022.



Fonte: CNES, 2023.

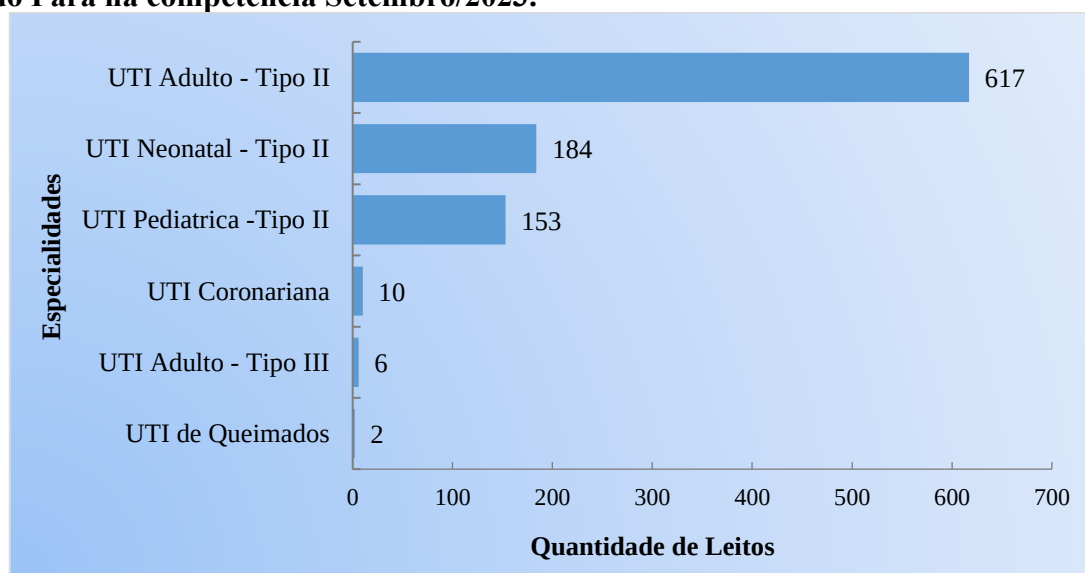
Figura 118 - Frequência de Leitos de UTI SUS por Macrorregião e Região de Saúde, no período de 2018 a 2022, no Estado do Pará.



Fonte: SIH/SUS, 2023.

Quanto a tipologia a predominância dos leitos SUS é de UTI Adulto tipo II com 617 leitos seguido dos leitos UTI Neonatal tipo II (184) e Pediátrico (153), com destaque aos 10 leitos de UTI coronariana, no entanto não há disponibilidade desse tipo de leito em todas as MRS, perfil que necessita de maior atenção visando à garantia de acesso para este atendimento.

Figura 119 - Frequência de Leitos UTI SUS por Tipo de Especialidade no Estado do Pará na competência Setembro/2023.



Fonte: CNES, 2023.

O Sistema de Apoio como suporte para o melhor desempenho da RAS composto tanto pelo de apoio diagnóstico como o logístico se configuram na rede assistencial de

forma pouco significativa no estado, segundo o perfil apresentado no CNES.

Ao se demonstrar a rede de Apoio Diagnóstico e Terapia por tipo de serviço considerando os mesmos como pontos de atenção é notório o baixo quantitativo de estabelecimentos para essa tipologia onde se destaca os serviços de apoio diagnose e terapia com 185 serviços isolados, ou seja, estrutura específica para tal atendimento.

5.4.1. Vigilância Epidemiológica

Núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar

O estado do Pará, no ano de 2018 possuía 10 núcleos, sendo 03 núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar de gestão municipal (Altamira, Santarém e Oriximiná), 01 de gestão federal (Belém), 01 de gestão dupla (Bragança) e 05 de gestão estadual (Belém).

Em 2020 o estado do Pará através da portaria nº 2.624 de 28 de setembro, de incentivo financeiro, foi possível ampliar e fortalecer mais 17 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia de gestão Estadual e Municipal, formalizada por meio da Portaria MS nº 1694 de 2021.

Em abril de 2021, foram implantados 17 novos núcleos assim distribuídos: sendo 01 de gestão estadual (Salinópolis), e 16 de gestão municipal (Belém, Barcarena, Breves, Castanhal, Itaituba, Juruti, Marituba, Medicilândia, Parauapebas, Santana do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, Soure e Tomé-Açu).

No ano de 2022, o estado do Pará ampliou a rede RENAVEH- PA para 01 mais núcleo hospitalar de epidemiologia de gestão estadual (Belém). Em 2023 não houve ampliação, porém há articulação para que 08 hospitais possam integrar a rede oficialmente a partir do ano de 2024. Dessa forma, o quantitativo de núcleos aumentou de 10 núcleos em 2018 para 28 em 2023 que fazem parte da RENAVEH –MS.

5.4.2. Vigilância Sanitária

Muitos são os avanços alcançados no campo da saúde pública ao longo dos tempos, e a Vigilância Sanitária reconhecidamente tem se constituído como um campo interdisciplinar de saberes e práticas pautadas fundamentalmente na promoção e proteção da saúde da população. Dessa forma, frente a complexidade e abrangência das ações sob sua responsabilidade, a Vigilância Sanitária é definida conforme estabelecida

na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 como: Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, abrangendo: o controle de bens e consumo, o controle da prestação de serviços. (§1º, inciso, II e II, XI, artigo 6º, da Lei 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde).”

Diante deste contexto a natureza das ações de Vigilância Sanitária é eminentemente preventiva, perpassando todas as práticas médico sanitárias, da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devendo atuar sobre fatores de riscos e danos e seus determinantes associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente do trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas.

Dessa forma, as práticas de Vigilância Sanitária se ancoram nos riscos ou ameaças de agravos relacionados aos seus objetos de atuação, cujo conceito epidemiológico clássico de risco é fundamental, mas não suficiente; outros conceitos são fundamentais, como atributos intrínsecos requeridos dos objetos de cuidado, tais como qualidade, segurança, eficácia. Considerando a complexidade das ações que envolvem as práticas de vigilância sanitária na atualidade, deve-se ampliar a concepção de risco como algo a ser medido, para compreender os fatores de risco, grau de risco, potencial de risco, gerenciamento de risco. Assim, ao lado de legislações e normas que tratam dos conceitos de vigilância sanitária, buscamos outros conceitos importantes para a área de vigilância em saúde pública, que são os de promoção, prevenção e proteção.

Dessa forma, o controle sanitário de produtos é uma atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), exercida por meio de um subsistema específico conhecido como Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O SNVS é composto pela Anvisa, que é o ente federal deste subsistema, e os órgãos de vigilâncias sanitárias estaduais e municipais.

Este Sistema conta com uma rede própria de laboratórios, incluindo o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado à Fiocruz, e unidades estaduais e municipais, responsáveis pela análise oficial dos alimentos expostos ao consumo.

A Anvisa tem a atribuição de coordenar as atividades exercidas pelos demais entes do SNVS e desempenha um papel protagonista na função de regulamentação. O

controle da entrada dos produtos importados, o registro de alimentos, avaliação de risco e a eficácia também são atividades típicas da Anvisa.

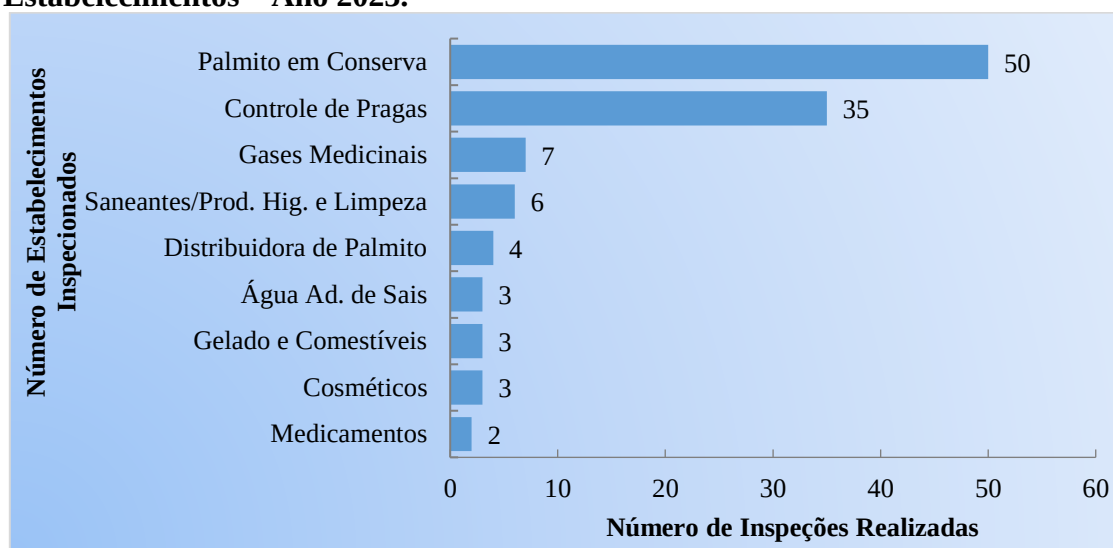
O licenciamento e a fiscalização dos estabelecimentos que atuam na área de produtos são competências dos órgãos estaduais ou municipais de vigilâncias sanitária, organizados de acordo com a complexidade da atividade e a capacidade instalada, sendo que as atividades de alto risco devem ser pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para serem descentralizadas para as VISAS municipais.

Dentre as competências da Vigilância Sanitária Estadual no tange aos Produtos, podemos citar inspeção/fiscalização, coordenação e execução de programas de monitoramento de alimentos e medicamentos, a capacitação de técnicos das Visas dos Centros Regionais de Saúde (CRS) e dos municípios, assim como ações educativas para o setor regulado e a população, recebimento e atendimento de denúncias e ainda instauração de Processo Administrativo Sanitário (PAS).

Atualmente o estado tem como principal foco a fiscalização/inspeção de estabelecimentos de produtos que englobam as áreas de: alimentos, medicamentos, saneantes, cosméticos, produtos para higiene e limpeza e produtos para saúde classificados como Nível III (alto risco) os quais produzem, transportam, manipulam, fabricam e comercializam produtos.

No ano de 2023, o estado realizou inspeções/fiscalizações para fins de licenciamento conforme o quadro abaixo. Vale ressaltar que das 113 inspeções realizadas 50 (44,2%) foram em indústrias de palmito em conserva e 35 (30,9%) em serviços de controle de pragas, sendo estes os dois destaques do ano de 2023. Vale ressaltar que só as inspeções de primeiro licenciamento de águas envasadas são realizadas pela Vigilância Sanitária Estadual, as inspeções de renovação são realizadas pelas VISA dos Centros Regionais de Saúde.

Figura 120 - Quantitativo de Inspeções Realizadas pela DIVPD, por Tipo de Estabelecimentos – Ano 2023.



Fonte: DIVPD/DEVS/DVS/SESPA

As inspeções/fiscalizações sanitárias realizadas são baseadas na avaliação de risco, e nestas são pautadas as ações a serem adotadas para cada tipo de situação encontrada, de acordo com as ferramentas de Controle de Qualidade estatuídas pelas normas sanitárias vigentes, ou seja, o cumprimento das Boas Práticas de Fabricação (BPF), Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC) e apresentação das planilhas de autocontrole preenchidas onde os estabelecimentos podem ser avaliados como baixo, médio e alto risco de acordo com o cumprimento das legislações vigentes, são elaborados relatórios técnicos com registro fotográfico, onde cada técnico baseado na situação encontrada define se o estabelecimento está apto a receber a licença de funcionamento ou necessita de melhorias, aplicando Termos de Intimação para serem cumpridos em prazos estabelecidos de acordo com as melhorias a serem realizadas.

Em 2023, o estado realizou inspeções sanitárias em 40 dos 144 Municípios localizados em 11 das 13 Regiões de Saúde, conforme listados abaixo:

- METROPOLITANA I: Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara.
- METROPOLITANA II Acará, Santa Izabel do Pará, São Domingos do Capim.
- METROPOLITANA III: Castanhal, Paragominas, Ulianópolis.
- RIO CAETÉS: Bragança, Capanema, Santarém Novo.
- TOCANTINS: Barcarena, Igarapé Miri, Abaetetuba, Oeiras do Pará, Cametá e Limoeiro do Ajuru e Mocajuba.
- CARAJÁS: Itupiranga, Marabá, Parauapebas, Rondon do Pará.

- ARAGUAIA: Ourilândia do Norte, Tucumã.
- MARAJÓ I: Afuá, Muaná, Salvaterra, São Sebastião da Boa Vista, Soure.
- MARAJÓ II: Bagre, Breves, Curralinho, Melgaço.
- TAPAJÓS: Itaituba, Trairão.
- LAGO DE TUCURUÍ: Novo Repartimento, Tucuruí.

O impacto para a sociedade das ações de fiscalização/inspeção realizadas pela Vigilância Sanitária do Estado é traduzido na oferta de produtos alimentícios, cosméticos, medicamentos, saneantes e outros com garantia da qualidade sanitária.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.616/1998, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares e ainda considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento.

Dessa forma, a vigilância das infecções hospitalares, também denominadas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle, sendo considerada um dos componentes essenciais dos Programas de prevenção e controle das IRAS em todo mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

No que tange aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantados, cabe destacar a que segurança do Paciente consiste na redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se lesões, sofrimentos, incapacidades e mortes. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário à saúde. Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados EA. Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EA é um indicador da distância entre o cuidado ideal e cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde. Considerando que muitos dos EA são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua

probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas.

Quanto às legislações e regulamentos sobre o tema da segurança do paciente, é importante destacar a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 63/2011, sobre Boas Práticas de Funcionamento em Serviços de Saúde que incluem o Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente. No entanto, as ações tomaram maior impulso mediante a publicação da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Para a devida gestão dos riscos assistenciais e reforço à segurança do paciente, em 2013 a Anvisa publicou a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que estabeleceu como competência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a vigilância, o monitoramento e a notificação de EA ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Ressalta-se que o objetivo da notificação é permitir a identificação de danos passados para aprendizagem e prevenção de sua reincidência.

Segundo a RDC nº 36/2013, o monitoramento das notificações é atribuição do NSP, outra importante atribuição do NSP é elaborar e implementar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) estabelecendo estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para os 21 indicadores de estrutura, processo e gestão de riscos, baseados na RDC nº 36/2013. A não adesão às práticas de segurança baseadas em evidências é considerada um fator contribuinte para o incidente de segurança, estando ou não relacionada à ocorrência de dano.

O Estado do Pará acompanha o fomento da adesão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na implantação do NSP, como podemos perceber na figura 121:

Figura 121 - Quantitativo de Núcleos de Segurança do Paciente Cadastrado.



Fonte: DIVPD/DEVS/DVS/SESPA

A partir do alcance das metas estabelecidas de 72 EAS com NSP implantados em 2022, ao final do 1º quadrimestre de 2023 não foi possível obter mais NSP implantados. Entretanto, atualmente são totalizados 88 NSP cadastrados em todo estado do Pará, essa progressão evidente deve-se ao incentivo aos profissionais sobre a importância do cumprimento da RDC nº 36/2013, que dispõe acerca da obrigatoriedade da implantação de NSP nos serviços de saúde. Outro ponto que corrobora foi a realização de um evento em alusão ao abril pela Segurança do Paciente, que abordou a temática trazendo a reflexão sobre a necessidade da ampliação de instâncias dos serviços de saúde criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Ao longo do ano de 2023 foi possível perceber uma melhoria significativa na execução das ações propostas nos planejamentos quadrimestrais, uma vez que obtivemos 5 novos EAS de saúde com NSP cadastrados superando a meta em quase 100%, evidenciando a efetividade das ações propostas e eficácia de suas execuções. Logo, pode-se concluir que a meta estabelecida para o ano de exercício foi alcançada e novos NSP foram instituídos, representando mais qualidade no cuidado e segurança dos pacientes. Com base nos resultados obtidos, foram traçados planos de ação para a continuidade de expansão dos NSP nas regionais de saúde do estado, visando incentivar a cultura de segurança do paciente bem como a regularidade dos registros de eventos adversos nos serviços de assistência à saúde nos próximos anos.

De forma que no ano de 2023, conseguimos obter ao longo do ano 2.280 notificações de 51 EAS (29,82%) no estado do Pará, distribuído em 20 municípios do Estado. Dessas, 1224 foram realizadas somente no município de Belém. Sobre o grau de dano, podemos observar que ocorrerão 442 eventos com grau de dano moderado, 67 com grau de dano grave e 44 óbitos. Dos óbitos, tivemos 8 causas, dentre quais: falhas durante a assistência (26 registros), falhas durante procedimento cirúrgico (7 registros), broncoaspiração (4 registros), falha na administração de O2 ou gases medicinais (2 registros), acidentes com o paciente (1 registro), extubação endotraqueal (1 registro) e falha em atividades administrativas (1 registro). Os pacientes mais atendidos tinham em média entre 76 a 85 anos, cor/raça parda (26 pacientes) e a equivalência entre os sexos foi igual. A partir dos dados obtidos, compreende-se que a implantação de ações de segurança, fomento e monitoramento pelo Núcleo Estadual de Segurança do Paciente

tem sido uma relevante ferramenta para o cuidado efetivo aos pacientes do estado do Pará.

Contudo, no que tange as inspeções e fiscalizações sanitárias para licenciamento de serviços de hemoterapia do estado, ressalta-se que o Estado do Pará vem avançando nas inspeções e fiscalização, possui em sua hemorrede 05 hemocentros (01 coordenador), 05 hemonúcleos, 01 banco de sangue de cordão umbilical e placentário e 59 agências transfusionais distribuídos nos 13 Centros Regionais de Saúde (CRS). A hemorrede são Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) de Hemoterapia e Hematologia, como hemocentros, hemonúcleos e agências transfusionais, organizados de forma hierarquizada e regionalizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e a área de abrangência para assistência, que fornecem produtos de alta vigilância, utilizados nas terapias convencionais por exemplo, transfusão de sangue.

Podemos definir a Inspeção Sanitária como o processo de avaliação objetiva e de verificação da capacidade técnico-operacional do estabelecimento, bem como do cumprimento dos critérios técnicos e legais de seleção de doador/paciente, coleta/retirada, processamento, acondicionamento, armazenamento, transporte, distribuição, implementação de Boas Práticas no ciclo do sangue, tendo como objetivo a diminuição dos riscos sanitários, em face da legislação sanitária vigente.

A Anvisa tem trabalhado na construção de novos roteiros de inspeção na área de Sangue, cujas ações principais fundamentam-se nas informações obtidas de inspeções sanitárias nos serviços de hemoterapia brasileiros. Os roteiros de inspeção foram estruturados e baseados no risco sanitário e com o objetivo de padronizar a avaliação, e contribuir com a agilidade no ato da inspeção. Os roteiros de inspeção são compostos por 05 módulos. Com as pontuações obtidas na aplicação dos roteiros pode-se gerar o risco potencial de cada EAS, sendo classificado em Baixo risco, Médio-baixo risco, Médio risco, Médio-alto risco e Alto risco os serviços do Estado.

Outro ponto fundamental a ser pontuado é a formação profissional (qualificação e capacitação) do inspetor sanitário que deve ser compatível com o tipo de estabelecimento a ser inspecionado. Para a fiscalização de estabelecimentos e produtos de interesse à saúde devem ser indicados aqueles profissionais de vigilância sanitária que tenham familiaridade com os procedimentos realizados nestes locais. Quanto maior o conhecimento do inspetor sanitário sobre os processos e os procedimentos realizados,

mais eficiente será o ato da fiscalização sanitária. Os bancos de células e tecidos são estabelecimentos especializados considerados de alta complexidade para o Sistema Único de Saúde – SUS, logo, as inspeções nestes bancos devem ser realizadas por pessoas com qualificação adequada e treinamento suficiente para entender os processos envolvidos e identificar circunstâncias que possam resultar em produtos que coloquem em risco a saúde pública. O inspetor em Boas Práticas em Células e Tecidos deve ter formação de nível superior da área de Saúde, Preferencialmente, as áreas de Ciências Biológicas, Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia, são consideradas formações que apresentam maior afinidade à área inspecionada.

Neste cenário de harmonização das inspeções sanitárias nos serviços de sangue, a Vigilância Sanitária do estado do Pará constituiu a Coordenação Estadual de Sangue, tecidos células e órgãos, através da portaria ° 437, de 22 de abril de 2024, tendo como algumas das finalidades realizar e cooperar com a capacitação dos servidores das Vigilâncias Sanitárias Municipais e dos Centros Regionais de Saúde (CRS), assim como com os profissionais de saúde dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS') e executar as atividades de fiscalização, através de atividades de inspeção e fiscalização sanitárias, em território estadual.

No ano de 2023, 03 hemonúcleos foram inspecionados e fiscalizados pela Vigilância Sanitária do Estado do Pará, utilizando o roteiro de inspeção/avaliação de risco potencial (MARP)/ANVISA. O Estado do Pará possui 70 EAS's distribuídos nos 13 centros regionais de Saúde no Estado, apenas 4,2% desses foram inspecionados e fiscalizados com a utilização do roteiro de inspeção/MARP (ANVISA), obtendo como resultado de classificação de risco Baixo Risco Potencial. A Vigilância Sanitária do estado do Pará tem como objetivo relatar as não conformidades observadas no momento da inspeção, através dos relatórios e obter a avaliação de risco do estabelecimento avaliado.

O fomento das inspeções e fiscalizações sanitárias com base nessa avaliação de risco, poderá definir o tipo de ação da Vigilância Sanitária, como, por exemplo, uma ação imediata para estabelecimentos com problemas de alto risco, uma ação corretiva para aqueles que devem melhorar a qualidade devido a problemas de médio risco e ações de monitoramento para os estabelecimentos que apresentam problemas de baixo impacto para a qualidade do produto de alta vigilância (sangue e hemoderivados),

exigindo acompanhamento e estímulo para melhoria, resultando na segurança transfusional no Estado do Pará.

5.4.3. Vigilância Ambiental

Vigiagua - Vigilância da qualidade da água de consumo humano

O programa de Vigiagua realiza ações para garantir água em qualidade e quantidade suficiente para a população, com o objetivo de eliminar ou diminuir os riscos de ocorrência de doenças de veiculação hídrica e alimentar. As atividades desse programa incluem ações de cadastro da cobertura de abastecimento, controle, vigilância e inspeção sanitária em formas de abastecimento, além de distribuir hipoclorito como forma de amenizar o risco à saúde da população que não tem acesso a água tratada.

Tabela 146 - Cobertura de Abastecimento de Água do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Araguaia	24,71	31,25	42,56	37,35	75,5
Baixo Amazonas	85,34	28,23	39,49	25,51	60,53
Carajás	46,19	62,07	41,9	59,52	83,48
Lago do Tucuruí	37,71	38,72	32,69	38,07	106,56
Marajó I	43,77	45,51	30,63	43,03	86,79
Marajó II	25,81	30,44	16,28	38,5	81,2
Metropolitana I	48,59	69,51	70,28	67,89	97,56
Metropolitana II	53,82	54,02	38,48	50,93	47,84
Metropolitana III	32,45	51,14	59,42	54,22	88,1
Rio Caetés	54,74	66,9	54,63	45,82	90,18
Tapajós	21,74	30,64	35,22	44,02	86,91
Tocantins	34,11	43,12	45,13	51,62	76,85
Xingu	38,45	24,98	40,41	43,12	81,83

Fonte: SISAGUA - VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir do gráfico acima observamos um aumento na proporção de cobertura em todas as regiões de saúde, o que representa uma melhora na execução da vigilância por parte dos municípios.

Tabela 147 – Proporção das Análises de Vigilância, no período de 2018 a 2022.

Ano	2018	2019	2020	2021	2022
Coliformes Totais	49,14%	86,75%	65,01%	83,17%	87,53%
Cloro Residual Livre	10,59%	20,87%	17,08%	23,70%	26,97%

Turbidez	48,43%	84,70%	64,84%	82,50%	86,91%
Flúor	0	0	0	0	0

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir da tabela acima observamos um aumento gradativo na quantidade de análises de cada parâmetro básico. Com exceção do flúor, o qual não é realizado devido as concessionárias de abastecimento de água não realizarem a fluoretação da água fornecida.

Hipoclorito de Sódio 2,5%

O hipoclorito de sódio 2,5% é um insumo estratégico adquirido pelo Ministério da Saúde que encaminha o produto às Secretarias Estaduais de Saúde, onde são disponibilizados para Regionais de Saúde/municípios.

Utilizado basicamente para desinfecção da água para consumo humano, com o objetivo de prevenir as doenças de transmissão hídrica e alimentar, o Hipoclorito de Sódio a 2,5% é distribuído de forma gratuita para à população em situação de risco.

Tabela 148 – Envio de Hipoclorito de Sódio pelo Ministério da Saúde ao Estado do Pará, ano de 2023.

Mês/Ano	Parcelas recebidas do Ms	Quantitativo (frascos)
dezembro/22	-	-
janeiro/23	1ª Parcela	1.175.000
fevereiro/23	-*	-
março/23	-	-
abril/23	2ª parcela	2.025.000
maio/23	-	-
junho/23	-	-
julho/23	3ª parcela	1.800.000
agosto/23	-	-
setembro/23	-	-
outubro/23	4ª parcela	1.125.000
novembro/23	-	-
Total	-	6.125.000

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Tabela 149 – Quantitativo de envio de Hipoclorito de Sódio às Regionais, Janeiro a Novembro de 2023.

Regional	Quantidade
1º CRS	455.000
2º CRS	269.000
3º CRS	256.000
4º CRS	368.000
5º CRS	391.000
6º CRS	359.000
7º CRS	235.500
8º CRS	262.000

9º CRS	769.500
10º CRS	257.400
11º CRS	579.000
12º CRS	329.050
13º CRS	206.000
DSEI/GUATOc Belém	23.800
Ceasa	2.000
Total	4.762.250

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Total de frascos de hipoclorito enviados de janeiro a novembro/2023 rotineiramente com frequência mensal **4.762.250**. Em virtude da estiagem que atingiu várias regiões do Estado do Pará, foram enviadas cotas extras de hipoclorito às 9ª e 10ª Regionais no mês de outubro/2023 conforme tabela abaixo.

Tabela 150 – Envio de Cota Extra de Hipoclorito de Sódio às Regionais/Municípios no Ano de 2023.

Regional	Quantidade	Mês
8º CRS/Portel	15.000	Setembro
Barcarena	2.500	Outubro
9º CRS/Óbidos	4.500	Outubro
9º CRS	30.500	Outubro
10º CRS	20.000	Outubro
Total	72.500	-

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Inspeção Sanitária nas Formas de Abastecimento de Água

No ano de 2023 foi realizada inspeção sanitária nas formas de abastecimento, conjuntamente com regionais de saúde e municípios, de aproximadamente 55 formas de abastecimento de 18 municípios listados na tabela abaixo. Essa atividade é de suma importância para a observação das condições físicas sanitárias que podem interferir na qualidade da água fornecida para a população, as quais, se identificadas, devem ser corrigidas imediatamente. Abaixo observamos a tabela onde foram realizadas as atividades conjuntamente com regionais e municípios.

Tabela 151 – Realização de Inspeções Sanitárias nas Formas de Abastecimento de Água por Regionais de Saúde, no Ano de 2023.

2º CRS	3º CRS	4º CRS	5º CRS	7º CRS
Vigia	Igarapé-Açu	Bragança	Aurora do Pará	Cachoeira do Arari
Acará	Inhangapi	Nova Timboteua	Garrafão do Norte	Salvaterra
Bujaru		Peixe-boi	Ipixuna	Soure
Colares			Irituia	

Concórdia do Pará				
Tomé-Açu				

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

VIGIPEQ – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a produtos químicos

O Programa Vigipeq tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde de forma a adotar medidas de promoção, prevenção contra doenças e agravos e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes que interferem na saúde humana e nas inter-relações entre o homem e o ambiente, buscando articular ações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde dessas populações. O agravo causado pela exposição do ser humano aos contaminantes químicos é a intoxicação exógena, o qual é de notificação compulsória. Diante disso, a Vigilância em saúde ambiental realiza a epidemiologia desse agravo realizando o monitoramento das notificações através do sistema SINAN. Assim, destaca-se a seguir a quantidade de notificações registradas no período de 2018 a 2022.

Tabela 152 – Quantidade de Notificações de Intoxicação Exógena de 2018 a 2022.

Ano	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Notificações	847	1081	730	1050	1216	4924

Fonte: SINAN - VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir da tabela acima observamos um aumento gradativo na quantidade de notificações no Estado ao longo dos anos, haja vista que no ano de 2022 ocorreram 43,56% notificações a mais que em 2018.

Tabela 153 – Notificações por Agente Tóxico até 2023.

Agente Tóxico	Casos Notificados
Medicamento	2034
Agrotóxico agrícola	952
Agrotóxico doméstico	334
Agrotóxico saúde pública	107
Raticida	759
Prod. veterinário	156
Prod. uso domiciliar	465
Cosmético	73
Prod. químico	654
Metal	209
Drogas de abuso	72
Planta tóxica	80

Alimento e bebida	433
Outro	276
Total	6604

Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Nota: 1.048 casos com informações Ign/Branco.

Considerando a tabela acima observamos que o grupo de agente tóxico que mais afetou a saúde da população foi o grupo de “medicamentos”, sendo que é importante ressaltar a grande quantidade de notificações com o grupo de agente tóxico em branco/ ignorado (21,28%), o que representa uma grande inconsistência nessas notificações e a dificuldade dos profissionais de saúde em identificar esses agentes tóxicos causados das intoxicações.

Além disso, é importante analisar a incidência desse agravo por sexo e por circunstância da exposição conforme se observa nas tabelas a seguir.

Tabela 154 – Notificação e Intoxicação Exógena por Sexo até 2023.

Sexo	Casos Notificados
Masculino	3301
Feminino	4349
Total	7652

Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Tabela 155 – Notificação de Intoxicação Exógena de Circunstância por Sexo até 2023.

Circunstância	Ignorado	Masculino	Feminino	Total
Ing/Branco	1	408	559	968
Uso Habitual	0	367	248	615
Acidental	0	1038	810	1848
Ambiental	0	320	364	684
Uso terapêutico	0	11	24	35
Prescrição médica	0	1	2	3
Erro de administração	0	46	57	103
Automedicação	0	69	129	198
Abuso	0	24	18	42
Ingestão de alimento	0	208	182	390
Tentativa de suicídio	1	730	1861	2592
Tentativa de aborto	0	1	13	14
Violência/homicídio	0	23	45	68
Outra	0	76	59	135
Total	2	3322	4371	7695

Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir das tabelas acima observamos uma maior quantidade de notificação de intoxicação exógena do sexo feminino, com expressiva predominância 56,85% das notificações. E quanto a circunstância de exposição observamos a predominância do tipo “tentativa de suicídio”, com 33,68% das notificações.

Tabela 156 – Notificação de Intoxicação exógena por Região de Saúde.

Regiões de Saúde	Frequência
Araguaia	485
Baixo Amazonas	280
Carajás	828
Lago de Tucuruí	645
Marajó I	18
Marajó II	8
Metropolitana I	171
Metropolitana II	167
Metropolitana III	825
Rio Caetés	289
Tapajós	442
Tocantins	606
Xingu	142
Total	4906

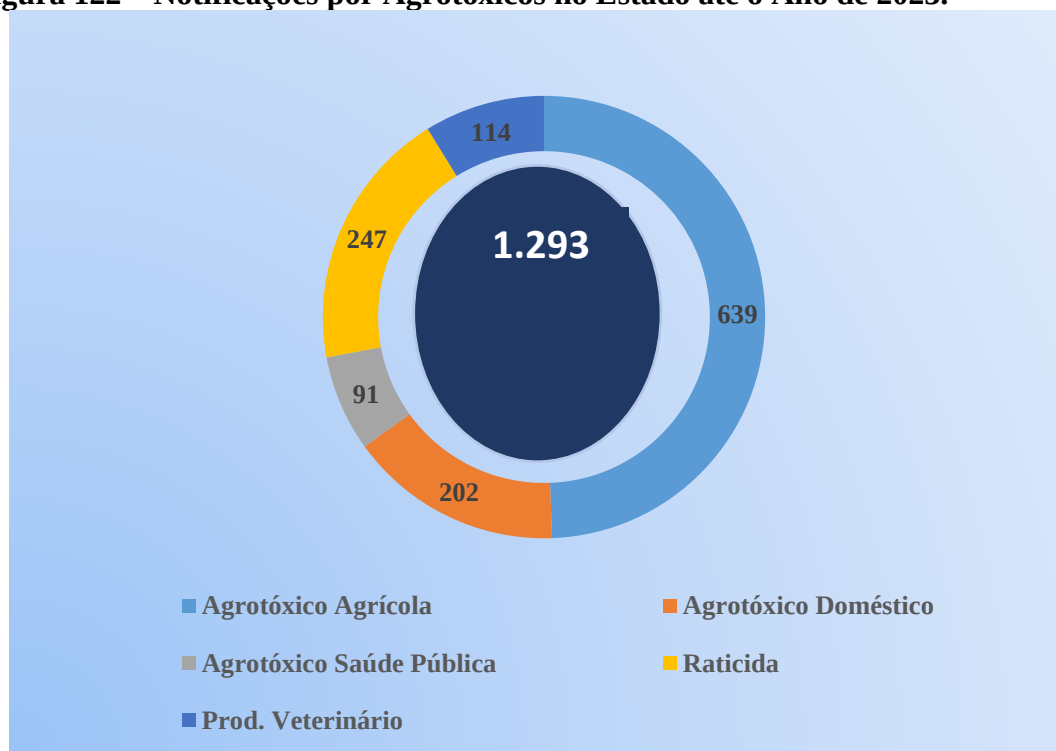
Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Conforme observamos na tabela acima a região que mais realizou notificações de intoxicação exógena no período de 2018 a 2022 foi a do Carajás, seguida pela Metropolitana III e Tocantins. E as que menos notificaram foram a Marajó II e I.

VSPEA – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

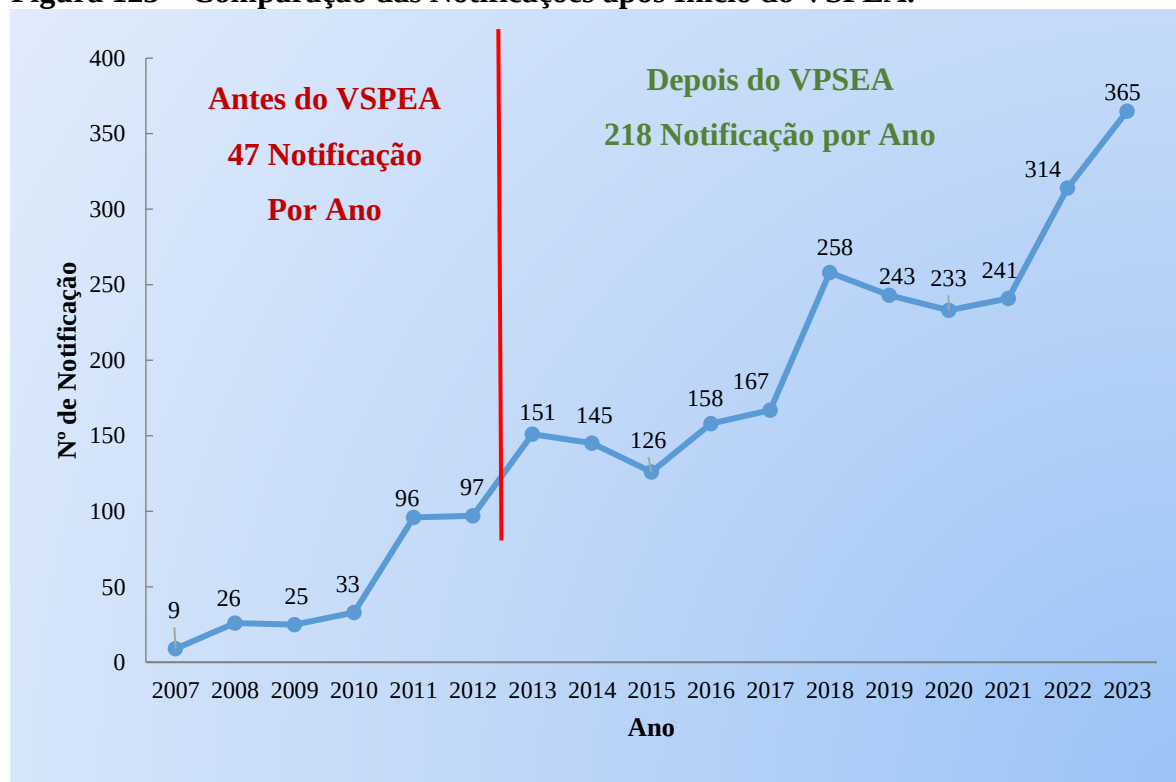
O programa VSPEA realiza a identificação e monitoramento de população exposta a agrotóxicos, a qual esta em risco de ter uma intoxicação exógena por agrotóxicos, o qual é um agravo de notificação compulsória. Assim, apresentamos abaixo a Figura 122 com a quantidade de intoxicação exógena por agrotóxico registrada no estado do Pará até o ano de 2023, segundo o grupo de agente tóxico.

Figura 122 – Notificações por Agrotóxicos no Estado até o Ano de 2023.



Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

Figura 123 – Comparação das Notificações após Início do VSPEA.



Fonte: SINAN - VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

A partir da figura 123, observamos um aumento de mais de 300% nas notificações de intoxicação exógena por agrotóxico após a execução do programa

VSPEA no estado, com a intoxicação por agrotóxico agrícola representando 39% das notificações e com raticida representando 30%.

Tabela 157 - Notificação de Intoxicação Exógena por Agrotóxicos por Região de Saúde, até o ano de 2023.

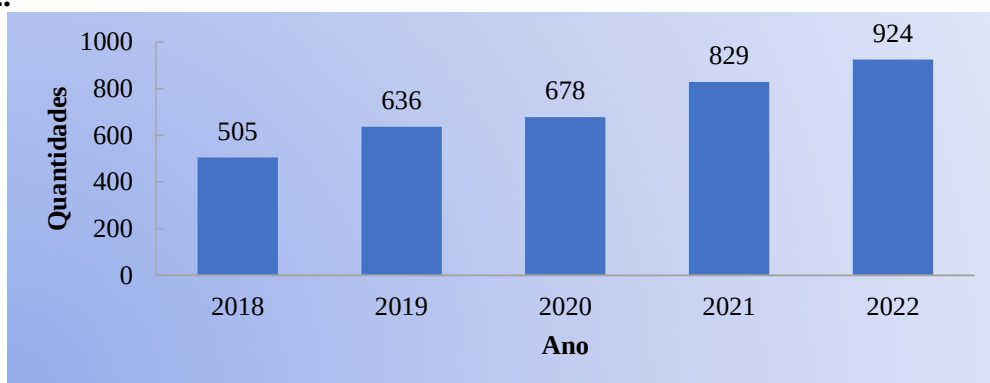
Regiões de Saúde	Agrícola	Doméstico	Saúde Pública	Raticida	Veterinário	Total
Araguaia	117	39	3	27	13	199
Baixo Amazonas	24	14	1	14	16	69
Carajás	104	25	0	45	22	196
Lago de Tucuruí	59	33	1	39	20	152
Marajo I	2	3	2	1	0	8
Marajo II	0	0	1	0	0	1
Metropolitana I	3	2	4	6	0	15
Metropolitana II	18	8	1	7	2	36
Metropolitana III	135	37	53	51	16	292
Rio Caetés	85	11	8	12	9	125
Tapajós	32	15	1	28	10	86
Tocantins	10	4	15	6	0	35
Xingu	45	10	1	11	6	73
Total	634	201	91	247	114	1287

Fonte: SINAN- VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

SISSOLO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE VIGILÂNCIA DE POPULAÇÃO EXPOSTA A SOLO CONTAMINADO

Nesse sistema de saúde são cadastrados solos possivelmente contaminados que podem representar risco à saúde da população exposta, devendo por isso serem monitorados pelo setor saúde. Por isso, no período de 2018 a 2022 houve um aumento no cadastro de áreas potencialmente contaminadas no banco de dados do Sissolo, conforme a figura 124 sobre “Evolução quantitativa de áreas cadastradas no período de 2018 a 2022”, podemos observar essa evolução em números brutos. Enquanto a evolução anual respectivamente teve um aumento de 26% para o ano de 2019 em relação ao ano anterior, 2020- 6,7%, 2021- 22,4% e 2022- 11,5%. E considerando os 5 anos, o quantitativo de cadastro quase que dobrou tendo um aumento de 83%.

