

Sociedade de Direitos **SAÚDE**

**Plano
Estadual de
Saúde do Pará
2020 -2023**

BELÉM - PARÁ
Novembro/2019



Secretaria de
Saúde Pública



Secretaria de Saúde Pública - SESPA

Av. João Paulo II, 602, Marco, CEP: 66.095-492,

Fone: (91) 4006-4200

Tweets by @https://twitter.com/sespa_pa

nislpan@gmail.com

Belem- Para

MISSÃO

“Garantir o acesso a saúde de qualidade a todos os cidadãos através de redes de atenção resolutivas, gestão eficiente e desenvolvimento regional.”

VISÃO DE FUTURO

“Ser uma instituição de excelência no Estado, resolutiva e inovadora na gestão do SUS até 2030”

VALORES

Ética, Transparência, Comprometimento, Criatividade, Responsabilidade,

Qualidade e Humanização



Secretaria de
Saúde Pública



Governador do Estado

Helder Zahluth Barbalho

Vice Governador do Estado

Lucio Dutra Vale

Coordenação e Elaboração

Secretário de Estado de Saúde Pública

Rômulo Rodovalho Gomes

Secretário Adjunto de Políticas de Saúde

Sipriano Ferraz Santos Junior

Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

Ariel Dourado Sampaio Martins de Barros

Diretor de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde

Guilherme Neves de Mesquita

Diretora de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Laena Costa dos Reis

Diretor de Vigilância em Saúde

Denilson José Silva Feitosa Junior

Diretora de Desenvolvimento de Redes Assistenciais

Simone Trindade de Oliveira

Diretora Administrativo e Financeiro

Liliane Ferraz Ferreira

Diretora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Kelly de Cássia Peixoto de Oliveira Silveira



Secretaria de
Saúde Pública



Diretora da Escola Técnica do SUS

Breno Henry Oliveira dos Santos

Assessores

Iury Conceição Ferreira

José Horácio Coelho Albuquerque

Maitê Silva Martins Gadelha

Rita de Cássia Gomes

Wesley Carvalho de Almeida

Antônia T. Moreno de Abreu Coelho

Flávio José do C. Reis Junior

Gabriela Dias Ferreira Araújo

Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento

Luiz Otavio Costa

Equipe de Elaboração PES 2020-2023

Alciana Barreto de Araújo

Benonilde da Conceição Castro de Carvalho

Dolga da Luz Farias

Luiza Carmen Falcão da Silva

Rafael David Monteiro Pereira

Sônia Cristina Arias Bahia

Terezinha de Jesus Moraes

SIGLAS

CHML Centro de Hemodiálise Monteiro Leite	HMUE Hospital Metropolitana de Urgência e Emergência
CIB Comissão Intergestores Bipartite	HOL Hospital Ofhir Loyola
CIR Comissão Intergestores Regional	HPP Hospital de Pequeno Porte
CRU Centrais de Regulação das Urgências	HR Hospital Regional
DCNT Doenças Crônicas não Transmissíveis	HRAS Hospital Regional Abelardo Santos
DRC Doença Renal Crônica	HSAMZ Hospital Santo Antônio Maria Zacarias
EABP Equipe de Atenção Básica Prisional	HUJBB Hospital Universitário João de Barros Barreto
EMAD Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar	IAM Infarto Agudo do Miocárdio
EMAP Equipes Multidisciplinares de Apoio	IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ENSP Escola Nacional de Saúde Pública	IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ESB Equipes de Saúde Bucal	IEC Instituto Evandro Chagas
ESF Estratégia de Saúde da Família	IEP Instituto de Ensino Preparatório
ETSUS Escola Técnica do SUS	IFI Imunofluorescência Indireta
FADESP Fundação de Amparo e Desenvolvimento de Pesquisa	IGD Índice de Gestão Descentralizada do Estado
FAP Fundação de Amparo a Pesquisa	IIMR Instrumento de Identificação de Municípios de Risco
FAPESPA Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas	IML Instituto Médico legal
FES Fundo Estadual de Saúde	INCA Instituto do Câncer
FHCGV Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna	IPA Índice Parasitário Anual
FJP Fundação João Pinheiro	IPCA Índice de Preço ao Consumidor Amplo
FMS Fundo Municipal de Saúde	IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
FSCMPA Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
FUNED Fundação Ezequiel Dias	IVC Insuficiência Venosa Crônica
FAO Fundo da Amazônia Oriental	LACEN Laboratório Central do Estado
GAL Gerenciador de Ambiente Laboratorial	LAPAD Laboratório de Pesquisa e Apoio em Diagnóstico
GCF Governadores para o Clima e Florestas	LDO Lei Diretrizes Orçamentária
GTA Grupo de Trabalho de Humanização	LGBT Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênicos
HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	LOA Lei Orçamentária anual
HE Hospital de Ensino	LRPD Laboratórios Regionais de prótese Dentária
HGP Hospital Geral Penitenciário	LTA Leishmaniose Tegumentar Americana
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana.	LUV Lista Única de Vítimas
HEMOPA Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará	LV Leishmaniose Visceral
	MAC Média e Alta Complexidade
	MEC Ministério da Educação

MDS Ministério de Desenvolvimento Social	PNH Política Nacional de Humanização
MS Ministério da Saúde	PNI Programa Nacional de Imunização
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família	PNAN Política Nacional Alimentação e Nutrição
NEPAD Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisa em Álcool e Outras Drogas.	PNSAN Política Nacional de Segurança Nutricional
ODS Objetivos do Desenvolvimento Sustentável	PNSSP Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
ODC Outras Despesas Correntes	PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
OMS Organização Mundial de Saúde	PPA Plano Plurianual
ONU Organização das Nações Unidas	
OPO Organização de Procura de Órgãos	
PAD Processo Administrativo Disciplinar	PPI Programação Pactuada Integrada
PAS Programa Academia de Saúde	PPL População Privada de Liberdade
PBF Programa Bolsa Família	PPSUS Programa de Pesquisa para SUS
PCCU Preventivo do Câncer de Colo do Útero	PTS Projeto Terapêutico Singular
PCD Pessoa Com Deficiência	PROATEI Projeto de Apoio Técnico Integrado
PCR Proteína C Reativa	PROADI Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PCT Programa de Controle da Tuberculose	PROVAB Programa de Valorização dos profissionais da Atenção Básica
PDVISA Plano Diretor de Vigilância Sanitária	PSE Programa Saúde na Escola
PDR Plano Diretor do Sangue	RAG Relatório Anual de gestão
PEG Plano Estratégico de Gestão	RAPS Rede de Atenção Psicossocial
PES Plano Estadual de Saúde	RAS Rede de Atenção à Saúde
PES Política Estadual do Sangue	RBT Registro Brasileiro de Transplante
PEEPS Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde	RCBP Registro de Câncer de Base Populacional
PET SAÚDE Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde	RDQA Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
PIB Produto Interno Bruto	REDOMA Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea
PID Projeto de Inclusão Digital	RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essências
PMAQAB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da <i>Atenção Básica</i>	RENAST Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador
PMB Prefeitura Municipal de Belém	RREO Relatório Resumido de execução Orçamentária
PNAB Política Nacional de Atenção Básica	RUE Rede de Urgência e Emergência
PNAISP Política Nacional Atenção Prisional	SADT Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
PNAISH Política Nacional Atenção Integral a Saúde	SAE Serviços Ambulatoriais Especiais
PNCT Programa Nacional do Controle ao Tabagismo do Homem	SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	

SBN Sociedade Brasileira de Nefrologia

SEASTER Secretaria Estadual de Assistência Social

SECTAM Secretaria Executiva de Ciência Tecnologia e Meio Ambiente

SEDECT Secretaria de Estado de Desenvolvimento

SEJUDH Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos

SER Sistema de Regulação Estadual

SESMA Secretaria Municipal de Saúde

SESPA Secretaria de Estado de Saúde Pública

SETRAN Secretaria de Transporte do Estado do Pará

SDM Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama

SIA Sistema Informação Ambulatorial

SIAFEM Sistema Integrado de Administração Financeira de Estados e Municípios

SIGIRH Sistema de Gerenciamento de Informação de Recursos Humanos

SIGPLAN Sistema de Integrado de planejamento

SIH Sistema Informação hospitalar

SIM Sistema de Informação em Mortalidade

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIOPS Sistema de informação sobre Orçamento Público de Saúde

SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SISÁGUA Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água

SISAB *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica*

SISAUD Sistema de Informação de Saúde em Auditoria

SISCAN Sistema de Informação do Câncer

SISMOB Sistema de Monitoramento de Obras

SISREG Sistema Nacional de Regulação

SIVEP Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica

SNA Sistema Nacional de Auditoria

SNT Sistema Nacional de Transplante

SPE Saúde e Prevenção nas Escolas

SRAG Sistema de relatório Anual de Gestão

SRC Síndrome da Rubéola Congênita

SRC Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero

STRS Serviço de Terapia Renal Substitutiva

SUAS Sistema Único da Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

SVS Sistema de Vigilância em Saúde

TABWIN Programa de Tabulação para o Windows

TARV Tratamento Antirretroviral

TRM-TB Teste Rápido Molecular para Tuberculose

UBS Unidade Básica de Saúde

UE Unidade Emergência

UEPA Universidade do Estado do Pará

UEAFTO Unidade Especializada em Atenção a Fisioterapia e Terapia Ocupacional

UF Unidade Federativa

UCI Unidade Cuidado Intensivo

UCIC Unidade Cuidado Intensivo Canguru

UFPA Universidade Federal do Pará

UNACON Unidades de Assistência de Alta Complexidade

UNASUS Universidade Aberta do SUS

UPA Unidade de Pronto Atendimento

URE Unidade de Referência Especializada

UREMIA Unidade de Referência Especializada Materno Infantil

UAT Unidade de Acolhimento Temporário

USA Unidade de Suporte Avançado

UTI Unidade de Terapia Intensiva

VAN Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis

VISA Vigilância Sanitária

VIGIAGUA Vigilância da Água

VIGIAR Vigilância do Ar

VIGISSOLO Vigilância do Solo

TARV Tratamento do Antirretroviral

TFD Tratamento Fora do Domicílio

TMO Transplante de Medula Óssea

TRM-Tb Teste Rápido Molecular para Tuberculose

TRS Terapia Renal Substitutiva

TS Teste de Sensibilidade

UAA Unidade de Acolhimento Adulto

UAI Unidade de Acolhimento Infantil

UCI Unidade de Cuidados Intermediários

UDM Unidade de Diagnóstico de Meningite

UDME Unidade de Dispensadoras de Medicamentos Especializados

UEAFTO Unidade de Ensino e Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional

UEPA Universidade do Estado do Pará

UF Unidade Federativa

UFOPA Universidade Federal do Oeste do Pará

UFPA Universidade Federal do Pará

USA Unidade de Suporte Avançado

USB Unidade de Suporte Básico

FIGURAS

Figura 1- Regiões de Saúde do Estado do Pará

Figura 2- Macrorregião de Saúde I

Figura 3- Macrorregião de Saúde II

Figura 4- Macrorregião de Saúde III

Figura 5- Macrorregião de Saúde IV

Figura 6- Frequência da Classificação de Risco de Contrair Malária

Figura 7- Sistema HORUS e UDME implantados por Região de saúde

Figura 8- Regiões de saúde com estrutura para doação e transplantes de órgãos

QUADROS

Quadro 1- Rede Assistencial por Tipologia Atenção Primária

Quadro 2- Rede de Atenção Ambulatorial Especializada

Quadro 3- Rede de Leitos por Vínculo com o SUS

Quadro 5- Número de leitos tipo UTI com vínculo com o SUS

Quadro 6- Rede do Sistema de Apoio por Tipologia

Quadro 7- Rede do Sistema Logístico

Quadro 8- Rede de Estabelecimento Assistencial Própria por Tipologia

Quadro 9- Estabelecimentos Assistenciais de Gestão Estadual

Quadro 10- Estabelecimentos Assistenciais Estaduais Gerenciados por Organizações Sociais de Saúde - OSS

Quadro 11- Prestadores de Saúde Privados Contratualizados com a Gestão Estadual

Quadro 12- Projetos Média e Alta Complexidade

Quadro 13 - Quantitativo de Leitos Neonatais Existentes SUS

Quadro 14-Taxa de Mortalidade Infantil, 2014 a 2018.

Quadro 15- Número de casos de suicídios por Macrorregião de Saúde 2014 a 2018

Quadro 16- Tipos de Deficiência por Macrorregião de Saúde

Quadro 17- Número de Equipes de Saúde Bucal por Modalidade

Quadro 18- Rede de Centro Especializado em Reabilitação.

Quadro 19-Leitos de Longa Permanência e/ou Reabilitação

Quadro 20- Casos Novos Câncer

Quadro 21-Estabelecimentos Alta Complexidade Oncológica

Quadro 22- Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica/Terapia Renal Substitutiva (TRS), Pará

Quadro 23- População estimada de Pessoas com Sobrepeso e graus Obesidade por Região de Saúde.

Quadro 24- Proporção de Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio -2014 a 2018

Quadro 25- Componentes da Rede de Atenção às Urgência- 2018

Quadro 26- Indicadores /Informação da Educação

Quadro 27- Indicadores /Informação de Renda e Desigualdade

Quadro 28- Informação sobre Trabalho e Rendimento/Condição ranking nacional

Quadro 29- Indicadores /Informação em Saneamento e Habitação %

Quadro 30- Indicadores /Informação em Saúde %

Quadro 31- Indicadores /Informação Mercado de Trabalho

Quadro 33- Esperança de Vida ao Nascer

Quadro 34- Razão de Dependência/ Índice Envelhecimento

Quadro 35- Homogeneidade de Cobertura Vacinal, por Região de Saúde - 2014 e 2015

Quadro 36- Homogeneidade de Cobertura Vacinal, por Região de Saúde - 2016 e 2017

Quadro 37- Casos Novos de Tuberculose testado para HIV com percentual de Coinfecção TB x HIV

Quadro 38- Casos de AIDS em menores de 5 anos por Região de Saúde

Quadro 39- Casos de Leishmaniose Visceral (LV), por região de saúde, e o registro de óbitos, 2017 a 2018

Quadro 40- Municípios identificados de risco segundo o IIMR, 2018

Vigilância Sanitária a Produtos e Serviços

Quadro 41- Cobertura Populacional da Atenção Básica 2014 a 2018

Quadro 42-Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada- Pará 2014 a 2018

Quadro 43 - Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos de 2014 a 2018

Quadro 45 - Quantitativo de LRPD Implantados no Pará

Quadro 46 - Quantitativo de Centros de Especialidades Odontológicas no Pará-

Quadro 47- Número de Notificações de Violências por Região de, no período 2014 a 2018.