Figura 124 – Evolução Quantitativa de Áreas Cadastradas, no período de 2018 a 2022.



Fonte: SISSOLO-VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA, 2024.

No sistema do Sissolo existe uma classificação de áreas potencialmente contaminadas. E na tabela abaixo pode ser visualizado o número real e o percentual de áreas cadastradas em cada tipo de classificação, além disso, observa-se que as áreas de disposição final de resíduos urbanos ADRU representam 40,95% das áreas cadastradas, e Unidades de posto de abastecimento e serviços (UPAS) representa 31,57% no estado do Pará, a primeira é composta por lixão e cemitério, enquanto a segunda representa os postos de combustíveis o que indica que as demais classificações necessitam de uma esforço amostral maior.

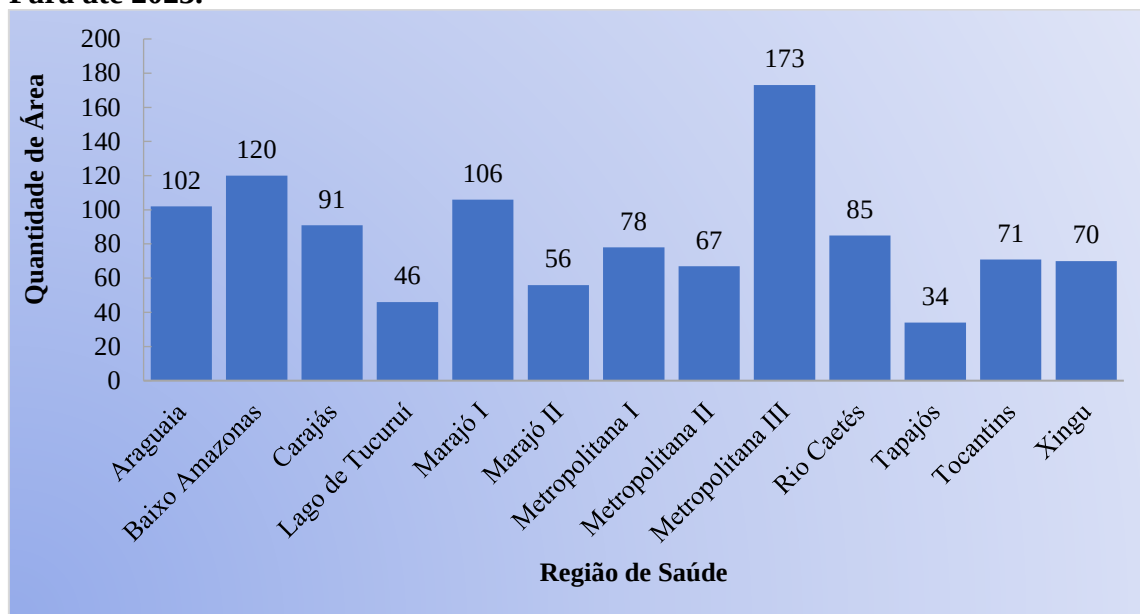
Tabela 158 – Percentual de Áreas Potencialmente Contaminadas Cadastradas no Sistema SISSOLO até 2023.

Classificação Sissolo	Qtd	%
Área Agrícola - (AA)	82	7,46%
Área Contaminada por Acidente com Produto Perigoso - (ACAPP)	2	0,18%
Área de Disposição de Resíduos Industriais - (ADRI)	5	0,45%
Área Final de Disposição Final Resíduos Urbanos - (ADRU)	450	40,95%
Área de Mineração - (AM)	9	0,82%
Área Desativada - (AD)	94	8,55%
Área Industrial - (AI)	82	7,46%
Contaminação Natural - (CN)	18	1,64%
Deposito de Agrotóxico - (DA)	10	0,91%
Unidade de Postos de Abastecimento e Serviços - (UPAS)	347	31,57%

Fonte: SISSOLO-VISAMB/SESPA, 2024.

A figura 125 mostra o número bruto de áreas cadastradas por região de saúde que agrupa vários municípios, desse modo mostrando uma heterogeneidade no quantitativo de áreas cadastradas. As regiões que atualmente passam de 100 áreas cadastradas são: Metropolitana III, Baixo Amazonas, Marajó I e Araguaia, enquanto as demais estão abaixo de 100.

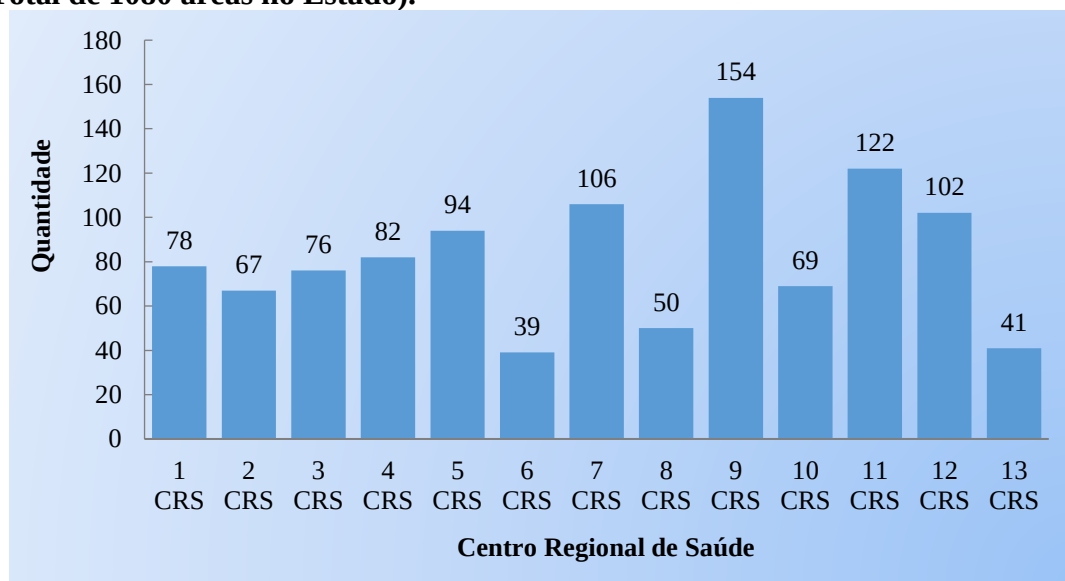
Figura 125 – Quantidade de Áreas Cadastradas por Região de Saúde no Estado do Pará até 2023.



Fonte: SISSOLO-VISAMB/SESPA, 2024.

Após as SMS realizarem o cadastro das áreas no sistema é necessário haver atualização das informações a cada 2 anos, haja vista mudança do cenário de cada área e sendo impreterível a atualização das informações para uma análise de risco mais fidedigno com a realidade atual. Entretanto, muitas áreas cadastradas acabam ficando anos sem atualização, comprometendo a qualidade da informação, de forma que podemos observar a quantidade de áreas cadastradas que foram atualizadas nos últimos anos (figura 126):

Figura 126 – Quantidade de Áreas Atualizadas no SISSOLO por Centro Regional (Total de 1080 áreas no Estado).



Fonte: SISSOLO-VISAMB/SESPA, 2024.

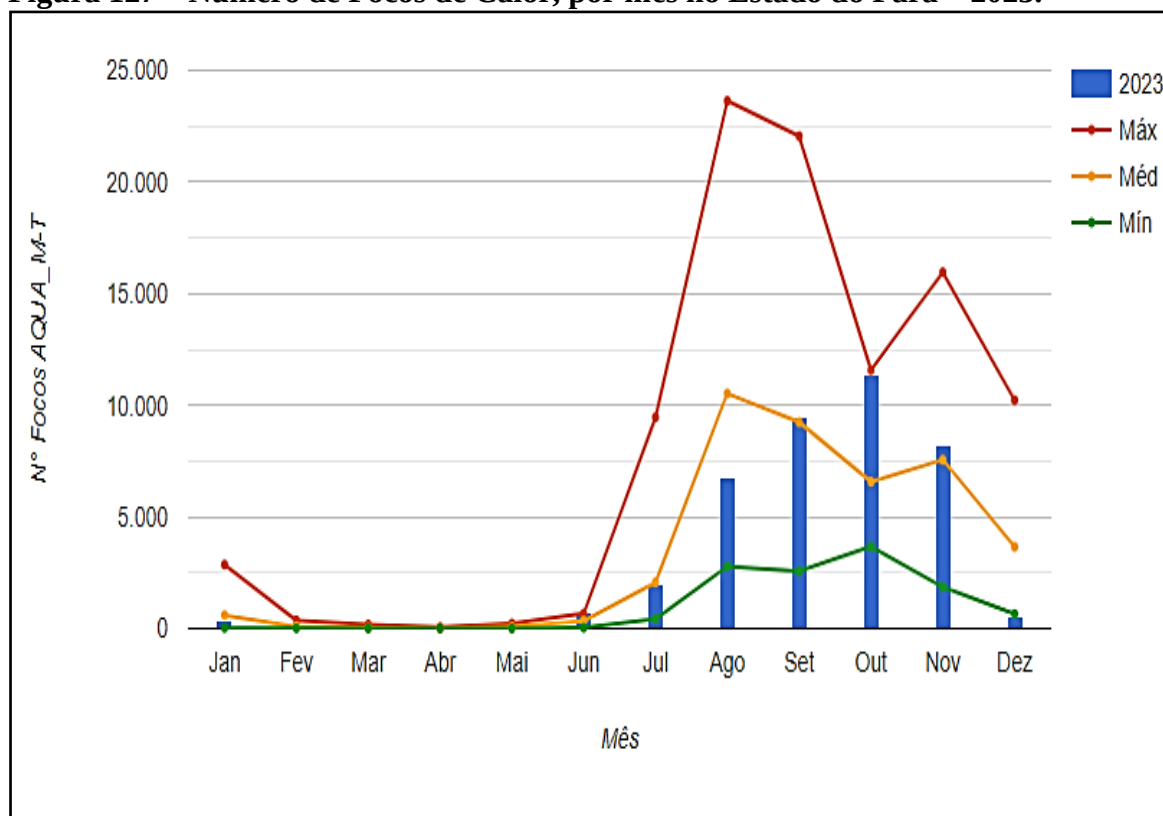
A partir do gráfico podemos observar que o 9ºCRS foi a regional que mais realizou atualizações de áreas no sistema SISSOLO, seguida pelo 7ºCRS com 106 quantidades de áreas atualizadas e pelo 11ºCRS com 122 quantidades de áreas atualizadas, representando assim uma realidade quanto aos solos possivelmente contaminados que representam risco à saúde de sua população.

VIGIAR – Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica

Desenvolvem ações para promover a saúde da população exposta a poluentes do ar, de forma a recomendar e instituir medidas de prevenção e de promoção da saúde. Dentre as fontes de poluição do ar estão a queima de biomassa, as quais podem ser identificadas através de focos de calor visualizadas por satélites e monitoradas pelo Instituto Nacional de Estudos Espaciais – INPE.

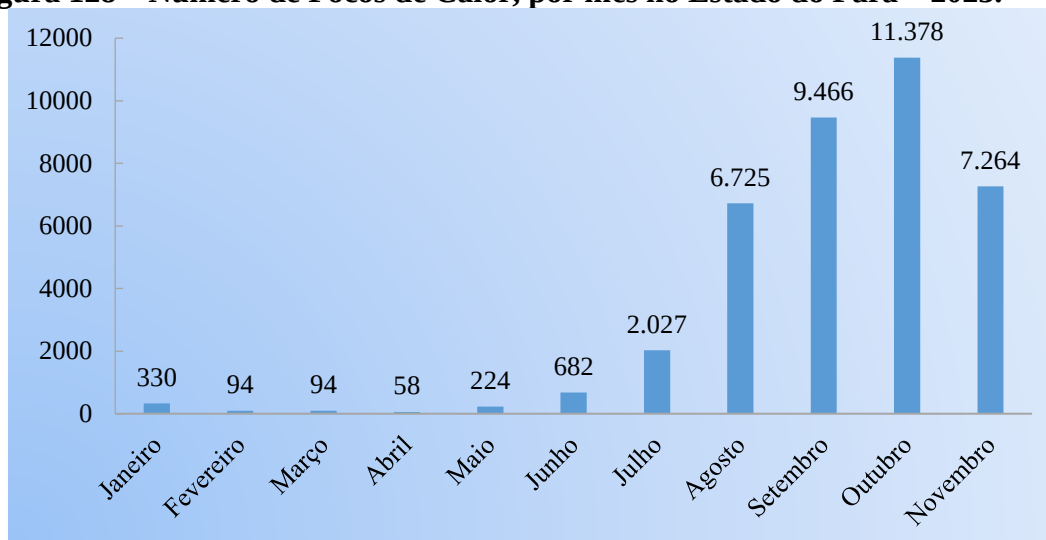
Abaixo observamos a distribuição de focos de calor nos meses durante o ano de 2023.

Figura 127 – Número de Focos de Calor, por mês no Estado do Pará – 2023.



Fonte: INPE (2023).

Figura 128 – Número de Focos de Calor, por mês no Estado do Pará – 2023.



Fonte: SEMAS (Upload 26/11/23).

De acordo com dados do INPE (satélite de referência) o total de focos de calor entre janeiro e novembro de 2023 no Pará é de 39.700 focos, sendo o estado com maior quantidade de foco de queimadas entre os meses de junho a novembro, com destaque para os municípios de Altamira, São Félix do Xingu e Portel que estão entre os 10 municípios com mais focos de calor do Brasil. Abaixo apresentamos os municípios paraenses com maiores focos de calor no ano de 2023.

Tabela 159 – Quantidade de Focos de Incêndio, por Municípios, no Ano de 2023.

Município	Nº de Focos
Altamira	3.553
São Félix do Xingu	2.898
Portel	2.011
Uruará	1.306
Itaituba	1.279
Moju	1.258
Óbidos	1.249
Pacajá	1.191
Placas	1.140
Novo Progresso	1.136
Santarém	909
Prainha	908
Anapu	837
Rurópolis	834
Mojú dos Campos	812

Fonte: NMH- SEMAS/INPE : Satélite de Referência – Elaboração: Larissa de Castro (2023).

O aumento das queimadas no Oeste do Pará é uma das consequências da estiagem já que esta potencializa o risco de incêndios florestais, diminuição da umidade e diminuição da qualidade do ar. No ano de 2023 houve também ocorrência de ondas de calor (temperaturas 5°C acima da média) conforme alertas emitidos pelo INMET, estes abrangendo em sua maioria as regiões Sudeste e Sudoeste do Estado. Houve também alertas de baixa umidade do ar nessas regiões, sendo considerado risco para saúde umidade abaixo de 30%.

Implantação de Unidades Sentinela do programa Vigiar

Unidades Sentinela são unidades de saúde que contribuem para monitoramento de impactos na saúde potencializados pela poluição do ar. Atualmente elas vêm sendo implantadas no Estado para assim realizar vigilância e ações de promoção à saúde dos agravos relacionados à qualidade do ar (dispneia/falta de ar/cansaço; sibilos/chiado no peito e tosse).

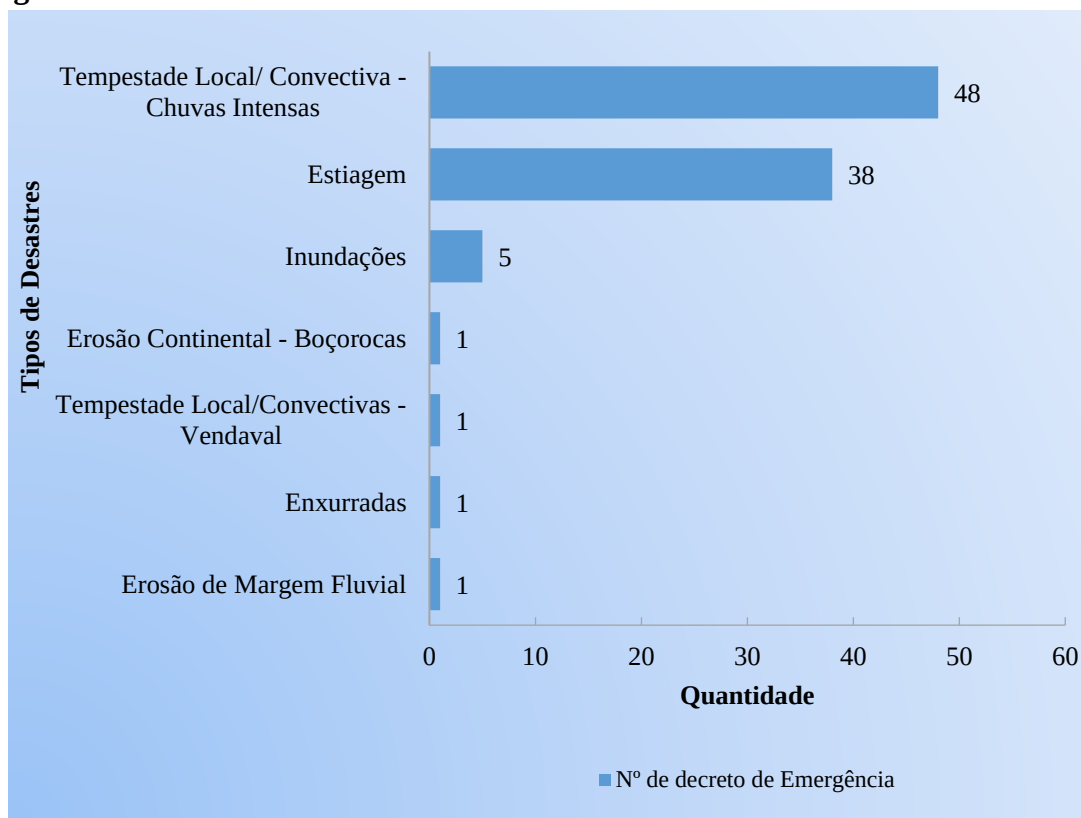
Quadro 26 – Unidades Sentinela Instaladas no Pará, no Ano 2023.

Município	Unidade Sentinela
Barcarena	Centro de Saúde Vila do Conde
Medicilândia	ESF Vila Nova
Moju	UBS Laércio Barbalho
	UBS Vila Castanhandeua
Paragominas	PSF Nagibão
	PSF Jaderlândia
Santarém	UBS Nova República
Santa Bárbara do Pará	Unidade de Saúde do Caiçaua
São Miguel do Guamá	Unidade de Saúde Vila França
Tailândia	AME – Ambulatório Médico de Especialidades
	ESF Distrito de Palmares I e II
	Centro de Saúde Ignácio Koury Gabriel
Ulianópolis	Unidade de Saúde da Comunidade Água Branca

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA (2024).

O Vigidesastres tem por finalidade o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relativas à gestão de riscos de emergências em saúde pública por desastres de origem natural e tecnológica. Durante o ano de 2023 foram realizadas atividades para realizar a articulação e operacionalização do programa por todo Estado do Pará. De acordo com dados da Defesa Civil Nacional, neste ano foram emitidos **91 decretos** municipais de situação de emergência, emitidos por 61 municípios. Todos eles por desastres classificados como naturais, sendo que os desastres com maiores ocorrências sendo, “Tempestade Local/Convectiva - Chuvas Intensas (COBRADE 13215)” e “Estiagem (COBRADE 14110)”.

Figura 129 – Número de Desastres Notificados no Estado do Pará – 2023.



Fonte: Sistema Integrado de Informações sobre Desastres - S2ID (2023).

Os municípios que mais emitiram decretos foram Oriximiná (erosão, chuvas/vendaval e estiagem) e Ponta de Pedras (chuvas intensas, inundações e estiagem) com 3 decretos cada. Realizando uma distribuição dos Decretos Municipais por Centros Regionais de Saúde ao longo do ano observamos que o **9ºCRS** apresentou o maior número, com 36 decretos, sendo 18 deles por Estiagem.

Quadro 27 – Número de Decretos de Emergência Emitidos no Estado do Pará – 2023.

Centro Regional de Saúde	Quantidade
1º CRS	1
2º CRS	3
3º CRS	1
4º CRS	2
5º CRS	9
6º CRS	1
7º CRS	5
8º CRS	4
9º CRS	36
10º CRS	7
11º CRS	12
12º CRS	6
13º CRS	3

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA (2024).

Diante desse cenário foram registrados 34 ocorrências de situação de emergência devido ocorrência de desastres, em sua grande maioria por municípios relatando estiagem e ainda foram encaminhadas ao Ministério da Saúde, via Vigidesastres Nacional, 5 solicitações de kit sendo deferidos os kits para os municípios de São Miguel do Guamá e Óbidos (parcialmente).

Devido a condições climáticas no ano de 2023 o estado do Pará vivenciou uma situação crítica de estiagem com diminuição da pluviosidade e consequente diminuição histórica do nível de rios principalmente na região Oeste do Pará, ocasionando uma grande quantidade de declarações de situação de emergência. Como consequência, diversas comunidades ficaram isoladas devido a falta de navegabilidade dos rios que comprometem também o abastecimento das localidades, ocasionando diversos problemas como: escassez de alimentos, falta de água potável, prejuízos na agricultura familiar, pesca e criação de animais.

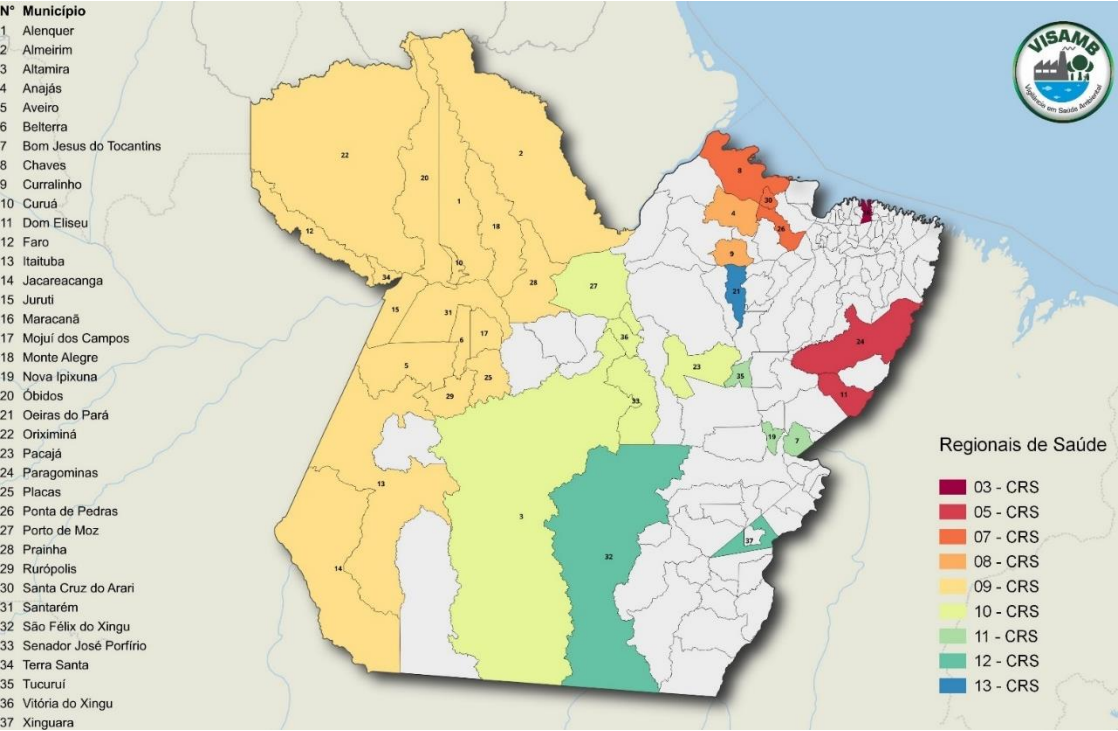
Situações de estiagem podem elevar o aumento de casos de doenças diarreicas, desnutrição, incidência de vômitos, agravos respiratórios e eczemas, como vem sendo relatado por algumas comunidades.

Quadro 28 – Municípios com Registro de Emergência em Estiagem por Regional no Estado do Pará – 2023.

Centro Regional de Saúde	Quantidade
3º CRS	1
5º CRS	2
7º CRS	2
8º CRS	3
9º CRS	18
10º CRS	5
11º CRS	4
12º CRS	2
13º CRS	1

Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA (2024).

Figura 130 – Municípios com decretos de Estiagem por Regional de Saúde em 2023.



Fonte: VISAMB/DIVAST/DVS/SESPA (2024).

5.4.4. Vigilância Laboratorial

A Vigilância Laboratorial se refere a vigilância de patógenos endêmicos, emergentes e reemergentes, agravos e eventos que constituem ameaça a saúde pública, através de ferramentas laboratoriais alinhadas à epidemiologia, permitindo a construção de uma base sólida para a tomada de decisões de gestão em saúde fundamentadas em

evidências científicas. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

A vigilância laboratorial é realizada pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), sendo a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Ambiental, escopo da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, compostas pelos 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e sua respectiva Rede Descentralizada, localizados nos 26 Estados e Distrito Federal, 14 Laboratórios de Fronteira (LAFRON) e também conta com unidade sob gestão federal, o Instituto Evandro Chagas, em Belém/PA.

A RNLSP foi normatizada pela Portaria GM Nº 2.031/2004, que estabeleceu o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), sendo o Ministério da Saúde responsável por assessorar e cooperar tecnicamente, junto aos estados e o Distrito Federal, na implementação das Redes Nacionais de Laboratórios, em articulação com as demais unidades competentes, além de ajudar a promover o processo de educação permanente e de capacitação dos profissionais de vigilância em saúde.

Conforme a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída pela RESOLUÇÃO Nº 588-CONASS, DE 12 DE JULHO DE 2018, são responsabilidades dos Estados, e compete às Secretarias de Saúde, a gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, compreendendo coordenar e executar, em âmbito estadual as ações laboratoriais, sob sua competência, necessárias para a vigilância em saúde, de forma articulada com a RNLSP.

As ações laboratoriais são aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

O Plano Nacional de Saúde (2024-2027), no Objetivo 3: Reduzir e controlar doenças e agravos passíveis de prevenção e controle, com enfoque na superação das desigualdades de acesso, regionais, sociais, de raça/etnia e gênero, tem como Meta Nº 2- Ampliar o número de exames ao ano realizados pela Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

O Laboratório Central do Estado Pará (LACEN-PA), sob gestão estadual, tem como uma de suas competências realizar procedimentos laboratoriais de maior

complexidade para complementação de diagnóstico, ofertando serviços a todos os municípios do estado do Pará, atendendo de acordo com os fluxos estabelecidos pelo SISLAB. Para as ações de vigilância epidemiológica e ambiental propicia acesso aos serviços utilizando o Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, que funciona on-line, proporcionando aos usuários o acompanhamento de todas as etapas para realização dos exames/ensaios, além da obtenção de relatórios de produção/epidemiológicos / analíticos pelas vigilâncias e unidades de saúde solicitantes.

O LACEN-PA realizou diversas ações no período de 2018 a 2022, demonstradas abaixo, contribuindo para a vigilância em saúde, que foram:

Tabela 160 – Capacitação para Execução das Coletas de Águas pelos Municípios.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de Profissionais Capacitados	3	74	0	36	22

Fonte: Relatório de Capacitação Anual DRLAB/Lacen-PA.

Tabela 161 – Análises Laboratoriais de Água, Solo e Ar à Vigilância Ambiental.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de Análises Realizadas	25.046	32.281	28.577	37.561	44.642

Fonte: Sistema GAL Ambiental/DAPMA/Lacen-PA.

Tabela 162 – Análises Laboratoriais de Produtos à Vigilância Sanitária.

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de Análises Realizadas	7.680	7.914	3.529	3.971	5.807

Fonte: Relatório de Produção DAPMA/Lacen-PA.

Tabela 163 – Número de Análises das DNCI

	2018	2019	2020	2021	2022
Nº de análises realizadas	70.031	134.075	171.697	259.406	152.008

Fonte: Relatório de Produção DAPMA/Lacen-PA.

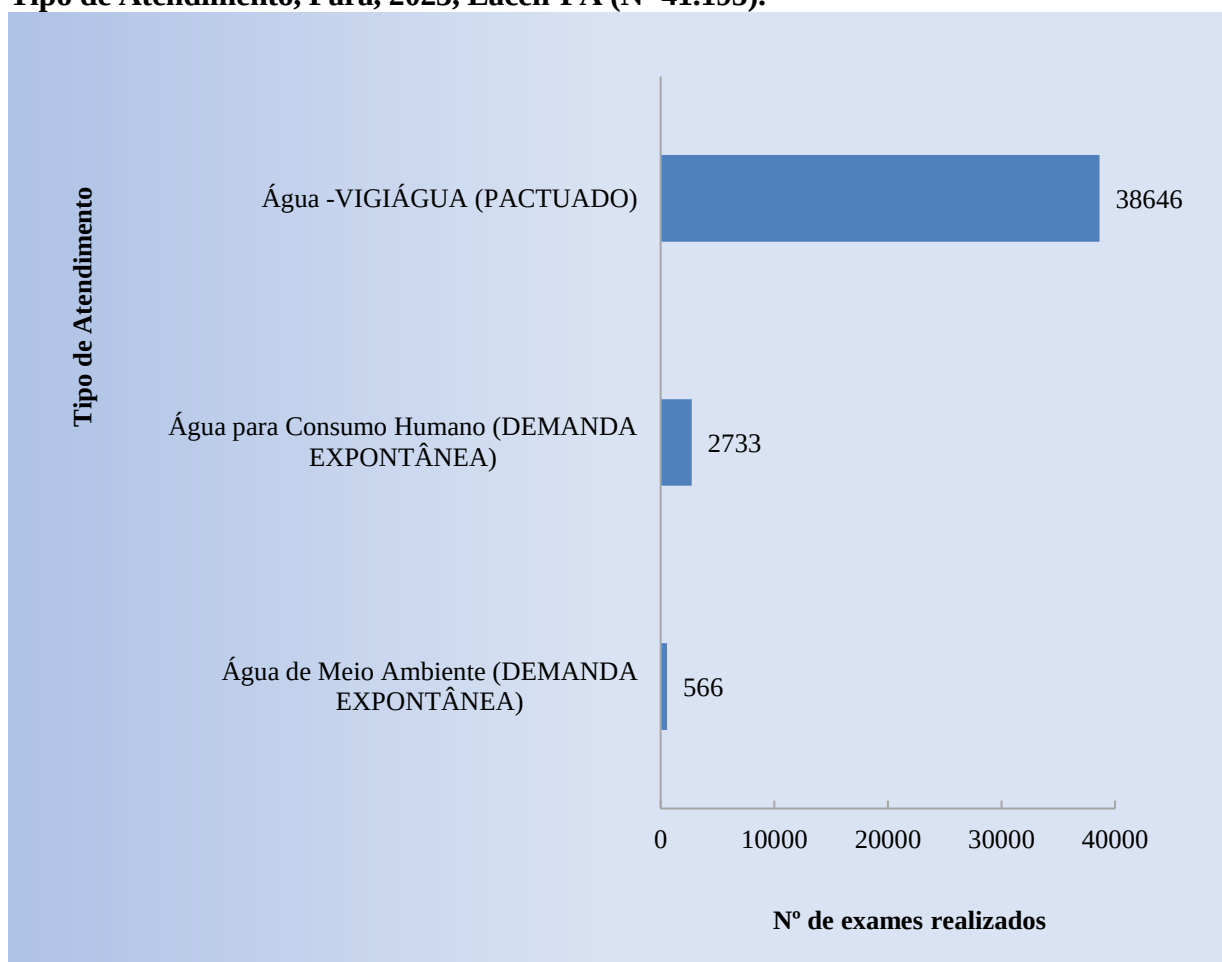
Destaca-se que o LACEN é uma das instituições executoras da rede, existindo outros laboratórios de saúde pública que realizam análises dentro de sua competência somando para a ação laboratorial do estado. Dessa forma, para que o LACEN realize as análises depende que essas amostras cheguem até ele, mediante a demanda espontânea ou pactuação de programação como é o caso de análises de monitoramento sanitárias e ambientais e, a nível de estado, observou-se nesse período, que a programação ou não foi cumprida ou algumas vezes não foi realizada, prejudicando a avaliação de saúde

pelo não envio das amostras ao LACEN, necessitando de melhor articulação entre vigilâncias estaduais e vigilâncias municipais.

Cenário de cobertura laboratorial pelo LACEN-PA

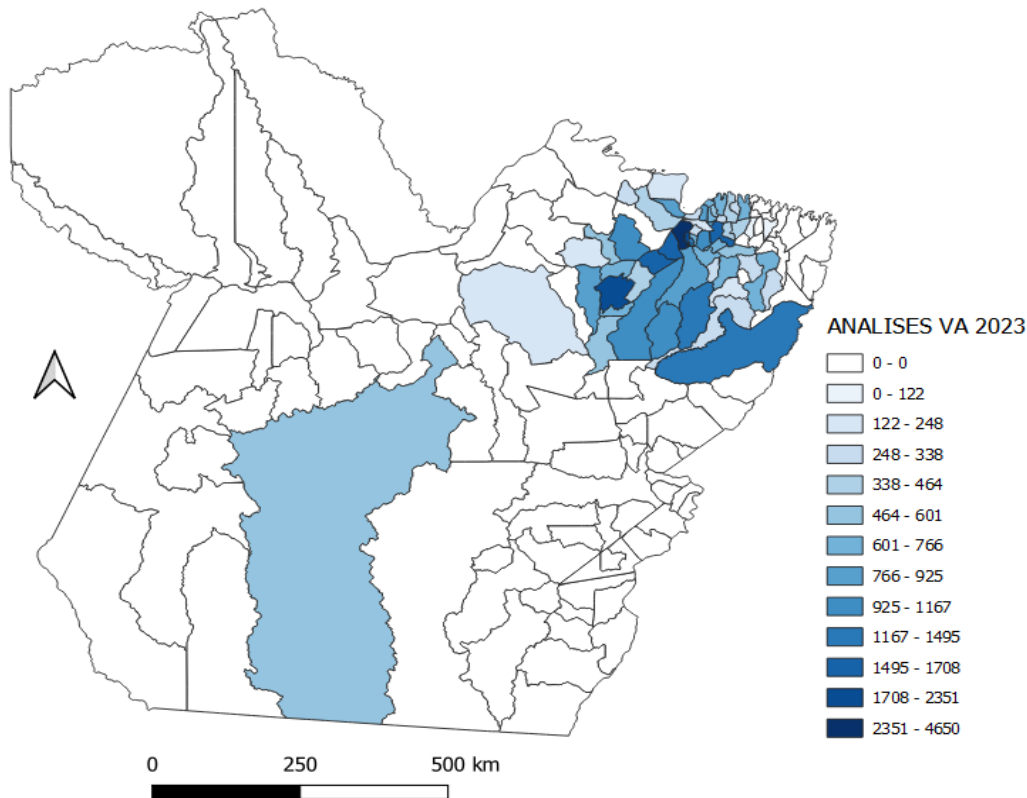
Os dados laboratoriais do Lacen-PA, do ano de 2023, ano de melhor avaliação do desempenho dos processos de trabalho, no qual as fontes de informações estavam padronizadas, além da diminuição do impacto da pandemia de COVID-19 nas redes de atenção e na sua atuação de vigilância em saúde, subsidiaram o estudo da cobertura da vigilância laboratorial, que serve como indicativos de implantação e/ou implementação de estratégias para ampliação do acesso a rede laboratorial da área de abrangência, no propósito de garantir o acesso em tempo adequado, conforme a necessidade e justificam a necessidade de acompanhamento:

Figura 131 – Distribuição de Exames de Vigilância Laboratorial Ambiental, por Tipo de Atendimento, Pará, 2023, Lacen-PA (N=41.195).



Fonte: Sistema GAL Ambiental/DAPMA/Lacen-PA.

Figura 132 – Cobertura Laboratorial da Vigilância Ambiental, por Município Solicitante, Pará, 2023, Lacen-Pa.



Fonte: Sistema GAL Ambiental/DAPMA/Lacen-PA.

Tabela 164 – Exames de Vigilância Ambiental, por Região de Saúde solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.

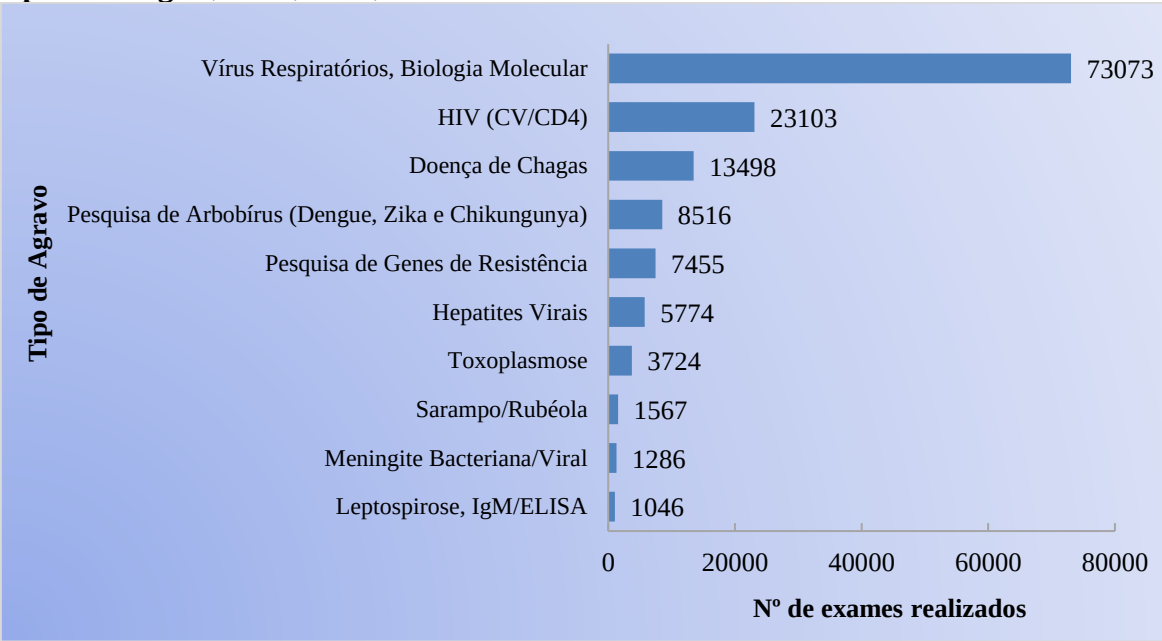
REGIÃO DE SAÚDE SOLICITANTE	Nº DE EXAMES REALIZADOS
METROPOLITANA III	10.592
METROPOLITANA I	9.487
TOCANTINS	8.862
METROPOLITANA II	6.485
MARAJÓ I	4.173
LAGO TUCURUI	1.122
RIO CAETES	3.862
XINGU	561
MARAJÓ II	431
ARAGUAIA	0
BAIXO AMAZONAS	0
CARAJAS	0
TAPAJÓS	0

Fonte: Sistema GAL Ambiental/DAPMA/Lacen-PA.