Quadro 48- Consulta Pré-Natal (7 ou +) por Reg. Saúde

Quadro 49- Principais causas de Óbito masculino – 2014 a 2017

Quadro 50- Morbidade Hospitalar na Faixa Etária 60 a 69anos, 70 a 79 Anos e 80 Anos e Mais

Quadro 51- Mortalidade hospitalar, óbitos na faixa etária 60 a 69anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais

Quadro 52- Número de Denúncias de Violência no Estado do Pará contra a Pessoa Idosa: dados obtidos em 2018. Pelo DISK.100 : Série Histórica 2014 2018

Quadro 53- Dados de Notificação de Violência em Idosos >60 anos ou mais.

Quadro 54- Adesão à PNAISP no Estado

Quadro 55- Produção das Unidades de Internação

Quadro 56- Atendimentos de urgência / emergência

Quadro 57- Fluxo de Acesso Assistencial, Internações Ocorridas por RS - 2014 a 2017

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estabelecimentos de Saúde por Vínculo com o SUS

Gráfico 2 - Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão com o SUS

Gráfico 4- Rede Assistencial por Tipologia

Gráfico 5- Rede de Estabelecimento de Saúde da Atenção Primária por Tipologia

Gráfico 6- Rede de Atenção Especializada Ambulatorial por Macrorregião

Gráfico 7-Evolução dos procedimentos de Med. Complexidade, por subgrupo realizados na Rede SUS-2014-2018.

Gráfico 8-Evolução dos procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial, por subgrupos, realizados na Rede SUS 2014 a 2018

Gráfico 9- Rede Hospitalar com vínculo com o SUS

Gráfico 10-Tipologia da Rede Hospitalar

Gráfico 11- Evolução do percentual de internação da população residente na rede SUS– 2014 a 2018

Gráfico 12- Evolução do percentual de internação em Leitos UTI da população residente na Rede SUS – 2014 a 2018

Gráfico 13- Rede de Sistema de Apoio

Gráfico 14- Taxa de Mortalidade Infantil, 2014 a 2018.

Gráfico 15- Proporção de Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio 2014 2018

Gráfico 16- Pirâmide Etária da População Paraense

Gráfico 17- Coeficiente de incidência dos agravos imunopreveníveis 2014 a 2018.

Gráfico 18- Coeficiente de incidência de Hepatite Infeciosa, Febre Tifoide, Leptospirose e Doença Diarreica, 2014 - 2018

Gráfico 19 - Taxa de Incidência de casos de tuberculose, 2014 a 2018

Gráfico 20 - Proporção de cura de casos novos hanseníase nos anos de 2014 a 2018.

Gráfico 21- Série histórica de % de contatos examinados - 2014 a 2018

Gráfico 22- Evolução de casos de Malária, Pará. 2014 a 2018

Gráfico 23- Casos de Malária e Incidência Parasitária Anual (IPA) por Município de Infecção no Estado do Pará, 2018

Gráfico 24- Evolução de cobertura populacional de Atenção Básica 2014-2018

Gráfico 25- Cobertura Populacional de Estratégia Saúde da Família 2018

Gráfico 26- Percentual de Cobertura das Famílias Totalmente Acompanhadas

Gráfico 27- Evolução do Quantitativo de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Pará – 2014 – 2018

Gráfico 30- Proporção de Nascidos Vivos no Pará no período de 2014 a 2018

Gráfico 31- Registros Notificações de Violências contra Mulher

Gráfico 32- Fila do Transplante no Brasil em 2018

Gráfico 33 - Necessidade estimada de transplante para o Estado do Pará

Gráfico 34- Número de receptores em lista de espera X número de transplante renal realizados.

Gráfico 35 - Número de transplante renal por tipo de doador.

Gráfico 36- Número de óbitos por causas externas e neurológicas no Pará VS notificação de morte encefálica, 2014 – 2018.

Gráfico 37- Número de óbitos VS notificações de morte de coração parado, 2014 – 2018.

Gráfico 38- Evolução de Novos Casos de Câncer, HOL, 2015 a 2018

TABELAS

Tabela 1- Taxa de Mortalidade Materna por Região de Saúde, 2014 a 2018.

Tabela 2- Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento do Câncer de

Tabela 3- Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento de Lesões

Tabela 4- Principais Causas de Mortalidade - 2014 a 2018

Tabela 5 - Distribuição da Mortalidade por Principais Grupos de Causas, 2018

Tabela 6- Razão de Exame de Cito patológico de Colo de Útero

Tabela 7- Proporção de Parto Normal no Pará

Tabela 8- Nascidos Vivos, Frequência por tipo de Parto, segundo Região de Saúde

Tabela 9- Taxa de Mortalidade Materna por Região de Saúde, 2014 a 2018.

Tabela 10 - Proporção de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes na Faixa Etária de 10 a 19 anos

Tabela 11- Principais Causas de Internação por Região de Saúde >= 15 anos

Tabela 12- Acidentes de Motor com Escalpelamento

Tabela 13- Unidade Hemoterápica por Hierarquia de Gestão

Tabela 14 - Neurologia em Números: 2015 a 2018

Tabela 15 - Internação e priorização

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável pela formulação e execução da Política de Saúde Pública no Brasil, conforme a Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Seguindo esses preceitos a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA) é a responsável pela condução do SUS no Estado em consonância com os municípios paraenses e o nível federal.

No atual cenário social, econômico e político brasileiro de grandes incertezas, onde se verificam cortes orçamentários importantes nas diferentes políticas sociais certamente recairão sobre o setor saúde grandes demandas, sabendo-se que o SUS já sofre com um subfinanciamento frequente e judicialização excessiva.

O Estado do Pará, ao elaborar o Plano Estadual de Saúde (PES) para o período 2020-2023 tem imensos desafios para o cumprimento dos princípios do SUS, permitindo aos paraenses o acesso oportuno e adequado às ações e serviços de saúde. Levando-se em conta sua extensão territorial e configuração geográfica que é peculiar, dificultando a mobilidade da população do Estado, é imperativo que se desenvolvam estratégias viáveis que possibilitem à população o atendimento de suas necessidades.

Cabe destacar que como todo Plano, o PES deve ser revisto e atualizado sistematicamente, conforme as necessidades que emergirão do processo de gestão política, administrativa e financeira, bem como da realidade epidemiológica que se apresente no período de execução do Plano.

Alberto Beltrame
Secretário Estadual de Saúde

A Portaria de consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017 define em seu artigo 96º, o Plano de Saúde como “instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos...” , sendo a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção.

Assim, a SESPA ao elaborar o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, segue o preconizado na referida Portaria, que destaca ainda que o Plano deverá ser orientado pelas necessidades de saúde da população e está estruturado em três momentos: 1) Análise Situacional; 2) Definição de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores; e 3) Processo de Monitoramento e Avaliação.

Para a confecção do PES, a SESPA instituiu através da Portaria nº 567, de 29/05/2019, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) de 05/06/2019, um Grupo de Trabalho composto por representantes das diversas áreas técnicas, sendo, portanto um processo coletivo e participativo, onde cada área apresentava suas responsabilidades específicas em um contexto histórico e analítico.

As informações contidas no PES foram disponibilizadas pelas diversas áreas técnicas da SESPA, além daquelas coletadas através de pesquisa documental e consultas a diferentes bases de dados e sites de órgãos governamentais.

Foram também analisados 92% dos Planos Municipais de Saúde, que permitiram uma visão mais próxima das realidades específicas de cada município, contribuindo para uma percepção das necessidades concretas de cada um, o que possibilita ao PES o estabelecimento de prioridades que respondam aos anseios da população paraense.

É importante mencionar alguns momentos vivenciados por esta Secretaria para o fortalecimento da gestão do SUS no Estado, com assessoria do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), através do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde no período de 2017 a 2018 e 2019 a 2020.

Destacam-se as seguintes Resoluções da CIB/PA que visam também ao fortalecimento da gestão estadual, como: Resolução nº 139, de 09 de Agosto de 2018 que estabelece diretrizes para o Processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), fundamentada na Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 que estabelece o processo do PRI de forma ascendente e Governança das Redes da Atenção à Saúde;

• Resolução nº 140 de 09 de Agosto de 2018 baseada na Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018, que aprova, com base na configuração das treze Regiões de Saúde existentes, a instituição das quatro Macrorregiões de Saúde como espaço regional ampliado para garantir a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde passando o Estado a contar com o seguinte desenho, conforme figuras abaixo:

Figura 1- Regiões de Saúde do Estado do Pará



Fonte: ASCOM/SESPA, 2019

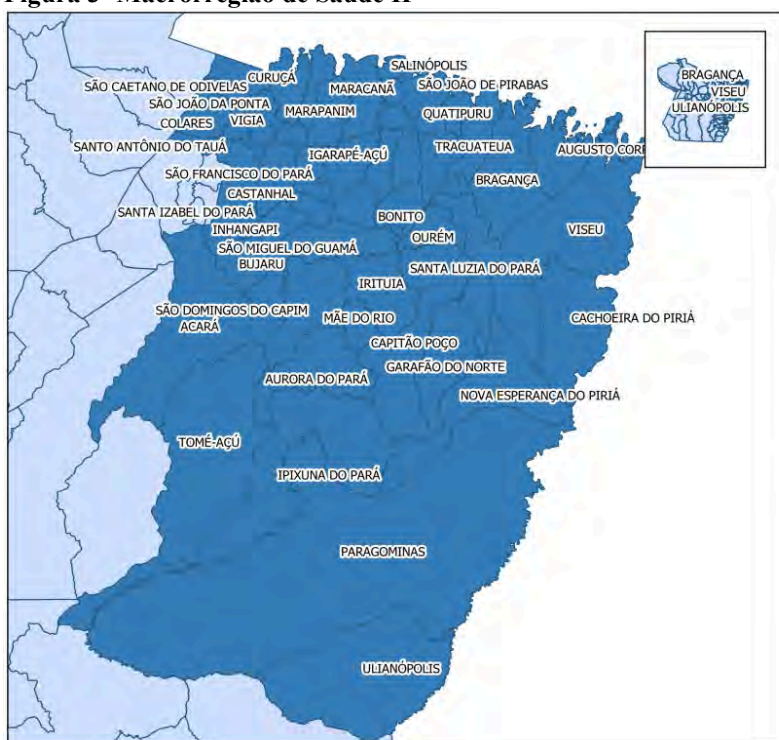
Figura 2- Macrorregião de Saúde I



id	nm_municip	cd_geocmu	pop_mun
27	ABAETUBA	1500107	141100
32	ANANINDEUA	1500800	471980
35	BAGRE	1501105	23864
40	BENEVIDES	1501501	51651
46	BREVES	1501808	92860
49	CACHOEIRA DO ARARI	1502004	20443
55	CHAVES	1502509	21005
39	BELÉM	1501402	1393339
36	BAIÃO	1501204	36882
50	CAMETÁ	1502103	120896
31	ANAJÁS	1500701	24759
38	BARCARENA	1501303	99859
60	CURRALINHO	1502806	28549
141	PORTEL	1505809	52172
68	IGARAPÉ-MIRI	1503309	58077
138	GURUPÁ	1503101	29062
74	LIMOEIRO DO AJURU	1504000	25021
139	MELGAÇO	1504505	24808
80	MARITUBA	1504422	108246
81	MOCAJUBA	1504604	26731
82	MOJU	1504703	70018
97	PONTA DE PEDRAS	1505700	25999
83	MUANÁ	1504901	34204
88	OEIRAS DO PARÁ	1505205	28595
104	SALVATERRA	1506302	20183
106	SANTA CRUZ DO ARARI	1506401	8155
125	SOURÉ	1507904	23001
105	SANTA BÁRBARA DO PARÁ	1506351	17141
123	SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA	1507706	22904
135	AFUÁ	1500305	35042

Fonte: ASCOM/SESPA, 2019

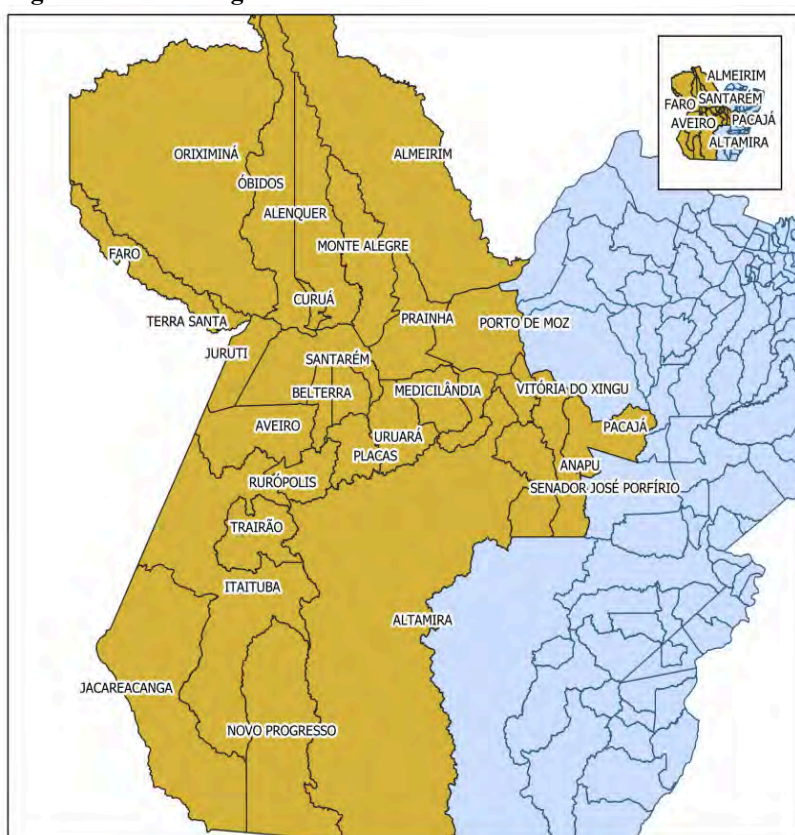
Figura 3- Macrorregião de Saúde II



id	nm_municip	cd_geocmu	pop_mun
42	BONITO	1501600	13630
29	ACARÁ	1500206	53569
33	AUGUSTO CORRÊIA	1500909	40497
34	AURORA DO PARÁ	1500958	26546
43	BRAGANÇA	1501709	113227
52	CAPANEMA	1502202	63639
127	TERRA ALTA	1507961	10262
129	TRACUATEUA	1508035	27455
53	CAPTÃO POÇO	1502301	51893
128	TOMÉ-ACU	1508001	56518
47	BUIARU	1501907	25695
48	CACHOEIRA DO PIRIÁ	1501956	26484
54	CASTANHAL	1502400	173149
56	COLARES	1502608	11381
65	GARAFÃO DO NORTE	1503077	25034
69	INHANGAPI	1503408	10037
71	IRITUJA	1503507	31364
70	IPIXUNA DO PARÁ	1503457	51309
86	NOVA TIMBOTEUA	1505007	13670
131	ULIANÓPOLIS	1508126	43341
92	PARAGOMINAS	1505502	97819
98	PRIMAVERA	1506104	10268
95	PEIXE-BOI	1505601	7854
79	MARAPANIM	1504406	26605
84	NOVA ESPERANÇA DO PIRIÁ	1504950	20158
99	QUATIPURU	1506112	12411
108	SANTA LUZIA DO PARÁ	1506559	19424
132	VIGIA	1508209	47889
133	VISEU	1508308	56716
112	SANTARÉM NOVO	1506906	6141