A cobertura laboratorial de vigilância ambiental pelo LACEN-PA, no ano de 2023, no território do Pará, constatou a maior concentração de exames solicitados por municípios da Região de Saúde Metropolitana III, e cenário que se destaca negativamente dos municípios da Região Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, e Tapajós, por necessitarem de ações visando aumentar a adesão para vigilância de fatores

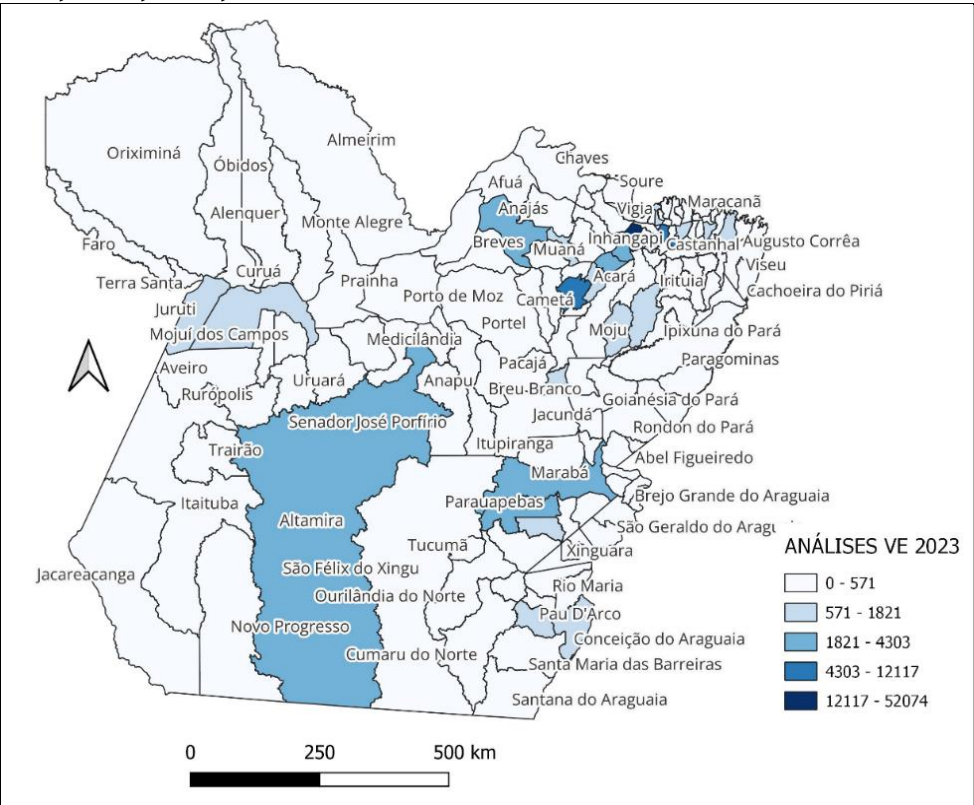
ambientais, conforme verificado acima (Tabela 164).

Figura 133 – Distribuição dos Exames mais Frequentes por Agravos de Vigilância Epidemiológica, Pará, 2023, Lacen-PA.



Fonte: Sistema GAL Biologia Médica e SISCEL/DBM/Lacen-PA.

Figura 134 – Cobertura Laboratorial da Vigilância Epidemiológica, por Município solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.



Fonte: Sistema GAL Biologia Médica e SISCEL/DBM/Lacen-PA.

Tabela 165 – Exames de Vigilância Epidemiológica, por Região de Saúde Solicitante, Pará, 2023, Lacen-PA.

REGIÃO DE SAÚDE SOLICITANTE	Nº DE EXAMES REALIZADOS
METROPOLITANA I	64.244
TOCANTINS	16.352
METROPOLITANA III	15.814
CARAJÁS	6.916
XINGU	4.653
METROPOLITANA II	4.072
RIO CAETÉS	3.862
MARAJÓ II	3.845
LAGO TUCURUI	2.831
ARAGUAIA	2.103
BAIXO AMAZONAS	1.929
MARAJÓ I	1.616
TAPAJÓS	92

Fonte: Sistema GAL Biologia Médica e SISCEL/DBM/Lacen-PA.

A cobertura laboratorial de vigilância epidemiológica pelo LACEN-PA no território do Pará, detectou no ano de 2023, a maior concentração de exames solicitados por municípios da Região de Saúde Metropolitana I, e a necessidade dos municípios da Região Tapajós ser priorizada com ações visando aumentar a adesão para investigação laboratorial de agravos, conforme verificado na tabela 165.

Com isso, o alcance da vigilância laboratorial no território no Pará requer não somente aquisição de novas tecnologias, mas também a sua utilização para diminuição da desigualdade no acesso a saúde, com a capilarização da atuação laboratorial visando acelerar o tempo de resposta laboratorial, fato que se constitui um desafio, exigindo investimentos robustos e contínuos para promoção da adesão a investigação laboratorial, com conhecimento dos serviços, dos fluxos laboratoriais, formação dos profissionais e a avaliação do impacto, que será verificado nos principais indicadores de vigilância em saúde. Com isso, conforme está no planejamento para 2024-2027, o Indicador: Percentual de municípios atendidos com análises laboratoriais de vigilância epidemiológica e ambiental, proposta pelo LACEN-PA, tem como Meta: Ampliar a cobertura da vigilância laboratorial de agravos de saúde pública pelo LACEN.

5.5 Gestão em Saúde

5.5.1 Regulação, Avaliação e Controle

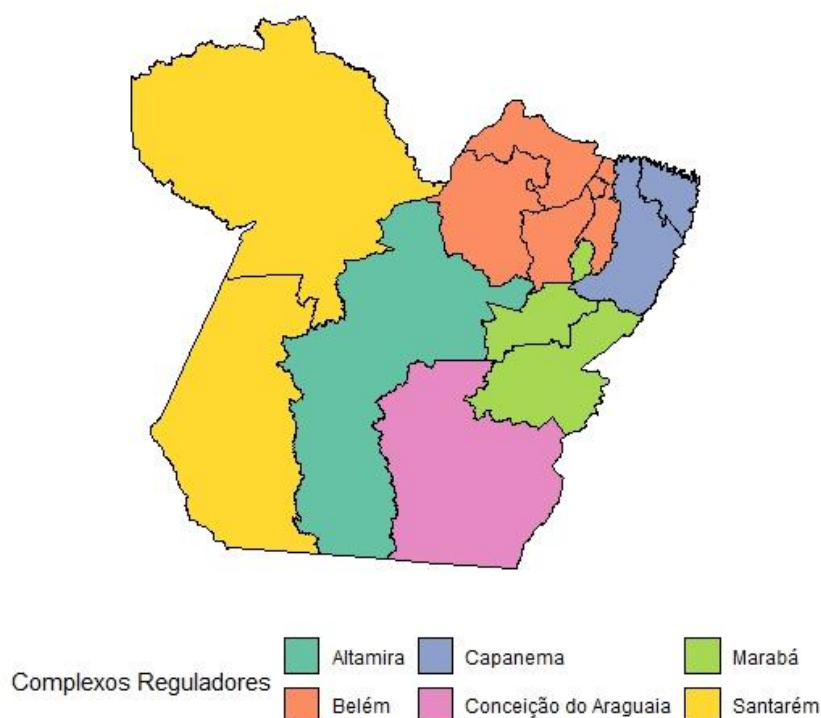
A Regulação em Saúde consiste em macroprocessos de gestão do setor saúde, que compreende a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor saúde, além de outras questões que impactem em seus determinantes.

A Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1559/2008 proporcionou uma organização do processo de Regulação no Estado através das três dimensões de atuação: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integradas, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1559/2008, **Regulação do Acesso** tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelos **complexos reguladores** e suas unidades operacionais denominadas **centrais de regulação**, preferencialmente descentralizadas e **com um nível central de coordenação e integração**, na qual a regulação médica exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O Estado do Pará regula o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade das unidades de gestão estadual através dos 06 Complexos Reguladores Regionais aprovados pela CIB/PA nº 63 de 24 de abril 2013 utilizando o Sistema Estadual de Regulação – SER, e os municípios regulam o acesso aos serviços de gestão própria através do sistema SISREG em seus Complexos Reguladores Municipais ocorrendo um grande avanço no processo de regulação no Estado via sistema de regulação com a estruturação e regionalização dos referidos complexos.

Figura 135 – Complexos Reguladores Regionais (Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013).



Fonte: DDRA/SESPA.

Tabela 166 – Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará.

Complexo Regulador Regional	Região de Saúde de Abrangência	Nº de Municípios	População	Porte
Belém	Metropolitana I e II, Marajó I e II e Tocantins	40	3.943.938	Porte IV
Capanema	Rio Caetés e Metropolitana III	39	1.509.723	Porte III
Santarém	Baixo Amazonas e Tapajós	20	1.005.083	Porte II
Altamira	Xingú	9	357.549	Porte I
Marabá	Carajás e Lago de Tucuruí	21	1.377.054	Porte III
Conceição do Araguaia	Araguaia	15	583.77	Porte I
Total		144	8.777.124	

Fonte: Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013 /População IBGE 2021.

Os Complexos Reguladores Regionais de gestão e gerência do Estado atuam regulando o acesso dos municípios à rede estadual de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que é composta por 49 Estabelecimentos de Saúde, sendo a

rede hospitalar com maior número representada pelos 24 Hospitais Regionais, 10 Hospitais privados filantrópicos, 02 Fundações e 01 Autarquia, além de 03 Policlínicas, 06 Unidades de Referência e 01 Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação, localizados nas 04 macrorregiões de saúde. Ressalta-se o crescimento da Rede de Atenção a Saúde no Estado no período 2020 - 2023, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 29 – Serviços de Gestão Estadual Regulados por CRR Estadual.

Macrorre gião de Saúde	Complexo Regulador	Região de Saúde	Município	Estabelecimentos
MACRO I	CER/CRR Belém	Metropolit ana I	Ananindeua	Hosp. Metropolitano de Urg. e Emergência
			Belém	Hospital Jean Bitar
				Hospital Público Estadual Galileu
				Hosp. Onc. Infantil Octávio Lobo
				Hosp de Clínicas Gaspar Viana
				Hosp Reg. Público Dr Abelardo Santos
				Santa Casa de Misericórdia do Pará
				Hospital Ophir Loyola
				Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação CIIR
				URES Reduto Doca
				URE Presidente Vargas
				URE Dipe
				URE Demetrio Medrado
				UREMIA- Unidade de Referência Especializada Materno Infantil
				Policlínica Especializada do Pará- Unidade do Marco
			Marituba	Hospital Divina Providência
		Marajó II	Breves	Hosp. Reg. Público do Marajó
		Tocantins	Abaetetuba	Hosp Regional do Baixo Tocantins
				Hospital Júlia Sefer
			Igarapé miri	Hosp. Afonso Rodrigues Filho
			Barcarena	Hosp. Reg. Mat. Infantil de Barcarena
			Tailândia	Hospital Geral de Tailandia
			Cametá	Hospital Regional de Cametá
		Metropolit ana II	Sto Antonio do Tauá	Hospital Santo Antônio do Tauá
			Capanema	Hosp Regional Pub dos Caetes Dr Jorge Neto da Costa
				Policlínica de Caetés/NATEA
				Saude Center- Hospital e Maternidade
			Bragança	Hospital das Clinicas de Braganca
				Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria
				Hospital Geral de Braganca

MACRO II	CRR Capanema	Rio Caetés	Salinópolis	Hospital Regional Dr Olimpio Cardoso da Silveira
			Augusto Correa	Hospital e Maternidade São Miguel
		Metropolitana III	Ipixuna	Hospital Geral de Ipixuna do Para
			Castanhal	Hospital Regional Público de Castanhal
			Paragominas	Hosp Regional Público do Leste do Pará
MACRO III	CRR Santarém	Tapajós	Itaituba	Hospital Regional Público do Tapajós Itaituba
		Baixo Amazonas	Santarém	Hosp Regional do Baixo Amazonas Dr Waldemar Penna
				Unidade de Referência Especializada Santarém
			Juruti	Hospital Nove de Abril na Providência de Deus
			Alenquer	Hospital Santo Antônio
	CRR Altamira	Xingu	Altamira	Hospital Público Geral de Castelo dos Sonhos
				Hospital Regional Público da Transamazônica
MACRO IV	CRR Marabá	Carajás	Marabá	Hosp Regional do Sudeste do Para Dr Geraldo Veloso
		Lagode Tucuruí	Tucuruí	Hospital Regional de Tucuruí
				UNACON Tucuruí
				Policlínica do Lago de Tucuruí/NATEA
	CRR C. Araguaia	Araguaia	Conceição do Araguaia	Hospital Regional de Conceição do Araguaia
			Redenção	Hospital Regional Público do Araguaia
			Ourilândia do Norte	Hospital Regional da PA 279

Fonte: SER/DRA/DDASS/SESPA 2023.

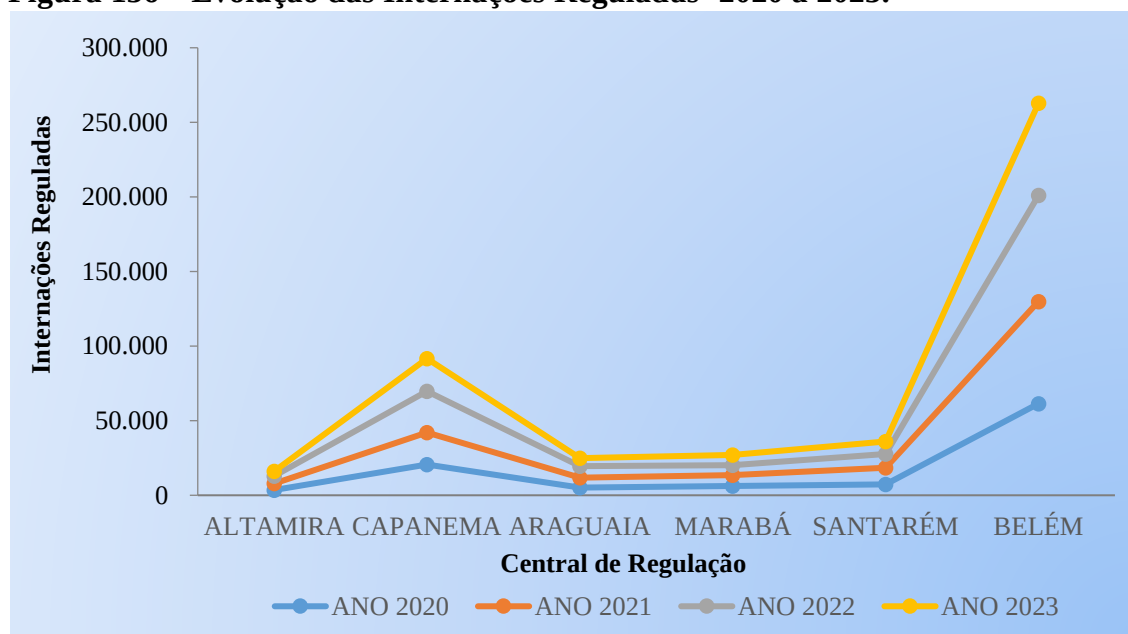
A oferta dos serviços da rede de gestão do Estado é regulada conforme a área de abrangência dos Complexos Reguladores, onde o maior quantitativo é do Complexo Regulador Regional Belém que intermedia também o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal no âmbito da região e a referência interregional no âmbito do Estado. Com a implantação do Sistema Estadual de Regulação- SER em todos os Complexos Estaduais, a partir do ano de 2012 com a contratação de uma empresa para gerenciar o Sistema Estadual de Regulação, observou-se uma sinergia das informações o que proporcionou melhor avaliação dos indicadores referente a regulação do acesso. No entanto, no período de mudança contratual não houve possibilidade de manutenção dos dados do período de 2018 a 2022, motivo pelo

qual foi adotada a série histórica de 2020-2023 para a análise situacional do processo de regulação do acesso do estado.

Vale destacar que no ano de 2021 foi proposto dois indicadores da regulação do acesso para fazer parte dos indicadores da regulação no Plano Estadual de Saúde 2020-2023, que até então respondíamos aos indicadores da rede de urgência e emergência, os quais não eram conforme para uma melhor avaliação do propósito da regulação do acesso. Com a criação e aprovação dos indicadores: **Percentual de redução do tempo médio de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual e Percentual de redução do tempo médio de espera para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual**, a partir de 2022, a avaliação dos indicadores próprios foi uma ferramenta que proporcionou uma melhor avaliação do desempenho do processo de trabalho, subsidiando o estudo de necessidades e indicativos de implantação e/ ou implementação das redes de atenção a saúde da área de abrangência, no propósito de garantir o acesso em tempo adequado, conforme as necessidades estabelecidas.

O processo regulatório do acesso aos serviços se dá com base nos fluxos pactuados e protocolos: **Protocolo de regulação do acesso às consultas e exames de média e alta complexidade e Alto custo; Protocolos de acesso da rede de assistência de alta complexidade em oncologia; Protocolos de acesso a leitos de internação**, os quais são divulgados e utilizados pelos profissionais das unidades da atenção básica solicitantes, pelas unidades de atenção especializada e pelas equipes dos Complexos Reguladores, como uma forma de melhor direcionar o usuário conforme suas necessidades e perfil das unidades. Com a estruturação e a organização dos fluxos de acesso, houve um crescimento no quantitativo de procedimentos regulados da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no período de 2020 a 2023, através do sistema de regulação, demonstrando a importância do acesso regulado para um direcionamento segundo o perfil de atendimento das unidades, onde demonstramos abaixo:

Figura 136 – Evolução das Internações Reguladas- 2020 a 2023.

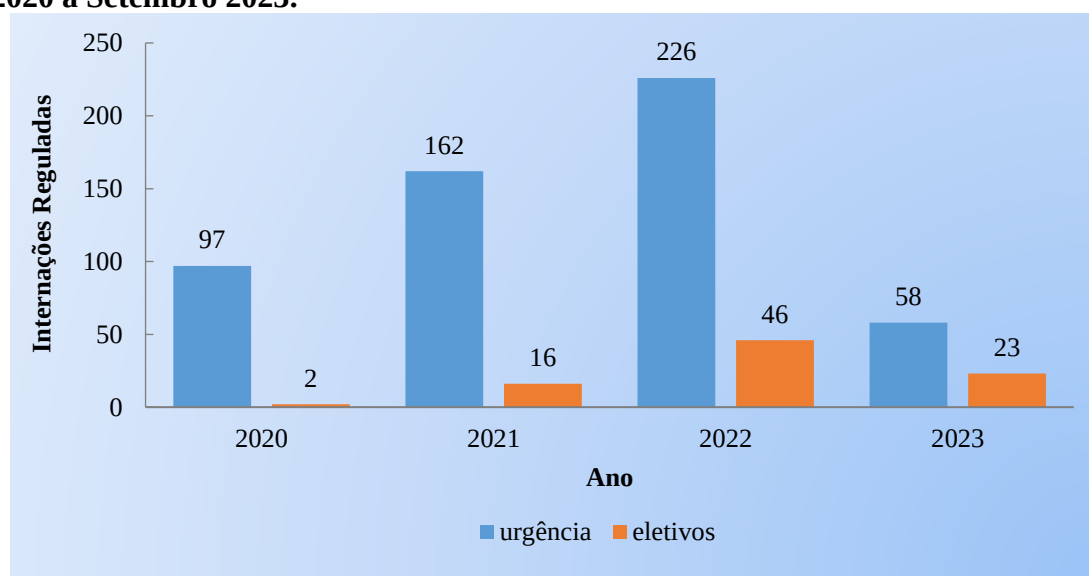


Fonte: Sistema Estadual de Regulação – SER II hospitalar.

Nota: Não foi possível a utilização da serie histórica 2018-2022 para a análise situacional do processo de regulação em virtude da interrupção do contrato da Empresa SIAH que realizava a manutenção do Sistema de Regulação Estadual – SER.

Observamos o maior número de procedimentos regulados pela Central Estadual de Regulação via Complexo Estadual de Regulação e CRR Belém, por concentrar o maior parque tecnológico da rede assistencial de média e alta complexidade, o que atende as solicitações de transferências de outros complexos quando não dispõem do perfil da necessidade do paciente na região de origem.

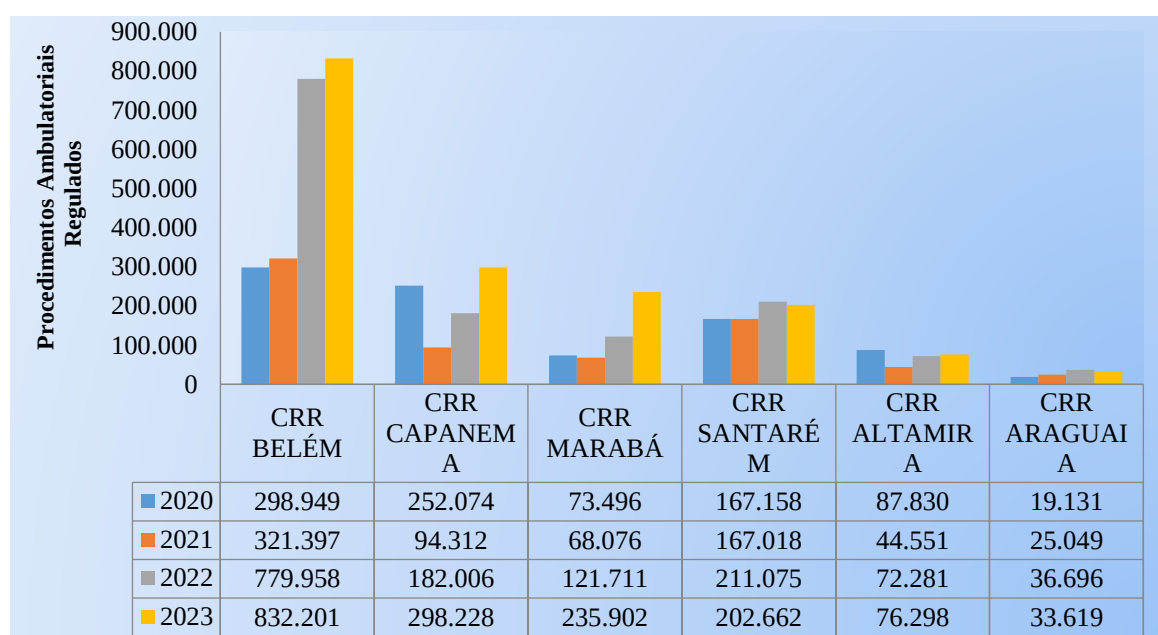
Figura 137 – Quantitativo de Internações Reguladas, Povos Indígenas, Setembro 2020 a Setembro 2023.



Fonte: Sistema Estadual de Regulação – SER II hospitalar.

Com a finalização em 2023, da mudança do Sistema de regulação SISREG que ainda era utilizado na regulação ambulatorial para o Sistema Estadual de Regulação – SER ambulatorial, pelo CRR Belém, todos os Complexos Reguladores Regionais utiliza o sistema SER para regular os procedimentos de gestão da Secretaria Estadual. Assim, toda a rede Estadual passa a se comunicar, com isso novos atendimentos foram registrados em sistema com a inclusão de mais 23 unidades executantes. Observamos abaixo, assim como a internação a evolução dos procedimentos ambulatoriais regulados (consultas, exames de imagens, diagnose, laboratório e pequenas cirurgias ambulatoriais), através do SER ambulatorial.

Figura 138 – Procedimentos Ambulatoriais Regulados – 2020 a 2023.



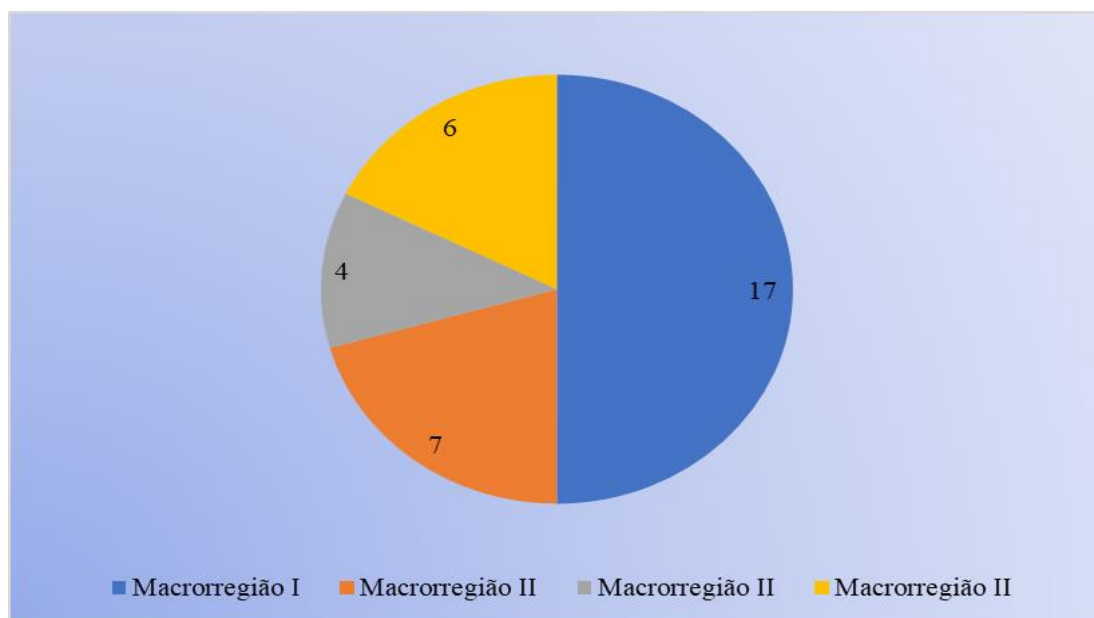
Fonte: SISREG e SER ambulatorial.

Com relação as consultas reguladas, as maiores demandas neste período foram as especialidades em: ortopedia/traumatologia, cirurgia geral, cardiologia, urologia, neurologia adulta e pediátrica, neurocirurgia, endocrinologia, otorrinolaringologia e nefrologia e as maiores demandas de SADT foram ultrassonografias, tomografias computadorizadas, radiologias, ressonâncias magnéticas e ecocardiogramas.

Com a ampliação dos serviços de hemodiálise de gestão estadual, de 239 máquinas em 2019 para 482 em 2023 e para um acesso com transparência e de forma regulada foi criado o sistema de regulação- SER TRS, de acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva, em fase de implantação nos Complexos Reguladores do Estado, com fluxos estabelecidos e propondo aos municípios que possuem serviço de TRS sob sua

gestão de utilizarem o sistema de regulação para TRS, melhorando dessa forma o acesso aos serviços.

Figura 139 – Quantitativo de Serviços de Hemodiálise Ambulatorial do Estado por Macrorregião.

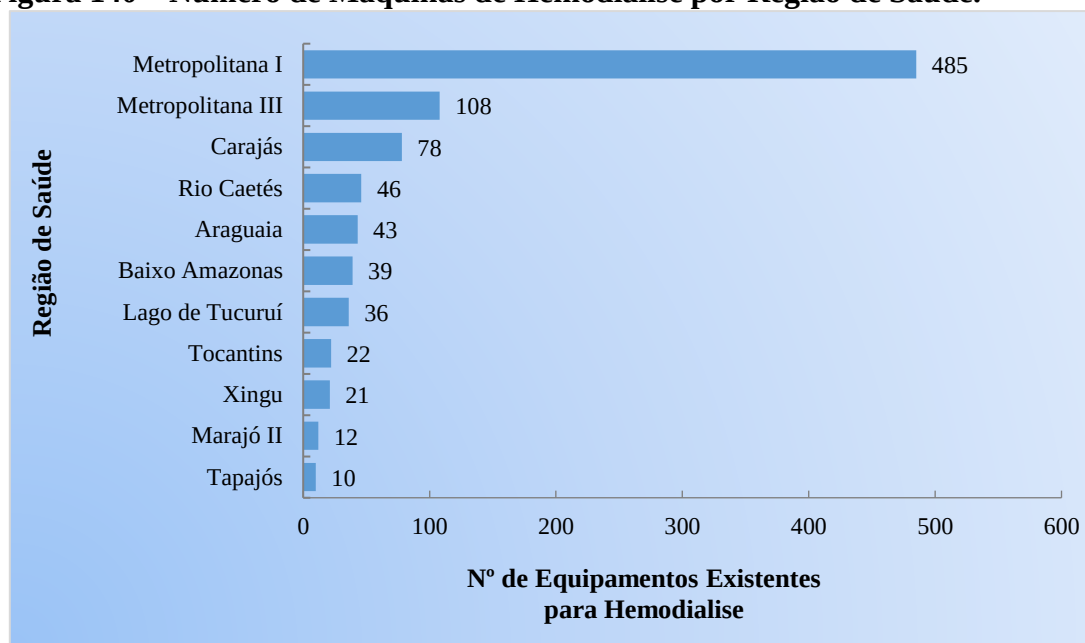


Fonte: SISREG e SER ambulatorial.

Os serviços de hemodiálise estão localizados na:

- I- Macrorregião I
 - Região Metropolitana I (Belém - 11, Marituba - 01, Ananindeua - 03)
 - Região Tocantins (Abaetetuba - 01)
 - Região Marajó II (Breves - 01)
- II- Macrorregião II
 - Região Caetés (Capanema - 02, Bragança - 01)
 - Região Metropolitana II (Castanhal - 03 e Ulianópolis - 01)
- III- Macrorregião III
 - Região Baixo Amazonas (Santarém - 02)
 - Região Tapajós (Itaituba - 01)
 - Região Xingu (Altamira - 01)
- IV- Macrorregião IV
 - Região Carajás (Marabá - 02, Parauapebas - 01)
 - Lago de Tucuruí (Tucuruí - 01)
 - Araguaia (Redenção - 01, Ourilândia - 01)

Figura 140 – Número de Máquinas de Hemodiálise por Região de Saúde.



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

Nota: Os dados relativos ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) exibidos no TABNET referem-se aos registros constantes no Banco de Dados Nacional do CNES com status ATIVO; A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que: Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa". De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica". A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

O processo de capacitação das equipes de regulação municipais é realizado pela Regulação do acesso conforme programação anual estabelecida por área de abrangência dos Centros Regionais de Saúde. O apoio técnico quanto a operacionalização do sistema SER aos municípios solicitantes e CRR, é permanente através de uma equipe de suporte da Empresa Ecossistemas.

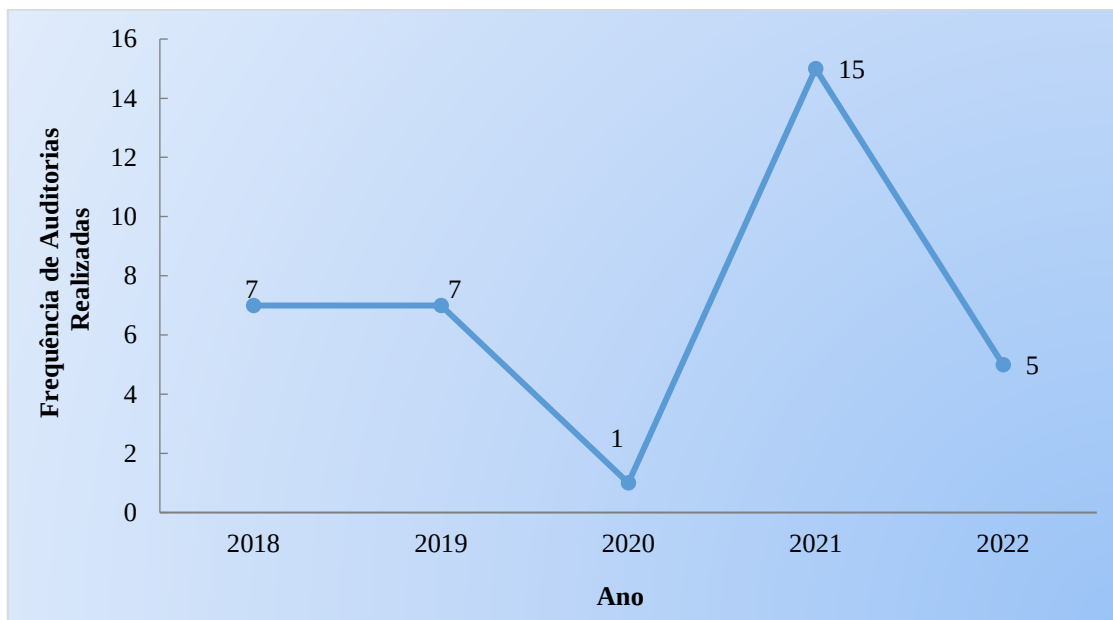
5.5.2 Auditoria

A realização de auditoria no Sistema Único de Saúde/SUS, visa subsidiar os órgãos de governança do SUS, aí incluídas as instâncias colegiadas, na formulação de políticas públicas de saúde e de gestão estratégica, democrática e participativa. Tal atividade se dá de forma independente e objetiva, por meio da avaliação da adequação das ações e serviços públicos de saúde e de sua regularidade quanto aos aspectos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos.

A nível estadual, a atividade de auditoria do Sistema Único de Saúde –SUS é realizada pelo Componente Estadual de Auditoria do SUS, e no período de 2018 –

2022, o Sistema de Auditoria do SUS-SISAUD/SUS, registrou um quantitativo de 35 (trinta e cinco) auditorias do SUS realizadas no Estado, conforme observado a seguir.

Figura 141 – Frequência de Auditorias Realizadas do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SISAUD/SUS.

O gráfico acima demonstra uma frequência discreta das auditorias realizadas no período, salvo o ano de 2021 onde houve um aumento expressivo em relação aos demais anos da série, haja vista que neste ano, ocorreram 07 auditorias programadas, somadas as 08 demandadas em caráter de urgência pelo Ministério da Saúde ao Componente Estadual de Auditoria, referente ao cumprimento do atendimento de Órtese, Prótese e Medicamentos Especiais na Região Metropolitana de Belém.

As auditorias realizadas no período citado abrangeram todas 13 (treze) regiões de saúde do Estado e tiveram como foco, no âmbito da Atenção Primária, a avaliação da gestão municipal de saúde no desempenho dos programas Tuberculose e Hanseníase (2018-2019), e no Pacto pela redução da mortalidade materna no Estado (2020-2022), na Média e Alta Complexidade – MAC e na apuração de denúncia.

Alguns fatores se apresentam como determinantes para a enumerável execução da auditoria do SUS no Estado no período supracitado e perpassam inicialmente por recursos humanos reduzidos do Componente Estadual de Saúde, que por sua vez é a única equipe que realiza a atividade de auditoria do SUS a nível estadual, processo de trabalho alongado que inicia com a fase analítica do processo através do planejamento e levantamento de dados perpassando pela fase operativa, onde a visita *in loco* aos

estabelecimentos é obrigatória, até a fase final quando há a elaboração de relatório preliminar, qualificação destas informações e posterior envio para a defesa do auditado, quando então é emitido o relatório conclusivo e considerada como atividade finalizada. O Componente Estadual de Auditoria é responsável ainda, pela capacitação de servidores de nível regional e municipal que irão engajar no Sistema Nacional de Auditoria – SNA, para atuar como Auditores do SUS.

Diante deste cenário, conjectura-se a necessidade de fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria no Estado, através estruturação dos componentes estaduais e regionais a fim de promover a ampliação número de auditorias do SUS realizadas estendendo o quantitativo de estabelecimentos e entes auditados aperfeiçoando a transparência das ações de saúde e dos recursos despendidos.

5.5.3 Ouvidoria

A Ouvidoria atua como “Instrumento de Modernização” quando se torna subsídio para a tomada de decisão. Por conta disso os registros das manifestações pessoais e/ou coletivas, referentes à saúde, são realizados através do Sistema OuvidorSUS do Ministério da Saúde que gera dados e informações para subsídio dos relatórios gerenciais de ouvidoria, uma ferramenta estratégica para os gestores do SUS, para o estabelecimento de melhoria das ações e dos serviços, assim como, para a implantação de novos serviços e também na elaboração das ferramentas de planejamento da saúde (Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde).

A Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde do Pará - SESPA é um instrumento de garantia de Direitos, participação social, transparência, gestão e controle social no SUS, atuando diretamente no apoio à descentralização do serviço de Ouvidoria do SUS para os municípios e estabelecimentos de saúde no âmbito deste Estado.

A utilização do indicador de resolutividade, proporciona a gestão da SESPA a avaliação contínua dos processos organizacionais. O indicador mensura o percentual de manifestações resolvidas com a intervenção da Ouvidoria mediando o acesso do usuário aos serviços de saúde, ajustando processos de trabalho, assim como a disseminação de informações em saúde para todo o Estado.

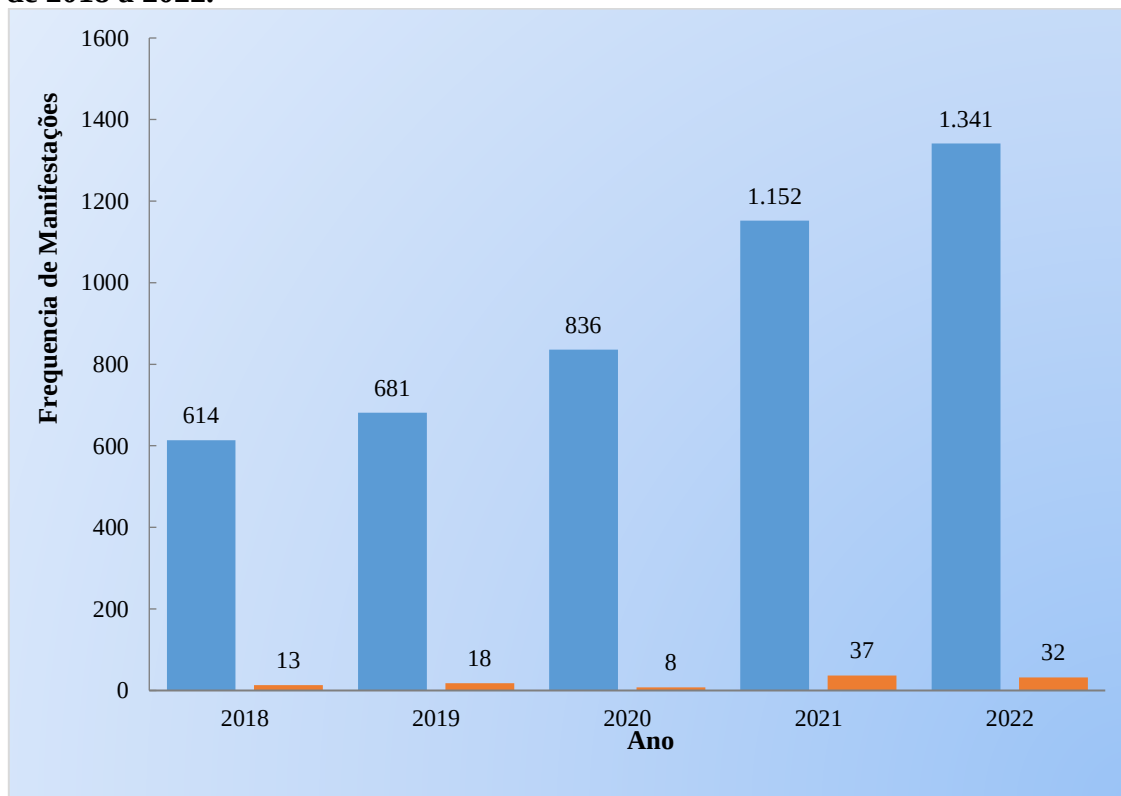
Atualmente o principal desafio junto a gestão do SUS é instituir o diálogo com a Rede Estadual das Ouvidorias do SUS assim como com os pontos de resposta para a

qualificação das informações e agilidade no tempo de resposta no prazo da Lei 13.460/2017 (Decreto Estadual nº 113/2019).