Fonte: ASCOM/SESPA, 2019

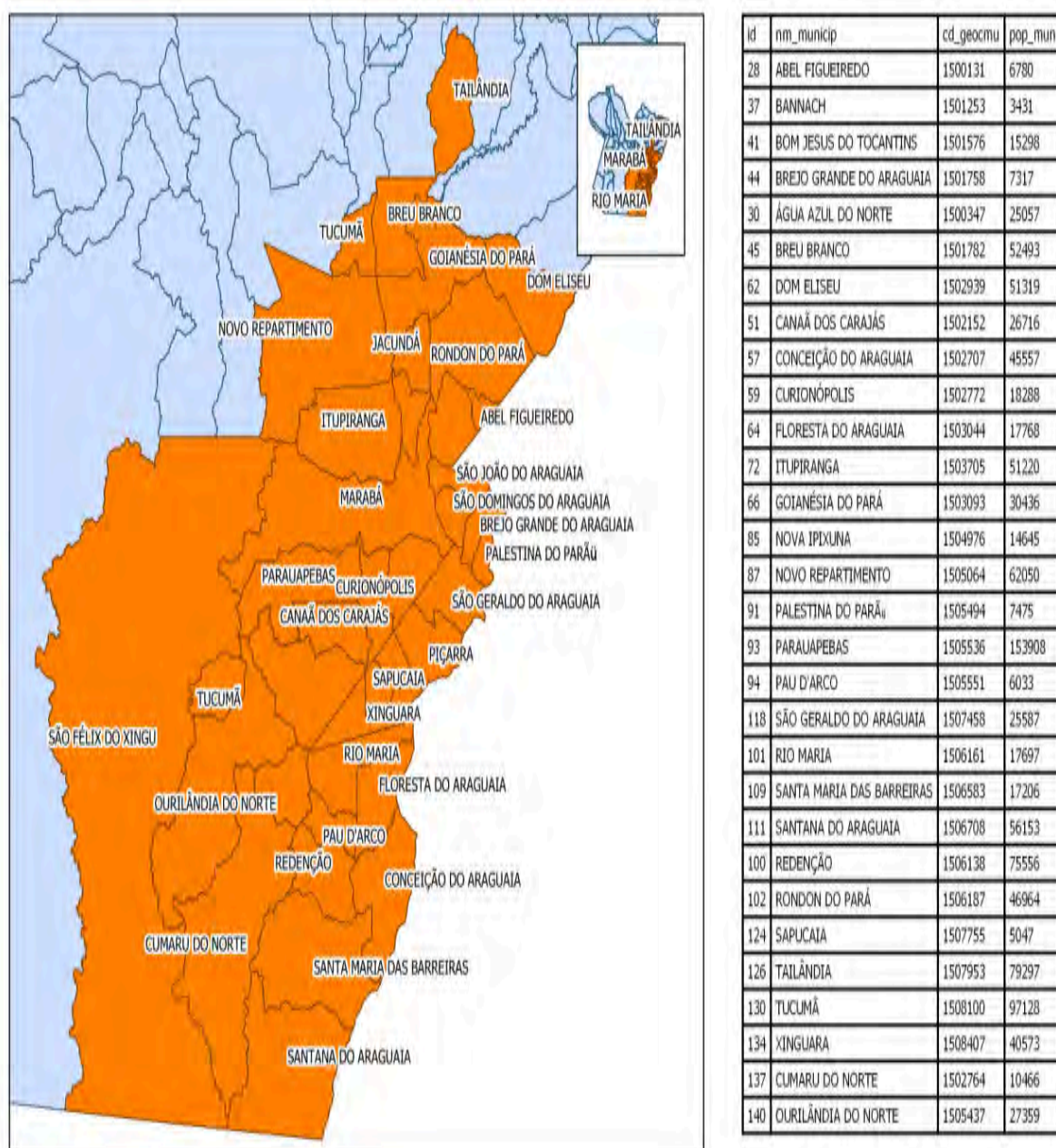
Figura 4- Macrorregião de Saúde III



id	nm_municip	cd_geocmu	pop_mun
1	ALENQUER	1500404	52626
2	ALMEIRIM	1500503	33614
3	ALTAMIRA	1500602	99075
4	AVEIRO	1501006	15849
5	BELTERRA	1501451	16318
6	BRASIL NOVO	1501725	15690
8	FARO	1503002	8177
9	ITAITUBA	1503606	97493
10	JACAREACANGA	1503754	14103
11	JURUTI	1503903	47086
14	MONTE ALEGRE	1504802	55462
15	NOVO PROGRESSO	1505031	25124
18	PLACAS	1505650	23934
19	PORTO DE MOZ	1505908	33956
20	PRAINHA	1506005	29349
136	ANAPU	1500859	20543
12	MEDICILÂNDIA	1504455	27328
22	SANTARÉM	1506807	294580
143	SENADOR JOSÉ PORFÍRIO	1507805	13045
25	URUARÁ	1508159	44789
26	VITÓRIA DO XINGU	1508357	13431
90	PACAJÁ	1505486	39979
16	OBIDOS	1505106	49333
17	ORIXIMINÁ	1505304	62794
7	CURUÁ	1502855	12254
21	RURÓPOLIS	1506195	40087
24	TRAIÃO	1508050	16875
13	MOJÚ DOS CAMPOS	1504752	27328
23	TERRA SANTA	1507979	16949

Fonte: ASCOM/SESPA, 2019

Figura 5- Macrorregião de Saúde IV



Fonte: ASCOM/SESPA, 2019

A SESP, seguindo preceitos do SUS, trabalha com quatro Macrorregiões e treze Regiões de Saúde, acima descritas. O Governo por sua vez trabalha com base nas doze Regiões de Integração, mas ambas convergem para os mesmos objetivos, que são a redução das desigualdades e a promoção da equidade, seja do ponto de vista da política de saúde e das demais políticas setoriais.

O PES está compatibilizado com os demais instrumentos de planejamento de Governo como Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

1- ANÁLISE SITUACIONAL

1.1- ESTRUTURAS DO SISTEMA DE SAÚDE

A dimensão territorial e a cobertura assistencial no Estado do Pará são um dos maiores desafios para organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em conta sua especificidade geográfica e econômica, assim como 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, aliado a um cenário de subfinanciamento que vem ameaçando a sustentabilidade do SUS em todo Brasil.

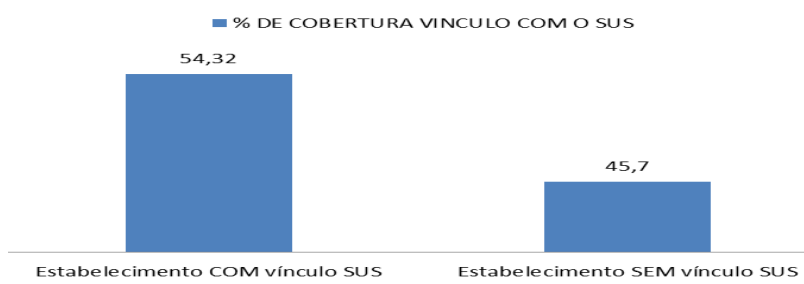
Esta situação se torna mais agravante nos níveis da atenção especializada, secundária e terciária, importante ponto de estrangulamento no sistema de saúde, seja por insuficiência de oferta ou demanda inadequada, ocasionando formação de longas filas de espera de demanda reprimida para especialidades específicas.

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 e gráficos, que sinalizam a existência de vazios assistenciais na grande maioria das regiões de saúde e demonstra uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

Esse cenário leva a um intenso deslocamento de populações procedentes do interior do Estado em busca de serviços de saúde mais complexos existentes na Região Metropolitana, principalmente na Capital Belém, expondo a fragilidade do sistema de saúde, que de acordo com a Constituição Federal, foi projetado para ser descentralizado e regionalizado.

O Estado possui uma ampla rede pública, que apresenta uma distribuição espacial dos serviços de saúde. Esta rede de atenção é composta por 7.297 estabelecimentos de saúde, sendo 54,32% com vínculo com o SUS e 45,70% sem vínculo de acordo com as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

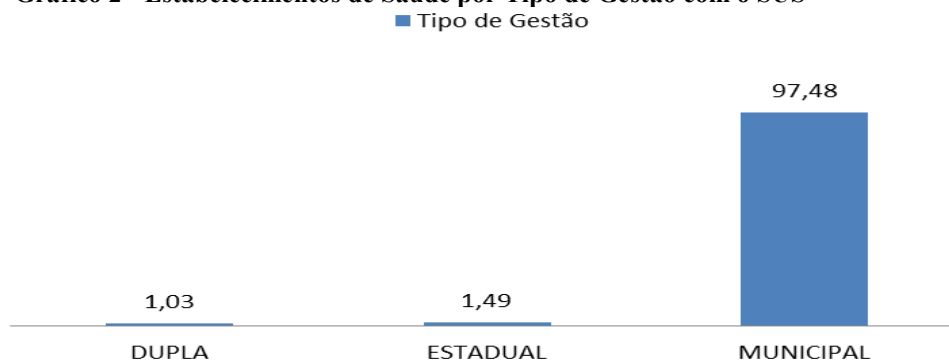
Gráfico 1 - Estabelecimentos de Saúde por Vínculo com o SUS



Fonte: CNES JUL/2019

Quanto à estrutura da gestão pública a predominância é a gestão municipal com 97,48%, seguida da estadual com 1,49% e 1,03% é de gestão dupla, este último tipo de gestão refere-se à rede dos 35 municípios que permanecem com seus recursos sob gestão estadual.

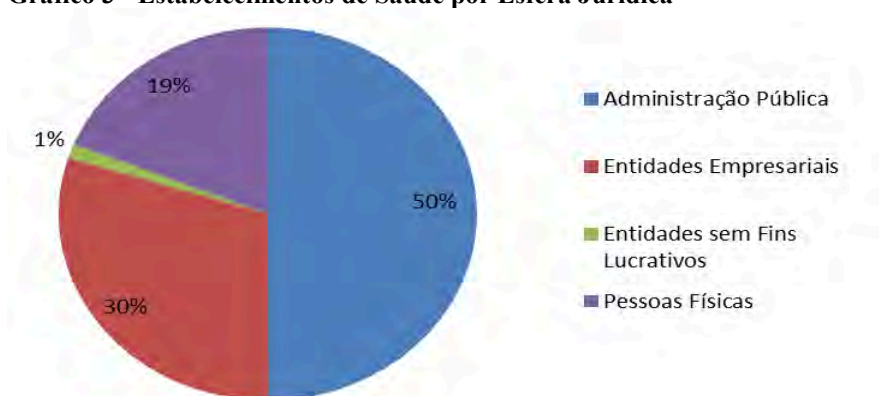
Gráfico 2 - Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão com o SUS



Fonte:: CNES JUL/2019

Ao identificar a esfera jurídica desses estabelecimentos, verifica-se que 50% pertencem à Administração Pública, 30% às Entidades Empresariais, 19% 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 gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Estabelecimentos de Saúde por Esfera Jurídica



Fonte: CNES – 07/2019

Quando se analisa esta rede por tipologia e com vínculo com o SUS identifica-se que o quantitativo passa para 3.617 estabelecimentos de saúde, correspondendo a 54,32% de cobertura em relação ao total de estabelecimentos de saúde do Estado, que distribuída de acordo com o nível de atenção observa-se que 65,63% são representadas pelo nível de Atenção Primária, 12,63% pela rede Ambulatorial Especializada, 5,92% pela rede Hospitalar, 8,05% pela rede de Sistema de Apoio Diagnóstico e 1,08% pelo Apoio Logístico.

Gráfico 4- Rede Assistencial por Tipologia



Fonte: CNES – 07/2019

Em relação à distribuição espacial da rede de estabelecimentos de saúde configurada nos 144 municípios com abrangência nas 13 regiões de saúde, de acordo com o nível de Atenção, iniciando pela Atenção Primária, observa-se através do quadro a maior concentração nas regiões Metropolitana III, Baixo Amazonas e Rio Caetés, demonstrando que as regiões mais distantes da capital possuem em sua maioria equipamentos de saúde estruturados para atendimento básico.

Quadro 1- Rede Assistencial por Tipologia

Região de Saúde	Posto Saúde	Centro de Saúde /Unidade Básica	C de Ap. Saúde da Família.	Un.. Atenção á Saúde Indígena	Polo Acad. da Saúde	Total
Araguaia	46	111	10	20	14	201
Baixo Amazonas	97	135	4	5	5	246
Carajás	72	103	8	6	9	198
Lago de Tucuruí	62	49	4	2	4	121
Metropolitana I	4	186	0	1	4	195
Metropolitana II	54	87	1	1	5	148
Metropolitana III	129	201	26	8	16	380
Rio Caetés	99	110	15	0	13	237
Tapajós	17	53	4	24	6	104
Tocantins	68	114	5	1	7	195
Xingu	45	67	12	9	5	138
Marajó I	76	26	1	0	2	105
Marajó II	56	45	1	0	4	106
Total	825	1.287	91	77	94	2.374

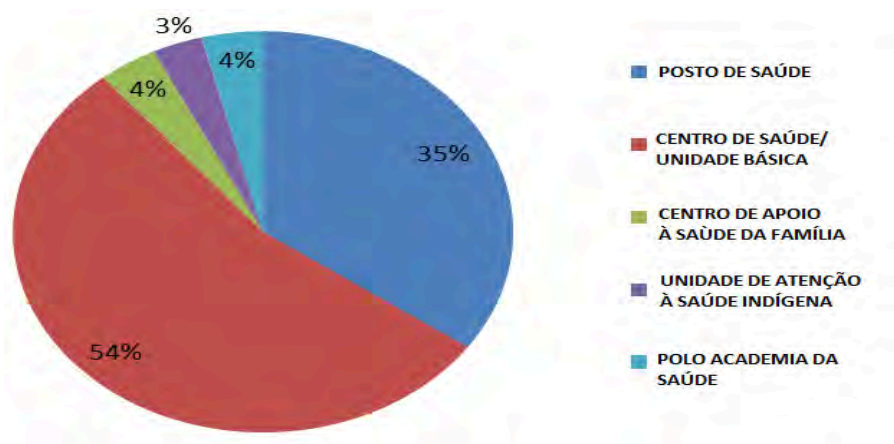
Fonte CNES 07/2019

Rede de Atenção Primária por Região de Saúde

Na composição da rede de Atenção Primária prevalece a tipologia Unidades Básicas de Saúde com 1.287 estabelecimentos. Apesar de esta tipologia apresentar maior cobertura em relação às demais, como se observa no gráfico 5, chama atenção o quantitativo de 825 Postos de Saúde, que após análise detalhada percebe-se que em alguns cadastros no CNES realizados pela gestão municipal, foi utilizado para UBS e ESF, o que descaracteriza a real tipologia da sua rede assistencial. Destaca-se também o baixo quantitativo de 77 Unidades de Atenção á Saúde Indígena, considerando ser uma

população expressiva no Estado. Outro destaque se faz quanto à área de promoção à saúde com a existência de 94 Polos da Academia da Saúde.

Gráfico 5 - Rede de Estabelecimento de Saúde da Atenção Primária por Tipologia



Fonte: CNES – 07/2019

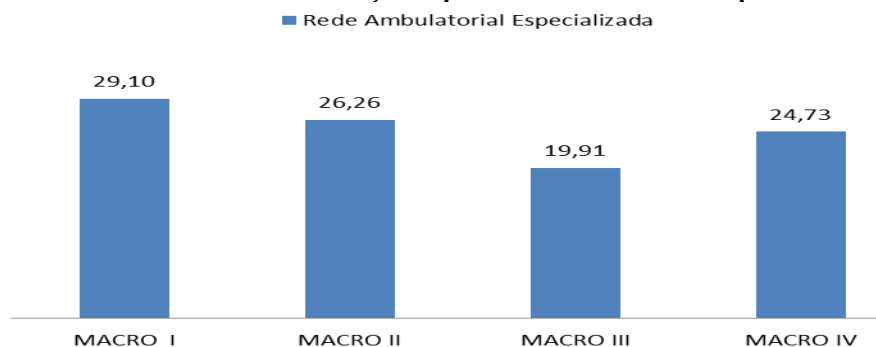
Atenção Especializada

A cobertura da rede de Atenção Especializada no Estado do Pará é um dos grandes desafios da gestão no que se refere à garantia do acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, mesmo com o avanço no processo de regionalização, a fragmentação do atendimento no sistema de saúde persiste.

Um desses desafios é criar estratégias para a ampliação do acesso e da resolutividade das ações e serviços de média e alta complexidade através da organização da Rede de Atenção à Saúde – RAS nas regiões de saúde, com a finalidade de complementação e da oferta de ações e serviços de atenção secundária e a atenção terciária nas macrorregiões de saúde, aliando a Epidemiologia e a Economia da Saúde para dar respostas oportunas e qualificadas à população.

Atualmente a rede assistencial ambulatorial especializada com vínculo com o SUS, de acordo com o CNES, apresenta uma cobertura de 12,63% do total de estabelecimentos no Estado conforme o gráfico nº 4 acima, sendo um indicativo da existência de um vazio assistencial nessa modalidade de atendimento à população. No entanto, muito já se avançou nesta área a partir da implantação dos hospitais regionais onde o maior investimento foi nos serviços de alta complexidade com a finalidade de descomprimir a capital do Estado e atender o paciente mais próximo de sua residência. Como demonstrado no gráfico abaixo a maior cobertura dessa modalidade de atendimento está na macrorregião I com 29,10% enquanto que a macrorregião III apresenta a menor cobertura com 19,91%.

Gráfico 6- Rede de Atenção Especializada Ambulatorial por Macrorregião



Fonte: CNES-05/2019

Ao detalhar a rede ambulatorial especializada, por regiões de saúde verifica-se que a maior concentração é na região Metropolitana I, mais especificamente no município de Belém, onde se concentra a maioria dos serviços especializados do Estado, seguida das regiões Metropolitana III, Baixo Amazonas e Carajás enquanto que as regiões do Marajó I e II apresentam as menores coberturas. Quanto à tipologia dos estabelecimentos de Saúde prevalecem as clínicas especializadas/ambulatório especializado, seguida dos Centros de Atenção Psicossocial.

Quadro 2- Rede de Atenção Ambulatorial Especializada

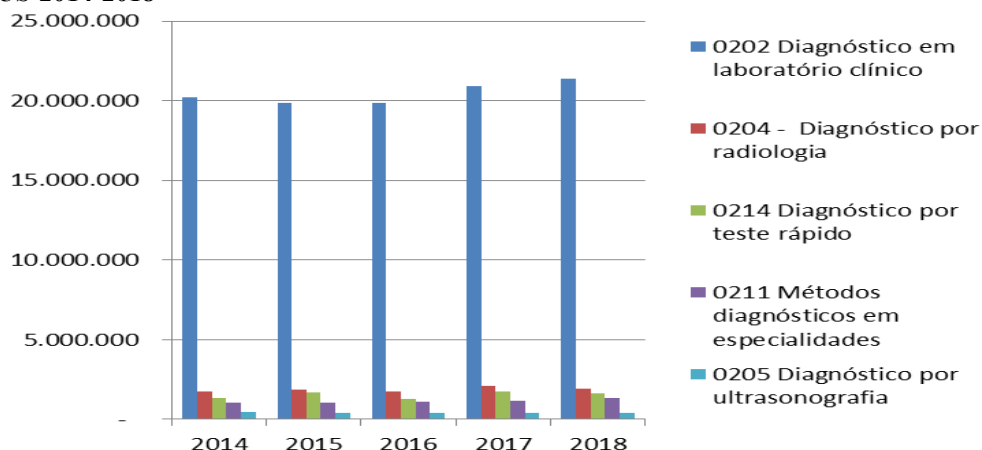
Região de Saúde	C. Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Central Est. de Notificação, Captação e Distr. de Órgãos	Clínica Especializada /Ambulatório Especializado	Policlínica	Pronto atendimento	Total
Araguaia	1	11	-	63	11	2	88
Baixo Amazonas	1	4	-	123	5	2	135
Carajás	1	9	-	204	24	1	239
Lago de Tucuruí	1	6	1	24	14	2	48
Metropolitana I	2	14	1	535	61	8	621
Metropolitana II	-	6	-	16	2	3	27
Metropolitana III	1	11	-	95	10	3	120
Rio Caetés	2	7	-	52	1	2	64
Tapajós	-	3	-	14	2	1	20
Tocantins	1	9	-	28	13	2	53
Xingu	-	9	-	20	1	2	32
Marajó I	-	3	-	-	-	-	3
Marajó II	-	5	-	1	-	1	7
Total	10	97	2	1175	144	29	1457

Fonte: CNES – 07/2019

Em relação à análise da ampliação do acesso na média complexidade, referente à evolução crescente apresentada na série histórica de 2014 a 2018, destaca-se os 05 principais subgrupos que contribuíram para esse incremento, como: Diagnóstico em Laboratório Clínico, Diagnóstico por Radiologia, Diagnóstico por Teste Rápido,

Diagnóstico por Ultrassonografia e Métodos Diagnósticos em Especialidades. Observa-se no gráfico 7 que a área de Análises Clínicas é predominante enquanto que o diagnóstico por imagem ainda apresenta um déficit no atendimento ambulatorial de média complexidade, o que contribui para a formação de fila de espera.

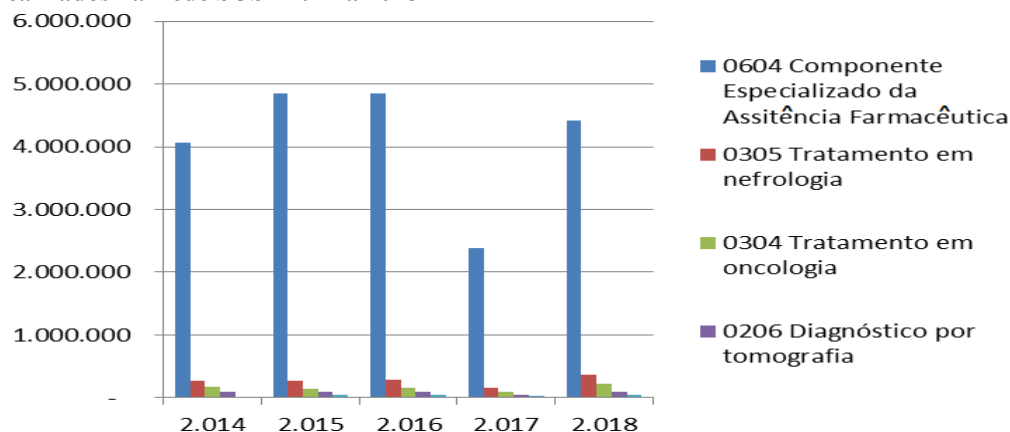
Gráfico7- Evolução dos procedimentos de média complexidade, por subgrupo realizados na Rede SUS-2014-2018



Fonte: SIA/DATASUS/MS 2018

Na análise da atenção ambulatorial da produção de alta complexidade no mesmo período, se destacam também os 05 subgrupos com produção mais significativa, onde se observa a predominância dos procedimentos de dispensação dos medicamentos excepcionais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, seguidos do Tratamento em Nefrologia, Tratamento em Oncologia, Diagnóstico por Tomografia e Diagnóstico em Laboratório Clínico. Neste nível de complexidade observa-se em maior escala o atendimento das doenças crônicas como nefrologia e oncologia.

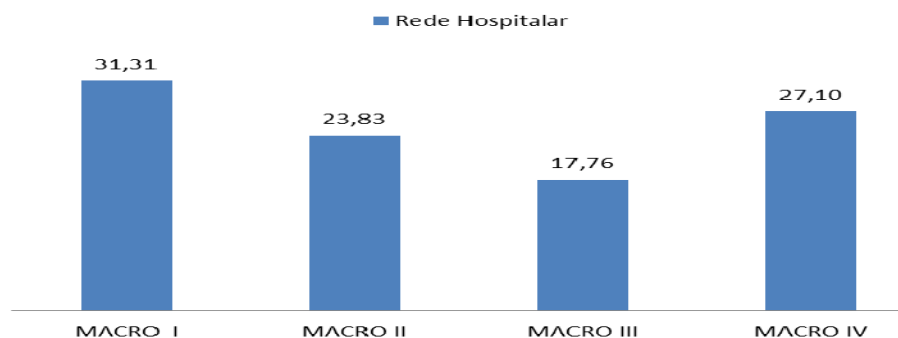
Gráfico 8 - Evolução dos procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial, por subgrupos, realizados na Rede SUS- 2014 a 2018



Fonte: SIA/DATASUS/MS/2019

Quanto à Rede Hospitalar com vínculo com o SUS segundo o desenho por macrorregião de saúde observa-se no gráfico 9 que a maior concentração é na macrorregião I com 31,31% de cobertura seguido da macro IV com 27,10%, macro II com 23,83% e a macro III com 17,76%.

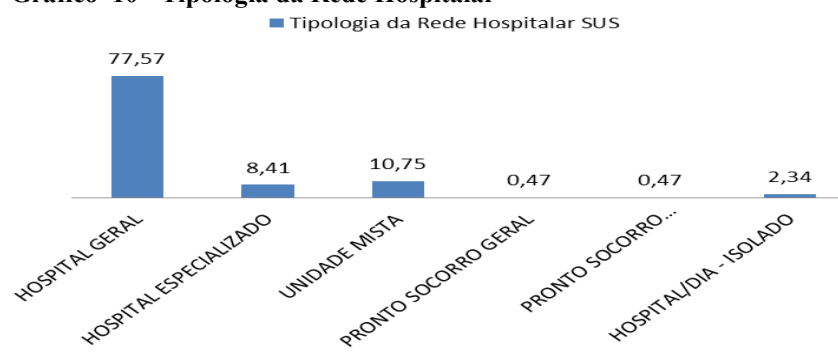
Gráfico 9- Rede Hospitalar com vínculo com o SUS por Macrorregião



Fonte: CNES – 07/2019

Quanto à tipologia da rede, a maior cobertura é de Hospital Geral com 77,57%, seguida das Unidades Mistas com 10,75%, sendo esta última não mais utilizada para classificação de tipos de estabelecimentos de saúde para cadastramento pelo CNES conforme portaria GM nº 2.020 de 07/08/2017.

Gráfico 10- Tipologia da Rede Hospitalar



Fonte: CNES 07/2019

A rede hospitalar totaliza uma oferta de 16.170 leitos, destes, 11.379 (70%) são disponibilizados ao SUS, conforme quadro abaixo.

Quadro 3 - Rede de Leitos por Vínculo com o SUS

Tipo/Especialidade	Total	Qtde. leitos SUS	Qtde. Leitos não SUS	%
Cirúrgico	4.021	2.641	1.380	28,80
Clínico	5.151	3.667	1.484	30,97
Complementar	1.591	924	667	13,92
Obstétrico	2.514	1.893	621	12,96
Pediátrico	2.598	2.046	552	11,52
Outras especialidades	176	128	48	1,00
Hospital/dia	119	80	39	0,81
Total	16.170	11.379	4.791	
%		70,37	42,10	100,00

Fonte: CNES – 07/2019

Em relação à tipologia dos leitos gerais prevalecem os leitos clínicos e cirúrgicos, observa-se a baixa cobertura de leitos complementares no Estado. Estratificando por regiões de saúde, observa-se no quadro abaixo que a maior cobertura dos leitos gerais se localiza na região Metropolitana I, seguida da Metropolitana III, Baixo Amazonas e Carajás enquanto as regiões do Marajó I e II permanecem com baixas coberturas.