Número de Manifestações Registradas por Ano na Ouvidoria Central da Sesp:

Do total de **4.732 MANIFESTAÇÕES REGISTRADAS** na Ouvidoria central da SESP no período de 2018 a 2022, **4.624 MANIFESTAÇÕES FORAM FINALIZADAS**, alcançando um **Índice de Resolutividade satisfatório** que demonstram uma boa resolubilidade e a satisfação do usuário, como demonstra a efetividade do serviço no retorno ao cidadão nas figuras a seguir com os dados distribuídos entre finalizadas e pendentes por ano:

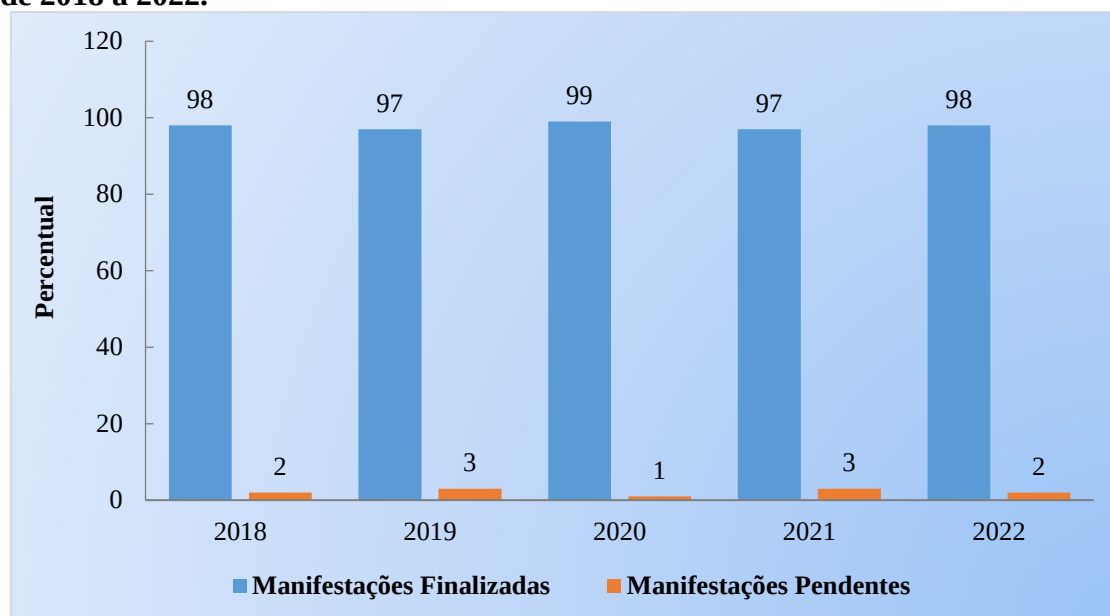
Figura 142 – Frequência de Manifestações por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

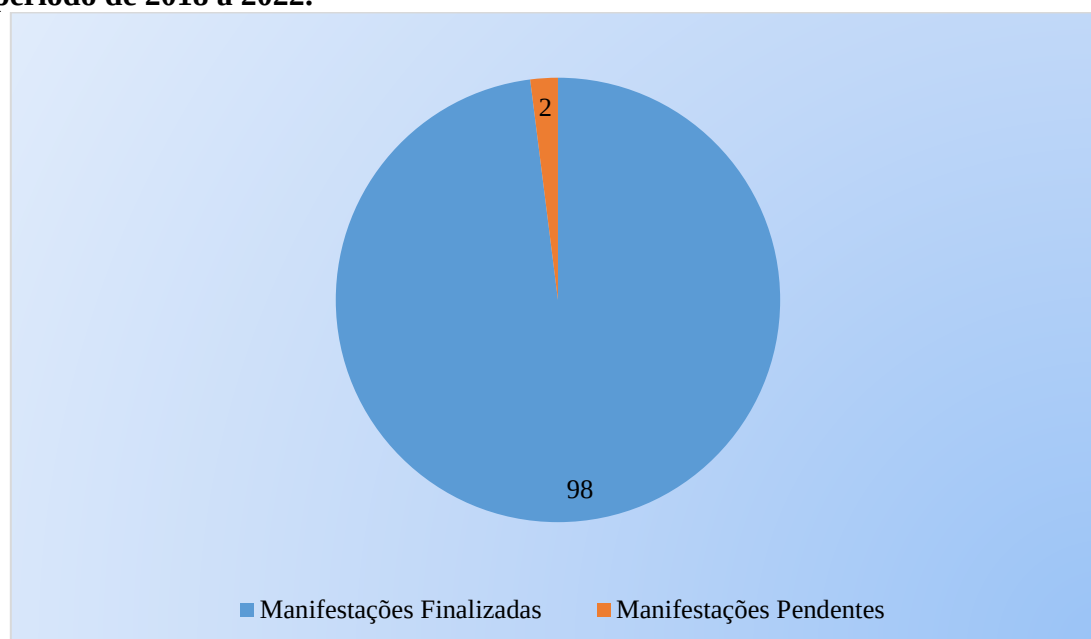
Conforme observa-se na Figura 143 a seguir, houve uma constância no percentual de resolutividade por esta Ouvidoria/SESPA durante o período, sempre acima de 97% das manifestações finalizadas, garantindo o acesso com a qualidade de resposta aos usuários do SUS, alcançando uma média consolidada de 98% de manifestações finalizadas no período descrito na Figura 144.

Figura 143 – Percentual de Manifestações por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Figura 144 – Percentual de Manifestações Consolidadas do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

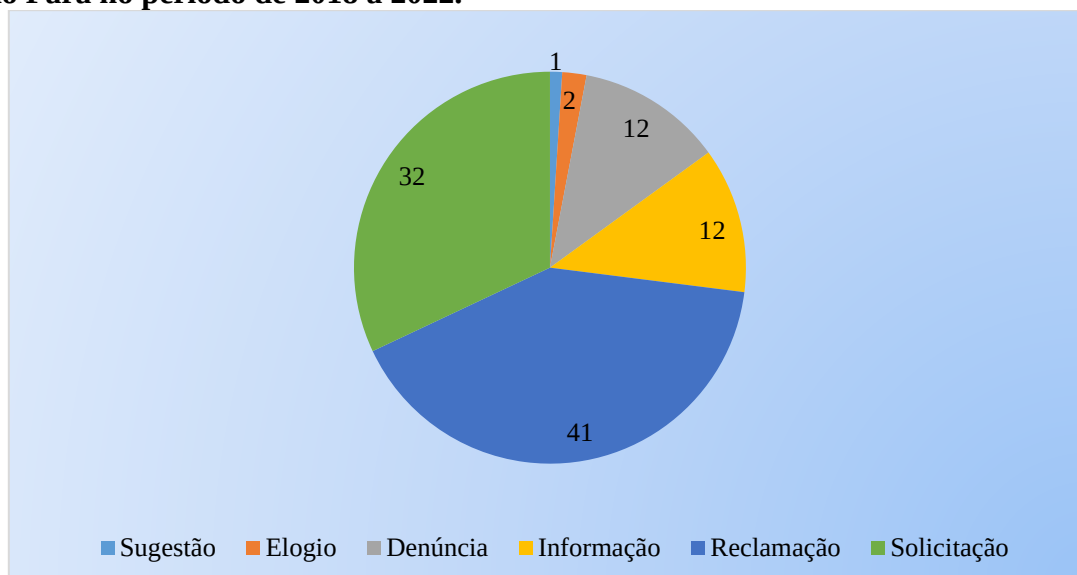
Manifestações Recebidas na Ouvidoria no Período de 2018 a 2022

Distribuídas por Classificação (SISTEMA OUVIDORSUS):

No período de 2018 a 2022 as manifestações registradas foram classificadas em um total de 41% reclamações, 32% solicitações, 12% informações, 12% denúncias, 2% elogios e 1% sugestões, conforme descrito na Figura 145, revelando a necessidade de

ajustes nos processos de trabalho da gestão do SUS e dos serviços de saúde uma vez que a reclamação ficou com maior índice de registros, sinalizada pela participação dos usuários através da utilização dos diversos canais de acesso da ouvidoria, disponibilizados para a população de forma descentralizada e Regionalizada.

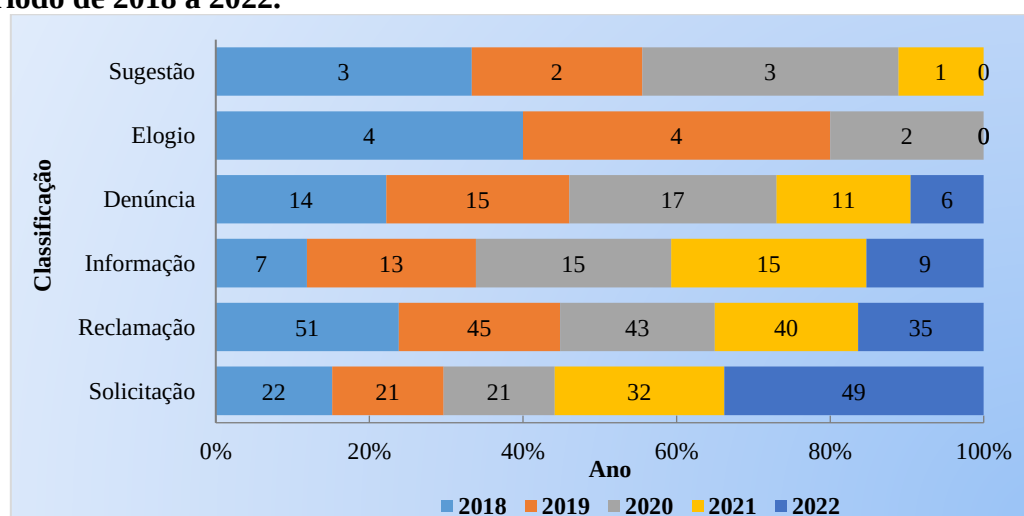
Figura 145 – Percentual Consolidado de Manifestações por Classificação do Estado do Pará no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

As reclamações sempre estiveram em vantagem sobre as outras classificações com , mas no ano de 2022 as solicitações de acesso aos serviços de saúde ficaram em destaque com 48% das manifestações conforme podemos observar na Figura 146 logo abaixo:

Figura 146 – Percentual de Manifestações por Classificação do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



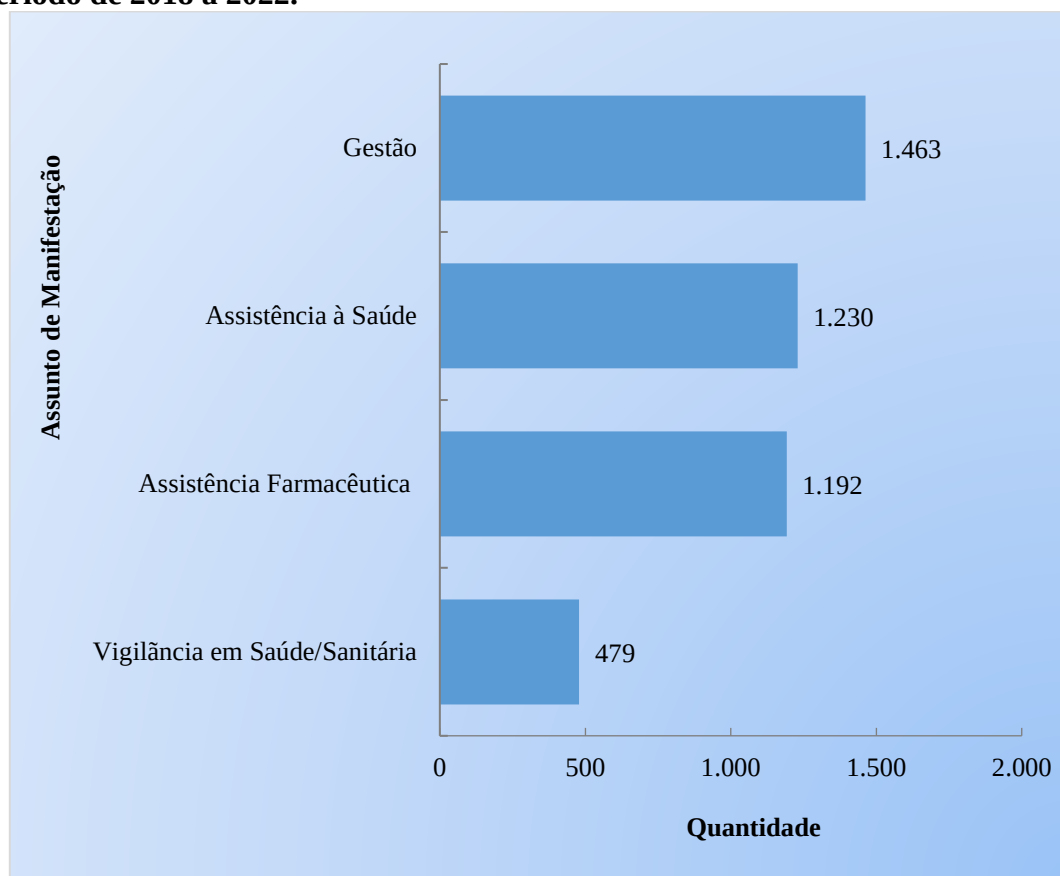
Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Manifestações Recebidas na Ouvidoria no Período de 2018 a 2022

DISTRIBUIDAS POR ASSUNTO (SISTEMA OUVIDORSUS):

Das Manifestações recebidas no período, os assuntos mais recorrentes foram categorizados como: Gestão (1.463), Assistência à Saúde (1.230), Assistência Farmacêutica (1.192) e Vigilância em saúde (479), conforme descrito na Figura 147 a seguir:

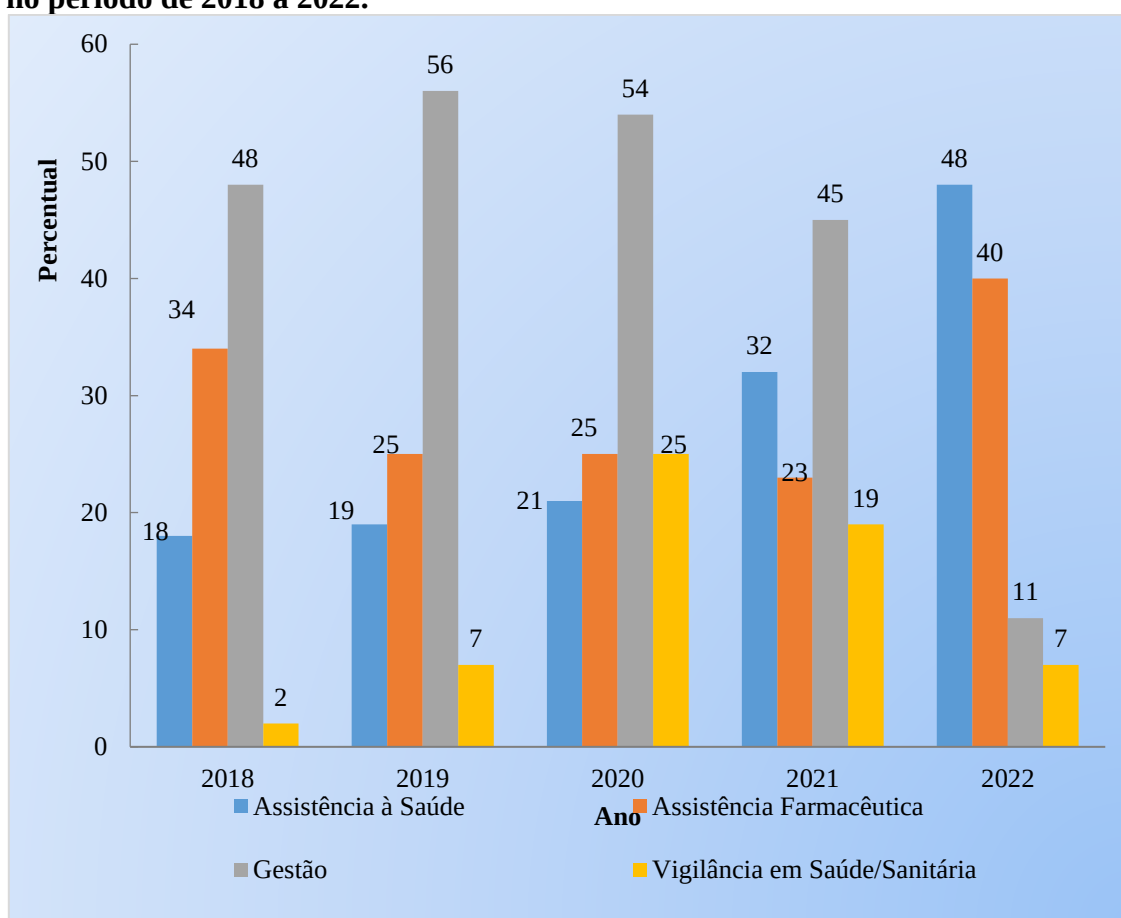
Figura 147 – Frequência de Manifestações por Assunto do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Os principais problemas identificados dentro da gestão (1.463) são referentes à dificuldade de acesso/demora no atendimento nos estabelecimentos de saúde (falta de vagas ou quantidade restrita de vagas de consultas retorno, exames e cirurgias eletivas, formando filas internas), recursos humanos (insatisfação com o profissional de saúde) e interrupção dos serviços (salas de vacinas). É importante sinalizar que este assunto é o mais prevalente em todos os anos avaliados neste período sempre acima dos 40% como pode-se observar na Figura 148 abaixo:

Figura 148 – Percentual de Manifestações por Assunto por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Sobre o assunto assistência a saúde (1.230), que reflete as dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelo desconhecimento do fluxo de serviços disponibilizados na Rede SUS do Estado/Município ou pela demanda maior que a oferta dos serviços, o que ocasionam demora no atendimento do usuário (exames e consultas especializadas e leito hospitalar), assim como a dificuldade dos usuários e trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde de compreensão no cadastro das solicitações nos sistemas de regulação (SER E SISREG), além da falta de especialidades para o tratamento adequado dentro do Estado ficou como o segundo assunto mais demandado para a ouvidoria da SESPA, com 32% dos registros, conforme Figura 149 a seguir.

As especializadas mais solicitadas neste período foram: neurologia (pediátrica), urologia (cirurgia), ortopedia (cirurgia), oftalmologia (cirurgia), cirurgia geral, cirurgia ginecológica e fisioterapia, além das terapias multiprofissionais.

Sobre a assistência farmacêutica os principais problemas identificados foram a falta de medicamentos especializados do Grupo 1B, devido à morosidade no processo

de compra e aquisição e demora na entrega pelo fornecedor resultando no desabastecimento das Unidades Dispensadoras de medicamentos Especializados (UDME's) e também o atraso na entrega dos medicamentos do Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), cuja aquisição é feita de forma centralizada pelo Ministério da Saúde conforme preconiza o Art. 104 da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, ficou como o terceiro assunto mais demandado para a ouvidoria da SESPA, com 31% dos registros, conforme Figura 149 a seguir.

Este assunto foi priorizado, pois este componente atende à diversas patologias de manejo extremamente críticos e graves como os pacientes renais crônicos, oncológicos, esquizofrênicos, transplantados, hepatite C, esclerose múltipla, com síndromes raras dentre outras patologias.

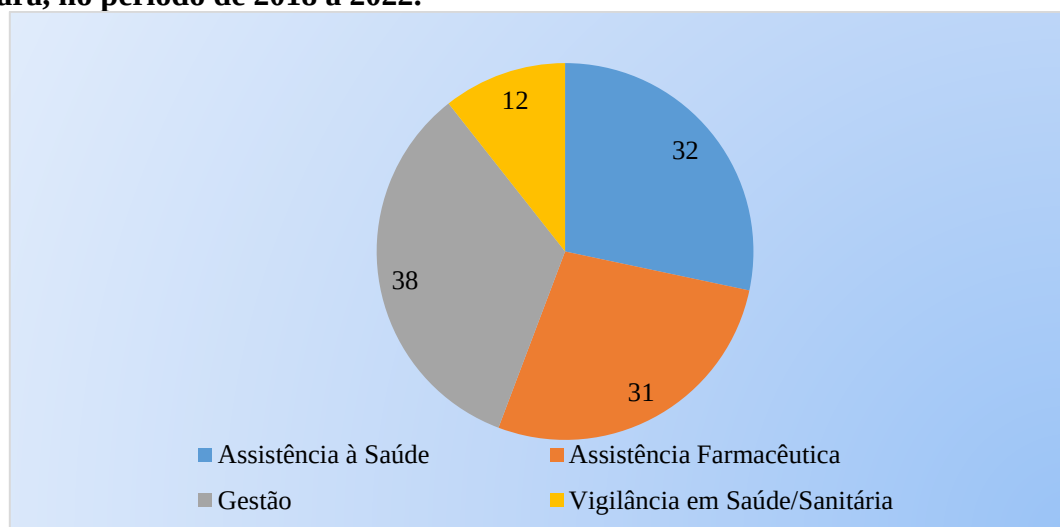
O papel da ouvidoria central da SESPA foi estabelecer o canal de comunicação entre os usuários e as UDME's no sentido de mantê-los informados sobre os processos de aquisição até a regularização do estoque dos medicamentos.

Os medicamentos mais recorrentes de falta foram: clozapina, adalimumabe, azatioprina, insulina glargina/basal/lantus, insulina degludeca, iloprost, acetato de lanreotida, formoterol + budesonida, acetato de goserrelina, citrato de tofacitinibe, etanercepte, goserrelina.

Sobre o assunto vigilância em saúde as demandas em relação a dificuldade de acesso as vacinas do calendário nacional (sarampo, BCG, influenza (H1N1) etc.), além de situações relacionadas a falta de vacina de nas salas de vacina para os grupos prioritários durante as campanhas nacionais de vacinação que ocorreram no período, ficou como o quarto assunto mais demandado para a ouvidoria da SESPA, com 12% dos registros, conforme Figura 149 a seguir.

Nos anos de 2020 e 2021, a população utilizou os canais da Ouvidoria/SESPA para manifestações sobre a pandemia do COVID 19 sobre negativa de atendimento, demora de atendimento, falta de leitos, Unidades de atendimento de urgência fechadas, caso suspeito e confirmado de COVID 19, aglomeração de pessoas, falta de equipamento de proteção individual (EPI), locais para a realização de exames de COVID assim como a dificuldade de recebimento dos resultados e problemas com a falta de vacina para COVID nas salas de vacina localizadas dentro do Estado do Pará.

Figura 149 – Percentual de Manifestações por Assunto Consolidada do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Rede Estadual das Ouvidorias do SUS: Ouvidorias Implantadas no Período de 2018 a 2022 no Estado do Pará:

Neste período a Ouvidoria Central realizou em parceria com as Ouvidorias Regionais descentralizadas da SESPA assessoramento e apoio técnico junto à gestão do SUS Municipal e Estabelecimentos de Saúde para a implantação do serviço de Ouvidoria do SUS com o fito de ampliar o acesso e o controle social de forma estratégica e regionalizada, levando o serviço para mais perto do cidadão dentro da sua área de atendimento contemplando as Políticas públicas de saúde no âmbito deste Estado, indo de 57 ouvidorias em 2018 para 117 ouvidorias implantadas no Estado em 2022, conforme Figura 150 a seguir:

Figura 150 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Componentes do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

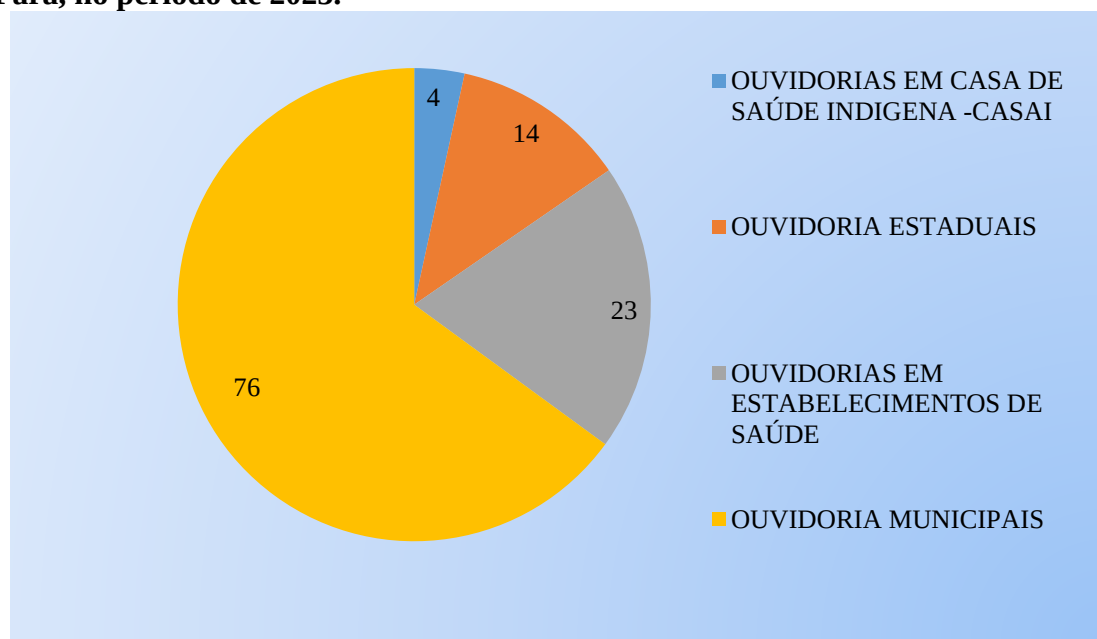
Neste período foram implantadas 117 ouvidorias, sendo 14 ouvidorias estaduais (central e regionais), 76 ouvidorias das Secretarias Municipais de Saúde, 23 ouvidorias de Hospitais e 04 ouvidorias nas Casas de Saúde Indígena que fazem parte da Rede Estadual das Ouvidorias do SUS, com a maioria localizada na Região do Rio Caetés seguida das Regiões Metropolitanas, como pode-se observar na Tabela 167 e na Figura 151 a seguir:

Tabela 167 – Número de Ouvidorias do SUS Implantadas no Estado do Pará por Categoria de Ouvidoria Distribuída por Região de Saúde.

Região de Saúde	Ouvidoria Estaduais	Ouvidoria Municipais	Ouvidorias em Estabelecimentos de Saúde	Ouvidorias em Casa de Saúde Indígena - CASAI
Tocantins	2	6	1	0
Rio Caetés	1	15	5	0
Xingu	1	6	1	0
Baixo Amazonas	1	5	1	0
Tapajós	0	3	1	0
Lago Tucuruí	0	2	2	0
Marajó I	0	1	0	0
Marajó II	1	1	0	0
Metropolitana I	3	4	8	0
Metropolitana II	1	8	2	0
Metropolitana III	2	11	1	0
Araguaia	1	8	1	4
Carajás	1	6	0	0
Total	14	76	23	4
Total Geral - Ouvidorias				117

Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Figura 151 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Categoria do Estado do Pará, no período de 2023.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

O diálogo com a população contribuiu de forma significativa para a obtenção de resultados positivos para a Gestão do SUS, pois uma simples manifestação traz consigo dados reais que implicam em verdadeiros indicadores de mudanças.

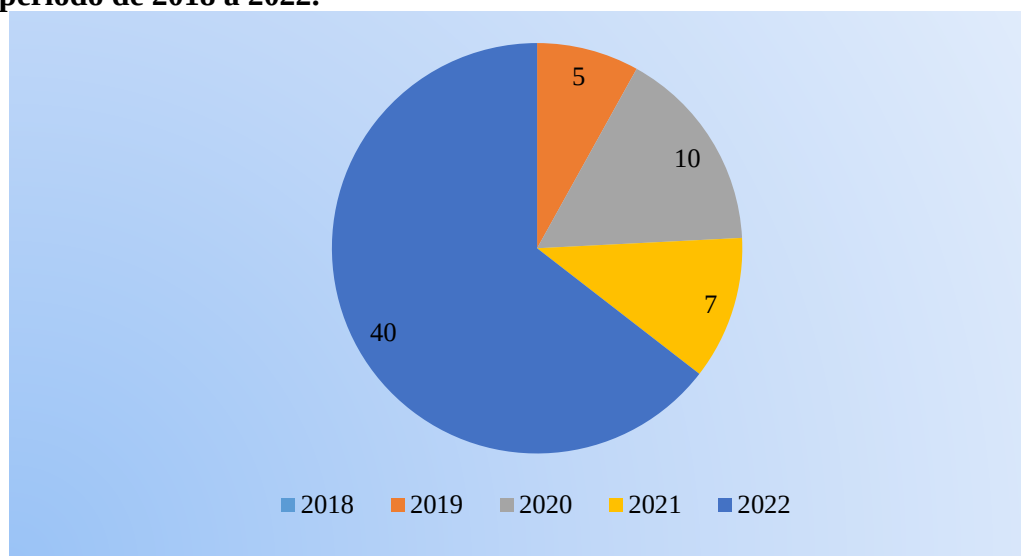
A ouvidoria trabalha anualmente para implantar e implementar 100% das ouvidorias do SUS dentro do Estado, na perspectiva de contribuir para transparência pública, para eficácia, eficiência e resolutividade Institucional, participam também da Governança através da participação direta do cidadão. A cada ano trabalhado soma-se mais um espaço de participação cidadã, como descrito na Tabela 168 a seguir, onde tivemos um número expressivo de ouvidorias implantadas no ano de 2022, com 40 novas ouvidorias do SUS em funcionamento, conforme Figura 152 que segue abaixo:

Tabela 168 – Número de Ouvidorias do SUS Implantadas no Estado do Pará distribuídas por Região de Saúde no período de 2018 a 2022.

Região de Saúde/ Componente	2018	2019	2020	2021	2022
Tocantins	6	9	9	9	9
Rio Caetés	10	12	14	15	20
Xingu	6	6	6	6	8
Baixo Amazonas	2	1	2	3	8
Tapajós	1	1	1	2	4
Lago Tucuruí	3	3	3	3	4
Marajó I	0	0	0	0	1
Marajó II	1	2	2	2	2
Metropolitana I	2	3	4	4	15
Metropolitana II	2	6	6	7	11
Metropolitana III	10	10	11	15	14
Araguaia	3	4	7	7	14
Carajás	3	4	4	4	7
Total	49	61	69	77	117

Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Figura 152 – Frequência de Ouvidorias Implantadas por Ano do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.



Fonte: OUVIDORSUS, 2023.

Para monitoramento das ouvidorias do SUS utiliza-se o Painel de Dados das ouvidorias do SUS, do Ministério da Saúde, (<https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/paineis-de-dados>) que é um sistema de monitoramento das ouvidorias e manifestações registradas através do Sistema OuvidorSUS/MS, que pode ser consultado por localidade e estabelecimento de saúde, onde a partir da observação dos dados do painel demonstra a necessidade de intensificar ações nos locais que apresentam baixo índice quanto a implantação do serviço de Ouvidoria do SUS assim como no registro das manifestações e tempo de resposta, na perspectiva de alcançar a meta de 100% do serviço de ouvidorias do SUS implantadas e em funcionamento no estado do Pará, assim como a resposta com resolutividade e no tempo oportuno.

5.5.4 Planejamento em Saúde

O Planejamento em Saúde no Estado do Pará se configura como uma ferramenta fundamental para a gestão pública eficaz, norteando as ações e investimentos do setor com o objetivo de garantir o acesso universal e equitativo à saúde de qualidade para toda a população do Estado que apresenta uma vasta dimensão territorial e um complexo arranjo sociocultural. Através de um processo estruturado e participativo, o planejamento permite identificar as necessidades da população, definir prioridades,

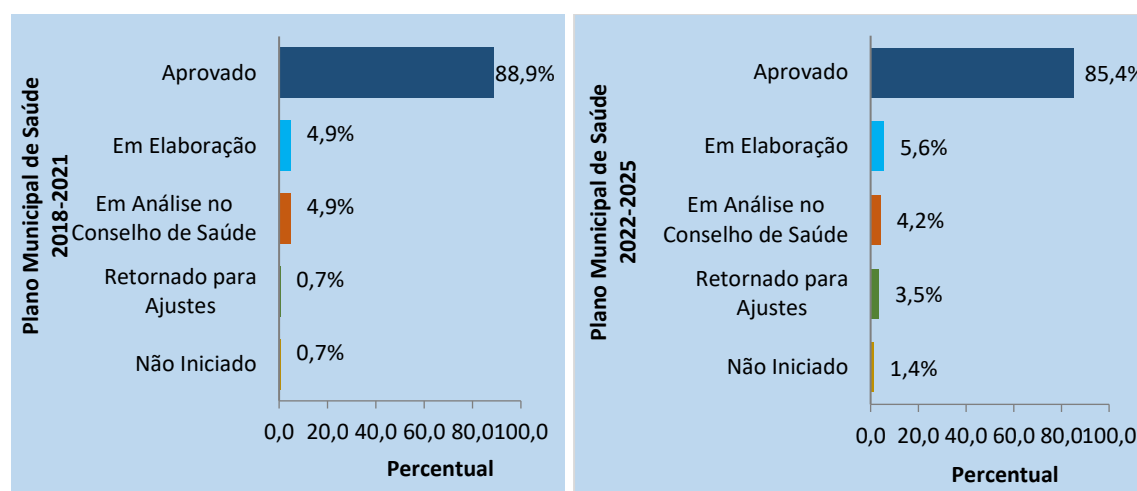
alocar recursos de forma estratégica e acompanhar os resultados das ações implementadas.

A partir da análise da Figura 153 quanto a situação dos Planos Municipais de Saúde Estado do Pará, para os períodos 2018-2021 e 2022-2025, observa-se que a aprovação dos planos pelos Conselhos de Saúde caiu de 88,9% para 85,4% de um período para o outro, indicando uma ligeira redução no número de Planos de Saúde aprovados. Os planos não iniciados também aumentaram de 0,7% para 1,4%, destacando possíveis dificuldades na fase inicial do processo de planejamento, que implicarão na inadimplência quanto aos instrumentos de planejamento.

Além disso, houve uma redução de 4,9% para 4,2% nos planos em análise no Conselho de Saúde, indicando uma possível melhoria na eficiência do processo de avaliação. Por outro lado, o percentual de planos retornados para ajustes subiu significativamente de 0,7% para 3,5%, refletindo talvez critérios mais rigorosos ou a necessidade de melhorias nos planos submetidos. O percentual de planos em elaboração aumentou de 4,9% para 5,6%, sugerindo mais desafios na elaboração dos planos.

Em resumo, os gráficos mostram uma elevada taxa de aprovação dos planos de saúde, porém um aumento no percentual de planos em elaboração e não iniciados no quadriênio atual. Isso sugere a necessidade de reforçar o apoio técnico para a elaboração, na análise e aprovação dos Planos Municipais de Saúde no Pará.

Figura 153 – Situação do Instrumento de Planejamento do SUS nos Municípios do Pará: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e 2022-2025 registrados no Sistema DigiSUS.



Fonte: LIASAUDE, data 10/04/2024, elaborado por: NISPLAN.

A tabela 169 detalha a situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS a nível Estadual, entre 2020 e 2023. O Plano Estadual 2020-2023 foi aprovado. A Programação Anual de Saúde (PAS) de 2020 e 2021 também foram aprovadas, enquanto dos anos 2022 e 2023 estão em análise no Conselho de Saúde. O Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2020 foi aprovado com ressalvas, o de 2022 e 2023 está em análise, e o de 2023 ainda está em elaboração, refletindo a complexidade e o tempo necessário para aprovar e avaliar a gestão da saúde.

Os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) de 2020 foram avaliados, os de 2021 e 2022 estão em análise, o 3º RDQA de 2023 ainda está em elaboração. Isso mostra um processo contínuo e metódico do monitoramento.

Em resumo, a maioria dos instrumentos está em análise ou aguardando aprovação, indicando a necessidade de otimizar e agilizar os processos de revisão para garantir que os planos e relatórios de saúde estejam atualizados e eficazes para atender às demandas do SUS no Pará.

Tabela 169 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS.

Instrumento DGMP	Período/Ano	Status
Plano Estadual	2020-2023	Aprovado
PAS	2020	Aprovado
	2021	Aprovado
	2022	Em análise no Conselho de Saúde
	2023	Em análise no Conselho de Saúde
1º RDQA	2020	Avaliado
	2021	Avaliado
	2022	Em análise no Conselho de Saúde
	2023	Em análise no Conselho de Saúde
2º RDQA	2020	Avaliado
	2021	Em análise no Conselho de Saúde
	2022	Em análise no Conselho de Saúde
	2023	Em análise no Conselho de Saúde
3º RDQA	2020	Avaliado
	2021	Em análise no Conselho de Saúde
	2022	Em análise no Conselho de Saúde
	2023	Em Elaboração
RAG	2020	Aprovado com Ressalvas
	2021	Em análise no Conselho de Saúde
	2022	Em análise no Conselho de Saúde
	2023	Em Elaboração

Fonte: LIASAUDE, data 09/04/2024, elaborado por: NISPLAN.

Nas tabelas 170 e 171 mostram a situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS no Estado do Pará. Para 2018-2021, um número significativo de instrumentos, como os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), não foram finalizados pela gestão (com 324, 334, e 256 respectivamente) e também não foram analisados pelo Conselho de Saúde (com 354, 357, e 325 respectivamente). As Programações Anuais de Saúde (PAS) também apresentaram problemas, com 121 não finalizados e 193 não analisados.

No período 2022-2025, os números indicam um ligeiro aumento de casos não finalizados e não analisados. O PAS teve 181 não finalizados e 228 não analisados. Os RDQA e RAG também mostram aumentos consideráveis, com o 1º RDQA tendo 146 não finalizados e 197 não analisados, e o RAG apresentando 170 não finalizados e 222 não analisados.

Em resumo, os dados indicam um crescimento nos desafios de gestão e análise dos instrumentos de planejamento de saúde no Pará entre os dois períodos, refletindo uma necessidade urgente de melhorias nos processos de elaboração, revisão e aprovação para garantir que os instrumentos cumpram seus objetivos de planejar e avaliar eficazmente a saúde pública.

Tabela 170 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS, no período de 2018-2021.

Instrumentos	Período	Não Finalizados pela Gestão	Não Analisados pelo Conselho
Plano de Saúde	2018-2021	9	16
PAS		121	193
1º RDQA		324	354
2º RDQA		324	357
3º RDQA		328	363
RAG		256	325

Fonte: LIASAUDE, data 10/04/2024, elaborado por: NISPLAN.

Tabela 171 - Situação dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Estado do Pará registrados no Sistema DigiSUS, no período de 2022-2025.

Instrumentos	Período	Não Finalizados pela Gestão	Não Analisados pelo Conselho
Plano de Saúde	2022-2025	15	21
PAS		181	228
1º RDQA		146	197
2º RDQA		158	207
3º RDQA		167	219
RAG		170	222

Fonte: LIASAUDE, data 10/04/2024, elaborado por: NISPLAN.