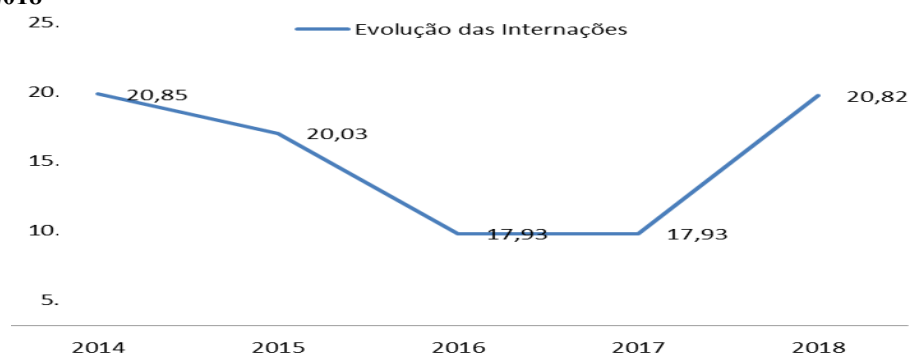
Quadro 4 - Leitos SUS por Tipologia e Região de Saúde

Região de Saúde	Cirúrgico	Clínico	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital/DIA	Total
Araguaia	200	322	39	160	148	12	6	887
Baixo Amazonas	264	289	68	185	197	11	5	1.019
Carajás	213	310	80	183	160	1	1	948
Lago de Tucuruí	97	120	46	93	81	12	-	449
Metropolitana I	1.016	999	473	404	530	79	53	3.554
Metropolitana II	73	171	2	95	96	-	-	437
Metropolitana III	260	431	69	213	228	5	14	1.220
Rio Caetés	125	261	64	134	156	-	-	740
Tapajós	32	64	15	50	40	4	-	205
Tocantins	134	271	20	151	151	-	-	727
Xingu	94	175	45	97	86	3	-	500
Marajó I	28	93	2	47	51	-	-	221
Marajó II	67	94	9	52	72	-	-	294
Total	2.603	3.600	932	1.864	1.996	127	79	11.201

Fonte: SIH/DATASUS/MS2019

Avaliando os atendimentos realizados no SUS verifica-se que o percentual de internação da população por município de residência do Estado do Pará não sofreu variação expressiva entre os anos de 2014 a 2018, ficando em média de 20% no conjunto dos 144 municípios. Analisando os dados do gráfico11, observa-se que no Estado o percentual de internação apresentou uma queda significativa nos anos de 2016 e 2017 e voltou a subir no ano seguinte, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 11- Evolução do percentual de internação da população residente na rede SUS– 2014 a 2018



Fonte: SIH/DATASUS/MS

Para o desenho dos leitos de UTI, os mesmos totalizam 1.038 leitos dos quais 48,55% são vinculados ao SUS, enquanto não SUS apresenta 51,45% de cobertura. Verifica-se no quadro 5 que a predominância dos leitos SUS são de UTI Adulto tipo II com 267 leitos seguido dos leitos UTI Neonatal tipo II com 140 leitos, com destaque aos 10 leitos de UTI coronariana, no entanto não há disponibilidade em todas as tipologias, perfil que necessita de maior atenção visando à garantia de acesso para este tipo de atendimento.

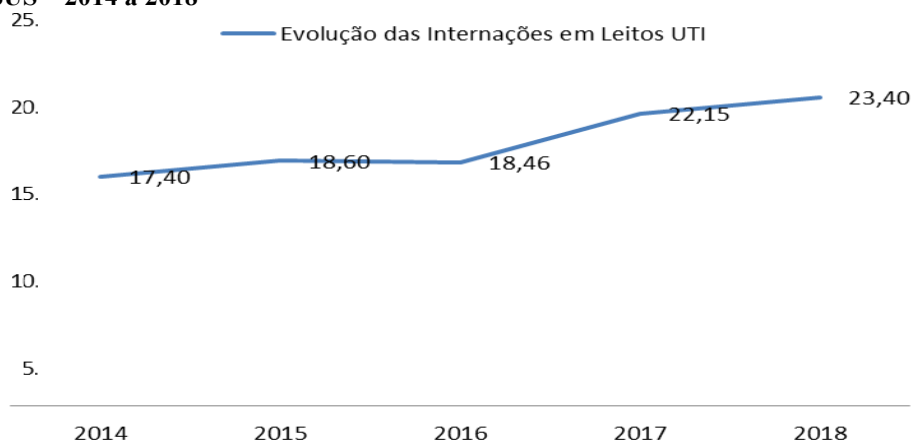
Quadro 5 - Número de leitos tipo UTI com vínculo com o SUS.

Especialidade	Total	Qtd. Leitos SUS	Qtde. Leitos não SUS
UTI Adulto - Tipo I	158	0	158
UTI Adulto - Tipo II	420	267	153
UTI Adulto - Tipo III	75	6	69
UTI Pediátrica - Tipo I	32	0	32
UTI Pediátrica - Tipo II	90	79	11
UTI Neonatal - Tipo I	70	0	70
UTI Neonatal - Tipo II	163	140	23
UTI Neonatal - Tipo III	8	0	8
UTI de queimados	2	2	0
UTI coronariana Tipo II - Uco Tipo II	10	10	0
UTI coronariana Tipo III - Ou Tipo III	10	0	10
Total e (%)	1.038	504 (48,55%)	534 (51,45%)

Fonte: CNES – 07/2019

Quanto ao atendimento realizado em leitos UTI no SUS verifica-se que, ao contrário das internações gerais, houve uma evolução expressiva entre os anos de 2014 a 2018, ficando em média de 17% em 2014 aumentando para 20% em 2018 conforme os dados do gráfico 12. Esse perfil pressupõe 02 análises, sendo a primeira quanto à ampliação do acesso a esse tipo de serviço e a segunda mede a resolutividade da rede hospitalar quanto ao agravamento dos casos que passam a necessitar de atendimento em UTI.

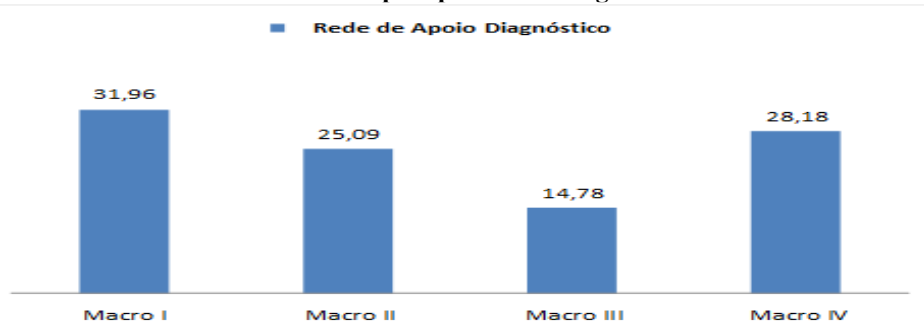
Gráfico 12- Evolução do percentual de internação em Leitos/UTI da população residente na Rede SUS – 2014 a 2018



Fonte: SIH/DATASUS/MS

Sistema de Apoio Diagnóstico representado em sua maioria pela rede de serviços de análises clínicas e de imagem são uma das restrições para o atendimento complementar na assistência à saúde da população, que de acordo com o cadastro no CNES representa apenas 6,26% dessa Rede Assistencial. Esse perfil é bastante reduzido conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 13- Rede de Sistema de Apoio por Macrorregião Pará



Fonte: CNES – 07/2019

Cabe destacar que em virtude da portaria GM nº 2.020 de 07/08/2017 que estabelece novas classificações aos estabelecimentos de saúde por atividades desenvolvidas, e em virtude de municípios que possuem Laboratório de Análises Clínicas cadastrados como serviço/classificação nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas o que contribui para o baixo percentual de cobertura desse tipo de estabelecimento. No entanto, 466 EAS são representadas por Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) ISOLADO, seguidos da tipologia de farmácia representada pelas Unidades de Dispensação de Medicamentos – UDME de gestão estadual. As Regiões de Saúde com maior cobertura são a Metropolitana I, Carajás e Metropolitana III, conforme quadro abaixo.

Quadro 6 - Rede do Sistema de Apoio por Tipologia por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Farmácia	Laboratório Central Saúde Pública LACEN	Laboratório de Saúde Pública	Un. Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	Total	%
Macro I	Metropolitana I	18	3	1	159	181	31,96
	Tocantins	13	0	4	24	41	
	Marajó II	0	0	4	7	11	
Macro II	Metropolitana II	2	0	2	7	11	25,09
	Metropolitana III	14	0	2	51	67	
	Rio Caetés	13	0	1	20	34	
Macro III	Baixo Amazonas	1	0	2	43	46	14,78
	Tapajós	0	0	3	10	13	
	Xingu	7	1	1	20	29	
Macro IV	Araguaia	20	1	1	44	66	28,17
	Carajás	8	0	2	60	70	
	Lago de Tucuruí	4	0	4	21	29	
Total		100	5	27	466	598	100%

Fonte: CNES – 07/2019

Sistema de Apoio Logístico- deve ser estruturado considerando um aproveitamento racional dos seus recursos, onde envolve: transporte sanitário relacionado aos serviços realizados por ambulâncias comuns e transporte de paciente de tratamento contínuo, identificação e acompanhamento dos usuários, central de agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados, central de leitos; prontuário eletrônico.

No Estado do Pará essa estrutura representa apenas 6,26% dentro da rede cadastrada no CNES, mas especificamente na tipologia da área da regulação e transporte sanitário, este último referente ao atendimento móvel de urgência, pois as secretarias municipais ainda não realizam o cadastro de sua frota de ambulâncias e veículos de transporte de paciente de tratamento contínuo.

Quanto à identificação do paciente ressalta-se que o cartão SUS é o instrumento que teve sua implantação efetivada em todo o Estado. No entanto, quanto ao Prontuário Eletrônico do SUS apenas a capital, Belém possui implantado em todas as UPAS e em algumas unidades. Apesar do mesmo ser ofertado gratuitamente pelo Ministério da Saúde onde os municípios deverão fazer a adesão ao investimento, os problemas relacionados à conectividade ainda é um dos entraves na implantação de tecnologias. A proposta da gestão estadual é avançar neste aspecto visando garantir maior agilidade no atendimento ao cidadão.

Dentre as estruturas do apoio logístico a maior representação no CNES, é das centrais de regulação que tiveram uma grande expansão através da implantação das Centrais de Regulação Municipais e dos 06 Complexos Reguladores Regionais de coordenação estadual que cobrem as 13 regiões de saúde. De modo geral a predominância das estruturas é destacada na macrorregião I com 82 serviços onde se sobressai o transporte sanitário através das 122 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência. As regiões de Saúde com maior cobertura são a Metropolitana I, Metropolitana III e Araguaia, conforme quadro abaixo.

Quadro 7 - Rede do Sistema Logístico por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	Região Saúde	Unid. M Fluvial	Unid. M. Terrestre	Unid. M. Pré-Hosp. Área Urgência	Central Regulação Acesso	Total	Apoio Logístico
Macro I	Metro I	1	7	28	11	47	29,18
	Tocantins	4	5	3	7	19	
	Marajó I	2	1	0	5	8	
	Marajó II	3	3	1	1	8	
Macro II	Metro II	0	3	6	3	12	28,47
	Metro III	0	6	19	13	38	
	Rio Caetés	0	3	13	14	30	

Macro III	B. Amazonas	5	7	6	2	20	14,95
	Tapajós	0	2	0	0	2	
	Xingu	0	3	7	10	20	
Macro IV	Araguaia	0	3	16	14	33	27,40
	Carajás	0	5	13	10	28	
	L. de Tucuruí	0	0	10	6	16	
Total		15	48	122	96	281	100%

Fonte: CNES /07/2019

O Estado do Pará fortalece a Política de Saúde, fomentando a rede de serviços especializados em observância à legislação do SUS, principalmente quanto ao atendimento de alta complexidade, uma vez que esse tipo de atendimento era praticamente concentrado na capital do Estado. Em face à necessidade dos pacientes das demais regiões em conseguir atendimento especializado em Belém, estabeleceu-se a expansão da rede assistencial estadual, que de acordo com o SCNES é formada atualmente por 137 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) dos quais 108 são cadastrados como Órgão Público do Poder Executivo Estadual, 08 como Autarquia Estadual e 20 como Fundação Pública de Direito Público.

Quadro 8 - Rede de Estabelecimento Assistencial Própria por Tipologia

Estabelecimento./Órgão	Público do Executivo Estadual	Público Judiciário Estadual	Autarquia Estadual	Fund. Pública de Direito Pub. Estadual	Total
Posto de Saúde	0	0	0	9	9
Centro de Saúde/unidade básica	13	0	2	0	15
Policlínica	1	1	3	0	5
Hospital Geral	13	0	1	2	16
Hospital Especializado	5	0	0	0	5
Unidade Mista	1	0	0	0	1
Pronto Socorro Especializado	1	0	0	0	1
Clínica/Centro de Especialidade	13	0	0	0	13
Unidade (SADT ISOLADO)	0	0	0	1	1
Unidade Móvel Terrestre	7	0	0	0	7
Farmácia	26	0	1	0	27
Unidade de vigilância em Saúde	0	0	1	0	1
Hospital/dia - Isolado	1	0	0	0	1
LACEN	1	0	0	0	1
Central de Gestão em Saúde	11	0	0	0	11
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	0	0	0	8	8
Centro de atenção Psicossocial	6	0	0	0	6
Tele Saúde	0	0	1	0	1
Central de Regulação Médica das Urgências	2	0	0	0	2
Laboratório de Saúde Pública	1	0	0	0	1
Central de Regulação do Acesso	5	0	0	0	5
Central Estad. de Transplante	1	0	0	0	1
Total	108	1	9	20	137

Fonte: CNES 07/2019

Quanto à identificação dos estabelecimentos que realizam atendimento de saúde da Rede assistencial sob gestão estadual de natureza pública conta com 25 EAS, dos quais 02 ainda realizam atendimento de atenção primária, sendo que o foco principal é na atenção especializada de média e alta complexidade tanto ambulatorial como hospitalar conforme quadro abaixo.

Quadro 9 - Estabelecimentos Assistenciais de Gestão Estadual

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde
Macro I	Metropolitana I	Belém	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
			Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana
			Hospital Ophir Loyola
			HEMOPA
			Unidade de Referência Materno Infantil
			Unidade de Referência Presidente Vargas
			Unidade de Referência DIPE
			Unidade de Referência Demétrio Medrado
			Unidade de Referência DOCA
			Laboratório Central – LACEN
			CAPS Grão Pará
			CAPS Icoaraci
			CAPS Renascer
			CAPS Marambaia
			Centro de Cuidados a Dependentes Químicos
			UBS Pedreira
			Centro Especial Colônia do Prata
		Marituba	Unidade de Referência Marcelo Candia
Macro II	Metropolitana III	Cametá	Hospital Regional de Cametá
		Salinópolis	Hospital Dr. Olímpio Cardoso da Silveira
Macro III	Baixo Amazonas	Santarém	Unidade de Ensino e Assistência à Saúde do Baixo Amazonas
			Centro de Atenção Psicossocial I
Macro IV	Araguaia	Conceição do Araguaia	Hospital Regional de Conceição do Araguaia
	Lago de Tucuruí	Tucuruí	Hospital Regional de Tucuruí

Fonte: CNES - 2019

A rede estadual é complementada pela rede privada contratualizada, principalmente em municípios que ainda estão com os recursos financeiros sob gestão estadual, assim como, de prestadores de serviços de saúde privados que passaram para sua gestão em virtude da insuficiente capacidade de gestão financeira de alguns municípios de gestão plena.

A contratualização é uma prática importante na Administração Pública, pois possibilita instituir mecanismos de planejamento, avaliação e monitoramento da

execução por parte do Estado (órgão contratante) e o terceiro ou órgão público contratado.

Com a implantação dos novos hospitais regionais o Estado adotou a modalidade de contratação de 04 Organizações Sociais de Saúde – OSS que gerenciam 17 hospitais regionais, localizados em 13 municípios de 10 regiões de saúde e fazem a cobertura nas 04 macrorregiões conforme quadro abaixo.

Quadro 10- Estabelecimentos Assistenciais Estaduais Gerenciados por Organizações Sociais de Saúde – OSS

Macrorregião de Saúde	Região de saúde	Município	Estabelecimento	Organização Sociais de Saúde
MACRO I	Metro I	Ananindeua	Hospital Metropolitano de Urgência e Emergências	Pro-Saúde
			Hospital Público Estadual Galileu	Pro-Saúde
		Belém	Hospital Jean Bitar	INDSH
			Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo	Pro-Saúde
			Hospital Regional Dr. Abelardo Santos	AISCMP
			Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação-CIIR	INDSH
	Marajó II	Breves	Hospital Regional Público do Marajó	INDSH
	Tocantins	Barcarena	Hospital Materno Infantil de Barcarena	INDSH
	Metro III	Ipixuna do Pará	Hospital Geral de Ipixuna do Pará	INDSH
		Paragominas	Hospital Regional Público do Leste do Pará	INDSH
MACRO II	Rio Caetés	Capanema	Hospital Regional Público de Capanema	AISCMP
MACRO III	Xingu	Altamira	Hospital Regional Público da Transamazônica	Pro-Saúde
	Baixo Amazonas	Santarém	Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna	Pro-Saúde
MACRO IV	Carajás	Marabá	Hospital Regional do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso	Pro-Saúde
	Araguaia	Redenção	Hospital Regional Público do Araguaia	ASELC
	Lago Tucuruí	Tailândia	Hospital Geral de Tailândia	INDSH
		Tucuruí	Unidade de Alta Complexidade em Oncológica-UNACON	Pro-Saúde

Fonte: DDRA/SESPA

Obs.: Organização Social - Pro Saúde, AISCMP -Associação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pacaembu., INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano, ASELC - Associação de Saúde Esporte, Lazer e Cultura.

No Estado a rede contratualizada é composta de 17 prestadores privados localizados em 10 municípios, dos quais 05 são municípios que estão com recurso financeiro de fonte federal sob gestão estadual e 05 são municípios de gestão plena, são

de abrangência de 06 regiões de saúde realizando atendimento ambulatorial e hospitalar. O financiamento de fonte federal corresponde a 80,21%, com participação de cofinanciamento do tesouro estadual em 19,79%, conforme quadro abaixo.

Quadro 11- Relação dos Prestadores de Saúde Privados Contratualizados com a Gestão Estadual

Macrorregião de saúde	Região de saúde	Município	Nome do estabelecimento
Macro I	Metropolitana I	Marituba	Hospital Divina Providência
	Tocantins	Igarapé-Miri	Hospital Afonso Rodrigues
		Abaetetuba	Hospital Julia Seffer
Macro II	Metropolitana II	Bujaru	Hospital São Lucas
		Sto. Anton. Tauá	Hospital e Maternidade Santo Antônio
	Rio Caetés	Augusto Corrêa	Hospital e Maternidade São Miguel
		Bragança	Clínica Ultrapreven
			Laboratório de Análise C. de Bragança
			Instituto Médico de Bragança
			Hospital S. A. Maria Zacarias
			Hospital Geral de Bragança
			Hospital Clínicas de Bragança
Macro III	Baixo Amazonas	Alenquer	Ação Social Beneficente Santo Antônio
		Juruti	Hospital Nove Abril na Providência0061 de Deus
Macro IV	Carajás	Rondon do Pará	Hospital São José
			Clínica Monte Sinai

Fonte: DAS/DDASS/SESPA

Quadro 12 - Projetos Média e Alta Complexidade

Projetos e Municípios
Implantação do Centro de Especialidades Médicas AME/UEPA
Reforma do Hospital Municipal Santa Rosa em Abaetetuba.
Construção do Hospital Regional Público de Itaituba
Construção do Hospital de Pequeno Porte no Distrito de Castelo dos Sonhos em Altamira
Construção do Hospital Regional Público de Castanha
Reforma, adequação e ampliação do Hospital Público do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso em Marabá.

Fonte: DESAM /DDRA

Estes projetos contribuirão para compor a Rede Hospitalar do Estado e Serviços Especializados de consultas, serviços de diagnósticos e terapia, amenizando a sobrecarga da Região Metropolitana (Belém), a qual tem alta demanda de atendimento hospitalar em todas as especialidades médicas e serviços. E impactarão no acesso aos serviços com aumento do número de leitos no Estado, na descentralização dos serviços de média e alta complexidade, atendendo assim aos usuários do SUS próximo de sua residência e junto a família, reduzindo o tratamento fora domicílio-TFD, oferecendo atendimento humanizado e qualidade tecnológica de última geração dos serviços.

Os projetos são de construção, ampliação, requalificação, reforma e implantação. Uns já em conclusão e inauguração em 2019 e outros programados para 2020 a 2023

1.2 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDE MATERNO INFANTIL

Sua implementação objetiva o estabelecimento de uma nova concepção na atenção à saúde da mulher e da criança, na busca de garantir uma assistência baseada nos princípios da humanização, em que mulheres, recém-nascidos e crianças tenham acesso, acolhimento e cuidado de qualidade desde o pré-natal, com vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, com utilização de boas práticas de atenção. Entre outras ações, busca-se aumentar o percentual de parto normal (redução das taxas de cesariana); reduzir a mortalidade infantil; e óbitos infantis e fetais investigados e Sífilis Congênita:

O Componente Neonatal foi o que mais contribuiu para redução da mortalidade infantil do Estado, semelhante ao que acontece no Brasil. Esse indicador repercute em grande parte a atenção ao pré-natal da gestante, considerando que a Prematuridade (principal causa de óbito neonatal), advém na maioria dos casos de processos mal conduzidos (ou não tratados) durante a gravidez e que aceleram o trabalho (parto prematuro), como a infecção de vias urinárias e vulvovaginais.

As condições da prematuridade necessitam de internação do recém-nascido em serviço especializado neonatal que, a critério específico, pode ser um leito intensivo (UTI) ou intermediário (UCI). O atendimento em leito intensivo condiciona a necessidade de retaguarda intermediária, na forma de transição ou, o que se consagrou dizer, de progressão do cuidado, visto que a criança ao evoluir para um estado menos crítico precisa ter garantida a assistência proporcional (em cuidado intermediário). Estratégia que também libera leitos para novos bebês com perfil para assistência intensiva.

A ampliação e descentralização dos leitos Neonatais para além da Região Metropolitana I vêm favorecendo sobremaneira a melhoria da assistência neonatal e, consequentemente, contribuindo para o impacto positivo na redução da Mortalidade Infantil. Abaixo está demonstrado o quantitativo de leitos neonatais existentes atualmente no Estado conforme informações do quadro a seguir:

Quadro 13- Quantitativo de Leitos Neonatais Existentes SUS

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Leitos Neonatais		
				UTI	UCI	UCI Canguru
Macro I	Metropolitana I	Belém	Fundação Santa Casa	62	80	20
			Hosp. da Ordem 3ª	6	0	0
			H.C .Gaspar Viana	10	0	0
			H. Benef. Portuguesa	5	6	0
			H. Abelardo Santos	0	10	0
		Ananindeua	Hosp. Santa Maria	10	0	0
			Hosp. Anita Gerosa	0	6	0
		Marituba	H. Div. Providência	0	8	0
	Total Metropolitana I			93	110	20
	Tocantins	Abaetetuba	Hosp. Santa Rosa	0	6	0
			H.M.I de Barcarena	10	10	0
	Total Tocantins			10	16	0
	Marajó II	Breves	H.R.P. do Marajó	5	0	0
Total Marajó II			5	0	0	
Total Macro I				108	126	20
Macro II	Metropolitana III	Castanhal	H. Francisco Magalhães	0	12	0
	Total Metropolitana III			0	12	0
	Rio Caetés	Bragança	Hosp. Sto. Ant. Mª Zacarias	10	0	0
			Hosp. Geral de Bragança	0	10	0
	Total Rio Caetés			10	10	0
Total Macro II				10	22	0
MACRO III	Baixo Amazonas	Santarém	H.R.P do B. Amazonas Dr. Waldemar Penna	10	3	0
			Hosp. Mun. de Santarém	0	5	0
	Total Baixo Amazonas			10	8	0
	Xingu	Altamira	H.R.P.Transamazônica	5	4	0
			H.Mun. São Rafael	0	10	0
Total Xingu			5	14	0	
Total Macro III				15	22	0
MACRO IV	Carajás	Marabá	H.R.P. do Sud. Dr. Geraldo Veloso	9	0	0
			H. Materno Infantil	0	6	0
		Parauapebas	Hosp. Municipal	7	10	0
	Total Carajás			16	16	0
	L. de Tucuruí	Tucuruí	H. Regional de Tucuruí	8	12	0
	Total Lago de Tucuruí			8	12	0
	Araguaia	Conceição do Araguaia	Hospital Regional de C. do Araguaia	0	5	0
		Redenção	H. Regional de Redenção	5	0	0
Total Araguaia			5	5	0	
Total Macro IV				29	33	0
Total do Estado do Pará				162	203	20

Fonte: CNES, DDASS,DDRA/SESPA

Conforme análise de mortalidade infantil no Estado do Pará no período de 2014 a 2018, houve, em média, 2.150 óbitos infantis ao ano, com taxa de mortalidade média de 15,31 óbitos por 1000 nascidos vivos. O ano de 2016 caracterizou-se por apresentar um aumento do coeficiente/taxa, com incremento de 4,01% da taxa de mortalidade em relação a 2015, e em 2017 e 2018 já se observa recuperação da tendência de redução dos anos anteriores, com o registro de 4,24% (somados os dois anos) de redução do coeficiente, como podemos observar no Quadro 14. Nesse ano observou-se concentração dos óbitos, visto que houve queda de mais de 6.000 nascimentos e manutenção do número absoluto de óbitos. Este fato parece estar associado à orientação mais efetiva com relação ao Planejamento Reprodutivo por ocasião da Emergência Nacional relacionada à Síndrome Congênita por Zika vírus (2015-2016).

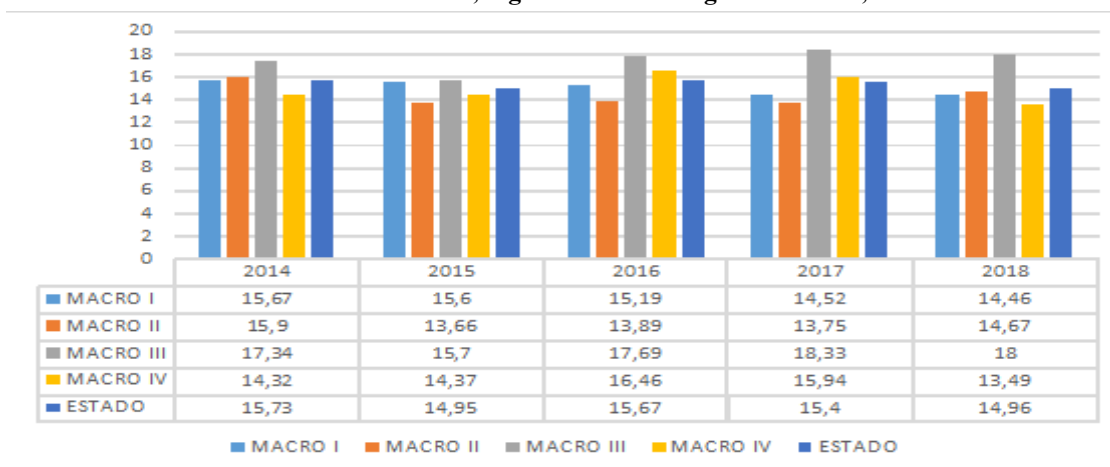
Quadro 14 -Taxa de Mortalidade Infantil no Estado do Pará, por Região de Saúde, 2014 a 2018.

REGIÃO	2014			2015			2016			2017			2018		
	NV	OI	CMI	NV	OI	CMI	NV	OI	CMI	NV	OI	CMI	NV	OI	CMI
Metropolitana I (05)	33.104	523	15,80	32.826	476	14,50	30.373	441	14,52	30.521	413	13,53	30.195	438	14,51
Metropolitana II (09)	6.165	105	17,03	6.174	97	15,71	6.143	84	13,67	5.976	82	13,72	6.206	72	11,60
Metropolitana III (22)	14.307	230	16,08	14.117	185	13,10	13.648	178	13,04	13.598	168	12,35	14.179	203	14,32
Marajo (1)	3.810	69	18,11	3.945	70	17,74	3.983	63	15,82	3.995	68	17,28	3.999	56	14,00
Marajo (2)	7.559	116	15,35	7.496	129	17,21	7.382	116	15,71	7.643	106	13,87	7.892	107	13,56
Baixo Amazonas (14)	15.064	247	16,40	14.926	256	17,15	14.655	257	17,54	15.053	291	19,33	15.237	297	19,49
Rio Caetés (16)	9.199	134	14,57	8.952	119	13,29	8.714	137	15,72	8.573	134	15,63	8.589	150	17,46
Tapajós (06)	4.373	80	18,29	4.125	54	13,09	4.007	84	20,96	4.446	93	20,92	4.463	79	17,70
Tocantins (09)	11.965	180	15,04	11.807	195	16,52	11.530	183	15,87	11.762	192	16,32	12.208	184	15,07
Xingu (09)	6.760	132	19,53	7.136	98	13,73	6.973	111	15,92	6.756	96	14,21	6.918	103	14,89
Logo de Tucuruí (06)	7.283	109	14,97	7.395	107	14,47	6.918	99	14,31	6.842	110	16,08	6.712	69	10,28
Carajás (17)	16.657	226	13,57	16.889	249	14,74	15.639	260	16,63	15.324	235	15,34	16.116	215	13,34
Araguaia (15)	7.415	115	15,51	7.741	107	13,82	7.426	132	17,78	7.721	126	16,32	8.222	135	16,42
ESTADO	143.661	2.266	15,77	143.529	2.142	14,92	137.391	2.145	15,61	138.150	2.114	15,30	140.936	2.108	14,96

Fonte: SIM.2019. (Dados provisórios)

Com relação às Macrorregiões de Saúde, observa-se que desde 2014 a Macro III, que inclui municípios da Região Baixo Amazonas, Tapajós, Xingu, tem sido a que apresenta a maior taxa de mortalidade infantil.