5.5.5 Judicialização da Saúde

A definição de judicialização da saúde engloba a busca por soluções judiciais para suprir demandas de saúde, muitas vezes por meio de ações individuais, aumentando significativamente, gerando impactos tanto no sistema de saúde quanto no sistema judiciário, evidenciando a necessidade de compreensão e análise mais aprofundadas.

No contexto atual, o estado do Pará, através da Secretaria de Saúde Pública, busca compreender a dinâmica da judicialização da saúde no estado, bem como identificar os desafios, limitações e alternativas para reduzir os impactos negativos decorrentes desse fenômeno. Neste sentido, houve a criação do Núcleo de Demandas Jurídicas, a Participação ativa nos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NATJUS; Participação ativa no Comitê de Saúde Estadual; Criação de planos de execução para ações de objetos com fornecimento contínuo de medicamentos e fórmulas nutricionais; Criação e implantação da Câmara de Resolução de Demandas administrativa, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde - SESMA, Defensores públicos do Estado do Pará, Defensores Públicos da União, Procuradores do Estado do Pará, Procuradores do Município, com o escopo de promover o atendimento de assistidos que demandem prestação de serviços de saúde, de modo a reduzir o ajuizamento de ações, buscando solução administrativa no âmbito das políticas públicas. Com objetivo de melhoramento do processo, outras estratégias são implementadas, tais como:

- Estimular a busca de solução extrajudicial dos litígios, difundindo e apoiando a adoção de técnicas de composição e administração de conflitos, através da Câmara de Resolução de Demandas de Saúde Pública - CRDS;

- Promover a integração interinstitucional dos membros do Comitê de Saúde Estadual, em especial a articulação, integração e intercâmbio entre os órgãos e entidades públicas ou privadas, a fim de identificar reincidências de objetos de ações e delimitação de fluxos, bem com propor soluções, por consenso de seus executores, para resolução de complexas demandas da saúde, com repercussão coletiva, visando evitar a judicialização da política de saúde;

- Propor a criação de vara judicial especializada em saúde, a fim de viabilizar amplo conhecimento da matéria saúde pública.

5.6 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

5.6.1 Gestão do Trabalho

A Gestão do Trabalho no Plano Plurianual está inserida no **Programa Manutenção da Gestão**, na Ação “**Operacionalização das Ações de Recursos Humanos**”, tanto no PPA atual (2020-2023), como no referente ao anterior. No Estado, além da SESPA contempla o maior contingente de pessoal, seguida demais órgãos vinculados Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Fundação HEMOPA, Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, e Hospital Ophir Loyola, cujos a Força de Trabalho detém de 13.639 profissionais (janeiro/2022), conforme as Tabelas sequenciais.

Tabela 172 – Quantitativo de Servidores SESPA e Vinculados, no período de 2018 a 2022.

Órgão	2018	2019	2020	2021	2022
FHCGV	1.098	1.112	1.108	1.248	1.253
FSCMPA	2.393	2.461	2.427	2.585	2.660
HEMOPA	862	874	826	862	825
HOL	1.533	1.597	1.597	1.683	1.663
SESPA	7.743	7.599	7.468	7.353	7.238
TOTAL	13.629	13.643	13.426	137.31	13.639

Fonte: Folha/SIGIRH, referência mês de janeiro de cada ano.

Esta Força de Trabalho em Saúde está inserida em três formas de vínculo, sejam **Efetivos**, **Temporários** e **Exclusivamente** Comissionados, contando ainda com Estagiários Regulares como na FSCMPA e HEMOPA. O quadro seguindo demonstra que esta FTS é composta principalmente por vínculos efetivos, que representa 70,5% quando se analisa o ano de 2022.

Tabela 173 – Quantitativo de Pessoal, por Tipo de Vínculo, no período de 2018 a 2022.

Ano	Tipo de Vínculo	FHCGV	FSCMPA	HEMOPA	HOL	SESPA
2018	Efetivo	803	1.827	533	530	7.319
	Temporário	258	500	300	955	237
	Exclus. Comissionado	37	27	29	48	187
	Estágio	-	39	-	-	-
2019	Efetivo	776	1.796	535	535	7.280
	Temporário	308	573	311	1.027	288
	Exclus. Comissionado	28	31	29	35	175
	Estágio	-	57	9	-	-

2020	Efetivo	767	1.794	520	515	6.973
	Temporário	312	557	269	1.048	245
	Exclus. Comissionado	29	28	28	34	250
	Estágio		48	9		
2021	Efetivo	775	1.791	537	501	6.582
	Temporário	442	756	284	1.150	502
	Exclus. Comissionado	31	38	32	32	269
	Estágio		50	9		
2022	Efetivo	762	1.734	538	476	6.208
	Temporário	466	841	241	1.162	721
	Exclus. Comissionado	25	37	37	25	309
	Estágio		48	9		

Fonte: DGTES, 2024.

Quando analisa-se o nível de formação desta FTS, com relação aos cargos ocupados, demonstra-se que os cargos de Nível Superior representam o maior contingente, com média de 36%, considerando-se o período apresentado, em seguida estão os cargos de nível Técnicos da Saúde, Médio (relacionados as áreas administrativas) e de nível operacional (ensino fundamental).

Tabela 174 – Quantitativo de Servidores por Nível de Formação, conforme cargo.

Ano	Tipo de Vínculo	Total	%	FHCGV	FSCMPA	HEMOPA	HOL	SESPA
2018	Superior	4.950	36,42	372	977	263	515	2.823
	Técnico (Saúde)	3.140	23,1	422	768	237	481	1.232
	Médio	3.131	23,04	145	278	252	348	2.108
	Operacional	2.371	17,44	122	370	110	189	1.580
2019	Superior	4.968	36,42	390	1.005	267	537	2.770
	Técnico (Saúde)	3.183	23,33	442	790	240	501	1.209
	Médio	3.125	22,9	152	286	256	363	2.069
	Operacional	2.367	17,35	128	381	112	197	1.551
2020	Superior	4.891	36,43	388	991	252	537	2.723
	Técnico	3.136	23,36	441	779	227	501	1.188
	Médio	3.071	22,87	151	282	241	363	2.033
	Operacional	2.329	17,35	127	375	105	197	1.524
2021	Superior	5.002	36,43	438	1.055	263	565	2.681

2022	Técnico	3.261	23,75	496	830	237	528	1.170
	Médio	3.107	22,63	171	300	252	382	2.002
	Operacional	2.361	17,2	144	400	110	207	1.500
	Superior	4.975	36,47	439	1.086	252	559	2.639
	Técnico	3.252	23,85	498	854	227	522	1.152
	Médio	3.069	22,51	171	309	241	378	1.971
	Operacional	2.343	17,18	144	411	105	205	1.477

Fonte: DGTES, 2024.

Tabela 175 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Concessão do Auxílio Alimentação, no período de 2018 a 2022.

Ano	Servidor Beneficiado (média mensal)	Valor Anual
2018	6440	R\$ 40.010.225,55
2019	6308	R\$ 42.772.865,59
2020	6194	R\$ 44.101.015,91
2021	6459	R\$ 44.542.652,59
2022	6408	R\$ 69.479.171,03
Total Acumulado		R\$ 240.905.930,67

Fonte: SIGPLAN e SIGIRH/SEPLAD.

Tabela 176 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Concessão de Auxílio Transporte, no período de 2018 a 2022.

Ano	Servidor Beneficiado (média mensal)	Valor Anual
2018	4031	R\$ 5.835.579,86
2019	3954	R\$ 6.480.260,31
2020	3806	R\$ 6.661.240,08
2021	3625	R\$ 6.680.439,36
2022	3917	R\$ 7.290.663,66
Total Acumulado		R\$ 32.948.183,27

Fonte: SIGPLAN e SIGIRH/SEPLAD.

Tabela 177 – Quantitativo de Servidores Beneficiados e Valor Anual de Manutenção da Gestão, no período de 2018 a 2022.

Ano	Servidor Beneficiado (média mensal)	Valor Anual
2018	7817	R\$ 418.332.389,68
2019	7715	R\$ 418.879.982,04

2020	7502	R\$ 412.663.776,77
2021	7411	R\$ 421.802.388,01
2022	7399	R\$ 466.346.142,95
Total Acumulado		R\$ 2.138.024.679,45

Fonte: SIGPLAN e SIGIRH/SEPLAD.

5.6.2 A Política Nacional de Humanização no Estado do Pará - PNH

A PNH no Estado do Pará foi instituída em 2005 como uma estratégia de cuidado voltada aos trabalhadores, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Esta política se efetiva através de seus princípios, diretrizes e dispositivos implantados em todas os níveis de atenção e em todas as esferas federal, estadual e municipais.

As diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH, buscam incentivar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde – gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

Neste sentido, utiliza estratégias que favoreçam a inclusão dos saberes e das vivências destes atores, tais como:

- Coletivos Ampliados de Humanização (CAH's),
- Câmaras Técnicas de Humanização (CTH's),
- Grupos de Trabalho de Humanização (GTH's);
- Colegiados Gestores (CG's);
- Comitês de Humanização (CH's),

Desenvolve suas ações de apoio junto as Redes Prioritárias de Atenção à Saúde (RAS), a saber:

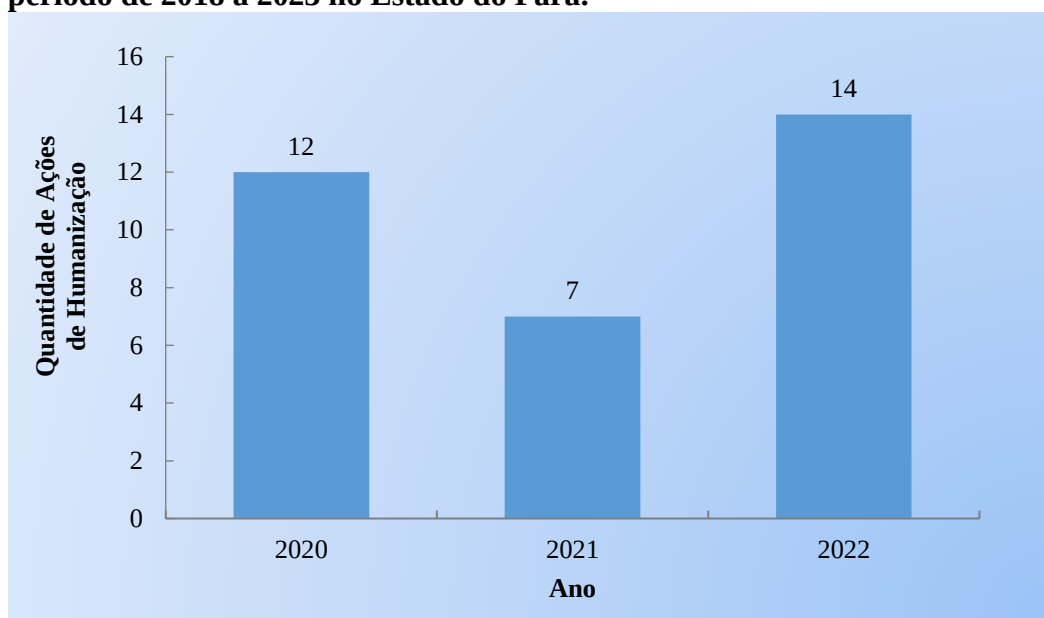
- Rede Cegonha (Grupo condutor Estadual; Fórum Perinatal, Câmara Técnica da Atenção Materna e Infantil da Região Metropolitana III e Colegiado Gestor das Maternidades),
- Rede Psicossocial (Grupo Condutor Estadual; Colegiado de Saúde Mental e Colegiado Ampliado de Saúde Mental);
- Rede de Urgência e Emergência (SOS Urgência, Câmara Técnica de Urgência e Emergência da Região Metropolitana de Belém);
- Rede de Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família);
- Demais áreas estratégicas, como: Saúde Indígena e Povos Tradicionais, Pessoa

com Deficiência, Pessoa com Transtorno do Aspecto Autista.

Além disso, uma das principais estratégias da Coordenação para capilarização da PNH no Estado é o investimento na formação de Apoiadores Institucionais da PNH, que estejam inseridos em serviços de saúde nos municípios das Regiões de Saúde, de modo que estes possam dar suporte à implantação e implementação de ações de humanização nesses territórios.

Desta forma, no período de 2018-2023, por meio da Coordenação Estadual de Humanização, foram desenvolvidas ações, conforme demonstra o gráfico da série histórica com o número de ações realizadas.

Figura 154 – Distribuição do Número de Ações de Humanização Realizadas no período de 2018 a 2023 no Estado do Pará.



Fonte: SIGPLAN.

Nota: Nos anos de 2018 e 2019, não houveram realizações de Ações de Humanização.

Para a realização das ações, o Estado conta com os seguintes dispositivos:

1. O Coletivo Humaniza RAPS, instituído pela Portaria nº 0457/2019, composta:

- Secretaria de Estado de Saúde Pública (Coordenação Estadual de Humanização, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, 1º Centro Regional de Saúde (Referência Técnica de Saúde Mental, Referência Técnica de Humanização, Representante da gestão, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde mental sob Gestão Estadual: CAPS Amazônia; CAPS Icoaraci; CAPS Grão Pará; CAPS Marajoara; CAPS Renascer; República Terapêutica de Passagem – RTP.,

Quadro 30 – Quantitativo de Referência Técnica de Saúde.

SESPA			
DGTES/CEH			
DPAIS/CESM	RTS	04 CAPS	01 RTP

Fonte: DGTES, 2024.

- Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (Referência Técnica de Saúde Mental Referência Técnica de Humanização),
 - Secretaria Municipal de Saúde de Belém (Referência Técnica de Saúde Mental, Referência Técnica de Humanização, Representante da gestão, da Distribuição do número de ações de Humanização realizadas no período de 2018 a 2023 no Estado do Pará. Ações de Humanização Fonte: SIGPLAN trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde mental sob Gestão Municipal: CAPSi; Casa Mental do Adulto; Casa Mental Álcool e outras drogas; Casa Mental do Mosqueiro),
 - Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua (Referência Técnica de Saúde Mental, Referência Técnica de Humanização, Representante da gestão, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde mental sob Gestão Municipal: CAPSi; CAPS II.),
 - Secretaria Municipal de Saúde de Marituba (Referência Técnica de Saúde Mental, Referência Técnica de Humanização, Representante da gestão, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde mental sob Gestão Municipal: CAPS II; CAPS AD),
 - Secretaria Municipal de Saúde de Benevides (Referência Técnica da Atenção Básica, Referência Técnica de Humanização, Representante da gestão, dos trabalhadores e dos usuários do serviço de saúde mental sob Gestão Municipal: CAPS I.),
 - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Barbara (Referência Técnica da Atenção Básica Referência Técnica de Humanização).
2. Câmara Técnica de Humanização Hospitalar – CTH-H, composta Por 15 hospitais:
- Hospital Estadual Galileu,
 - Hospital Regional Jean Bitar,
 - Hospital de Clínicas Gaspar Viana,
 - Hospital Regional Abelardo Santos,

- Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza,
 - Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação,
 - HPSM Mário Pinotti,
 - HPSM Humberto Maradei Pereira,
 - Centro de Hemodiálise Monteiro Leite,
 - Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará,
 - Hospital Geral de Mosqueiro,
 - Hospital Ophir Loyola,
 - Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo,
 - Hospital Universitário João de Barros Barreto,
 - Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência.
3. Câmara Técnica de Humanização da Rede de Urgência e Emergência da RMB – CTH-RUE, composta por 14 estabelecimentos de saúde: Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência, HPSM Mário Pinotti, HPSM Humberto Maradei Pereira, Hospital Geral de Mosqueiro, Hospital Dom Zico, UPA DAICO, UPA DASAC, UPA Terra Firme, UPA Jurunas, UPA Marambaia, UPA Guamá, SAMU, SESMA/NUPS e SAD/Melhor em Casa;
 4. Colegiado de Humanização das Unidades de Referências Especializadas em Saúde – CTH URES, composta pelas: URE Reduto, URE Demétrio Medrado, URE Presidente Vargas, URE Marcello Candia, UREMIA, UBS Pedreira, UREDIPE, Unidade de Acolhimento Temporário – UAT, Centro Escola de Saúde do Marco, URE REI, Abrigo Especial Calabriano e Abrigo João Paulo II;
 5. Referências Técnicas em Saúde – RTS/Pará, instituído pela Portaria nº 720/2021, composta por: Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Estadual de Educação na Saúde, Coordenação Estadual de Humanização, Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Ouvidoria e os 13 Centros Regionais de Saúde.

5.6.3 Educação na Saúde

No estado do Pará, a Coordenação de Educação na Saúde, devido ao seu amplo debate sobre a transversalidade das ações e necessidade de ações formativas, se desdobra em três gerências, sendo elas:

Gerência de Formação e Desenvolvimento - GFD, que é responsável por viabilizar a qualificação permanente dos trabalhadores da Secretaria, identificando a necessidade de formação/qualificação profissional para produzir impactos produtivos sobre os serviços e a saúde da população e organização dos campos de práticas para estágios nas unidades da SESPA;

Gerência de Documentação e Informação – GDI, que é responsável pela Memória Institucional da SESPA; pela ação de realizar Pesquisas Bibliográficas Exaustivas que são levantamentos bibliográficos, ou prospecção da informação para fins técnico-científicos realizados para a coleta de dados que contribuem para a elaboração de trabalhos de Conclusão de Curso, Monografias, Dissertações, Teses e etc., tanto de servidores da SESPA, quanto de usuários externos (Profissionais da Saúde em Formação); Liberar a Anuência, Coletar e Centralizar toda a Produção Técnica e Científica realizadas no âmbito da Saúde Pública no Estado relacionadas aos processos de Pesquisa científica em geral autorizadas pela SESPA, tanto de servidores liberados para estudo, quanto de trabalhadores do SUS em formação que utilizam as unidades da secretaria como campo de pesquisa, cujo resultado dessas pesquisas estão sendo catalogadas, alimentadas e disponibilizadas na base de dados ColecionaSus do Ministério da Saúde e base GNUTECA da SESPA cujo acesso está disponibilizado no link <https://gnuteca.bvs.br/>.

Gerência de Educação Permanente - GEP, que trabalha a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS no estado do Pará.

Dessa forma, é na Coordenação de Educação na Saúde - CESA, que se mediam práticas pedagógicas articuladas com o SUS que queremos construir, com a formação profissional e permanente no qual é necessária para o avanço das políticas públicas no estado do Pará, tendo em vista que a formação profissional é indutora do avanço da concepção da Reforma Sanitária e concretização do SUS, precisando ser compreendida como transformadora das práticas pedagógicas tradicionais, implementando processos que impactem os processos de trabalho, o ensino, de gestão e controle social. (Ceccim, 2005a; Merhy, 2014).

A Educação na Saúde no contexto do SUS é essencial para a formação e capacitação dos profissionais, visando a uma prática baseada em evidências científicas, ética e humanizada. Além disso, a educação na saúde deve estar alinhada às diretrizes e necessidades do SUS, promovendo a compreensão dos princípios e valores do sistema (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi implementada no Brasil com o objetivo de contribuir para a formação e capacitação dos profissionais da saúde, estimulando o desenvolvimento de habilidades técnicas, éticas e científicas dentro de um enfoque interdisciplinar. Autores como Ceccim e Feuerwerker (2004) ressaltam que a PNEPS tem a capacidade de promover a integração entre diferentes áreas da saúde, aprimorando a cooperação e a troca de conhecimento entre profissionais de diversas especialidades, favorecendo a abordagem multiprofissional e a construção de práticas de saúde mais efetivas e humanizadas. A seguir apresentamos uma breve análise da situação atual da realidade da PNEPS no Estado.

No Estado do Pará, no período de 2019 à 2023, tivemos grandes avanços no que se refere a implementação da PNEPS nas regiões, com destaque para o ano de 2022 com a reativação de 08 Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço - CIES Regionais, totalizando 11 CIES Regionais ativas e o retorno das atividades mensais da CIES Estadual, bem como atualização do seu Regimento Interno, com possibilidades de novos membros ingressarem no debate, na perspectiva de aproximar as áreas técnicas do nível central a ações de EPS e participação de representantes das CIES Regionais.

Em relação as ações referentes ao Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – PEEPS que contempla os 13 Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde – PAREPS que inicialmente tinha sua vigência de 2019 a 2022, avaliamos que parte das ações foram executadas; porém, sem a utilização de recurso federal específico destinado a EPS. Dessa forma, não seguindo o fluxo estabelecido, que consta a apresentação de projetos de Educação Permanente e pactuação da ação formativa pela região (CIES/CIR).

Em dezembro de 2022, foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB – Resolução nº 116/2022), de 13 de dezembro de 2022, a extensão da vigência dos PAREPS/PEEPS até o final de 2023, contemplando um processo de oficinas regionais

em todas as RS e colocando a próxima vigência de acordo com o Plano Estadual de Saúde, referente a 2024 - 2027.

Em 2022 iniciamos as oficinas regionais para atualização dos PAREPS e diagnóstico para elencar ações estaduais para estarem contidas no PEEPS. Esse movimento ocorreu através da realização de oficinas entre os anos de 2022/2023, que foram embasadas em metodologias ativas, conforme o que preconiza a PNEPS.

Ao final de 2023, realizamos a oficina de gestores, que ocorreu no mês de outubro, tendo como público-alvo gestores das áreas técnicas do nível central. O objetivo foi apresentar o trabalho desenvolvido pela coordenação de Educação na Saúde e suas Gerências, com seus fluxos e metas a serem alcançadas no Estado. Partimos do princípio de que as metas e indicadores referentes a Educação na Saúde, são transversais a todas as áreas técnicas, pois abarcam ações formativas de educação permanente, continuada, pesquisa e integração ensino - serviço como um todo. Esta oficina também corrobora para as ações dos PAREPS/PEEPS.

De forma mais específica, foi trabalhado nas oficinas, um alinhamento conceitual, dialogando sobre os instrumentos e ferramentas da PNEPS, fortalecendo o debate sobre a CIES e a participação do quadrilátero nesse coletivo tão potente e desafiador. Apresentamos os objetivos dos PAREPS/PEEPS e todo processo de debate que a Gerência de Educação Permanente (GEP) tem feito para aproximar as áreas das ações formativas de EPS.

Como principal desafio para os próximos 04 anos, elencamos o fortalecimento das CIES Regionais, com assessoramento das reuniões por parte dos técnicos da GEP que estão como apoiadores em cada região, além de apoio aos CRS para a implementação dos Núcleos de Educação Permanente - NEPs dos municípios de sua abrangência.

Para as ações dos PAREPS e PEEPS 2024/2027, debatemos e aprovamos na CIES/PA os seguintes eixos para elencar problemas e ações:

Quadro 31 – Principais Eixos e Ações de EPS.

Eixo/Problema(s) Ações de EPS
Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado
Fortalecimento da Promoção da Saúde e de Integração da APS com a Vigilância em saúde
Fortalecimento da Rede de apoio diagnóstico e terapêutico
Fortalecimento de integração ensino-serviço e comunidade

Fortalecimento da Intersetorialidade nas Ações de Saúde.
Fortalecimento da gestão em saúde e aperfeiçoamento dos processos de trabalho

Fonte: DGTES, 2024.

Esses eixos, irão subsidiar os problemas e ações que serão elencados pelas Regiões de Saúde no desenvolvimento de estratégias formativas para as ações de EPS dos próximos 04 anos. O debate para a estruturação dos eixos, foram aprovados no Grupo Técnico Estadual – GTE constituído pelas Referências Técnicas de Educação Permanente das Regiões e demais segmentos do quadrilátero e CIES/Pa.

Diante do exposto, é possível afirmar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Pará, avançou de forma significativa, principalmente com a estruturação das CIES Regionais, que desempenham um papel de extrema importância nos processos formativos dos profissionais da área da saúde e com grande impacto na promoção da saúde nas regiões.

Quantitativo de estudantes inseridos nas Unidades de Saúde da SESPA

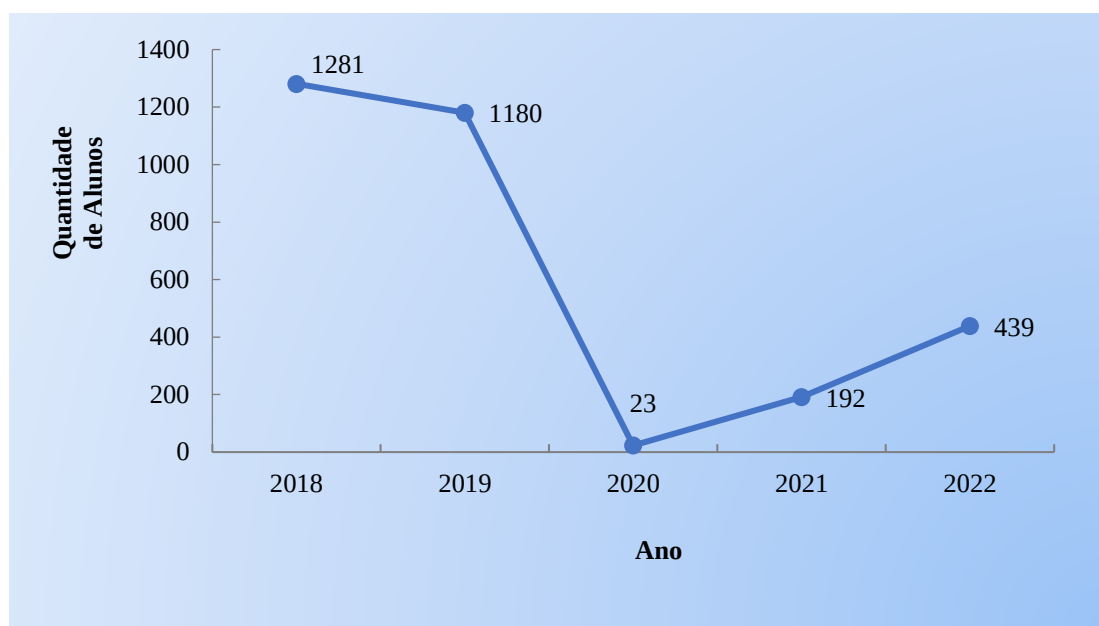
O estágio é uma atividade fundamental para a formação de profissionais da área da saúde. No Pará, a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) oferece oportunidades de estágio para estudantes de diversas universidades.

As solicitações de estágios realizadas pelas 27 universidades resultaram em um total de 3.115 estudantes envolvidos (Figura 155).

O ano de 2020 apresenta um número muito inferior de solicitações em relação aos demais anos. Isso pode ser explicado pela pandemia da COVID-19, que afetou o funcionamento de diversas instituições, incluindo as universidades. A pandemia da COVID-19 foi um fator importante para o declínio das solicitações nesse ano. Os anos de 2018, 2019 e 2022 apresentam números semelhantes de solicitações.

É importante destacar que os dados analisados são apenas uma amostra do total de solicitações de estágio realizadas no período.

Figura 155 – Quantitativo de Estudantes Inseridos nas Unidades de Saúde da SESPA no período de 2018 a 2022.



Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Instituições de Ensino/Quantidade de Cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPA

O número de Universidades que solicitaram campo de estágio na Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) do Pará, no ano de 2018 a 2022 correspondem a 27, sendo elas: FACULDADE CARAJÁS, FIBRA, GAMALIEL, UEPA, UFOPA, UNIASSELVI, UNIFAMAZ, COSMOPOLITA, CESEP, ESTÁCIO, UFPA, UNAMA, UNINASSAU, ESMAC, FAAM, FAMAZ, UNIP, CESUPA, ESAMAZ, ANHAGUERA, MADRE CELESTE, NORTE CENTRO EDUCACIONAL, SENAC, FAP, INST. EVANDRO CHAGAS, UFRA, FAPAN. Dentre estas, a universidade que realizou o maior número de solicitações por curso foi a UEPA, com 19 solicitações, seguido da UFPA com 11 no período supracitado. Os cursos com mais solicitações foram Enfermagem e Medicina.

As Tabelas 178 a 179 mostram, separadamente por ano, o quantitativo de instituições com seus respectivos cursos:

Os dados apresentados na Tabela 178 referem-se às instituições de ensino e cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPA no ano de 2018. O curso de Enfermagem foi o mais frequente, sendo oferecido por 5 instituições de ensino. As instituições de ensino UEPA, FIBRA e GAMALIEL foram as que solicitaram vagas para estágio.

Tabela 178 – Instituições de Ensino e Cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2018.

Instituição	Curso	QTD
FACULDADE CARAJÁS	Enfermagem	1
FIBRA	Serviço Social	2
	Farmácia	
GAMALIEL	Enfermagem	2
	Técnicos Em Enfermagem	
UEPA	Ciências Sociais	6
	Enfermagem	
	Fisioterapia	
	Saúde Coletiva	
	Tecnologia De Alimentos	
	Terapia Ocupacional	
UFOPA	Saúde Coletiva	1
UNIASSELVI	Serviço Social	1
UNIFAMAZ	Medicina	1
TOTAL		14

Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Os dados apresentados na Tabela 179 referem-se às instituições de ensino e cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2019. O curso de Enfermagem foi o mais frequente, sendo oferecido por 8 instituições de ensino. A instituição de ensino UEPA foi a que mais solicitou vagas por curso para estágio, o curso de Enfermagem foi o curso que mais apareceu com solicitações para vagas para estágio.

Tabela 179 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2019.

Instituição	Curso	QTD
CESUPA	Medicina	1
ESAMAZ	Terapia Ocupacional	2
	Psicologia	
ESMAC	Enfermagem	1
ESTÁCIO - FAP	Serviço Social	1
FAMAZ	Enfermagem	1

FIBRA	Enfermagem	2
	Serviço Social	
MADRE CELESTE	Enfermagem	1
NORTE CENTRO EDUCACIONAL	Aux. em Saúde Bucal	1
SENAC	Técnico de Enfermagem	1
UEPA	Enfermagem	5
	Fisioterapia	
	Medicina	
	Tecnologia de Alimentos	
	Terap. Ocupacional	
UFPA	Enfermagem	4
	Psicologia	
	Serviço Social	
	Terapia Ocupacional	
UNAMA	Terapia Ocupacional	1
UNIFAMAZ	Enfermagem	2
	Medicina	
UNINASSAU	Enfermagem	2
	Nutrição	
TOTAL		26

Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Em comparação entre as Tabelas 178 e 179 pode-se observar que os cursos de Enfermagem e Serviço Social foram oferecidos por pelo menos uma instituição de ensino em ambos os anos. O número total de instituições de ensino participantes aumentou de 9 para 14 e o número total de cursos oferecidos aumentou de 14 para 26.

Tabela 180 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESP no ano de 2020.

Instituição	Curso	QTD
ESMAC	Farmácia	1
FIBRA	Serviço Social	1
UEPA	Terapia Ocupacional	1
UNIP	Serviço Social	1
Total		4

Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Tabela 181 – Instituições de Ensino e Cursos que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2021.

Instituição	Curso	QTD
COSMOPOLITA	Farmácia	1
FIBRA	Serviço Social	1
GAMALIEL	Enfermagem	1
UEPA	Enfermagem	2
	Terapia Ocupacional	
UFPA	Enfermagem	2
	Medicina	
UNAMA	Psicologia	1
UNINASSAU	Fisioterapia	1
Total		9

Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Os dados apresentados na Tabela 181 referem-se às instituições de ensino e cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2021. Percebe-se que o curso de Enfermagem foi o mais frequente, sendo oferecido por 3 instituições de ensino. As instituições de ensino UEPA e UFPA foram as que mais solicitaram vagas para cursos, com 2 cursos cada. O curso de Enfermagem foi o mais solicitado pelas instituições.

As Tabelas 179 e 181 permitem reforçar que entre os dados referentes aos anos de 2019 e 2021 o curso de Enfermagem foi o mais frequente em ambos os anos. Contudo, o número total de instituições de ensino participantes diminuiu de 14 para 7, assim como o número total de cursos oferecidos diminuiu de 26 para 9.

Tabela 182 – Quantitativo de Cursos, por Instituições que Desenvolveram Atividades nas Unidades da SESPÁ no ano de 2022.

Instituição	Curso	QTD
FACULDADE CARAJÁS	Enfermagem	1
FIBRA	Serviço Social	2
	Farmácia	
GAMALIEL	Enfermagem	2
	Técnicos Em Enfermagem	
UEPA	Ciências Sociais	6
	Enfermagem	
	Fisioterapia	
	Saúde Coletiva	

	Tecnologia de Alimentos	
	Terapia Ocupacional	
UFOPA	Saúde Coletiva	1
UNIasselvi	Serviço Social	1
UNIFAMAZ	Medicina	1
TOTAL		14

Fonte: Gerência de Formação e Desenvolvimento, 2023.

Em relação a Tabela 182, o curso de Enfermagem continua sendo o mais frequente, sendo solicitadas vagas por 3 instituições de ensino. A UEPA foi a instituição de ensino que mais teve variedade de solicitações de cursos para estágio.

Em comparação entre as Tabelas 178, 179, 181 e 182 o curso de Enfermagem foi o mais frequente em todos os anos, assim como as instituições de ensino UEPA e UFPA foram as que mais solicitaram vagas como maior variedade de cursos em todos os anos.

O número total de instituições de ensino participantes variou de 9 a 14 e número total de cursos oferecidos variou de 14 a 26.

Deste modo, a análise dos dados indica que o número de solicitações de estágio na SESPA do Pará tem crescido nos últimos anos, exceto em 2020. Esse declínio pode ser atribuído à pandemia de COVID-19, que impactou o funcionamento de diversas instituições, incluindo universidades.

Conforme os dados apresentados, pode-se perceber que em 2020, o número de solicitações foi de apenas 23, representando uma queda de 98% em relação ao ano anterior. Esse declínio pode ser explicado por uma série de fatores, incluindo por estar no período de Pandemia da COVID-19, assim houve a suspensão das aulas presenciais nas universidades, o que dificultou a realização dos estágios, houve também a redução da oferta de vagas de estágio pelas instituições de saúde, que também foi afetada pela pandemia, além da preocupação em relação a saúde e segurança dos estudantes, em um contexto de pandemia.

Em 2018, 2019 e 2022, o número de solicitações foi de 1.281, 1.180 e 439, respectivamente. Esses números indicam o interesse das Instituições de Ensino Superior para que seus alunos realizem estágios na SESPA.

Instituições de Ensino/Quantidade de Cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPA

As Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde são uma ação voltada para o ensino em serviço, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as diversas profissões da área da saúde. No Pará, no período compreendido entre 2018 a 2022, observamos a existência de 30 programas de residência, sendo 19 Programas de Residência Multiprofissional envolvendo 12 categorias profissionais, que são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia/Farmácia-Bioquímica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. E 11 Programas de Residência Uniprofissional, abrangendo 3 categorias profissionais, são elas: Enfermagem, Medicina Veterinária e Odontologia. Estes Programas de residência são ofertados pelas seguintes Instituições de Ensino Superior - IES: Universidade do Estado do Pará – UEPA; Universidade Federal do Pará – UFPA; Universidade do Oeste do Pará – UFOPA e Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA.

Quadro 32 – Programas de Residência Multiprofissionais e Uniprofissionais por Instituição de Ensino Superior – IES.

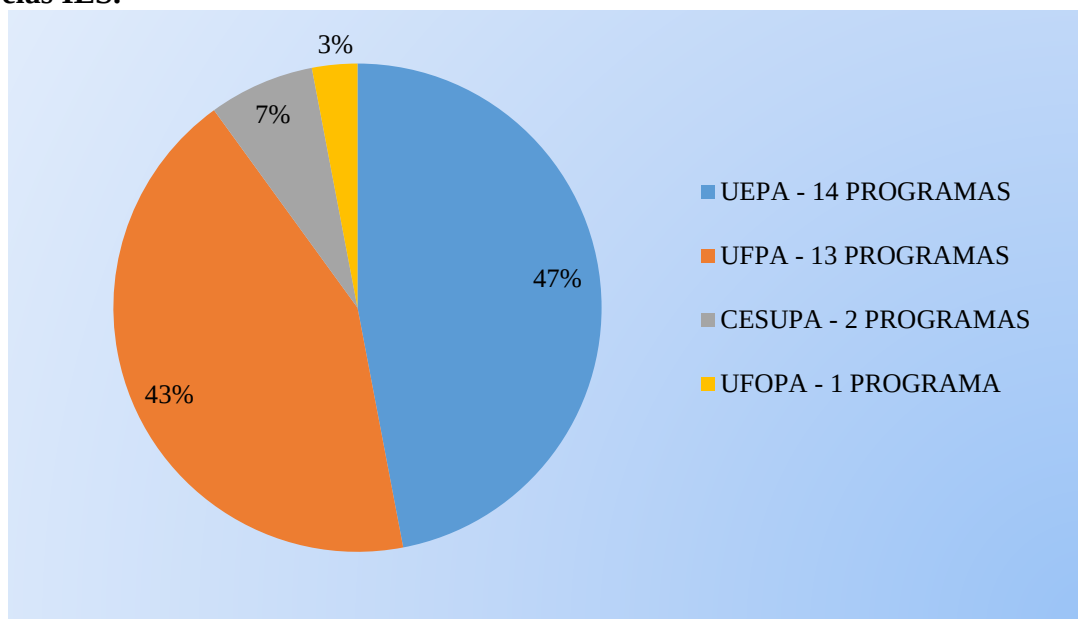
Programas de Residência Multi e Uniprofissionais em Saúde por IES	
UFPA	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - ONCOLOGIA
	Programa de Residência Multiprofissional - SAÚDE DO IDOSO
	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
	Programa de Residência Multiprofissional - SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
	Programa de Residência em Multiprofissional - ATENÇÃO A CLÍNICA INTEGRADA
	Programa de Residência Multiprofissional - Atenção à SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
	Programa de Residência em Área Profissional - ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
	Programa de Residência em Área Profissional - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
	Programa de Residência em Área Profissional - Atenção à Clínica Especializada: CARDIOPULMONAR
	Programa de Residência em Área Profissional - CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DE PEQUENOS ANIMAIS
	Programa de Residência em Área Profissional - CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DE ANIMAIS SILVESTRES
	Programa de Residência em Área Profissional - CLÍNICA MÉDICA E REPRODUÇÃO DE RUMINANTES E EQUÍDEOS
	Programa de Residência em Área Profissional - PATOLOGIA ANIMAL
	Programa de Residência Multiprofissional - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO A SAÚDE CARDIOVASCULAR
	Programa de Residência Multiprofissional - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO TRAUMA
	Programa de Residência em Multiprofissional - ONCOLOGIA - CUIDADOS PALIATIVOS
	Programa de Residência Multiprofissional - Atenção à SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
	Programa de Residência Multiprofissional - Atenção à HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
	Programa de Residência Multiprofissional - NEFROLOGIA

UEPA	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO INTEGRAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO EM ONCOLOGIA
	Programa de Residência UNIPROFISSIONAL - CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
	Programa de Residência UNIPROFISSIONAL - ENFERMAGEM ONCOLÓGICA
	Programa de Residência UNIPROFISSIONAL - ENFERMAGEM EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
	Programa de Residência UNIPROFISSIONAL - ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA ONCOLÓGICA
CESUPA	Programa de Residência Multiprofissional - NEUROLOGIA
	Programa de Residência Multiprofissional - ATENÇÃO BÁSICA/ SAÚDE DA FAMÍLIA
UFOPA	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (PARA AS POPULAÇÕES DO BAIXO AMAZONAS)
Total de Programas - 30	

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde CESA.

Observa-se que a UEPA dispõe de maior número de programas de residência multiprofissional oferecendo 47% dos programas, seguido da UFPA com 43%, CESUPA com 7% e UFOPA com 3%.