Gráfico 14- Taxa de Mortalidade Infantil, segundo Macrorregião de Saúde, 2014 a 2018.



Fonte: Sistema de informação de Mortalidade. Atualizado em 29.01.2019.

*Dados provisórios. Taxa de Mortalidade Infantil: 1.000 nascidos vivos

Óbitos Infantis e Fetais Investigados- Embora este indicador tenha sido excluído da base nacional/estadual em 2016, o Estado do Pará apresentou melhora significativa desse indicador nos últimos 5 anos. Estratégias importantes contribuíram com essa melhora e se referem a capacitações e monitoramentos junto aos municípios. Para ampliar as investigações do número de óbitos no Estado, priorizaram-se as capacitações dos municípios e serviços na Vigilância do Óbito em parceria com a Vigilância Epidemiológica, como proposta que favorece a reflexão do processo de trabalho dos profissionais e contribui para a mudança do mesmo, através da identificação das causas evitáveis e proposições/recomendações para a organização da Rede de Atenção.

Sífilis Congênita- Em que pese a ampliação da realização do teste rápido de Sífilis e HIV nas Unidades Básicas no Pré-natal e os dados coletados no sistema Estadual (informações de até outubro de 2015), demonstrando uma redução no número de casos de sífilis congênita em 28,4%, em 2015, registrou-se um fato preocupante em relação a Sífilis: o desabastecimento do país no que se refere a Penicilina Benzatina e Cristalina, medicamentos de primeira indicação para o tratamento da Sífilis em gestante e congênita. A orientação Ministerial de alternativa para tratamento implica no descumprimento do preconizado e, consequentemente, na elevação do número de casos considerados “não tratados” na gestante e previsão de elevação dos casos de sífilis congênita, gerando prováveis complicações nos desfechos e a ocupação de maior número de leitos neonatais para o tratamento das crianças. Situação que deve provocar dificuldades na internação em Unidades Neonatais no Estado futuramente.

Mortalidade Materna- É todo óbito de mulheres em idade fértil ocorrido durante uma gestação, parto ou após 42 dias do seu término, independentemente da localização ou da duração da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ao agravo da gestação, sendo de causas obstétricas diretas ou indiretas.

No Estado do Pará no período de 2014 a 2018 morreram em torno de 503 mulheres, vítimas de complicações da gestação, do parto ou puerpério, com taxa de mortalidade de 73,2 óbitos/100 mil nascidos vivos, conforme Tabela abaixo.

Tabela1-Taxa de Mortalidade Materna por Região de Saúde, 2014 a 2018.

Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Araguaia	<u>134,88</u>	51,67	80,79	77,71	54,18
Baixo Amazonas	53,16	53,54	81,84	86,35	<u>112,38</u>
Carajás	78,06	53,27	51,15	84,83	63,88
Lago de Tucuruí	54,95	27,04	43,35	29,23	67,7
Marajó I	78,74	50,65	<u>100,38</u>	25,41	85,71
Marajó II	79,44	66,55	94,8	<u>156,84</u>	45,75
Metropolitana I	69,48	67,01	46,09	75,35	69,45
Metropolitana II	81,13	<u>80,95</u>	<u>146,46</u>	<u>100,35</u>	71,56
Metropolitana III	69,9	<u>42,5</u>	<u>23,96</u>	<u>95,6</u>	70,23
Tapajós	114,34	<u>72,73</u>	<u>99,83</u>	<u>89,95</u>	76,2
Tocantins	133,73	<u>76,2</u>	<u>95,4</u>	<u>68,02</u>	76,37
Xingu	59,17	<u>98,09</u>	<u>57,36</u>	<u>133,21</u>	17,49

Fonte: Sistema de informação de Mortalidade. Atualizado em 29.01.2019.

*Dados provisórios. Taxa de Mortalidade Materna: 100.000 nascidos vivos.

Para tanto, foram elaborados os projetos "**Mãe Paraense**" e o "**Zero Morte Materna por Hemorragia**" tem por objetivo organizar uma linha de cuidados regionalizada de Atenção à mulher grávida, que cause impacto positivo na redução de partos cesáreos e morte materna".

A partir da implantação da Rede Materno Infantil foram programadas e realizadas ações relacionadas à atenção ao parto, monitoramento e qualificação da assistência prestada ao binômio mãe - filho. Destaca-se entre estas ações, a qualificação profissional para o atendimento humanizado da parturiente.

Fórum Perinatal- O Fórum Estadual de Saúde Perinatal iniciado em 2015, tem um caráter itinerante, levando-se em conta as etapas da estratégia Rede Cegonha no Pará, como forma de descentralizar o local desses debates para além da capital, em favor do fortalecimento da articulação entre os membros do Fórum, com os representantes das secretarias de saúde do Estado, dos municípios-alvo das regiões de Metropolitana I, Metropolitana III, Xingu, Caetés, Tocantins, Baixo Amazonas e Tapajós, do Ministério da Saúde, dos sindicatos e conselhos de saúde e representantes da sociedade civil. O objetivo do Fórum é debater a prestação de serviços de saúde voltados às gestantes no

pré-natal, durante e pós-parto, as gestantes têm sido o foco principal das discussões, a prevenção à sífilis congênita, o resgate do parto como um evento natural, o excesso de cesarianas e a mudança do paradigma de como a sociedade percebe o nascimento de um bebê estão entre os itens sempre presentes, com isso, promove mudanças nos processos de intervenção em contextos de organização, articulação de serviços e qualificação do cuidado em saúde assegurando à mulher o direito do parto humanizado e ao puerpério seguro, com foco na prevenção da mortalidade materna e aumento do percentual de parto normal.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

No Estado do Pará os serviços ofertados pela RAPS vêm sendo realizados através das Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Consultório na Rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são os componentes estratégicos da RAPS (existem 84 CAPS de diferentes modalidades habilitados no Estado), Unidades de Acolhimento Adulto, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais e Rede de Atenção às Urgências.

A RAPS é fortalecida através de ações de matriciamento realizadas de forma intersetorial que visam a superação das dificuldades enfrentadas nas atividades voltadas para um amplo atendimento de saúde mental à população, sendo o CAPS o equipamento responsável por articular a rede de cuidados, de acordo com a Port.3088/2011 e notas técnicas do Ministério da Saúde.

Destaca-se que um ponto de atenção da RAPS que passou por adequações, conforme a nova Política Nacional de Saúde Mental foi à expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), compreendidos como equipamentos destinados a desinstitucionalização de pacientes que passaram por longa internação psiquiátrica, mas que, atualmente, também podem incluir como clientela pessoas com transtornos mentais em situações de vulnerabilidade.

O Estado do Pará atualmente possui o parâmetro de 0,73% de Cobertura Assistencial de Atenção Psicossocial, considerada pelo Ministério da Saúde, como uma Cobertura “Muito Boa”, possui um total de 84 (oitenta e quatro) serviços de CAPS habilitados, em diferentes tipologias.

Além dos significativos avanços na ampliação do quantitativo de serviços estratégicos (CAPS), que estão distribuídos pelas 13 Regiões de Saúde, avançaram-se,

também, nos seguintes aspectos: Expansão de 20 leitos habilitados nas regiões de saúde do Carajás e Caetés (06 em Marabá e 14 em Bragança), elevando o quantitativo atual para 70 leitos de internação e mais 20 pra urgência no HCGV; Funcionamento de 03 (três) Residências Terapêuticas, modalidade tipo II - SRTs, em Icoaraci, Marambaia e Marco; 01 Unidade de Acolhimento (Belém); Fortalecimento da atenção básica com incentivo a implantação e habilitação de consultórios na rua (Belém, Bragança, Santarém, Marabá) e fomento de ações de matriciamento pelos CAPS.

Contudo, 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.

Considerando 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 do funcionamento dos mesmos, por meio de visitas técnicas periódicas nos municípios que possuem uma RAPS já ativa. 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 e Diálogos, 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 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-adulto, 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 a 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 quadro abaixo:

Quadro 15- Número de casos de suicídios por Macrorregião de Saúde 2014 - 2018

Macrorregião	Saúde	Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Macro I		Metro I	41	44	44	04	55
		Tocantins	08	12	13	17	17
		Marajó I	04	04	10	00	03
		Marajó II	05	07	08	08	11
TOTAL			58	67	75	29	86
Macro II		Metro II	08	10	05	08	08
		Metro III	29	28	30	31	23
		Rio Caetés	04	16	12	09	11
TOTAL			41	54	47	48	42
Macro III		Baixo Amazonas	20	23	37	32	33
		Tapajós	07	10	15	19	15
		Xingu	14	12	13	20	10
TOTAL			41	45	65	71	58
Macro IV		Lago de Tucuruí	07	06	20	17	12
		Carajás	18	29	37	37	31
		Araguaia	12	23	11	14	16
TOTAL			37	58	68	68	82
TOTAL GERAL			177	224	255	216	245

Fonte: SINAN, 2019

Esses dados evidenciam a necessidade de ampliar e qualificar a assistência a 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 Inter setorial - educação, assistência social e justiça - permitindo assim maior acesso da população aos cuidados necessários que vão desde a prevenção e promoção a saúde, o cuidado e a reabilitação dos indivíduos.

Observa-se ainda, que existe 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.

Conforme visto acima, a saúde mental no Estado do Pará já obteve muitos avanços nesse período, contudo ainda precisa enfrentar desafios de fortalecimento e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial Estadual, a partir da nova lógica da Política de Saúde Mental, o que visa promover uma melhor qualidade na prestação dos serviços de Atenção Psicossocial a seus usuários, que se espera refletir diretamente no combate à morbimortalidade por suicídio.

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Estado do Pará, em 2012, assinou o termo de Adesão ao Programa Viver sem limites e lançou o Existir – Plano Estadual de Ações Integradas à Pessoa com Deficiência. A política de saúde para as pessoas com deficiência (PCD), tem como objetivo a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção a esta população, conforme previsto nas Portarias nº 793 de 24 de abril de 2012 e nº 835 de 25 de Abril de 2012.

De acordo com o censo (IBGE- 2010), cerca de 1.791.299 (24%) de pessoas no Estado do Pará possuem algum tipo de deficiência, porém, apenas uma parte desta população necessita de terapias de reabilitação. A condição “pessoa com deficiência” é auto-declarável no referido censo, englobando as respostas dos que “não conseguem de modo algum”, “tem grande dificuldade” e “tem alguma dificuldade” nas diferentes áreas de deficiência.

Quadro 16- Tipos de Deficiência por Macrorregião de Saúde

Macrorregião de Saúde	Regiões de Saúde	População	Total	Visual	Auditiva	Motora
Macro I	Metro. I	2.042.417	490.180	397.046	102.938	117.643
	Tocantins	607.179	145.723	118.036	30.602	34.974
	Marajó I	210.936	50.625	41.006	10.631	12.150
	Marajó II	276.074	66.258	53.669	13.914	15.902
Subtotal		3.136.606	752.786	609.757	158.085	180.669
Macro II	Metro. III	826.857	198.446	160.741	41.674	47.627
	Metro. II	326.299	78.312	63.433	16.445	18.795
	Rio Caetés	485.795	116.591	94.439	24.484	27.982
Subtotal		1.638.951	393.349	318.613	82.603	94.404
Macro III	B. Amazonas	739.376	177.450	143.735	37.265	42.588
	Tapajós	209.531	50.287	40.733	10.560	12.069
	Xingu	307.836	73.881	59.843	15.515	17.731
Subtotal		1.256.743	301.618	244.311	63.340	72.388
Macro IV	Carajás	739.954	177.588	143.847,06	37.293	42.621
	Lago Tucuruí	372.764	89.463	72.465,32	18.787	21.471
	Araguaia	472.933	113.503	91.938,18	23.835	27.240
Subtotal		1.585.651	380.554	308.250,56	79.915	91.332
Total Geral Pará		7.617.951	1.828.307	1.480.931	383.943	438.793

Fonte: DATASUS/TABNET

Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O Estado do Pará possui uma Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, ainda incipiente, conforme os componentes demonstrados abaixo:

a) Componente Atenção Básica

Equipe de Saúde Bucal

As equipes de Saúde Bucal realizam atividades de Clínica Básica com atendimento odontológico à Pessoa com Deficiência na Modalidade I apresenta 643 equipes (Odontólogo e Agente de Saúde Bucal) e na Modalidade II apresenta 19 equipes (Odontólogo, Agente de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal).

Quadro17- Número de Equipes de Saúde Bucal por Modalidade

Região de Saúde	Modalidade de equipe de saúde bucal		Total
	Tipo I	Tipo II	
Araguaia	74	3	77
Amazonas	34	3	37
Carajás	75	1	76
Lago de Tucuruí	14	0	14
Metropolitana I	59	3	62
Metropolitana II	57	0	57
Metropolitana III	105	3	108
Rio Caetés	105	2	107
Tapajós	11	1	12
Tocantins	41	0	41
Xingu	37	3	40
Marajó I	18	0	18
Marajó II	13	0	13
Total	643	19	662
Fonte: CNES 07/2019			

Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF

No Estado do Pará existem 178 Equipes de Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF, sendo 87 Equipes do Tipo NASF I, 10 Equipes do Tipo NASF II e 1 Equipe do Tipo NASF III, incluindo todos os profissionais elencados na Portaria 2488/2011 e realizando atividades de reabilitação.

b) Componente de Atenção Especializada:

Centros Especializados em Reabilitação - CER

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no território, e está organizado da seguinte forma: CER II dois serviços de reabilitação habilitados; CER III três serviços de reabilitação habilitados; CER IV quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados. O atendimento está realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede. Constitui rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e é polo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. É importante ressaltar que precisa do apoio do transporte sanitário por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. O quadro abaixo demonstra a situação atual da Rede Estadual.