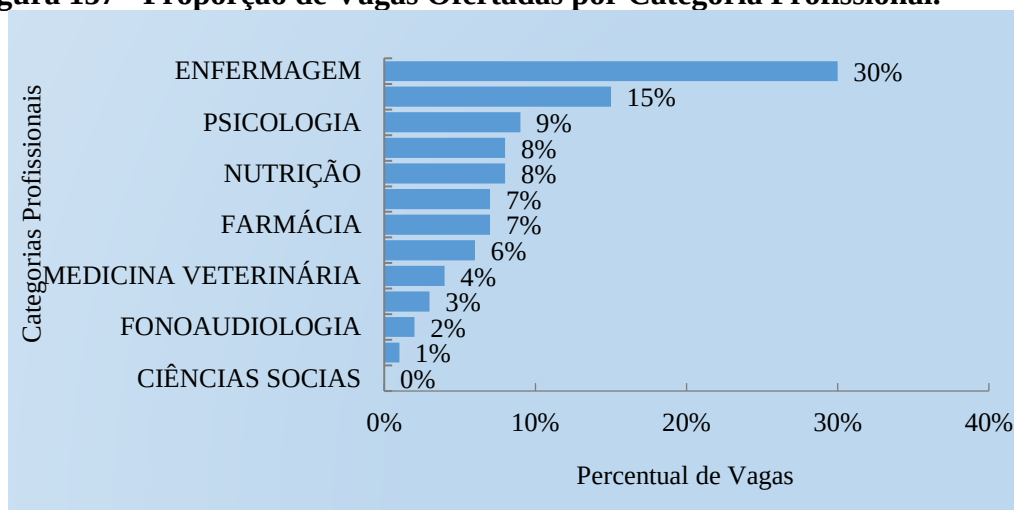
Figura 156 – Demonstra a Proporção de Programas de Residências Ofertados pelas IES.



Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde.

Observa-se que o curso de Enfermagem com maior percentual de oferta de vagas (30%), em seguida temos a Fisioterapia (15%), após a Psicologia (9%); Nutrição e Terapia Ocupacional (8%), Farmácia e Serviço social (7%), Odontologia (6%), Medicina Veterinária (4%), Biomedicina (3%), Fonoaudiologia (2%), Educação Física (1%) e Ciências Sociais (0%).

Figura 157 - Proporção de Vagas Ofertadas por Categoria Profissional.



Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 183 – Quantitativo de Vagas, por Categoria Profissional Ofertadas por IES, no período de 2018 a 2022.

Vagas por Categoria Profissional Ofertadas por IES						
Programa de Residência Multi e Uniprofissional						
UFPA	Vagas Por Ano					Total de Vagas
	2018	2019	2020	2021	2022	
Biomedicina	4	4	4	6	6	24
Ciências Biológicas	-	-	-	-	1	1
Enfermagem	23	23	23	25	29	123
Farmácia/ Farm. Bio-Química	8	8	8	8	8	40
Fisioterapia	11	11	11	11	11	55
Nutrição	6	6	6	6	6	30
Odontologia	2	2	2	6	11	23
Psicologia	8	8	8	8	10	42
Serviço Social	7	7	7	9	10	40
Terapia Ocupacional	2	2	2	2	2	10
Medicina Veterinária	9	9	9	9	9	45
Total de Vagas	80	80	80	90	103	433
UEPA	Vagas Por Ano					Total de Vagas
	2018	2019	2020	2021	2022	
Biomedicina	2	2	2	2	2	10
Educação Física	2	2	2	2	2	10
Enfermagem	37	39	41	41	41	199
Farmácia / Farm. Bioquímica	6	7	7	10	9	39
Fisioterapia	18	19	19	22	20	98
Fonoaudiologia	3	3	4	4	4	18

Nutrição	8	9	9	9	9	44
Odontologia	8	8	9	10	11	46
Psicologia	11	12	12	12	12	59
Serviço Social	9	9	9	9	9	45
Terapia Ocupacional	13	14	14	23	16	80
Total De Vagas	117	124	128	144	135	648
CESUPA	Vagas por Ano					Total de Vagas
	2018	2019	2020	2021	2022	
Enfermagem	4	4	4	4	4	20
Fisioterapia	4	4	4	4	4	20
Nutrição	4	4	4	4	4	20
Total de Vagas	12	12	12	12	12	60
UFOPA	Vagas por Ano					Total de Vagas
	2018	2019	2020	2021	2022	
Enfermagem	0	0	1	2	2	5
Farmácia	0	0	0	2	2	4
Odontologia	0	0	2	2	2	6
Total de Vagas	0	0	3	6	6	15

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Demonstrativo de vagas de Residência em Área profissional por Instituição

Para as Residências em Área Profissional observamos um total de 163 vagas ofertadas no período analisado (2018 a 2022), distribuídas em 9 programas, tendo 3 categorias profissionais abrangidas (Enfermagem, Odontologia e Medicina Veterinária). Sendo 5 programas ofertados pela UFPA, dispendo de 108 vagas totais; e 4 programas ofertados pela UEPA com 55 vagas totais.

As tabelas 184 e 185 demonstram as vagas em área profissional por IES, nas quais podemos notar que a UFPA oferta o maior número de vagas no estado em torno de 66,26% das vagas, seguido pela UEPA com 33,74% das vagas. Não aparecendo neste demonstrativo o CESUPA e UFOPA pois não dispõe de Programas de Residência Uniprofissional.

Tabela 184 – Quantitativo de Vagas em Área Profissional por IES, no período de 2018 a 2022.

Vagas em Área Profissional por IES - UFPA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Programa de Residência em ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (ENFERMAGEM)	12	12	12	12	12	60

Programa de Residência em CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (ODONTOLOGIA)	0	0	0	0	3	3
Programa de Residência em CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DE PEQUENOS ANIMAIS (MEDICINA VETERINÁRIA)	3	3	3	3	3	15
Programa de Residência em CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA DE ANIMAIS SILVESTRES (MEDICINA VETERINÁRIA)	3	3	3	3	3	15
Programa de Residência em CLÍNICA MÉDICA E REPRODUÇÃO DE RUMINANTES E EQUÍDEOS (MEDICINA VETERINÁRIA)	3	3	3	3	3	15
TOTAL	21	21	21	21	24	108

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 185 - Quantitativo de Vagas em Área Profissional por IES, no período de 2018 a 2022.

Vagas em Área Profissional por IES - UEPA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Programa de Residência em CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (ODONTOLOGIA)	2	2	2	2	2	10
Programa de Residência em ENFERMAGEM ONCOLÓGICA (ENFERMAGEM)	3	3	3	3	3	15
Programa de Residência em ENFERMAGEM EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (ENFERMAGEM)	3	3	3	3	3	15
Programa de Residência em ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA ONCOLÓGICA (ENFERMAGEM)	3	3	3	3	3	15
Total de Vagas por Ano	11	11	11	11	11	55

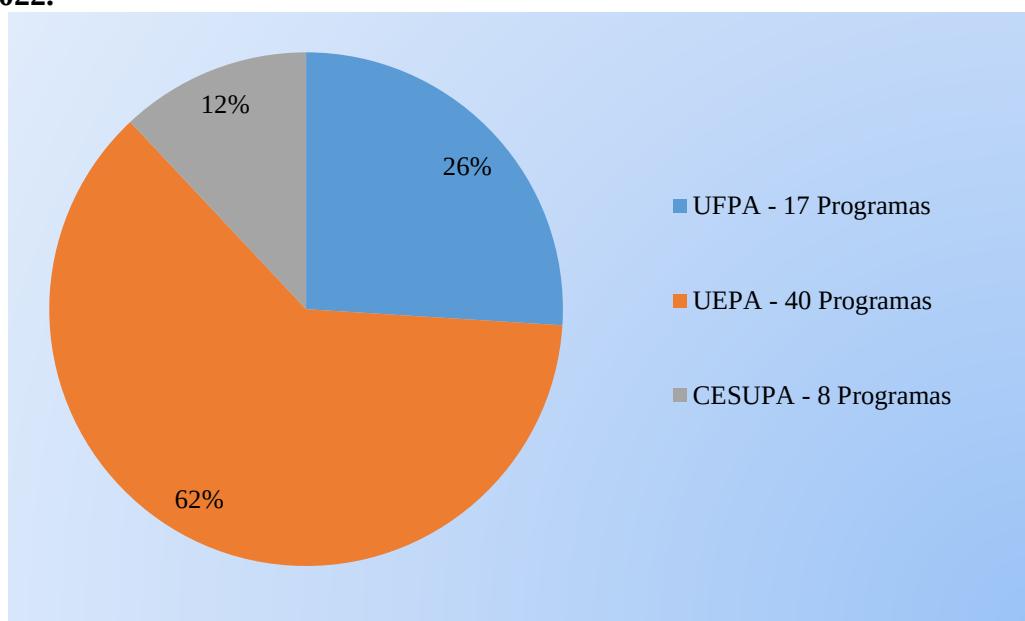
Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Número de Vagas por Especialidade e Vagas Reservadas de Residência Médica

Na Residência Médica observamos um total de 65 especialidades/programas ofertadas por 3 IES (UEPA, UFPA, CESUPA). Onde visualizamos um total de 1.554 vagas divididas entre vagas abertas e vagas reservadas (vaga destinada para o residente médico que esteja servindo as Forças Armadas, conforme legislação vigente – Resolução da CNRM nº 01, de 11/01/2005), sendo 1.471 vagas abertas e 83 vagas reservadas.

A UEPA oferece o maior número de vagas sendo 1.063 abertas e 66 vagas reservadas, por meio de 40 programas/especialidade, representando 62 %. Seguido pela UFPA com 326 vagas abertas e 17 vagas reservadas, por meio de 17 programas/especialidade, representando 26%. E por último temos o CESUPA com 82 vagas abertas, sem reserva de vagas, representando 12%. (Figura 158).

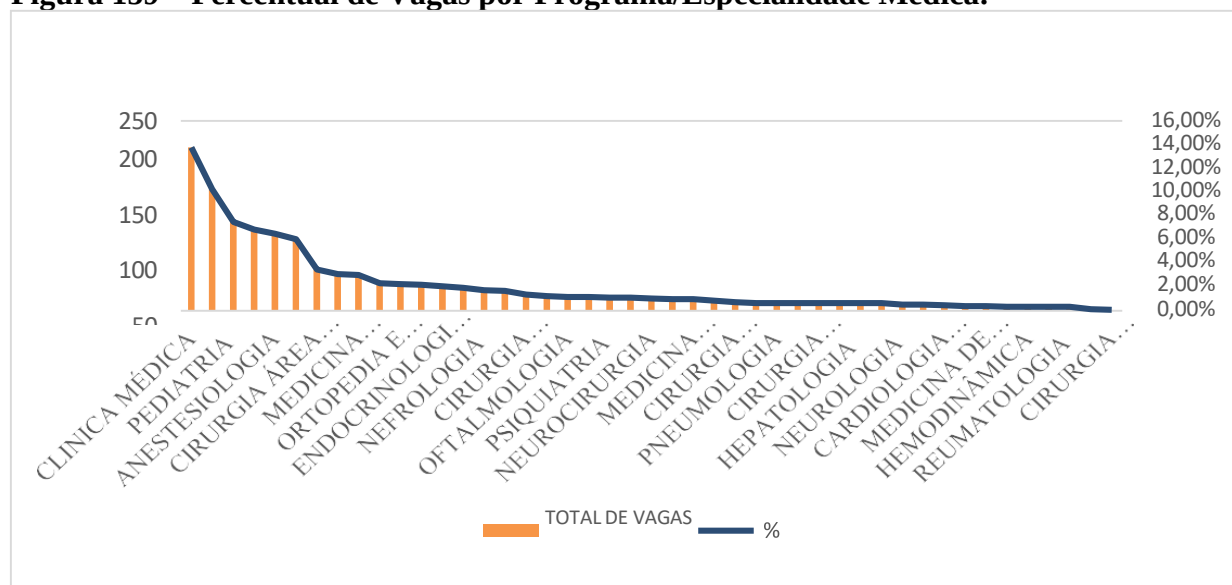
Figura 158 – Demonstrativo de Programas de Residência Médica por IES - de 2018 a 2022.



Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

No figura 159 observamos a proporção de vagas ofertadas por especialidade médica, onde podemos visualizar a Clínica Médica com maior percentual de oferta de vagas (14,62%), em seguida temos Medicina e Comunidade (11%), após a Pediatria (7,95%); Ginecologia e Obstetrícia (7%), Anestesiologia (6,87%), Cirurgia Geral (6%), Cirurgia Área Básica (4%), Radiologia e Diagnóstico (3,26%), Medicina Intensiva (3,20%), Dermatologia (2,45%), etc.

Figura 159 – Percentual de Vagas por Programa/Especialidade Médica.



Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 186 - Programa de Residência Médica Ofertados pelo IES, por Especialidades e Ano, no período de 2018 a 2022.

Programas de Residência Médica - UFPA	2018	2019	2020	2021	2022
Anestesiologia	6	6	3	3	6
Clínica Médica	9	10	3	5	9
Área Cirúrgica Básica	-	7	3	3	-
Cirurgia Geral	8	2	-	2	5
Dermatologia	2	2	3	3	3
Ginecologia e Obstetrícia	6	6	6	6	6
Infectologia	5	5	3	4	4
Medicina Intensiva Adulto	-	-	-	-	-
Medicina de Família e Comunidade	10	10	10	10	10
Oftalmologia	4	3	4	4	3
Otorrinolaringologia	3	4	4	3	4
Pediatria	7	8	8	8	8
Endocrinologia	3	3	2	2	2
Geriatria	2	2	2	2	2
Oncologia Clínica	-	-	-	-	-
Pneumologia	2	2	2	2	2
Cirurgia do Aparelho Digestivo	3	3	3	3	3
TOTAL DE VAGAS POR ANO	70	73	56	60	67

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 187 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UEPA no período de 2018 a 2022.

Programas de Residência Médica - UEPA	Vagas por Ano - UEPA				
	2018	2019	2020	2021	2022
Anestesiologia	15	16	14	16	16
Cirurgia Cardiovascular	1	3	2	2	3
Cirurgia Geral	26	11	13	7	20
Clinica Médica	36	38	28	33	31
Dermatologia	3	5	3	3	3
Ginecologia e Obstetrícia	16	14	12	12	12
Infectologia	1	-	2	2	-
Medicina da Família e Comunidade	21	22	12	12	12
Medicina de Emergência	-	-	-	3	3
Neurocirurgia	3	3	4	3	3
Neurologia	1	1	2	2	2
Ortopedia e Traumatologia	7	8	8	4	8
Pediatria	20	15	12	12	11
Psiquiatria	4	4	4	1	4
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	9	9	9	10	11
Cardiologia	6	6	6	6	6
Cardiologia Pediátrica	-	2	2	1	2
Cirurgia de Mão	2	2	2	2	2
Cirurgia Área Básica	-	12	14	15	-
Cirurgia do Trauma	2	-	2	2	2
Cirurgia Vascular	-	-	-	-	1
Cirurgia Geral Avançada	3	2	-	-	-
Cirurgia Oncológica	5	4	4	4	4
Cirurgia Pediátrica	2	2	2	2	2
Endoscopia	2	2	2	2	2
Endocrinologia e Metabologia	4	4	2	2	2
Hepatologia	2	2	2	2	2
Hematologia e Hemoterapia	3	3	3	3	1
Hemodinâmica	1	1	1	1	1
Mastologia	1	1	1	1	1
Medicina de Urgência	2	2	2	-	-
Medicina Intensiva	11	8	9	9	6
Medicina Intensiva Pediátrica	3	3	3	3	3
Nefrologia	8	5	5	5	4
Nefrologia Pediátrica	2	2	2	2	2
Neonatologia	8	8	8	5	5
Neurorradiologia	-	-	-	1	1
Oncologia Clínica	5	3	3	3	3
Reumatologia	1	1	-	-	-
Urologia	4	4	4	4	3

Total de Vagas por Ano	240	228	204	197	194

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 188 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da CESUPA no período de 2018 a 2022.

Programas de Residência Médica - CESUPA	Vagas por Ano - CESUPA				
	2018	2019	2020	2021	2022
Medicina de Família e Comunidade	2	0	10	9	10
Clínica Médica	0	0	5	5	3
Dermatologia	0	0	2	2	2
Ginecologia e Obstetrícia	0	0	4	3	4
Pediatria	0	0	3	2	3
Medicina Intensiva	1	0	1	1	1
Endocrinologia e Metabologia	0	0	2	2	2
Reumatologia	0	0	1	1	1
Total de Vagas por Ano	3	0	28	25	26

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 189 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UFPA no período de 2018 a 2022.

Programas de Residência Médica UFPA	Reservas de Vagas por Ano - UFPA				
	2018	2019	2020	2021	2022
Clínica Médica	1	-	2	-	1
Área Cirúrgica Básica	-	-	1	1	-
Cirurgia Geral	1	-	2	-	1
Infectologia	-	-	1	-	1
Oftalmologia	-	1	-	-	1
Otorrinolaringologia	1	-	-	1	-
Pediatria	1	-	-	-	-
Total de Vagas por Ano	4	1	6	2	4

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de Educação na Saúde – CESA.

Tabela 190 - Número de Vagas do Programa de Residência Médica da UEPA no período de 2018 a 2022.

Programas de Residência Médica - UEPA	Reservas de Vagas por Ano - UEPA				
	2018	2019	2020	2021	2022
Anestesiologia	1	-	2	-	-
Cirurgia Cardiovascular	-	-	1	1	-
Cirurgia Geral	-	2	-	6	2
Clínica Médica	1	2	8	3	4
Ginecologia e Obstetrícia	1	-	-	-	-
Infectologia	2	-	-	-	-

Medicina da Família e Comunidade	2	-	-	-	-
Neurocirurgia	1	1	-	1	1
Neurologia	-	1	-	-	-
Ortopedia e Traumatologia	1	-	-	4	-
Pediatria	-	-	-	-	1
Psiquiatria	-	-	-	3	-
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	-	-	-	1	-
Cirurgia Área Básica	-	5	3	3	-
Hemodinâmica	-	-	-	-	1
Nefrologia	-	-	-	-	1
Total de Vagas por Ano	9	11	14	22	10

Fonte: Dados dos Editais das Residências das IES, tabulados pela Coordenação de educação na Saúde – CESA.

IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO DA SESPA/REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL

O Projeto de implantação do Centro de Documentação da Sespa está sendo executado pela Gerência de Documentação e Informação - GDI e tem como objetivo principal criar e implantar um Repositório Institucional, considerando como objetivo secundário, a organização documental institucional, a partir da reunião, análise, definição e adoção de padrões para o tratamento da documentação. Tal proposta justifica-se pelo fato da necessidade da adoção dos padrões arquivísticos, como também, para a recuperação e o acesso através dos tempos aos documentos produzidos no âmbito da SESPA.

Resultado das Atividades do Período de 2018 a 2023 (Dados até novembro de 2023 conforme cada atividade GM-SESPA):

Implantação do Repositório Institucional (Selecionar, Digitalizar e Armazenar por ano de publicação, toda documentação localizada sobre a Sespa nos Diários Oficiais do Estado (DOE):

Para a Implantação do Repositório Institucional com o objetivo de se obter toda documentação publicada sobre a secretaria no Diário Oficial do Estado, no período de 2018 a 2023 foram consultados 37.131 Diários Oficiais do Estado e 67.824 portarias de servidores para atender outros setores da DGTES, e foram digitalizadas 10948 portarias de servidores, também foram localizadas e salvos em base de dados 20.646 informações sobre a secretaria (Tabela 191).

Tabela 191 – Quantidade de Repositório Institucional, por Tipo no período de 2018 a 2023.

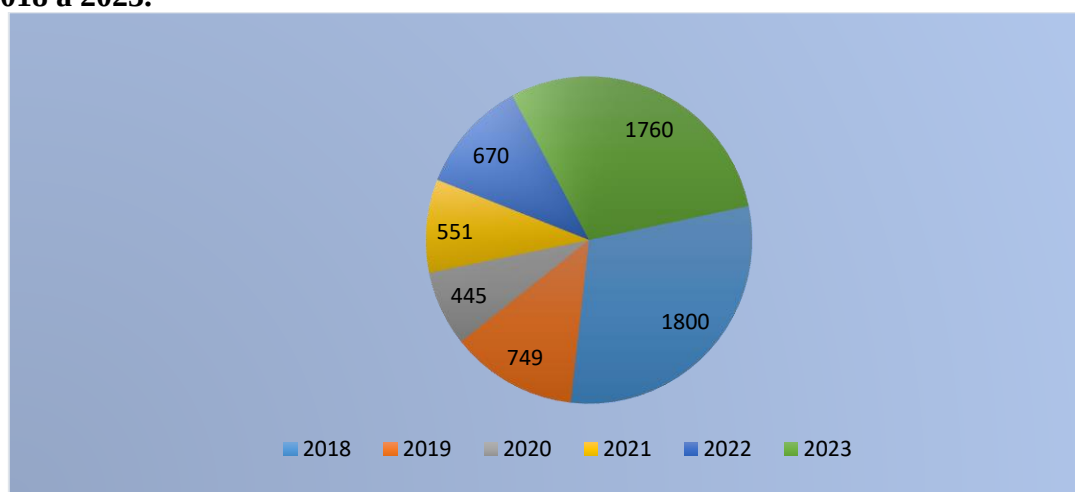
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Consulta Diários Oficiais do Estado	744	11422	9795	5634	5431	4105
Consulta Portarias da SESPA	7042	18183	877	3853	33804	4065
Digitalização de Portarias	1795	4620	3771	273	89	400
Documentos Localizados sobre a SESPA	1330	3890	4208	3603	3890	3725

Fonte: Relatório Anual de Gestão: Dados 2028 – 2023, elaborado pela GDI, 2023.

Levantamento e Divulgação de Publicações Científicas na Área de Saúde no Estado em articulação com as Instituições de Ensino e Pesquisa:

Uma das principais atividades da GDI é a execução de Pesquisas Bibliográficas Exaustivas que são levantamentos bibliográficos, ou prospecção da informação para fins técnico-científicos realizados para a coleta de dados que servirão para a elaboração de trabalhos de Conclusão de Curso, Monografias, Dissertações, Teses e etc., tanto de funcionários da SESPA, quanto de usuários externos, e no período de 2018 a 2023 executamos 5975 Pesquisas Bibliográficas Exaustivas (Figura 160).

Figura 160 – Quantidade de Pesquisas Bibliográficas Exaustivas, no período de 2018 a 2023.

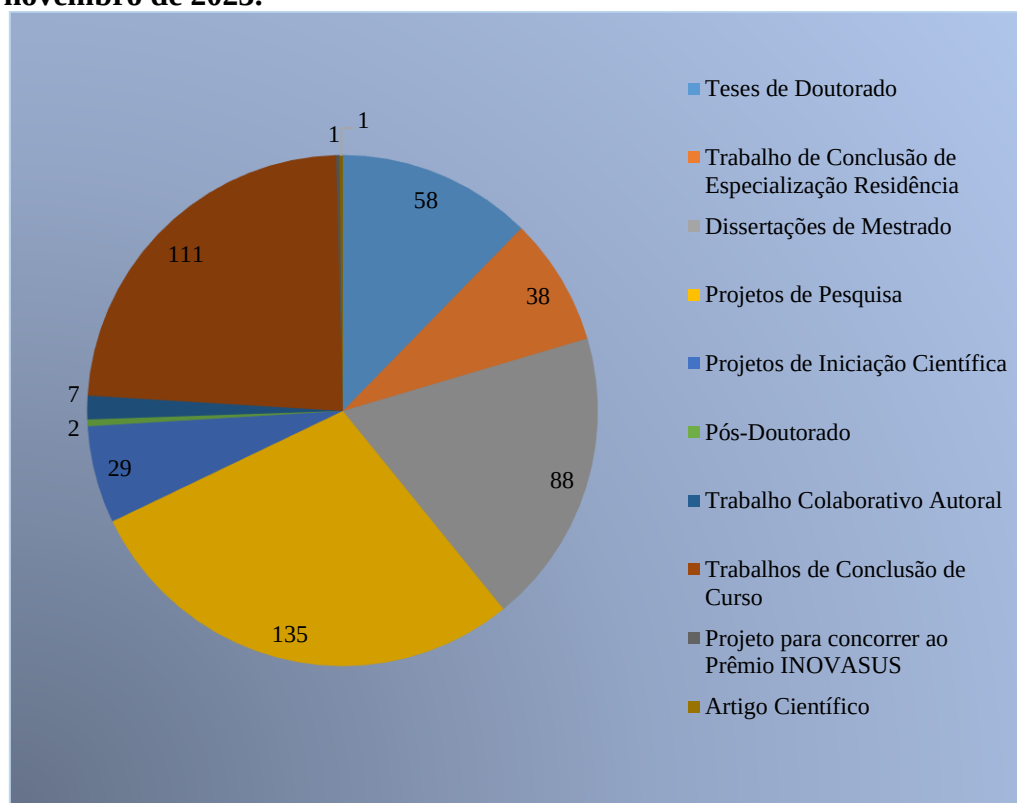


Fonte: Relatório Anual de Gestão: Dados 2028 – 2023, elaborado pela GDI, 2023.

Com relação à coleta e centralização de toda a produção técnica e científica realizadas no âmbito da Saúde Pública no estado, relacionadas aos processos de pesquisas em geral autorizadas pela SESPA, estamos acompanhando e aguardando a conclusão final de projetos liberados e que estão sendo realizados no âmbito da secretaria. E no período de 2018 a 2023 (dados até novembro de 2023) acompanhamos a elaboração/liberação de 470 trabalhos acadêmicos: 88 Dissertações de Mestrado, 58

Teses de Doutorado, 135 Projetos de Pesquisa, 111 Trabalhos de Conclusão de Curso, 38 Trabalhos de Conclusão de Especialização/Residência, 29 Projetos de Iniciação Científica, 7 Trabalhos Colaborativos Autorais, 2 Teses de Pós-Doutorado, 1 Artigo Científico e 1 Projeto para concorrer ao prêmio INOVASUS conforme Figura 161 abaixo:

Figura 161 – Quantidade de Pesquisas Científicas Realizadas, no período de 2018 até novembro de 2023.



Fonte: Relatório Anual de Gestão: Dados 2028 – 2023, elaborado pela GDI, 2023.

Futuramente com a Implantação do Repositório Institucional da secretaria teremos mais uma estratégia para divulgar a produção intelectual e o conhecimento acumulado na área de saúde, já estamos disponibilizando de forma integrada e em texto completo as teses, dissertações, Trabalhos de Conclusão de Curso de Especialização, dentre outros defendidos na área de Saúde Pública, tanto pelos servidores da SESPA, como por pesquisadores de outras instituições, que estão sendo catalogadas, alimentadas e disponibilizadas na Base de dados ColecionaSus do Ministério da Saúde. E, com os resultados desses estudos já estamos conseguindo ter um panorama do funcionamento dos nossos serviços e propor melhorias. É importante ressaltar que a Gerência de Documentação e Informação já está conseguindo acompanhar todas as pesquisas científicas que estão sendo realizadas nas nossas unidades e estamos caminhando em direção ao livre acesso à informação científica em defesa da equidade do acesso ao

conhecimento produzido na SESPA, condição essencial para melhoria da saúde da população.

5.6.3.1 Escola Técnica do SUS do Pará “DR. MANUEL AYRES”

A Escola Técnica do SUS tem como finalidade desenvolver atividades para formação profissional de recursos humanos da área da saúde pública. Promove a Educação Profissional que engloba, os cursos Técnicos e Pós-Técnicos de Nível Médio. Formação Inicial e Continuada.

Tabela 192 – Quantitativo de pessoas qualificadas em cursos de Formação Inicial e Continuada, 2018 a 2022.

CURSOS	REGIÃO DE SAÚDE	2018	2019	2020	2021	2022	PESSOAS QUALIFICADAS
Curso de Atualização no Controle do Câncer do Colo do Útero e Coleta do Papanicolau - PCCU	Metropolitana I, II e III	103					
Capacitação de Tutores - Projeto Itinerários do Saber	Rio Caetés Marajó I e II	73	23				
Curso de Formação de Auxiliar de Saúde Bucal	Metropolitana I	42	449				
Curso de Qualificação para Agente Comunitário de Saúde	Araguaia, Lago de Tucuruí, Baixo Amazonas	953		447			
1º Mostra de Trabalhos de Conclusão do Curso de Qualificação para ACS	Tocantins	52					
Capacitação Pedagógica para Docentes Colaboradores da ETSUS	Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí, Metropolitana I, II e	11					

	III, Tocantins, Xingu e Tapajós						
Curso de Atualização no controle do Câncer (CA) de Mama e Colo de Útero com ênfase na coleta do PCCU e Exame Clínico da Mama	Metropolit ana I, II e III, Marajó I e II, Carajás, Tocantins e Caetés.		143		84	58	
Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde (EaD)	Tocantins				31		
Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde	Marajó I					63	
Curso Formação na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (EaD)	Tocantins				24		
Curso Formação na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS	Tocantins					33	
Curso de Qualificação HUMANIZAREDEABS US-PA (EaD)	Tocantins				12		
Curso de Qualificação HUMANIZAREDEABS US-PA	Tocantins					78	
Curso de Instrumentos de Gestão e Planejamento do SUS - Sistema Único de Saúde (EaD)	Tocantins				23		

Curso de Atualização Sala de Vacina e Rede de Frios (EaD)	Metropolitana I Tocantins				20		
Curso de Atualização para Profissionais da Saúde que atuam na Atenção a Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal	Metropolitana I Tocantins				95		
Curso Técnico em Órteses e Próteses (EaD)	Metropolitana I					25	
Curso de Fundamentos de Odontologia Hospitalar e Intensiva	Metropolitana I					39	
Curso de Qualificação para Agente de Combate às Endemias	Metropolitana I					50	
Curso Técnico em Citopatologia	Metropolitana I, II e III, Marajó I, Araguaia, Tocantins, Rio Caetés e Xingu					15	
Curso de Qualificação para Conselheiros Municipais de Saúde	Metropolitana III					26	
Curso Introdutório à Segurança do Trabalho em Serviços de Saúde	Metropolitana I					33	
Curso de Atualização na Assistência ao Pré-Natal e Emergências Obstétricas	Metropolitana I Araguaia Tocantins Tapajós					154	
Curso de Capacitação no Atendimento a Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância -	Metropolitana I					29	

AIDPI							
Curso de Capacitação em Uso Racional, Armazenamento Adequado e Descarte Regular de Medicamentos Utilizados em Domicílios	Baixo Amazonas					94	
Curso de Capacitação Em Qualidade De Vida no Trabalho	Tapajós					13	
Curso Básico de Formação em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS	Metropolit ana I					33	
Curso de Formação no Acolhimento da População LGBTQIA+ Com Foco nas Pessoas Travestis e Transexuais em Espaços de Saúde do SUS	Metropolit ana I					79	
Curso de Atualização de Cuidador de Idoso	Metropolit ana I					52	
Curso de Atualização em EDF REINF, DCTFWEB e Retenções Tributárias e Previdenciárias na Administração Pública: Prática e fechamento das novas.	Metropolit ana I					102	
Curso de Atualização na Gestão do Cuidado na Média Complexidade para o Controle do	Metropolit ana I e Tocantins					79	

Câncer de Colo de Útero e Mama							
Curso de Qualificação em Violência Interpessoal e Autoprovocada Relacionada ao Trabalho.	Metropolitana I, II e III					54	
Curso de Capacitação do Sistema DIGISUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP)	Metropolitana I, II e III, Marajó I e II Baixo Amazonas, Xingu, Carajás, Araguaia, Tocantins					144	
Curso de Atualização na Assistência ao Pré-Natal - DSEI	Araguaia					26	
Curso de Capacitação de Termos de Referência para Contratos Administrativos da Área da Saúde Pública	Metropolitana I, II e III, Rio Caetés, Marajó II, Baixo Amazonas, Xingu, Carajás, Araguaia, Tocantins					122	
Curso de Atualização em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual, Urgências e Emergências Obstétricas	Metropolitana I, II e III, Rio Capim, Rio Caetés, Baixo					120	

	Amazonas, Lago do Tucuruí e Carajás, Tocantins e Tapajós.						
Curso de Especialização Técnica de Nível Médio em Oncologia	Metropolit ana I, II e III, Marajó I e II, Rio Caetés e Tocantins					12	
Certificação Itinerante Agente Comunitário de Saúde - ACS						450	
ETSUS POR TODO O PARÁ Palestra: A importância do ACS na Assistência do SUS e Oficina Previne Brasil	Araguaia, Carajás					888	
Semana de Qualificação em Gestão Administrativa e Financeira	13 Regiões de Saúde					160	
Encontro de Formação do coletivo Regional do RTESH das Secretarias Municipais de Saúde	13 Regiões de Saúde					81	
Oficina Regional de Atualização do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde e Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde	Metropolit ana I Tocantins					17	
Total		1.234	615	447	289	3.129	5.714

Fonte: ETSUS, 2024.

O quadro acima reflete o período de 5 (cinco) anos de cursos realizados pela ETSUS, totalizando 5.714 pessoas qualificadas, onde foram beneficiadas as 13 Regiões de Saúde do Estado. O curso com maior índice de qualificação foi o de Agente Comunitário de Saúde- ACS.

Os cursos ofertados pela Escola atendem ao público da área da saúde, e ampliou também o quantitativo de vagas para demanda espontânea da sociedade. Em geral, os discentes possuem escolaridade de ensino médio e superior, com categoria de vínculo na sua maioria de servidores efetivos e temporários na esfera estadual, federal e municipal. Vale ressaltar, que o planejamento de cursos da ETSUS é encaminhado para as 13 Regiões de Saúde, assim como para os 144 municípios do estado, a partir daí recebemos as demandas em ofício e dialogamos com o Núcleo de Educação Permanente- NEP dos municípios até a realização dos cursos.

Considerando o crescente índice de câncer de colo de útero e mama no estado, foi realizada atualização para os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, objetivando melhor atendimento as mulheres, o acesso a informação e detecção precoce do câncer reduzindo assim as taxas de morbidade e mortalidade por CA de Mama e Colo de Útero.

O curso de Agente de Combate às Endemias, com o objetivo de capacitar os agentes de saúde para atuarem em ações básicas de saúde, na perspectiva da integralidade do atendimento e atenção ao cidadão, atendendo aos anseios da comunidade, tanto no âmbito domiciliar quanto na coletividade, e em conformidade com os princípios norteadores do SUS.

O curso de especialização técnica de nível médio, possui carga horária mais extensa, contemplaram nesse período, as demandas solicitadas pelas regiões de saúde com o intuito de promover a formação técnica especializada de técnicos de enfermagem em oncologia, atendendo as necessidades da média e alta complexidade do SUS, tendo como foco as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos na atenção oncológica.

Tais dados são relevantes quando se constata o número de trabalhadores qualificados conforme a tabela, com maior destaque para o ano de 2022, onde ocorreu o maior número de capacitações realizadas pela escola.

Na programação de 2019, a escola vem dando continuidade nos cursos de qualificação e cursos técnicos de nível médio (Citopatologia e Oncologia), que estão na perspectiva de término para o início de 2020.

O ano de 2020, foi peculiar para a ETSUS/PA, pelo surgimento da Pandemia do Covid-19, obrigando a tomada de ações administrativas, que colaboraram com a baixa produtividade desta escola.

Diante da situação epidemiológica e principalmente acatando ao Decreto Governamental Nº 609 de 16 de março de 2020, que dispõe sobre medidas de enfrentamento, no âmbito do estado do Pará, à pandemia do coronavírus, o planejamento do ano de 2020 precisou ser readaptado, visto que, sempre se priorizou a preservação da vida dos alunos, docentes e dos servidores que fazem parte da escola.

No decorrer do ano, teve duas trocas de gestores na escola, sendo que a atual, encontra-se na direção desde 15 de julho de 2020. Apesar das limitações existentes para executar as ações a que se propõe uma escola, a gestão e todos seus colaboradores se empenharam na melhoria das condições físicas do prédio, onde detectou-se a falta de condições de acessibilidade do mesmo o que causava naquele momento, um impedimento junto ao Conselho Estadual de Educação - CEE, a liberação para que realizasse qualquer tipo de curso. Diante deste fato, foi constatada a existência de um imóvel, já destinado para essa escola, porém com os mesmos impedimentos. Foi realizada junto ao Secretário de Saúde, uma reunião, onde se elencou todas as demandas, até então, primordiais, para o perfeito funcionamento da Escola Técnica do SUS.

Com todas as solicitações atendimentos, a mudança predial foi realizada em meados de novembro de 2020. Somada a todas essas ações a escola encontrou em fase de alinhamento de parcerias com os seguintes órgãos: Escola de Governança Pública - EGPA, Secretaria de Educação do Estado do Pará - SEDUC, Centro de Formação de Profissionais de Educação Básica - CEFOR, Polícia Militar do Pará - PMPA, Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação - CIRR, Universidade do Estado do Pará - UEPA, Hospital Ophir Loyola - HOL entre outros. Esses órgãos foram facilitadores no ingresso da escola para a busca de alternativas de novas modalidades de ensino como EAD, Semipresencial, Híbrido entre outros.

Sendo assim, a partir do ano de 2020 a ETSUS/PA está em um prédio totalmente novo, com um espaço amplo, com a estrutura adequada ao público e para os próprios

funcionários, com o intuito de que no exercício de 2021 as ações retomassem, com a qualidade e estrutura para seus servidores, colaboradores, alunos e visitantes.

Considerando que em função do Cenário da Pandemia do COVID-19, no ano de 2021 a escola criou estratégias desafiadoras para execução de cursos com objetivo de ampliar o conhecimento, a qualificação dos profissionais de saúde do SUS, através do ensino remoto e da educação de ensino a distância, a ETSUS/PA realizou seis (06) cursos, totalizando 292 (duzentos e noventa e dois) profissionais de saúde qualificados.

Os cursos planejados e realizados contribuíram para meta pactuada 16 (implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS, com duas ações – Ação 6 e 7 – realizar curso de formação inicial e continuada para trabalhadores do SUS e realizar cursos técnicos para trabalhadores do SUS), sendo assim, podemos concluir que o objetivo da educação permanente tem sido alcançado uma vez que, os profissionais da saúde estiveram em capacitação para a multiplicação da qualidade do serviço de saúde que é ofertado ao usuário.

Em 2022, a ETSUS retomou suas atividades na oferta de cursos na modalidade de ensino presencial, o que beneficiou um total de 3.120 (três mil cento e vinte) profissionais de saúde de nível médio e superior nas 13 Regiões de Saúde do estado do Pará.

Podemos concluir, que foi alcançado as metas referentes a capacitação de profissionais de saúde, visto que irão atuar como multiplicadores nos municípios, trazendo benefícios de melhor atendimento e resolutividade aos serviços ofertados à população paraense.

Dentre as ações da ETSUS/PA no ano de 2023 temos: Realizar Cursos de Formação Inicial e Continuada e Realizar Cursos Técnicos e Pós- técnico para trabalhadores do SUS.

Tabela 193 – Quantitativo de pessoas qualificadas em cursos de Formação Inicial e Continuada, 2023.

Região de Integração	Perc %	Pessoas Capacitadas	Metas OGE 2023
Araguaia	55%	55	100
Baixo Amazonas	60,5%	115	190
Carajás	92,7%	127	137
Guajará	352,6%	670	190
Guamá	83,6%	117	140
Lago de Tucuruí	343,3%	206	60
Marajó	104,3%	146	140
Rio Caeté	130%	208	160

Rio Capim	36,0%	36	100
Tapajós	49,2%	59	120
Tocantins	163,1%	261	160
Xingu	60,0%	75	130
Total	1.530%	2.078	1.627

Fonte: ETSUS, 2024.

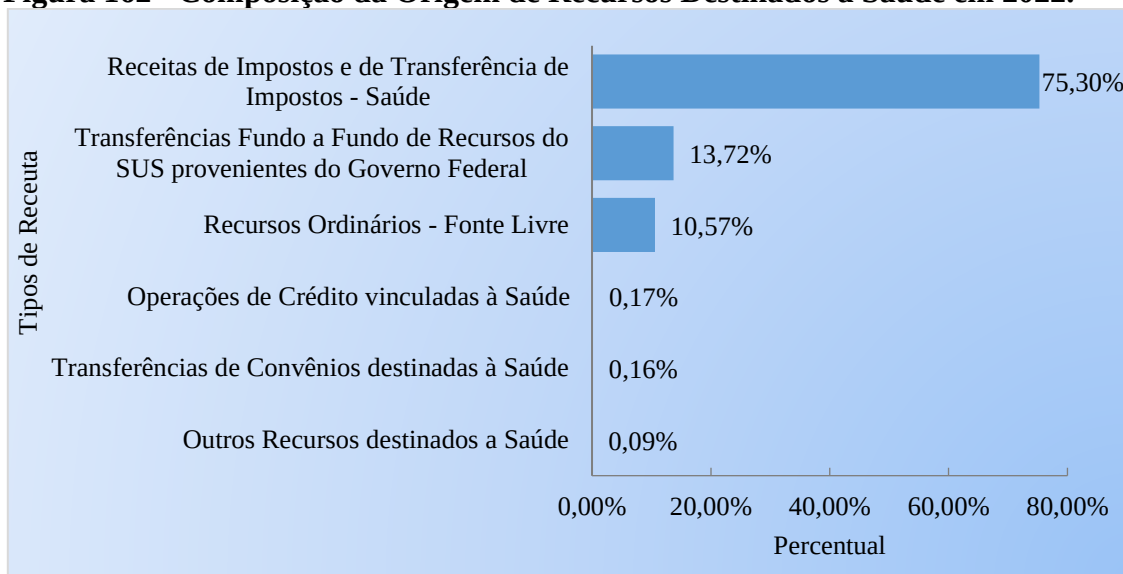
No período de Janeiro a Dezembro de 2023 a Escola ofertou cursos na modalidade de ensino presencial. A Instituição beneficiou um total de 2.078 (Dois mil e setenta e oito) profissionais de saúde de nível médio e superior nas 13 Regiões de Saúde.

5.7 Financiamento em Saúde.

DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR FONTE E SUBFUNÇÃO											
Subfunções		Recursos Ordinários – Fonte Livre	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	Transferências de Convênios destinadas à Saúde	Operações de Crédito vinculadas à Saúde	Transferências da União - inciso I do art. 5º da Lei Complementar 173/2020	Royalties do Petróleo destinados à Saúde	Outros Recursos Destinados à Saúde	TOTAL
301 - Atenção Básica	Corrente	57.146.156,28	56.984.503,97	361.892,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	114.492.552,37
	Capital	235.007,00	4.909,80	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	239.916,80
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	162.210.691,73	1.928.010.773,86	573.633.557,22	0,00	141.713,39	0,00	0,00	0,00	3.343.545,35	2.667.340.281,55
	Capital	277.978.325,73	291.339.571,04	23.838.131,59	0,00	8.118.875,55	8.634.125,41	0,00	0,00	279.509,11	610.188.538,43
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	0,00	6.011.019,40	32.030.002,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.041.022,34
	Capital	0,00	0,00	1.192.796,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.192.796,56
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Capital	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	Corrente	34.920.611,95	1.571.359.178,10	75.309.965,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	904.963,76	1.682.494.718,93
	Capital	11.822.809,67	24.910.408,19	74.366,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36.807.584,73
TOTAL		544.313.602,39	3.878.620.364,36	706.440.712,41	0,00	8.260.588,94	8.634.125,41	0,00	0,00	4.528.018,22	5.150.797.411,73

Fonte: DIGISUS, [2024].

Figura 162 - Composição da Origem de Recursos Destinados a Saúde em 2022.

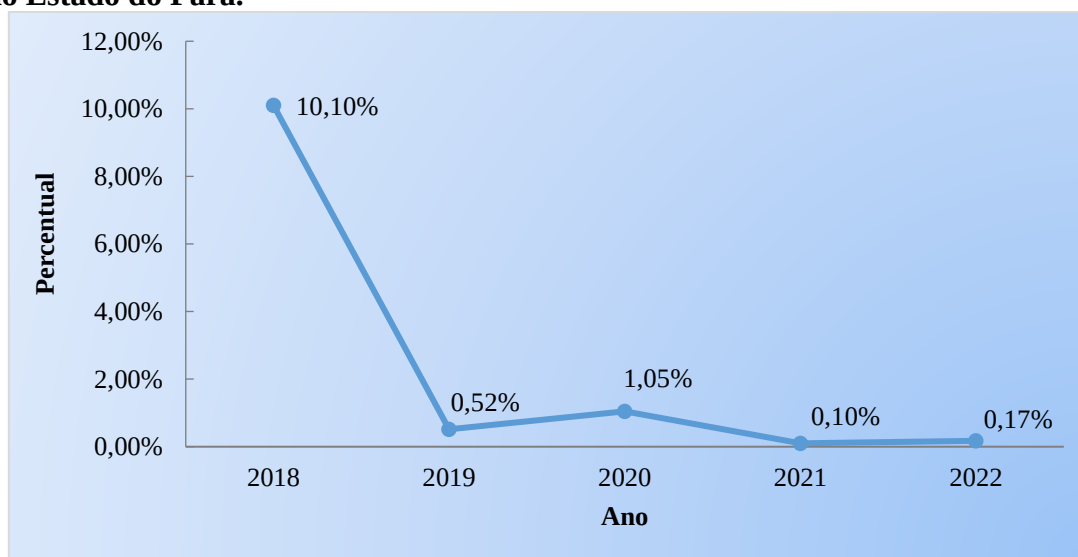


Fonte: DIGISUS, [2024].

As receitas e transferências advindas dos impostos são as principais fontes de recursos da saúde pública no Estado do Pará: equivalem a 75,30%, ou aproximadamente, 3/4 dos recursos. As outras fontes expressivas são as Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS e os Recursos Ordinários do estado. Estas fontes representam quase o quarto restante da receita da saúde estadual do Pará, com 24,28%.

Embora, pouco significativa para a receita atual do Estado do Pará, as Operações de Créditos vinculadas à Saúde – geralmente, um empréstimo do sistema financeiro ao estado, já chegaram a representar mais de 10% dos recursos do estado em 2018, e seguem em queda, conforme série histórica contida na figura 163:

Figura 163 - Participação das Operações de Crédito em % nas Receitas da Saúde do Estado do Pará.



Fonte: DIGISUS, [2024].

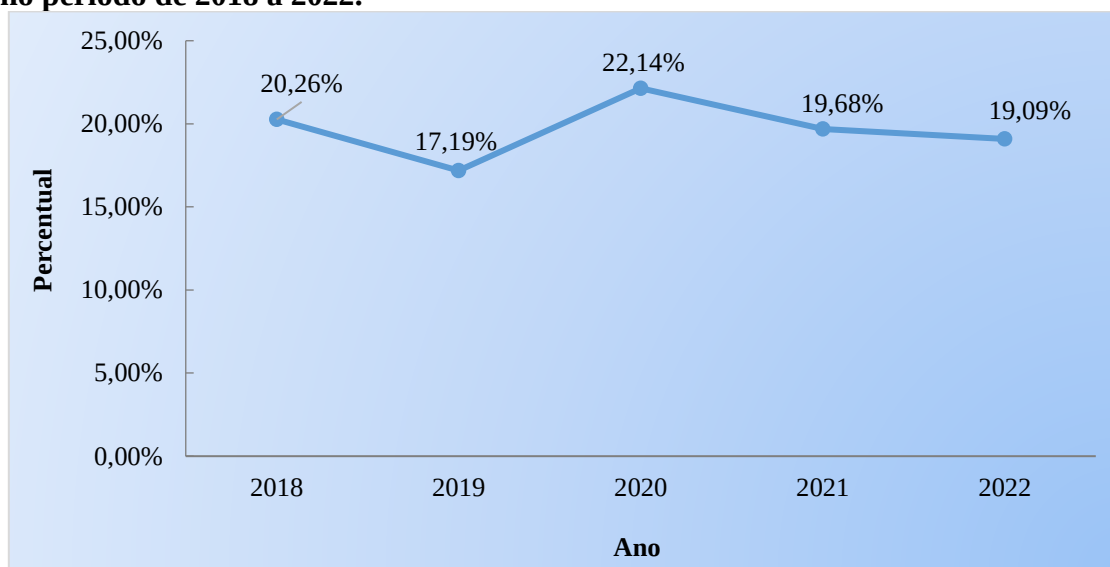
Isto significa que ao longo da série histórica está ocorrendo uma gestão mais eficiente da aplicação dos recursos públicos na área de saúde, implicando em uma dependência menor do endividamento para que o orçamento da saúde seja executado. Este viés pode ser encontrado na figura 165:

Tabela 194 – Receita Per Capita e Despesa em Saúde Per Capita no Estado do Pará.

Ano	Montante da Receita do Estado destinada ao cálculo de % mínimo aplicado a Saúde*	Despesa em Saúde no Estado	População	Receita do Estado per capita	Despesa em saúde no Estado per capita	Percentual da despesa no orçamento do Estado
2018	R\$ 15.546.326.316,04	R\$ 3.150.180.867,57	8366628	R\$ 1.858,14	R\$ 376,52	20,26%
2019	R\$ 17.168.487.702,27	R\$ 2.899.826.626,95	8513497	R\$ 2.016,62	R\$ 346,59	17,19%
2020	R\$ 18.153.124.313,69	R\$ 3.908.226.033,82	8602865	R\$ 2.110,13	R\$ 467,12	22,14%
2021	R\$ 22.931.758.318,54	R\$ 4.389.873.881,15	8602865	R\$ 2.665,60	R\$ 524,69	19,68%
2022	R\$ 27.850.594.928,52	R\$ 5.066.782.549,72	8777124	R\$ 3.173,09	R\$ 605,59	19,09%

Fonte: SIOPS – datasus.gov.br.

Figura 164 – Percentual da Evolução das Despesas do Estado do Pará em Saúde, no período de 2018 a 2022.

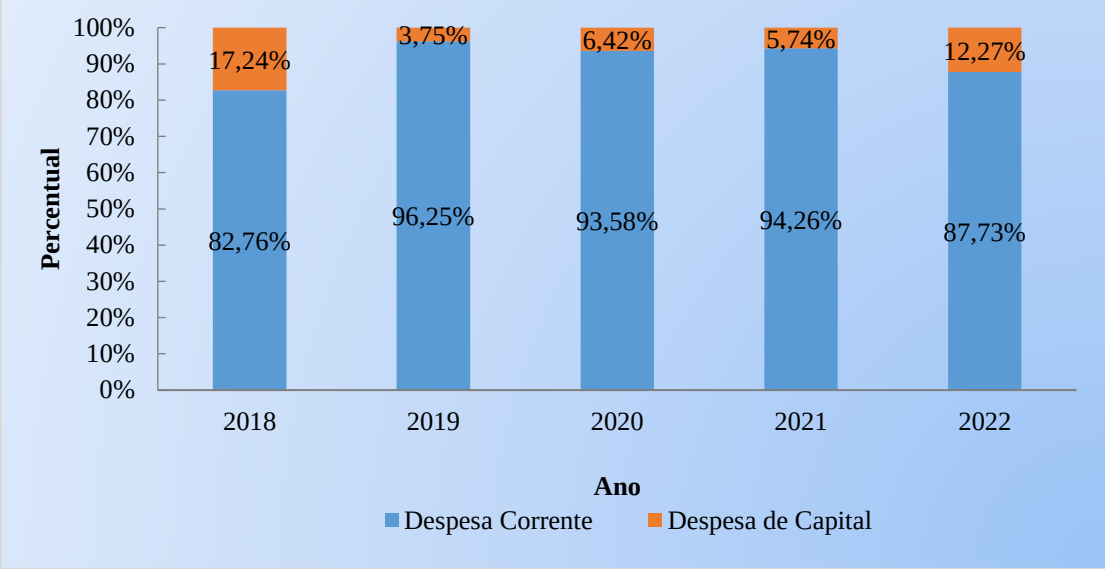


Fonte: SIOPS – datasus.gov.br.

O gráfico acima demonstra que dada a receita do Estado do Pará no período de 2018 a 2022, o percentual de despesa com saúde variou da mínima de 17,19% em 2019, com a máxima em 2020 de 22,14% no período da COVID, mantendo a média de aproximadamente 20% neste intervalo temporal. Logo, ao comparar este gráfico com o da figura 164, observa-se que mesmo com um % de despesa praticamente constante

dada a receita estadual, a dependência das operações de crédito é decrescente neste mesmo período, o que implica uma maior responsabilidade fiscal na saúde pública paraense.

Figura 165 – Composição das Despesas do Estado do Pará Anuais em Saúde por Categoria de Despesa (corrente ou capital), no período de 2018 a 2022.



Fonte: DIGISUS, [2024].

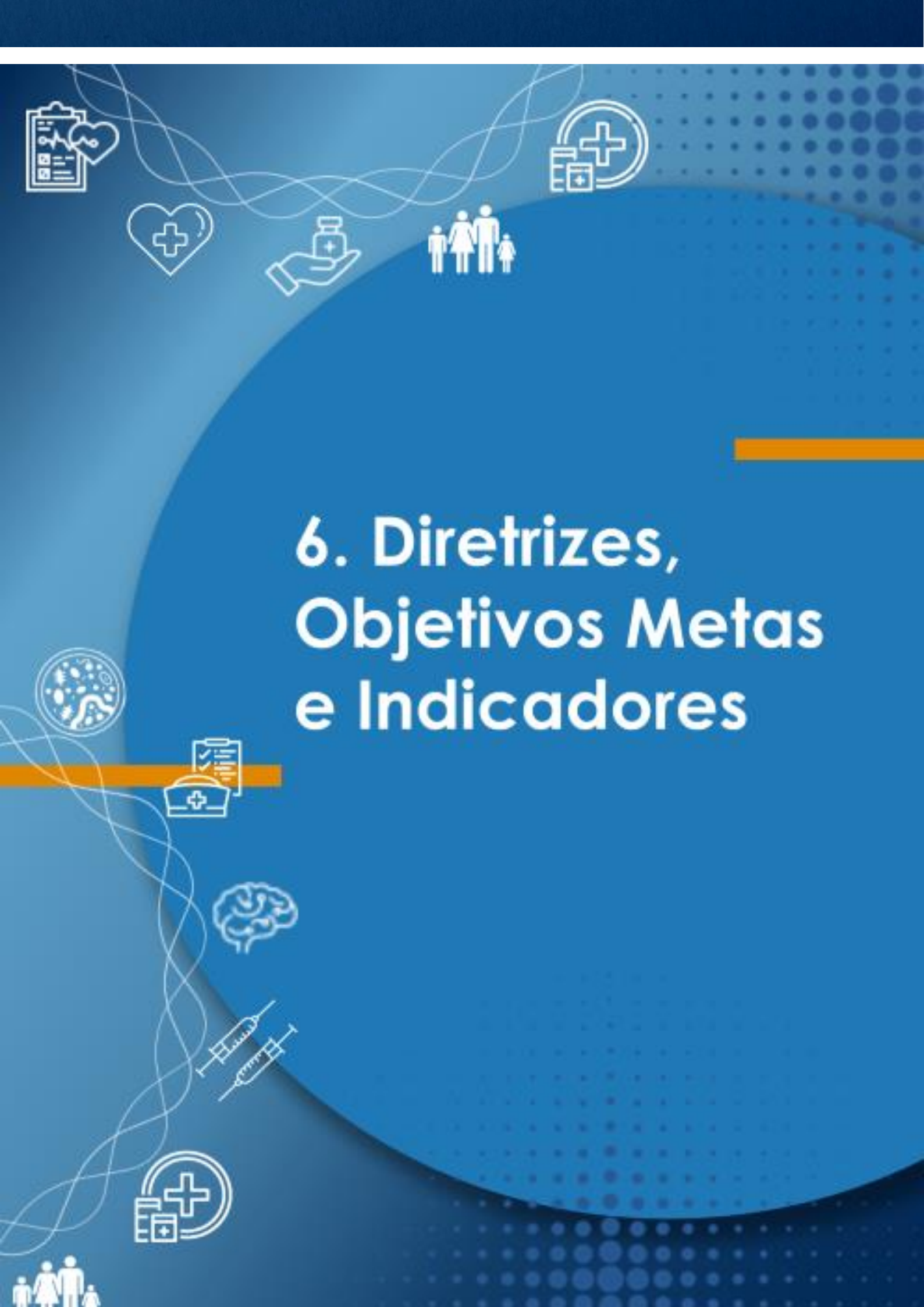
Sobre o ponto de responsabilidade fiscal, observa-se após o ano de 2019, uma elevação da composição das despesas de capital nas despesas do estado, ou seja, desde 2019 há uma prioridade nas despesas relacionadas ao investimento.

Tabela 195 – Despesa por Subfunção na Saúde do Estado do Pará, no período de 2018 a 2022.

Ano	Assist. Hospitalar e Ambulatorial	Outras Subfunções	Atenção Básica	Vigilância Epidemiológica
2018	58,95%	38,80%	1,22%	1,03%
2019	56,20%	42,65%	0,22%	0,94%
2020	65,58%	32,28%	1,41%	0,72%
2021	68,62%	28,75%	1,89%	0,74%
2022	70,42%	26,27%	2,47%	0,84%

Fonte: DIGISUS, [2024].

Nas despesas por subfunção, há uma preponderância da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, perfazendo de 56,20% destas despesas no ano de 2019 para cerca de 70,42% em 2022. As outras subfunções tiveram um decréscimo de participação nas despesas ao longo dos anos, passando de 38,80% em 2018 para 26,27% em 2022.



6. Diretrizes, Objetivos Metas e Indicadores

6 DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS E INDICADORES

O planejamento estratégico e a avaliação de políticas públicas são processos fundamentais para a implementação eficiente de ações governamentais e de projetos organizacionais. Dentro desse contexto, as **diretrizes**, **objetivos**, **metas** e **indicadores** formam um sistema integrado que orienta a execução e possibilita o monitoramento de resultados.

Tendo como base legal o Decreto 7.508/11, ao regulamentar aspecto da Lei 8.080/90, no tocante ao planejamento da saúde, a assistência à saúde, a articulação interfederativa e a regionalização, dentre outros aspectos, cumpre o seu papel no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS.

Considerando a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, em seu Artigo 30, inciso 1º “O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos”, bem como, o inciso 2º “Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional” e ainda o inciso 4º “Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades”. E ainda a Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013, em seu inciso 7º do artigo 3º orienta que o Plano de Saúde deverá considerar, as diretrizes definidas pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

Dessa forma é importante conceituar que as **diretrizes** são orientações gerais que orientam a execução de um plano ou política. Elas estabelecem os princípios e os valores fundamentais sobre os quais as ações serão desenvolvidas, ajudando a garantir a coerência entre os objetivos da organização ou do governo e as ações realizadas. De acordo com Gouveia (2020), as diretrizes são essenciais para assegurar que os projetos estejam alinhados com a missão e visão de longo prazo, orientando a tomada de decisões e ações ao longo do processo. Elas não são específicas em termos de ações ou resultados, mas fornecem a base para o desenvolvimento de políticas mais detalhadas.

Já os **objetivos** são declarações claras do que se pretende alcançar com a implementação de um plano ou política pública. Ao contrário das diretrizes, os objetivos são mais específicos e concretos, sendo responsáveis por guiar os esforços para atingir os resultados esperados. Segundo Ferreira e Lima (2021), os objetivos

devem ser definidos de maneira clara e precisa, pois orientam os recursos e as atividades necessárias para sua consecução. Eles estão sempre alinhados às diretrizes gerais e funcionam como o ponto de partida para o estabelecimento das metas e ações específicas.

As **metas** são descrições quantitativas ou qualitativas de resultados específicos a serem alcançados dentro de um prazo determinado. Elas são desdobramentos dos objetivos e servem como marcos para medir o progresso de um projeto ou política. O conceito de metas está intimamente ligado à ideia de mensuração e avaliação do desempenho. De acordo com Diniz (2022), as metas devem ser **SMART** (específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e temporais), o que facilita o acompanhamento e o sucesso da execução de um plano. As metas ajudam a garantir que os resultados esperados sejam atingidos e permitem ajustes nas estratégias, caso necessário.

Os **indicadores** são ferramentas de medição utilizadas para avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas. Eles fornecem dados quantitativos ou qualitativos que refletem o desempenho das ações, permitindo a análise de eficiência e eficácia. Segundo Mello e Silva (2023), os indicadores desempenham um papel crucial no processo de monitoramento e avaliação, pois fornecem as evidências necessárias para a tomada de decisões e ajustes na execução. Estes podem ser de natureza diversa, como indicadores de **eficiência** (que medem a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos), **eficácia** (que avaliam se os objetivos foram alcançados) ou **qualidade** (que analisam a percepção ou a satisfação dos beneficiários).

Dessa forma, é importante conceituar que as diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde em todos os níveis de atenção, os objetivos no planejamento expressam o que devem ser transformados, direcionando estratégias e ações coordenadas para alcançar mudanças significativas no território. As metas, por sua vez, representam compromissos para atingir os objetivos, levando em conta fatores como desempenho anterior, ponto de partida, recursos disponíveis e condicionantes políticos, econômicos e organizacionais. Já os indicadores são ferramentas indispensáveis para monitoramento e avaliação, permitindo verificar o alcance das metas, subsidiar análises críticas, fomentar melhorias nos processos organizacionais e avaliar o desempenho.

Nesse sentido, o Estado do Pará por meio da Secretaria de Estado de Saúde Pública, em conjunto com a equipe técnica e colaboração de outros atores sociais, elaborou para o período de 2024 a 2027 o Plano Estadual de Saúde, com fulcro na

definição das Diretrizes, emanada da 14ª Conferência Estadual de Saúde, realizada no período de 23 a 25 de maio de 2023, o desempenho obtido em relação ao que foi planejado e executado entre 2020 a 2023, além de considerar outras séries históricas de indicadores de saúde relevantes.

Na análise de situação, apresentam-se dados atualizados e identificam-se os avanços alcançados, bem como os desafios que ainda permanecem, com o intuito de definir estratégias que produzam alteração na realidade e melhorias na condição de saúde da população, estabelecida como prioridades nas Diretrizes, Objetivos, Metas, e Indicadores (DOMI), para os próximos quatro anos.

A definição clara de **diretrizes**, **objetivos**, **metas** e **indicadores** são fundamentais para garantir que as políticas públicas ou projetos tenham um rumo bem definido e que seus resultados sejam mensuráveis. De acordo com Santos et al. (2020), a integração desses elementos permite que as ações sejam monitoradas ao longo do tempo, possibilitando ajustes e correções para que os resultados esperados sejam atingidos. A interação entre eles cria um ciclo contínuo de planejamento, execução e avaliação, o que contribui para a transparência, a eficiência e a responsabilidade na gestão de políticas públicas.

Diretriz 1 - Garantir a prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em vista o financiamento equânime, a gestão e a organização da atenção a saúde, com controle, integridade, transparência e acesso público a informação.											
Objetivo 1.1 - Promover o cuidado integral às pessoas nos diferentes ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, bem como as especificidades e as diversidades regionais, aperfeiçoando a implementação das redes de atenção à saúde, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade, e com equidade, conforme as responsabilidades dos municípios, estados e União.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
1	Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF).	Percentual	78,01	83,50	84,00	84,50	85,00	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
2	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	Percentual	38,98	39,40	39,90	40,40	40,90	DPAIS	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL
3	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Percentual	0,17	0,27	0,37	0,47	0,57	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
4	Reduzir as internações de causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	Percentual	38,27	37,50	36,75	36,01	35,29	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
5	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.	Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	Percentual	57,00	63,00	67,00	70,00	74,00	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
6	Reduzir em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur.	Percentual	19,87	19,47	19,08	18,69	18,32	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
7	Reduzir a proporção da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Percentual	20,34	19,73	19,13	18,56	18,00	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
8	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Percentual	59,93	61,73	63,58	65,49	67,45	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
9	Aumentar a proporção de parto normal.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	Percentual	47,01	49,36	51,83	54,42	57,14	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
10	Reduzir a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	Taxa	14,66	14,66	14,47	14,28	14,09	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
11	Reduzir o Número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número	99	94	89	85	81	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
12	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Nº de unidades de saúde implantadas com serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.	Número	502	527	553	580	610	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
13	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Percentual	308,06	307,44	306,82	306,20	305,58	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL

Diretriz 1 - Garantir a prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em vista o financiamento equânime, a gestão e a organização da atenção a saúde, com controle, integridade, transparência e acesso público a informação.											
Objetivo 1.1 - Promover o cuidado integral às pessoas nos diferentes ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, bem como as especificidades e as diversidades regionais, aperfeiçoando a implementação das redes de atenção à saúde, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade, e com equidade, conforme as responsabilidades dos municípios, estados e união.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
14	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Percentual	92,80	92,00	92,00	92,00	92,00	DVS	ANUAL	ANUAL
15	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	Razão	0,33	0,33	0,34	0,35	0,36	DDRA	QUADRIMESTRAL	ANUAL
16	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão	0,13	0,15	0,16	0,17	0,18	DDRA	QUADRIMESTRAL	ANUAL
17	Reduzir em 30% o tempo na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual até 2027.	Percentual de redução do tempo médio em dias na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual	Percentual	52,00	15,00	20,00	25,00	30,00	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
18	Reduzir em 30% o tempo na fila de espera para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual até 2027.	Percentual de redução do tempo médio de espera em dias para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual	Percentual	29,00	15,00	20,00	25,00	30,00	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
19	Reduzir para 12,20% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) até 2027.	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos.	Percentual	12,31	12,29	12,27	12,25	12,20	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
20	Qualificar 74 serviços dos componentes da Rede de Atenção às Urgência e Emergência até 2027	Número de serviços/estabelecimentos qualificados da Rede de Urgência e Emergência (RUE).	Número	-	14	20	20	20	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
21	Implementar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou garantir o envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService, em 144 municípios.	Número de municípios com o Sistema Hórus implementados ou enviando conjunto de dados por meio do serviço WebService.	Número	54	57	60	63	66	DEAF	ANUAL	ANUAL
22	Ampliar o número de usuários atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).	Número de usuários atendidos nas Unidades Dispensadoras de Medicamento Especializado (UDME's)	Número	184.655	185.000	190.000	195.000	200.000	DEAF	ANUAL	ANUAL
23	Ampliar o número de doadores de órgãos e tecidos no Estado.	Número de doadores de órgãos e tecidos.	Número	327	343	360	378	397	DDRA	QUADRIMESTRAL	ANUAL
24	Ampliar o número de transplantes de órgãos e tecidos no Estado.	Número de transplante de órgãos e tecidos realizados	Número	617	647	680	714	749	DDRA	QUADRIMESTRAL	ANUAL
25	Ampliar o atendimento à pessoa com Transtorno do Espectro Autista por meio da implantação dos NATEAS	Nº de atendimento ofertadas pelos Núcleos de Atendimento para Transtorno do Espectro Autista (NATEA) implantados	Número	5000	5000	1000	15000	20000	CEPA	MENSAL	QUADRIMESTRAL

Diretriz 2 - Analisar a Situação de Saúde e seus determinantes sociais no estado do Pará, visando o desenho de uma realidade atual que traduza com clareza as responsabilidades e compromissos institucionais, com foco na gestão da RAS, para a garantia e promoção dos direitos à Saúde com universalidade, equidade e integralidade.											
Objetivo 2.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, a fim de prevenir e reduzir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes, condicionantes sociais, o perfil epidemiológico e as prioridades sanitárias definidas no PRI.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
26	Investigar os óbitos de mulher em idade fértil - 10 a 49 anos	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Percentual	77,30	85,00	85,00	85,00	85,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
27	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos Investigados	Percentual	93,75	100,00	100,00	100,00	100,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
28	Investigar óbitos infantis (< 1 ano)	Proporção de óbitos infantis (< 1 ano) Investigados	Percentual	66,30	75,00	75,00	75,00	75,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
29	Alcançar 70% de homogeneidade em 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de ≥95% em crianças menores de 1 ano de idade.	Homogeneidade das vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 1 ano de idade	Percentual	10,41	70,00	70,00	70,00	70,00	DVS	ANUAL	ANUAL
30	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Percentual	77,00	80,00	80,00	80,00	80,00	DVS	ANUAL	ANUAL
31	Encerrar 80% ou mais os casos de SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave no sistema SIVEP GRIPE.	Proporção de casos de Síndrome Respiratória Aguda grave encerrados quadrimestralmente no SIVEP GRIPE.	Percentual	87,70	80,00	80,00	80,00	80,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
32	Alcançar o número de casos curados de hanseníase, paucibacilar e multibacilar, nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Percentual	80,78	90,00	90,00	90,00	90,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
33	Aumentar a proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	Percentual	74,90	85,00	85,00	90,00	90,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
34	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Percentual	82,90	72,20	74,90	78,00	80,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
35	Realizar exames dos casos novos de tuberculose de testagem HIV.	Proporção de casos novos de tuberculose que realizaram testagem HIV.	Percentual	87,11	90,00	90,00	90,00	90,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
36	Reduzir um ponto percentual do valor do ano base ou manutenção de percentual zero dos casos de Sífilis congênita em relação ao total de casos de Sífilis em gestantes.	Percentual de casos de Sífilis congênita em relação ao total de casos de Sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Percentual	1.096	29,85	28,85	27,85	26,85	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
37	Reduzir a incidência (detecção) de casos de Aids em menores de 5 anos de idade devido a transmissão vertical.	Taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos de idade.	Taxa	0	0,97	0,97	0,83	0,83	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL

Diretriz 2 - Analisar a Situação de Saúde e seus determinantes sociais no estado do Pará, visando o desenho de uma realidade atual que traduza com clareza as responsabilidades e compromissos institucionais, com foco na gestão da RAS, para a garantia e promoção dos direitos à Saúde com universalidade, equidade e integralidade.

Objetivo 2.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, a fim de prevenir e reduzir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes, condicionantes sociais, o perfil epidemiológico e as prioridades sanitárias definidas no PRI.

Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
38	Reduzir um óbito precoce pela Aids em relação ao valor do ano base ou manutenção de ausências de óbitos precoces.	Número de óbitos precoces pela Aids (Causa básica) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número	725	724	723	722	721	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
39	Aumentar a proporção de notificações confirmadas, a partir do ano base de 2023, de pacientes Hepatites Virais B e C, tratados/em tratamentos, no ano de notificação.	Proporção do número de notificações confirmadas de pacientes Hepatites Virais B e C, tratados/em tratamentos, no ano de notificação.	Percentual	31,46	40,00	50,00	60,00	70,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
40	Reduzir em percentual os casos de malária do Estado em relação ao ano anterior.	Proporção de Casos autóctones de malária	Percentual	0,2% de aumento	5,00	10,00	13,00	15,00	DVS	ANUAL	ANUAL
41	Reduzir o número de óbito por Arboviroses.	Número de óbitos por arboviroses.	Número	3	5	3	2	2	DVS	ANUAL	ANUAL
42	Aumentar o número de municípios com pelo menos 4 ciclos com cobertura de 80% de visita domiciliar ao ano igual ou acima do número esperado para cada ano.	Número de municípios com pelo menos 4 ciclos com cobertura de 80% de visita domiciliar ao ano.	Número	62	70	75	80	85	DVS	ANUAL	ANUAL
43	Aumentar o número de municípios com verificações entomológicas de LIRAA/LIA e/ou de armadilhas ovitrampa anuais.	Número de municípios que realizam quatro Levantamentos entomológicos ao ano (LIRAA/LIA) ou trabalhar em 50% das semanas epidemiológicas com monitoramento por armadilhas e/ou ovitrampa.	Número	92	12	13	13	14	DVS	ANUAL	ANUAL
44	Reduzir a transmissão oral da Doença de Chagas Aguda em relação ao ano anterior	Percentual de Casos de Transmissão Oral de Doença de Chagas Aguda.	Percentual	30% de aumento	5,00	5,00	5,00	5,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
45	Reduzir o número de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV).	Número de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV).	Número	7	6	5	4	3	DVS	ANUAL	ANUAL
46	Curar 80% dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar	Proporção de cura de Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar	Percentual	64,75	80,00	80,00	80,00	80,00	DVS	ANUAL	ANUAL
47	Reduzir o número de Casos de Esquistossomose	Número de Casos de Esquistossomose	Número	132	132	126	114	108	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL

Diretriz 2 - Analisar a Situação de Saúde e seus determinantes sociais no estado do Pará, visando o desenho de uma realidade atual que traduza com clareza as responsabilidades e compromissos institucionais, com foco na gestão da RAS, para a garantia e promoção dos direitos à Saúde com universalidade, equidade e integralidade.											
Objetivo 2.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, a fim de prevenir e reduzir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes, condicionantes sociais, o perfil epidemiológico e as prioridades sanitárias definidas no PRI.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
48	Reduzir número de Casos Geo-helminthos.	Número de Casos Geo-helminthos	Número	1255	1255	1200	1192	1132	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
49	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias, registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), de forma oportuna.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerramento oportuno	Percentual	0	80,00	80,00	80,00	80,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
50	Tratar 100% dos expostos de Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva humana.	Proporção de Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva com tratamento preventivo antirrábico.	Percentual	0	100,00	100,00	100,00	100,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
51	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Percentual	72,20	70,00	74,00	77,00	80,00	DVS	ANUAL	ANUAL
52	Ampliar a proporção de notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos.	Proporção de notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos.	Percentual	35,65	5,00	10,00	15,00	20,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
53	Ampliar a proporção de notificação com o campo ocupação preenchido dos agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo "Ocupação" nas fichas de notificação dos Agravos relacionados ao trabalho.	Percentual	95	95,00	95,00	95,00	95,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
54	Aumentar o número de inspeções e fiscalizações sanitárias para licenciamento de serviços de hemoterapia do estado.	Número de inspeções e fiscalizações sanitárias para licenciamento de serviços de hemoterapia realizadas	Número Absoluto	3	30	40	50	60	DVS	MENSAL	QUADRIMESTRAL
55	Ampliar para 116 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantados	Número total de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde (EAS) com o Núcleo de Segurança do Paciente implantados	Número	88	95	102	109	116	DVS	MENSAL	QUADRIMESTRAL
56	Aumentar o número de inspeções sanitárias nos estabelecimentos de produtos de interesse da Vigilância Sanitária.	Número de inspeções sanitárias nos estabelecimentos de produtos de interesse da Vigilância Sanitária.	Número	113	120	125	130	135	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
57	Ampliar a cobertura da vigilância laboratorial de agravos de saúde pública.	Percentual de municípios que foram atendidos com análises laboratoriais de vigilância epidemiológica e ambiental.	Percentual	0	75,00	80,00	85,00	90,00	DVS	QUADRIMESTRAL	ANUAL

Diretriz 3 - Consolidar a participação e controle social nos conselhos e conferências de saúde, de modo a contemplar a gestão compartilhada nos 3 níveis de gestão, priorizando a regionalização, fortalecendo as redes de atenção à saúde e os princípios do SUS.											
Objetivo 3.1 - Fortalecer o processo de regionalização do SUS no estado, aprimorando a relação federativa e a participação social, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões e macrorregiões de saúde, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
58	Ampliar para 12 Auditorias do SUS realizadas até 2027.	Auditoria Realizada.	Número	8	12	12	12	12	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
59	Atingir 85% de manifestações finalizadas dos usuários do SUS até 2027	Percentual de manifestações finalizadas dos Usuários do SUS	Percentual	84,80	85,00	85,00	85,00	85,00	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL

Diretriz 4 - Fortalecer o pacto interfederativo, a gestão e o financiamento do SUS, considerando as iniquidades regionais e macroregionais, garantindo os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.											
Objetivo 4.1 - Fortalecer a gestão do SUS para governança nas redes de atenção à saúde, com ênfase no processo de regionalização do SUS, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estado e união, visando oferecer atendimento integral no âmbito do SUS.											
Nº	META	INDICADOR	UNIDADE	RESULTADO 2023 ANO BASE	PACTUAÇÃO				ARTICULADOR	MONITORAMENTO	AVALIAÇÃO
					2024	2025	2026	2027			
60	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Percentual	99,67	101,17	102,67	104,17	105,67	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
61	Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes	Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes.	Razão	0,77	0,79	0,82	0,87	0,89	DPAIS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
62	Ampliar em 80% os serviços de apoio diagnóstico nas macrorregiões de saúde até 2027	Percentual de ampliação de procedimentos de apoio diagnóstico do SUS por macrorregião de saúde em relação ao preconizado	Percentual	61,00	62,00	67,00	71,00	80,00	DDRA	QUADRIMESTRAL	ANUAL
63	Ampliar em 1,7 nº de leitos hospitalares SUS por Mil habitantes até 2027.	Número de Leitos hospitalares SUS por Mil Habitantes	Número	1,48	1,6	1,6	1,6	1,7	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
64	Habilitar 164 serviços dos componentes da Rede de Urgência e Emergência até 2027	Número de serviços/estabelecimentos habilitados da Rede de Urgência e Emergência (RUE).	Número	-	90	28	28	18	DDASS	QUADRIMESTRAL	ANUAL
65	Ampliar o número de instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG) aprovados nos Conselhos de Saúde	Número de Instrumentos de Planejamento (PS, PAS e RAG) aprovados nos conselhos.	Número	-	291	434	290	291	NISPLAN	QUADRIMESTRAL	ANUAL
66	Implantar e Implementar em 100% os dispositivos da PNH pactuados no período de 2024 a 2027	Percentual de dispositivos implantados e implementados pela Política Nacional de Humanização do Estado no quadriênio 2024-2027	Percentual	-	4	6	8	10	DGTES	ANUAL	ANUAL
Objetivo 4.2 - Fortalecer e qualificar gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo para as necessidades do SUS, a formação a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.											
67	Ampliar em até 20% o número de vagas ou de novos programas de Residência em Saúde.	Nº de vagas ou novos programas de residência em saúde criados	Percentual	-	5	5	5	5	DGTES	QUADRIMESTRAL	ANUAL
68	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Percentual	-	17,50	17,50	17,50	17,50	DGTES	QUADRIMESTRAL	ANUAL
69	Ampliar o número de trabalhadores do SUS contemplados com ações estratégicas de atenção, valorização, regulação e despreciação do trabalho.	Número de trabalhadores do SUS atingidos por ações estratégicas de atenção integral, valorização, regulação e despreciação do trabalho.	Número	-	12.871	12.871	12.871	12.871	DGTES	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL

6.1. Da proposta do aporte orçamentário

Apresentamos abaixo a proposta orçamentária por sub funções:

CONSOLIDADO POR SUB FUNÇÃO

CÓDIGO DA SUB FUNÇÃO	DESCRIÇÃO DA SUB FUNÇÃO	GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	EXERCÍCIO FINANCEIRO 2024	EXERCÍCIO FINANCEIRO 2025	EXERCÍCIO FINANCEIRO 2026	EXERCÍCIO FINANCEIRO 2027	TOTAL	% 2024/2027
0	Informações Complementares	CUSTEIO	437.821.810,00	234.459.560,00	265.157.419,00	290.577.943,00	1.228.016.732,00	4,40
		INVESTIMENTO	6.170,00	59.516,00	74.508,00	67.360,00	207.554,00	0,00074
122	Administração Geral	CUSTEIO	1.809.183.388,00	2.153.438.872,00	2.441.104.090,00	2.708.372.037,00	9.112.098.387,00	32,63
		INVESTIMENTO	13.221.249,00	13.590.374,00	20.893.200,00	21.766.105,00	69.470.928,00	0,25
301	Atenção Básica	CUSTEIO	106.251.565,00	109.559.695,00	107.537.788,00	108.772.301,00	432.121.349,00	1,55
		INVESTIMENTO	3.083,00	4.758,00	12.254,00	108.680,00	128.775,00	0,00046
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	CUSTEIO	3.322.769.782,00	4.153.444.136,00	3.241.089.719,00	3.181.196.284,00	13.898.499.921,00	49,77
		INVESTIMENTO	330.183.857,00	625.845.691,00	698.924.986,00	588.664.260,00	2.243.618.794,00	8,03
303	Suporte Profilático e Terapêutico	CUSTEIO	82.492.529,00	86.134.415,00	88.941.789,00	91.926.679,00	349.495.412,00	1,25
		INVESTIMENTO	-				-	0
304	Vigilância Sanitária	CUSTEIO	73.375.256,00	70.409.625,00	71.103.276,00	110.002.742,00	324.890.899,00	1,16
		INVESTIMENTO	106.166,00	113.506,00	124.508,00	117.360,00	461.540,00	0,0017
305	Vigilância Epidemiológica	CUSTEIO	62.658.096,00	63.029.494,00	64.240.436,00	65.251.858,00	255.179.884,00	0,91
		INVESTIMENTO	2.023.083,00	2.105.553,00	5.033.886,00	3.081.177,00	12.243.699,00	0,04
306	Alimentação e Nutrição	CUSTEIO	-				-	
		INVESTIMENTO	-				-	
TOTAL GERAL			6.240.096.034,00	7.512.195.195,00	7.004.237.859,00	7.169.904.786,00	27.926.433.874,00	100,00



7. Processo de Monitoramento e Avaliação

7. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são componentes essenciais na gestão de políticas públicas e serviços de saúde, sendo fundamentais para assegurar a eficácia, a eficiência e a equidade das ações realizadas. Em saúde, esses processos permitem acompanhar o desempenho das intervenções, identificar desafios e adaptar as estratégias conforme necessário para melhorar os resultados em saúde da população. Desempenham papéis essenciais no planejamento entre o planejamento e a execução, permitindo ajustes nos desvios e a contínua retroalimentação do processo com base nas experiências adquiridas na implementação do Plano. O monitoramento vai além de um simples acompanhamento, pois documenta sistematicamente a execução do Plano, identifica desvios nas atividades planejadas e fornece subsídios para a avaliação. Por sua vez, a avaliação permite a implementação de ações corretivas, o andamento do ajuste ou o replanejamento das atividades.

O monitoramento é um processo contínuo e cotidiano de coleta e análise de dados realizados por gestores, gerentes e técnicos durante a implementação de programas ou políticas de saúde, com o objetivo de verificar se as atividades estão sendo realizadas conforme o planejado. O monitoramento fornece informações em tempo real, permitindo ajustes rápidos e oportunos quando necessário. De acordo com Souza et al. (2021), o monitoramento eficaz em saúde envolve a coleta sistemática de dados sobre os insumos, as atividades, os processos e os resultados imediatos de uma intervenção, ajudando a garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente e que as metas estabelecidas sejam atingidas.

A importância do monitoramento reside no fato de que ele fornece informações cruciais sobre o andamento das ações, permitindo a identificação precoce de problemas operacionais e de gestão, como escassez de recursos, falhas no atendimento ou na implementação de estratégias de saúde. Além disso, o monitoramento contínuo permite a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o alinhamento das práticas com as necessidades da população (Barros et al., 2022).

O monitoramento caracteriza-se como um acompanhamento contínuo e cotidiano, realizado por gestores e gerentes, para verificar o progresso do plano e das políticas em relação aos seus objetivos e metas. Ele é uma função intrínseca à gestão do

plano, capaz de gerar informações relevantes sobre a programação, permitindo a adoção de medidas corretivas para melhorar sua execução. Para isso, utiliza indicadores, produzidos regularmente a partir de diversas fontes de dados, que oferecem uma visão do desempenho das ações planejadas, possibilitando mensurar o alcance dos objetivos.

No contexto da gestão pública, o monitoramento só será eficaz se a equipe gestora mantiver um conhecimento contínuo e objetivo sobre as atividades de avaliação. Essas avaliações, embora não capturem todas as mudanças desejadas, são indispensáveis para orientar os processos de implantação, consolidação e transformação das práticas de saúde. O desenvolvimento de instrumentos de avaliação é um grande desafio, pois envolve mais do que o simples acompanhamento de cronogramas ou inventários de ações realizadas. No setor da saúde, os indicadores devem medir não apenas o impacto dos serviços na saúde da população, mas também a adequação da infraestrutura e a efetividade dos processos. Indicadores isolados não oferecem uma visão conclusiva do desempenho dos serviços; sua função é subsidiar a formação de opiniões e a tomada de decisão.

A **avaliação**, por outro lado, é um processo mais amplo e complexo, que busca examinar os efeitos de uma intervenção de saúde a médio e longo prazo. Ela é realizada para determinar o impacto e a eficácia das políticas e programas, considerando os resultados alcançados e a sua relação com os objetivos estabelecidos. Segundo Lima e Souza (2023), a avaliação pode ser **formativa**, quando realizada durante a implementação de um programa, com o intuito de ajustar e melhorar a intervenção, ou **somativa**, quando ocorre após a execução do programa, visando verificar se os objetivos foram atingidos e qual o impacto sobre a saúde da população.

A avaliação permite, entre outras coisas, analisar a efetividade das políticas de saúde em melhorar indicadores como mortalidade, morbidade, acesso e qualidade dos serviços, além de verificar a equidade no acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, no caso da vacinação, a avaliação pode investigar a cobertura vacinal alcançada e os efeitos na redução da incidência de doenças (Pereira et al., 2022).

Embora o monitoramento e a avaliação possuam diferenças, ambos são essenciais e devem ser integrados ao longo de toda a implementação das políticas e programas de saúde. De acordo com Silva et al. (2022), um sistema eficiente de

monitoramento e avaliação em saúde não apenas permite o acompanhamento de indicadores de desempenho, mas também oferece uma análise crítica sobre os resultados obtidos, ajudando a identificar lacunas na prestação de serviços e áreas que necessitam de reforço.

A integração de ambos os processos é particularmente importante em ambientes de saúde pública, onde os recursos são limitados e os resultados podem levar algum tempo para se materializar. A combinação de **monitoramento** e **avaliação** permite que os gestores e os profissionais de saúde tenham uma visão holística da intervenção, o que facilita a adaptação das estratégias às necessidades emergentes e promove a transparência e a responsabilidade.

Neste sentido o Plano Estadual de Saúde (PES) é o documento central no planejamento das ações do SUS. Sua operacionalização ocorre por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), que anualiza as metas previstas no Plano e prevê a alocação dos recursos orçamentários necessários para sua execução.

O monitoramento do PES acontece por meio da execução do PAS, com a análise dos indicadores disponíveis a cada quadrimestre, detalhadamente nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA), apresentados ao final de maio, setembro e fevereiro. A avaliação anual ocorre através do Relatório Anual de Gestão (RAG). Todos os indicadores pactuados são revisados anualmente, e seus resultados integram o RAG, que deve ser enviado até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira para o Conselho de Saúde e alimentado no Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento disponível em: < <https://digisusgmp.saude.gov.br/>>.

Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde reforça seu compromisso com o monitoramento e a avaliação das ações, metas e indicadores de saúde. Para isso, promove encontros internos com a equipe técnica para reflexão e análise da realidade pactuada, utilizando instrumentos como a "Ficha de Monitoramento", aplicada quadrimestral e anualmente, em conformidade com os períodos previstos nas programações anuais.

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA.

CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		PROJEÇÃO DAS METAS PARA 2024 -2027			
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2023	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2023 (Relação 2023x pactuação de 2023)	2024	2025	2026	2027
D1	Diretriz 1 - Garantir a prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em vista o financiamento equânime, a gestão e a organização da atenção a saúde, com controle, integridade, transparência e acesso público a informação.						
O1.1	Objetivo 1.1 - Promover o cuidado integral às pessoas nos diferentes ciclos de vida, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, bem como as especificidades e as diversidades regionais, aperfeiçoando a implementação das redes de atenção à saúde, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade, e com equidade, conforme as responsabilidades dos municípios, estados e união.						
1	INDICADOR(U): Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF). - META: Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidadesde de saúde do Programa Auxílio Brasil (PAB).	78,01	RAZOÁVEL	83,50	84,00	84,50	85,00
	Bom: >=85,00% Razoavel:<85,00% até 78,00% Fraco:< 78,00%.						
2	INDICADOR: (U) Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. - META : Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas.	38,98	FRACO	39,40	39,90	40,40	40,90
	Bom: >=40,90% Razoavel: <40,90% até 38,98% Fraco: <38,98%.						
3	INDICADOR(U): Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. - META : Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,17	RAZOÁVEL	0,27	0,37	0,47	0,57
	Bom: >=0,57% Razoavel:<0,57% até 0,17% Fraco:<0,17%						
4	INDICADOR(U): Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab). -META : Redução de intenações de causas sensíveis à Atenção Básica.	38,27	FRACO	37,50	36,75	36,01	35,29
	Bom<= 35,29 % Razoavel:> 35,29 % até 38,27 % Fraco:>= 38,27%						
5	INDICADOR:(U): Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. -META : Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.	57,00	BOM	63,00	67,00	70,00	74,00
	Bom: >= 74% Razoavel:< 74% até 57% Fraco:< 57%						

6	INDICADOR:(E): Taxa de internação Hospitalar em Pessoas idosas por fratura de Fêmur. - META: Redução em 2% da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur.	19,87	RAZOÁVEL	19,47	19,08	18,69	18,32
	Bom: <= 18,32 % Razoavel: < 18,32 % até 19,87 % Fraco: >= 19,87%						
7	INDICADOR(U): Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos . - META : Reduzir a proporção da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	20,34	RAZOÁVEL	19,73	19,13	18,56	18,00
	Bom: <= 18,00 % Razoavel: < 18,00 % até 20,34 % Fraco: >= 20,34 %						
8	INDICADOR (E): Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal. - META : Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	59,93	BOM	61,73	63,58	65,49	67,45
	Bom: >= 67,45 % Razoavel: < 59,93 % até 59,93 % Fraco: <= 59,93 %						
9	INDICADOR (U): Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar. - META : Aumentar a proporção de parto normal.	47,01	FRACO	49,36	51,83	54,42	57,14
	Bom: >=57,14 % Razoavel: < 57,14 % até 47,01 % Fraco: <= 47,01 %						
10	INDICADOR(U): Taxa de mortalidade infantil. - META : Reduzir a mortalidade infantil.	14,66	RAZOÁVEL	14,66	14,47	14,28	14,09
	Bom <=14,09 Razoavel: > 14,09 até 14,66 % Fraco: >=14,66 %						
11	INDICADOR (U) : Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência. - META : Reduzir o Número de Óbitos maternos	99	RAZOÁVEL	94	89	85	81
	Bom: <= 81 Razoavel: >81 até 99 Fraco: >= 99						
12	INDICADOR(E): Nº de unidades de saúde implantadas com serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. - META : Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	502	BOM	527	553	580	610
	Bom: >= 610 Razoavel: < 610 até 502 Fraco: <= 502						
13	INDICADOR(U): Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) META : Reduzir a mortalidade prematura(de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) .	308,06	RAZOÁVEL	307,44	306,82	306,20	305,58
	Bom <=305 - Razoável: > 305 até 308 - Fraco: >= 308						

14	INDICADOR(E): Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. - META: Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	92,80	BOM	92,00	92,00	92,00	92,00
	Bom: >= 92% Razoavel: < 92% até 91% Fraco: < 91%						
15	INDICADOR(U): Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. META : Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatologico a cada três anos.	0,33	RAZOÁVEL	0,27	0,27	0,28	0,28
	Bom: >= 0,28 % Razoavel: < 0,28 % até 0,27 % Fraco: <= 0,27 %						
16	INDICADOR(U): Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. - META : Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	0,13	FRACO	0,15	0,15	0,16	0,16
	Bom: >= 0,16 % Razoavel: < 0,16 % até 0,13 % Fraco: <= 0,13 %						
17	INDICADOR (E): Percentual de redução do tempo médio em dias na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual. META : Reduzir em 30% o tempo na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual até 2027.	52,00	FRACO	15,00	20,00	25,00	30,00
	Bom: >= 30 % Razoavel: < 30% até 15% Fraco: <= 15%						
18	INDICADOR(E): Percentual de redução do tempo médio de espera em dias para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual META : Reduzir em 30% o tempo na fila de espera para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual.	29,00	RAZOÁVEL	15,00	20,00	25,00	30,00
	Bom: >= 30 % Razoavel: < 30% até 15% Fraco: <= 15%						
19	INDICADOR (E): Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos META : Reduzir em 12,20% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) até 2027.	12,31	FRACO	12,29	12,27	12,25	12,20
	Bom: <= 12,20% Razoavel: < 12,20% até 12,31% Fraco: >= 12,31 %						
20	INDICADOR (E): Número de serviços/estabelecimentos qualificados da Rede de Urgência e Emergência (RUE). META : Qualificar 74 serviços dos componentes da Rede de Atenção às Urgência e Emergência até 2027	-		14	20	20	20
	Bom: >= 20 Razoavel: < 20 até 14 Fraco: >= 14%						
21	INDICADOR(E): Número de municípios com o Sistema Hórus implementados ou enviando conjunto de dados por meio do serviço WebService. - META : Implementar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou garantir o envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService, em 144 municípios.	54	FRACO	57	60	63	66
	Bom: >=66 % Razoavel: 66% até 54 % Fraco: <= 54%						

22	INDICADOR(E): Número de usuários atendidos nas Unidades Dispensadoras de Medicamento Especializado (UDME's) - META: Ampliar o número de usuários atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).	184,655	RAZOÁVEL	185,000	190,000	195,000	200,000
	Bom: >= 200,000 Razoavel: < 184,655 até 200,000 Fraco: <= 184,655						
23	INDICADOR (E): Número de doadores de órgãos e tecidos. - META: Ampliar o número de doadores de órgãos e tecidos no Estado.	327	BOM	343	360	378	397
	Bom: >= 397 Razoavel: < 397 até 327 Fraco: <= 327						
24	INDICADOR (E): Número de transplante de órgãos e tecidos realizados - META: Ampliar o número de transplantes de órgãos e tecidos no Estado.	617	BOM	647	680	714	749
	Bom: >= 749 Razoavel: < 749 até 617 Fraco: < 617						
25	INDICADOR(E): Nº de atendimento ofertadas pelos Núcleos de Atendimento para Transtorno do Espectro Autista (NATEA) implantados META: Ampliar o atendimento à pessoa com Transtorno do Espectro Autista por meio da implantação dos NATEAS	5.000	RAZOÁVEL	5000	10000	15000	20000
	Bom: >= 20.000 Razoavel: < 20.000 até 5.000 Fraco: <5.000						

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA.

QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.

CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		PROJEÇÃO DAS METAS PARA 2024 -2027			
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2023 (ANO BASE)	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2023 (Relação 2023x pactuação de 2023)	2024	2025	2026	2027
D2	Diretriz 2 - Analisar a Situação de Saúde e seus determinantes sociais no estado do Pará, visando o desenho de uma realidade atual que traduza com clareza as responsabilidades e compromissos institucionais, com foco na gestão da RAS, para a garantia e promoção dos direitos à Saúde com universalidade, equidade e integralidade.						
O2.1	Objetivo 2.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, a fim de prevenir e reduzir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes, condicionantes sociais, o perfil epidemiológico e as prioridades sanitárias definidas no PRI.						
26	INDICADOR (E): Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados - META : Investigar os Óbitos materno em Idade Fértil (MIF)	77,30	FRACO	85	85	85	85
	Bom: >= 85 % Razoavel:< 85 % até 77,30 % Fraco:< 77,30 %						
27	INDICADOR(E): Proporção de óbitos maternos investigados. -META : Investigar os óbitos maternos	93,75	RAZOÁVEL	100	100	100	100
	Bom: >= 100 % Razoavel:< 100% até 90% Fraco:<= 90%						
28	INDICADOR(E): Proporção de óbitos infantis (< 1 ano) Investigados -META : Investigar óbitos infantis (< 1 ano)	66,30	FRACO	75	75	75	75
	Bom: >= 75 Razoavel:< 75 até 66 Fraco:<= 66						
29	INDICADOR(E): Homogeneidade das vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação das crianças menores de 1 ano de idade -META : Alcançar 70% de homogeneidade em 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de ≥95% em crianças menores de 1 ano de idade.	10,41	FRACO	70	70	70	70
	Bom: >= 70 Razoavel:< 10 até 70 Fraco:<= 10						
30	INDICADOR(U): Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. - META: Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação.	77,00	FRACO	80	80	80	80
	Bom: >= 80 % Razoavel:< 80,00% até 77,00 % Fraco:<= 77,00%						

31	INDICADOR(E): Proporção de casos de Síndrome Respiratória Aguda grave encerrados quadrimestralmente no SIVEP GRIPE. -META: Encerrar 80% ou mais os casos de SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave no sistema SIVEP GRIPE.	87,70	BOM	80	80	80	80
	Bom: >= 80% Razoavel: < 80 % até 12,50% Fraco: < 12,50%						
32	INDICADOR (U): Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. - META: Alcançar o número de casos curados de hanseníase, paucibacilar e multibacilar, nos anos das coortes.	80,78	RAZOÁVEL	90	90	90	90
	Bom: >= 90% Razoavel: < 90 % até 80% Fraco: <= 80%						
33	INDICADOR (U): Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. - META: Aumentar a proporção de contatos examinados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	74,90	RAZOÁVEL	85	85	90	90
	Bom: >= 90% Razoavel: < 50 % até 74% Fraco: <= 74%						
34	INDICADOR(E): Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. - META: Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	82,90	BOM	72,200	74,900	78,000	80,000
	Bom: >= 80% Razoavel: < 80 até 72% Fraco: < 72%						
35	INDICADOR(E): Proporção de casos novos de tuberculose que realizaram testagem HIV. - META: Realizar exames dos casos novos de tuberculose de testagem HIV.	87,11	FRACO	90	90	90	90
	Bom: >= 90% Razoavel: < 87,11% até 90% Fraco: < 87,11%						
36	INDICADOR(E): Percentual de casos de Sífilis congênita em relação ao total de casos de Sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. - META: Reduzir um ponto percentual do valor do ano base ou manutenção de percentual zero dos casos de Sífilis congênita em relação ao total de casos de Sífilis em gestantes.	1.096		29,85	28,85	27,85	26,85
	Bom: <= 26,85% Razoavel: < 26,85% até 30% Fraco: > 30%						
37	INDICADOR(E): Taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos de idade. - META: Reduzir a incidência (detecção) de casos de Aids em menores de 5 anos de idade devido a transmissão vertical.		FRACO	0,97	0,97	0,83	0,83
	Bom: <= 0,83 Razoavel: > 0,83 até 0,97 Fraco: > 0,97						
38	INDICADOR(E): Número de óbito precoces pela Aids (Causa básica) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. - META: Reduzir um óbito precoce pela Aids em relação ao valor do ano base ou manutenção de ausências de óbitos precoces.	725	FRACO	724	723	722	721
	Bom: <= 721 Razoavel: > 725 até 721 Fraco: > 725						

39	INDICADOR(E): Proporção do número de notificações confirmadas de pacientes Hepatites Virais B e C, tratados/em tratamentos, no ano de notificação. -META: Aumentar a proporção de notificações confirmadas, a partir do ano base de 2023, de pacientes Hepatites Virais B e C, tratados/em tratamentos, no ano de notificação.	31,46	BOM	40	50	60	70
	Bom: >= 70% Razoavel: < 70% até 30% Fraco: < 30%						
40	INDICADOR(E): Proporção de Casos autóctones de malária -META: Reduzir em percentual os casos de malária do Estado em relação ao ano anterior.	Aumento de 0,2%		5	10	13	15
	Bom: <= 15 Razoavel: > 15 até 5 Fraco: > 5						
41	INDICADOR (E): Número absoluto de óbitos por Arboviroses - META : Reduzir o numero absoluto de obito por Arboviroses.	3	BOM	5	3	2	2
	Bom <=2 -razoavel: > 2 até 5 -fraco: >= 5						
42	INDICADOR(U): Número de municípios com pelo menos 4 ciclos com cobertura de 80% de visita domiciliar ao ano. - META : Aumentar o número de municípios com pelo menos 4 ciclos com cobertura de 80% de visita domiciliar ao ano igual ou acima do número esperado para cada ano.	62	RAZOÁVEL	70	75	80	85
	Bom: >= 80 Razoavel: < 80 até 60 Fraco: <= 60						
43	INDICADOR(U): Número de municípios que realizam quatro Levantamentos entomológicos ao ano (LIRAA/LIA) ou trabalhar em 50% das semanas epidemiológicas com monitoramento por armadilhas e/ou ovitrampa. - META : Aumentar o número de municípios com verificações entomológicas de LIRAA/LIA e/ou de armadilhas ovitrampa anuais.	92	BOM	12	13	13	14
	Bom: >= 14 Razoavel: < 14 até 10 Fraco: <= 10						
44	INDICADOR(U): Percentual de Casos de Transmissão Oral de Doença de Chagas Aguda. - META : Reduzir a transmissão oral da Doença de Chagas Aguda em relação ao ano anterior	30% de aumento	BOM	5,00	5,00	5,00	5,00
	Bom: >= 5% Razoavel: < 5% até 1% Fraco: < 1%						
45	INDICADOR(E): Número de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV). META: Reduzir o número de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV).	7	FRACO	6	5	4	3
	Bom: >= 3% Razoavel: > 3% até 7% Fraco: < 7%						
46	INDICADOR(E): Proporção de cura de Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar META: Curar 80% dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar	64,75	FRACO	80	80	80	80
	Bom: >= 80% Razoavel: > 80% até 64,75% Fraco: < 64,75%						

47	INDICADOR(E): Número de Casos de Esquistossomose META: Reduzir o número de Casos de Esquistossomose	132	BOM	132	126	114	108
	Bom: <= 108 Razoavel: < 132 até 108 Fraco: >= 132						
48	INDICADOR(E): Número de Casos Geo-helmintos META: Reduzir número de Casos Geo-helmintos.	1.255	FRACO	1.255	1.200	1.192	1.132
	Bom <=1132 -razoavel: > 1132 até 1255 -fraco: >= 1255						
49	INDICADOR(U): Proporção de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerramento oportuno - META: Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias, registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), de forma oportuna.	-	FRACO	80,00	80,00	80,00	80,00
	Bom: >= 80 % Razoavel: < 77,80 % até 79,99 % Fraco: < 77,79%						
50	INDICADOR(U): Proporção de Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva com tratamento preventivo antirrábico. - META: Tratar 100% dos expostos de Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva humana	-	FRACO	100,00	100,00	100,00	100,00
	Bom: >= 100 Razoavel: < 100 % até 0% Fraco: < 0%						
51	INDICADOR(U): Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. - META: Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	72,20	BOM	70,00	74,00	77,00	80,00
	Bom: >= 80 % Razoavel: < 80 % até 70 % Fraco: <= 70%						
52	INDICADOR(U): Proporção de notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos. - META: Ampliar a proporção de notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos.	35,65	BOM	5,00	10,00	15,00	20,00
	Bom: >= 20 % Razoavel: < 20 % até 5 % Fraco: <= 5%						
53	INDICADOR 3.1.14 : (U) Proporção de preenchimento do campo "Ocupação" nas fichas de notificação dos Agravos relacionados ao trabalho. - META : Ampliar a proporção de notificação com o campo ocupação preenchido dos agravos relacionados ao trabalho	95,00	BOM	95,00	95,00	95,00	95,00
	Bom: >= 95 % Razoavel: < 95% até 50 % Fraco: < 50 %						
54	INDICADOR : Número de inspeções e fiscalizações sanitárias para licenciamento de serviços de hemoterapia realizadas - META : Aumentar o número de inspeções e fiscalizações sanitárias para licenciamento de serviços de hemoterapia do estado.	3,00	FRACO	30,00	40,00	50,00	60,00
	Bom: >= 60 % Razoavel: < 60 % até 3 % Fraco: <= 3%						

55	INDICADOR(E): Número total de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde (EAS) com o Núcleo de Segurança do Paciente implantados META: Ampliar para 116 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantados	88	BOM	95	102	109	116
	Bom: >= 116 Razoavel: < 116 até 88 Fraco: <= 88						
56	INDICADOR(E): Número de inspeções sanitárias nos estabelecimentos de produtos de interesse da Vigilância Sanitária. META: Aumentar o número de inspeções sanitárias nos estabelecimentos de produtos de interesse da Vigilância Sanitária.	113	FRACO	120	125	130	135
	Bom: >= 135 Razoavel: < 113 até 135 Fraco: <= 113						
57	INDICADOR(E): Percentual de municípios que foram atendidos com análises laboratoriais de vigilância epidemiológica e ambiental. META: Ampliar a cobertura da vigilância laboratorial de agravos de saúde pública.	-	FRACO	75,00	80,00	85,00	90,00
	Bom: >= 90 Razoavel: < 75 até 90 Fraco: <= 75						

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA.							
QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.							
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		PROJEÇÃO DAS METAS PARA 2024 -2027			
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2023 (ANO BASE)	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2023 (Relação 2023x pactuação de 2023)				
D3	Diretriz 3 - Consolidar a participação e controle social nos conselhos e conferências de saúde, de modo a contemplar a gestão compartilhada nos 3 níveis de gestão, priorizando a regionalização, fortalecendo as redes de atenção à saúde e os princípios do SUS.						
O3.1	Objetivo 3.1 - Fortalecer o processo de regionalização do SUS no estado, aprimorando a relação federativa e a participação social, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões e macrorregiões de saúde, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.						
58	INDICADOR: Número de Auditorias Realizada. -META : Ampliar para 12 Auditorias do SUS realizadas até 2027.	8	BOM	12	12	12	12
	Bom>= 12 Razoavel:< 12 até 8 Fraco <= 8						
59	INDICADOR: Percentual de manifestações finalizadas dos Usuários do SUS - META : Atingir 85% de manifestações finalizadas dos usuários do SUS até 2027	84,80	BOM	85	85	85	85
	Bom: >= 85 Razoavel:< 85 até 84 Fraco:< 84						

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA.

QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.

CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		PROJEÇÃO DAS METAS PARA 2024 -2027			
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2023 (ANO BASE)	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2023 (Relação 2023x pactuação de 2023)	2024	2025	2026	2027
D4	Diretriz 4 - Fortalecer o pacto interfederativo, a gestão e o financiamento do sus, considerando as iniquidades regionais e macroregionais, garantindo os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.						
O4.1	Objetivo 4.1 - Fortalecer a gestão do SUS para governança nas redes de atenção à saúde, com ênfase no processo de regionalização do SUS, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estado e união, visando oferecer atendimento integral no âmbito do SUS.						
60	INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. - META : Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	99,67	BOM	100,00	100,00	100,00	100,00
	Bom: >= 100 % Razoavel:< 100% até 90 % Fraco:<= 90 %						
61	INDICADOR: (E):Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes . - META: Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes ao ano.	0,77	RAZOÁVEL	0,79	0,82	0,87	0,89
	Bom: >= 0,89 Razoavel:< 0,89 até 0,77 Fraco:<= 0,77						
62	INDICADOR:Percentual de ampliação de procedimentos de apoio diagnóstico do SUS por macrorregião de saúde em relação ao preconizado - META:Ampliar em 80% os serviços de apoio diagnostico nas macrorregiões de saúde até 2027	61,00	FRACO	62,00	67,00	71,00	80,00
	Bom: >= 80 Razoavel:< 80 até 61 Fraco:< 61						
63	INDICADOR(E): Número de Leitos hospitalares SUS por Mil Habitantes - META : Ampliar em 1,7 nº de leitos hospitalares SUS por Mil habitantes até 2027.	1,48	RAZOÁVEL	1,60	1,60	1,60	1,70
	Bom: >= 1,70 % Razoavel:< 1,70 % até 1,48 % Fraco:<= 1,48 %						
64	INDICADOR: Número de serviços/estabelecimentos habilitados da Rede de Urgência e Emergência (RUE). - META : Habilitar 164 serviços dos componentes da Rede de Urgência e Emergência até 2027	-		90,00	28,00	28,00	18,00
	Bom: >= 164 Razoavel:< 164 até 90 Fraco:<= 90						
65	INDICADOR: Número de Instrumentos de Planejamento (PS, PAS e RAG) aprovados nos conselhos. - META : Ampliar o número de instrumentos de Planejamento em Saúde (PS, PAS e RAG) aprovados nos Conselhos de Saúde	-		291	434	290	291
	Bom: >= 300 Razoavel:< 300 até 200 Fraco:<= 200						
66	INDICADOR: Percentual de dispositivos implantados e implementados pela Política Nacional de Humanização do Estado no quadriênio 2024-2027 - META : Implantar e Implementar em 100% os dispositivos da PNH pactuados no período de 2024 a 2027	-		4,00	6,00	8,00	10,00
	Bom: >= 10 Razoavel:< 10 até 5 Fraco:< 5						

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA.							
QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.							
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		PROJEÇÃO DAS METAS PARA 2024 -2027			
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2023 (ANO BASE)	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2023 (Relação 2023x pactuação de 2023)	2024	2025	2026	2027
D4	Diretriz 4 - Fortalecer o pacto interfederativo, a gestão e o financiamento do sus, considerando as iniquidades regionais e macroregionais, garantindo os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social.						
O4.2	Objetivo 4.2 - Fortalecer e qualificar gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo para as necessidades do SUS, a formação a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a democratização das relações de trabalho.						
67	INDICADOR(E): Nº de vagas ou novos programas de residência em saúde criados - META : Ampliar em até 20% o número de vagas ou de novos programas de Residência em Saúde.	-		5	5	5	5
	Bom: >= 20 % Razoavel:< 20 % até 5 % Fraco:< 5 %						
68	INDICADOR(E): Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas - META : Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS	-		17,50	17,50	17,50	17,50
	Bom: >= 17,50% Razoavel:< 17,50% até 15% Fraco:<= 15%						
69	INDICADOR(E): Número de trabalhadores do SUS atingidos por ações estratégicas de atenção integral, valorização, regulação e despreciação do trabalho. - META : Ampliar o número de trabalhadores do SUS contemplados com ações estratégicas de atenção, valorização, regulação e despreciação do trabalho.	-		12,87	12,87	12,87	12,87
	Bom: >= 12,87% Razoavel:< 12,87% até 10% Fraco:<= 10%						
Legenda dos Resultados do Ano base :(Desempenho)							
VERDE: bom							
AMARELO: Razoavel							
VERMELHO:Fraco							
BRANCO: INDEFINIDO							

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 do Pará apresenta-se como um marco estratégico para a gestão da saúde pública, construído de forma participativa e com o envolvimento de gestores, técnicos, lideranças da sociedade civil e membros do Conselho Estadual de Saúde. Ele reflete um compromisso claro com os princípios do SUS e busca atender às necessidades da população de forma equitativa e eficiente. Além de ser um requisito legal, o plano assume um papel essencial ao estabelecer diretrizes, objetivos e metas que guiarão as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SESPA) nos próximos quatro anos.

O PES prioriza a regionalização da saúde, considerando a complexidade territorial e as especificidades demográficas do Pará, que abrange 144 municípios divididos em quatro macrorregiões, constituídas por 13 Centros Regionais de Saúde (CRS). Um dos principais desafios identificados é a redução dos vazios assistenciais, principalmente em áreas mais remotas, com estratégias voltadas para reorganizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ampliar a cobertura de atenção primária e especializada. A gestão eficiente e participativa é destacada como crucial para superar barreiras de acesso e garantir resolutividade, sempre alinhada aos valores de integralidade e universalidade do SUS.

Outro aspecto inovador do plano é a integração com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e o enfrentamento das mudanças climáticas, reconhecendo a relação direta entre saúde e sustentabilidade. Medidas como monitoramento de doenças relacionadas ao clima, como aquelas transmitidas por vetores e doenças respiratórias, e investimentos em infraestrutura resiliente a eventos extremos reforçam o compromisso do Pará com a adaptação climática e a promoção da saúde pública.

Além disso, o plano traz atenção especial às populações mais vulneráveis, incluindo indígenas, ribeirinhos e moradores de áreas urbanas periféricas, propondo ações que promovam inclusão e equidade. A ampliação de investimentos em infraestrutura, a qualificação de profissionais e a melhoria da gestão do sistema de saúde são prioridades para garantir serviços mais humanizados e eficazes.

O PES também ressalta a importância de um monitoramento contínuo das metas e indicadores definidos, permitindo ajustes necessários ao longo do período de vigência

para garantir maior eficiência e transparência na aplicação dos recursos públicos. Este compromisso com resultados demonstra o alinhamento da gestão estadual às demandas locais, à legislação vigente e às expectativas da sociedade.

Em resumo, o Plano Estadual de Saúde do Pará para 2024-2027 não é apenas um documento técnico, mas uma expressão do compromisso do governo em construir um sistema de saúde equitativo, acessível e sustentável. Ele reforça a integração entre saúde e desenvolvimento, promovendo a qualidade de vida da população paraense e enfrentando desafios regionais e globais de forma proativa e colaborativa.

REFERÊNCIAS

BARROS, D.; LIMA, E., ALMEIDA, F. A importância do monitoramento contínuo em políticas de saúde. **Jornal de Gestão em Saúde**. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 5 de outubro de 1988 – 5 ed. – São Paulo: Iglu, 2006. 127p.

BRASIL. **Decreto nº 7.508** de 28 de junho de 2011: Regulamentada a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Brasília], 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 26.ago.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2013-2015 – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. [Brasília], 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 26.ago.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento do SUS**/Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Ministério da Saúde 2015. 133p: il, - (Série articulação interfederativa: v.4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção Extra, 28 dez. 2017. Edição Extra - C p. 91. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**, [Brasília], 2013. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cartilha-traz-orientacoes-sobre-regionalizacao-planejamento/>>. Acesso em: 26 ago. 2024.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 5 de 19 de junho de 2013.** Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). [Brasília], 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/resooo5_19_06_2013.html>. Acesso em: 26.out.2024.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 08 de 24 de novembro de 2016.** Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. [Brasília], 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/Reso08_19_06_2013.ht. Acesso em: 26.out.2024.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23 de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, Diário Oficial da União, Edição: 159, Seção 1 p 96,18 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O Processo de Planejamento Regional Integrado e a organização da Macrorregião de Saúde.** Câmara Técnica, Abril 2018. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca>. Acesso em: 29 jun. 2024.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37 de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF, Diário Oficial da União nº 58, Seção 1, pág. 135, 26 mar. 2024.

BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n.180, 20.set.19. Seção I. p.1

BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 169º da Independência e 102º da República. Brasília - Seção I. 31. dez.1990, (p. 25694, col. 1).

BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. **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. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p. 1.

DINIZ, P. Como estabelecer metas SMART em projetos e políticas públicas. **Revista de Avaliação de Desempenho em Políticas Públicas**. Fortaleza, 2022.

FERREIRA, M., Lima, R. A definição de objetivos em políticas públicas: um guia prático. **Jornal de Planejamento e Gestão**. 2021.

GOUVEIA, J. A importância das diretrizes na formulação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO. **Dados sócios demográficos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 27 set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Radar IDHM** : evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. Brasília: IPEA, PNUD, FJP, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/idhm>. Acesso em: 27 set. 2024.

LIMA, A., SOUZA, B. A avaliação de políticas públicas em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2023

MELLO, A.; SILVA, C. Indicadores de desempenho: uma ferramenta essencial para o monitoramento e avaliação. **Cadernos de Políticas Públicas e Gestão**. Fortaleza, 2023.

PARÁ. Conselho Estadual de Saúde do Pará. **Resolução nº 025 de 23 de maio de 2017**. Dispõe sobre o processo de pactuação municipal/regional/estadual, relativo ao período de 2017-2021 para as prioridades estaduais. Belém, Diário Oficial do Estado nº 33.388, 05 jun de 2017.

PARÁ. **Decreto nº 352 de 23 de fevereiro de 2012**. Dispõe sobre a institucionalização do modelo de gestão para resultados no âmbito do Poder Executivo Estadual. Belém, Diário Oficial n. 32103, 24 fev. 2012.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resolução nº 90 de 12 de junho de 2013**. Aprova o desenho de Regionalização do Estado do Pará. Diário Oficial do Estado, Belém, PA, n. 32.422, 21 jun. 2013 caderno 5-3.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resolução nº 139 de 09 de agosto de 2018**. Aprova as diretrizes para a realização do processo de planejamento regional integrado. Diário Oficial do Estado, Belém, PA, n. 33632 20 ago. 2018 p.19.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resolução nº 140 de 09 de agosto de 2018**. Aprova com base na configuração das regiões de saúde existentes, a instituição das macrorregiões de Saúde

do Estado do Pará, como espaço ampliado para garantir a resolutividade das redes de atenção à saúde. *Diário Oficial do Estado, Belém, PA* n. 33632, 20 ago. 2018 p. 20.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde (SUS). **Resolução nº 141 de 09 de agosto de 2018.** Aprova as etapas e prazos de elaboração do planejamento regional integrado. *Diário Oficial do Estado, Belém, n. 33632* 20 ago. 2018 p. 21.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Núcleo de Informações e Planejamento em Saúde. **Portaria nº 965 de 13 de setembro de 2016.** Institui a plataforma operacional de execução de planejamento via sistema de gerenciamento de metas e regulamenta funções de execução no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com o Decreto n. 7.508/2011, Lei Complementar n. 141/2012 e Decreto Estadual n. 352/2012. *Belém, Diário Oficial n. 33211, 14 set. 2016.*

PARÁ. Secretaria de Planejamento. Diretoria de Planejamento. **Plano Plurianual 2020-2023 do Governo do Estado do Pará** / Secretaria de Estado de Planejamento. – Belém: Diretoria de Planejamento, 2019. 3v.:il. Belém, 2019. P221p. Disponível em: http://seplan.pa.gov.br/sites/default/files/volume_ieiicompressed.pdf. Acesso em: 04 nov. 2024.

PEREIRA, C.; SILVA, D.; SANTOS, E. Cobertura vacinal e impacto nas doenças infecciosas: uma análise contemporânea. **Jornal Brasileiro de Epidemiologia.** São Paulo, 2022.

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Repasse financeiros.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/repasse-financeiros/siops>. Acesso em: 04 nov. 2024.

SANTOS, A.; OLIVEIRA, B.; LIMA, C. Planejamento estratégico em políticas públicas: integração de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. **Revista Brasileira de Gestão Pública.** Brasília, 2020.

SILVA, F.; OLIVEIRA, G.; MENDES, H. Monitoramento e avaliação em saúde pública: desafios e oportunidades. **Cadernos de Saúde Pública.** 2022.

SOUZA, A.; OLIVEIRA, B.; SANTOS, C. Monitoramento eficaz em saúde pública: práticas e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Pública.** São Paulo, 2021.