Quadro 18 - Rede de Centro Especializado em Reabilitação

Município	Instituição	Habilitação	População alvo/serviço
BELÉM	CIIR IV	Habilitado	Deficiência Física, auditiva, visual, oficina ortopédica e CEO II
	UEAFTO/UEPA	CER II	Deficiência Física e Intelectual incluindo as doenças neurodegenerativas e autismo
	URE - REI	Não habilitado	Deficiência Física e Intelectual (Até 12 anos)
	URE - MIA	Não habilitado	Recém Nascidos de Risco (até 05 anos)
	URE Presidente Vargas	Habilitado somente o programa de ostomizados	Deficiência Física (Ostomizados), Visual e auditiva
	URE Demétrio Medrado	Habilitado no Programa de OPMs	Deficiência Física (Reabilitação e concessão de OPMs)
	Hospital Bettina Ferro – Programa Caminhar	Não Habilitado	Crianças com alterações de desenvolvimento – Deficiência Física, Intelectual, Auditiva e Visual com Dispensação de Próteses auditivas e implante coclear
	SABER	Não Habilitado	Deficiência Física e Intelectual
	IONPA	Não Habilitado	Deficiência Física e Intelectual
	Hospital Ophir Loyola	Não Habilitado para reabilitação somente para atendimento clínico	Doenças Neurodegenerativas
	Hospital Ophir Loyola	Não há hospital habilitado ainda	Saúde Bucal – Atendimento odontológico ambulatorial/hospitalar à Pessoa com Deficiência
	ISA – Instituto de Saúde Auditiva	Habilitado para dispensação	Deficiência Auditiva (dispensação de Prótese auditivas)
BELÉM	CEO-URE Presidente Vargas	Habilitado como CEO III	Saúde Bucal – Atendimento odontológico ambulatorial/hospitalar à Pessoa com Deficiência
Marabá	Oto Marabá	Não Habilitado	Deficiência Auditiva

Marituba	URE Marcelo Cândia	Não Habilitado	Deficiência Física e Oficina Ortopédica Deficiência Física e Intelectual (Todos em funcionamento)
Tucuruí	Centro de Reabilitação do Município de Tucuruí	CER II	CER III (execução da obra de ampliação e Reforma)

Fonte: CEPED-SESPA 2018

Na perspectiva de ampliação da Rede de Pessoas com Deficiência há estudos de necessidades de Centros de Referência Especializados de Reabilitação e oficinas ortopédicas em oito Regiões de Saúde, para o período de 2019 a 2023, nas seguintes Regiões de Saúde: Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Tocantins, Rio Caetés, Marajó I e Marajó II. Finalização de Obra em 2019: Tucuruí – CER III, Itaituba – CER III, Altamira–CER III, Redenção–CER III, Marituba – CER II, UEAFTO/UEPA – CER III

Centros de Especialidades Odontológicas-CEO

Entre suas atividades devem realizar atendimento odontológico ambulatorial e hospitalar (quando indicado) à pessoa com deficiência, diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral menor e endodontia. Um dos problemas está relacionado a demandas e fluxos assistenciais pontuais, gerando fragmentação do serviço na rede assistencial, sendo necessário criar fluxo, adequar e qualificar Centros Cirúrgicos e equipes para o cuidado às especificidades do atendimento odontológico garantindo sua internação e alta hospitalar.

Componente Apoio Diagnóstico: Os serviços de apoio diagnóstico realizados nas maternidades que tem UTI/UCI neonatal, como: Teste do Pezinho, que existem aproximadamente 600 postos de coleta em todos os municípios do Estado. O Teste da Orelhinha que é realizado no Hospital das Clínicas Gaspar Viana; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital da Beneficente Portuguesa e o Teste do Olhinho que é realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia; Hospital Bettina Ferro e Hospital de Clínicas Gaspar Viana.

Componente Atenção Hospitalar e de Urgência

Quadro 19-Leitos de Longa Permanência e/ou Reabilitação

Municípios	Estabelecimento	Existente	SUS
Belém	Hospital Porto Dias	4	0
Itupiranga	Clínica de Reabilitação Fision	8	0
Novo Progresso	Clinica Sinhá	2	0
Novo Progresso	Hospital Municipal de Novo Progresso	1	1
Redenção	Hospital São Lucas	5	0
São Felix do Xingu	Hospital Municipal de São Felix do Xingu	1	1
Total		21	2

Fonte: CNES- 2018

Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação CIIR- O primeiro Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação da Região Norte, localizado em Belém, às margens da Baía do Guajará. Este Centro é diferente de outros que já existem no país por integrar vários serviços em um único local. O CIIR agrega, em um único espaço, assistência médica, odontológica, reabilitação, capacitação, oficinas para produção de próteses e serviço de apoio e diagnósticos em crianças, jovens e adultos. No cuidar da reabilitação dessas pessoas, oferece a inclusão de atividades laborais, de lazer, artística, cênica e educação em saúde com o diferencial de uma biblioteca para Braille e Libras (Língua Brasileira de Sinais). Isso também vale para os familiares ou acompanhantes. Para o melhor desenvolvimento da atenção, os colaboradores estão passando por curso de Língua Brasileira de Sinais (Libras), que facilitará a comunicação e a integração entre a instituição e o PCD, que representam mais de 1,8 milhão de pessoas no Pará – aproximadamente 24% da população (Censo de 2010, IBGE).

No CIIR funciona um Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) destinado para usuários com deficiência auditiva, física, intelectual e visual; uma oficina ortopédica para confecção e manutenção de próteses e órteses; além de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO II) com aparato para atendimento das complexidades em odontologia, dispõe de diversos procedimentos, inclusive de cirurgias de bucomaxilofacial e todo serviço de ortodontia e endodontia.

REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O Estado ainda não tem implantada a Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, porém trabalha as ações do Plano Estadual de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de organizar e reordenar os serviços de saúde do SUS a partir do fortalecimento das Redes de Atenção orientando o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos fatores de risco na tentativa de reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade precoce causadas por essas doenças. As ações estratégicas se dão por meio das **linhas de cuidados específicas** considerando os agravos de maior magnitude como: doenças oncológicas, prevenção de tratamento de sobrepeso e obesidade, doença renal crônica.

Linha de Cuidado Oncológica- No Estado do Pará, segundo a estimativa 2018/2019, são esperados 9.260 casos novos de câncer de pele não melanoma e, sem o câncer de

pele do tipo não melanoma, são estimados 7.440 casos novos. Destes, no sexo masculino, os mais prevalentes serão os cânceres de próstata (1060 casos novos), estômago (520 casos), traqueia, brônquio e pulmão (320 casos), cólon e reto (190 casos) e leucemias (160 casos). Em relação à estimativa no sexo feminino no Pará, os cânceres mais prevalentes são: colo de útero (860 casos), mama (740 casos novos), cólon e reto (310 casos), estômago (220 casos) e traqueia, brônquio e pulmão (190 casos). Diferente de todas as regiões do Brasil, somente no Pará os casos de leucemias possuem alta incidência, ficando em 5º lugar (120 casos) no sexo masculino e em 6º lugar (140 casos) no sexo feminino. (INCA, 2019).

Segundo dados do Painel de Oncologia, as estatísticas de casos de câncer mais prevalentes no período de 2014 a 2018, são crescentes a cada ano. Observa-se que, entre os cinco tipos mais prevalentes em mulheres, o câncer do colo uterino (28,47%) e o de mama (24,79%) lideram com altas taxas. No sexo masculino, o câncer de próstata (23,25%) e o de estômago (16,03%) são os mais prevalentes. Conforme o quadro abaixo:

Quadro 20- Casos Novos Câncer

CASOS NOVOS	2014	2015	2016	2017	2018(*)	Total
Colo de útero	474	446	450	473	471	2314
Mortalidade	271	323	350	346	321	1611
Mama	455	406	536	567	550	2514
Mortalidade	264	311	282	306	349	1512
Câncer de próstata	244	237	275	285	267	1308
*Mortalidade	341	349	318	313	-	-

Fonte: Painel de oncologia, 2019, SIM – Sistema de Mortalidade, 2019.* dado de óbito não fechado.

Quanto a razão de exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, o Estado não conseguiu alcançar a meta estadual (0,40) nos últimos 4 anos, ressaltando-se que a coleta de PCCU e o exame citopatológico é de responsabilidade dos municípios. A maioria dos municípios apresentam dificuldades na oferta do PCCU e na busca ativa das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, no fluxo de encaminhamento e no realinhamento da meta pactuada com os municípios prestadores de serviço do exame (laboratórios).

No que se refere às mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, o Estado conseguiu alcançar a meta de 2015 a 2017, com exceção de 2018 (0,14), entretanto, é necessário aumentar a oferta de mamografias de rastreamento e a busca ativa das mulheres, visando melhorar o diagnóstico precoce do câncer de mama.

Quanto ao número de mamógrafos disponíveis no SUS, e em funcionamento no Pará e respectiva localização: o Estado conta com 165 (cento e sessenta e cinco) mamógrafos existentes, destes 156 (cento e cinquenta e seis) estão em funcionamento sendo 69 mamógrafos são SUS e 96 são privados. Dentre as 13 regiões de saúde, 12 estão contempladas com mamógrafos, exceto Marajó I, na qual o acesso é em Belém (CNES/DATASUS, 2019). Segundo a Portaria nº 1.631/15 e a Nota Técnica Inca/2015 são necessários 44 mamógrafos para atender a população alvo do Estado do Pará.

A maioria dos municípios não consegue fazer a busca ativa das mulheres para a realização das mamografias de rastreamento do câncer de mama, devido dificuldades no acesso, fluxo de encaminhamento, realinhamento da meta pactuada e regulação para prestadores de serviço de mamografia. Destaca-se a necessidade de estratégias municipais para o pleno funcionamento dos serviços de mamografia, através da garantia de equipe profissional especializada, dos insumos necessários, da manutenção adequada dos equipamentos, da alimentação dos sistemas de informação: SIA-SUS e SISCAN e da Pactuação dos serviços.

Dentre os objetivos da Média Complexidade na Atenção Oncológica destaca-se: Fortalecer a Rede de Serviços de Média Complexidade para diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama e útero; e Ampliar os Serviços de Apoio Diagnóstico do câncer nos municípios das Regiões de Saúde para garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno dos casos, como demonstrado nas Tabelas a seguir:

Tabela 2 - Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama - SDM Implantados

Macrorregião de Saúde	Região Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde
Macro I	Metropolitana I	Belém	Unid. de Ref. Materno Infantil e Adolescente
			Unid. de Ref. Especializada. Casa da Mulher
	Tocantins	Marituba	Centro de Diag. e Serviços Esp. Ignácio Gabriel
		Barcarena	Hosp. Reg. Púb. Materno Infantil de Barcarena
Macro III	Baixo Amazonas	Santarém	Centro de Referência de Saúde da Mulher
			H R do B. Amazonas do Pa. Dr. Waldemar Penna
Macro IV	Carajás	Marabá	Centro de Referência Integrada a Saúde da Mulher
		Parauapebas	Policlínica Municipal de Parauapebas
Total: 03	04	06	08

Fonte: Plano Estadual de Oncologia 2019/CNES, agosto de 2019.

Tabela 3- Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero – SRC Implantados

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Qtd
Macro I	Marajó II	Breves	1
	Metropolitana I	Belém	2
		Marituba	1
	Tocantins	Barcarena	1
Macro II	Metropolitana III	Castanhal	1
		Paragominas	1
Macro III	Baixo Amazonas	Santarém	1
	Tapajós	Itaituba	1
	Xingu	Altamira	1
Macro IV	Araguaia	Conceição do Araguaia	1
	Carajás	Marabá	1
		Parauapebas	1
TOTAL: 04	09	12	13

Fonte: Plano Estadual de Oncologia 2019/CNES/2019

Tabela 3 - Serviço de Referência em Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama - SDM Implantados

Macrorregião de Saúde	Região Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde
Macro I	Metropolitana I	Belém	Unid. de Ref. Materno Infantil e Adolescente
			Unid. de Ref. Especializada. Casa da Mulher
		Marituba	Centro de Diag. e Serviços Esp. Ignácio Gabriel
	Tocantins	Barcarena	Hosp. Reg. Púb. Materno Infantil de Barcarena
Macro III	Baixo Amazonas	Santarém	Centro de Referência de Saúde da Mulher
			H R do B. Amazonas do PA. Dr. Waldemar Penna
Macro IV	Carajás	Marabá	Centro de Referência Integrada a Saúde da Mulher
		Parauapebas	Policlínica Municipal de Parauapebas
Total: 03	04	06	08

Fonte: Plano Estadual de Oncologia 2019/CNES, agosto de 2019.

Alta Complexidade Oncológica - Oferece serviços de tratamento especializado: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, reabilitação e cuidados paliativos aos portadores de câncer, em consonância com o processo de referência e contra referência, assegurando a qualidade da atenção na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Tendo como base a Portaria Nº 140 de 27/02/14, cujo parâmetro para o planejamento de estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON é de 1 (um) UNACON para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes ou 900 casos novos de câncer/ano, exceto o câncer de pele não melanoma, pode-se dizer que, para que o Estado do Pará possa atender essa demanda, seriam necessários dezesseis (16) UNACONs/CACON, de acordo com os parâmetros populacionais, e oito (8) UNACONs/CACON segundo os parâmetros de casos novos de câncer.

Atualmente, a Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia do Estado do Pará é composta por cinco (5) estabelecimentos, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 21- Estabelecimentos Alta Complexidade Oncológica

Macrorregião Saúde	Região de Saúde	Município	Tipologia Quantidade			Estabelecimento de Saúde	Habilitação junto ao MS
			CACON	UNACON	UNACON pediátrico		
I	Metro I	Belém	1	-	-	H Ophir Loyola	-
			-	-	1	H Infantil Dr. Otávio Lobo	Hab. sem recurso MS
			-	1	-	H Univ. João de Barros Barreto	sem hab. radioterapia
III	Baixo Amazonas	Santarém	-	1	-	HRP Dr. Waldemar Pena	-
IV	Lago Tucuruí	Tucuruí	-	1	-	H Regional Público Tucuruí	Não habilitado/MS
Total	3	3	1	3	1	5	

Fonte: Plano Estadual de Oncologia 2019/CNES, agosto de 2019

Perspectivas para 2020 – 2023

- Habilitação de 20 serviços de SRC e 13 SDM no Estado;
- Referência para câncer no homem – AME da UEPA;
- Implantação da UNACON Castanhal na Região de Saúde Metropolitana III;
- Implantação de um AME em cada uma das 13 Regiões de Saúde;
- Implantar/ Implementar Serviços de Cirurgia de Câncer nos Hospitais Regionais;
- Fortalecimento da Atenção Primária para alcance das metas e melhoria dos indicadores e para prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e mama;
- Treinamento de implementação do SISCAN em todas as 13 Regiões de Saúde do Estado;
- Atualização dos dados do RCBP (dois anos do calendário atual) de estimativa de casos de câncer no Pará.

As ações voltadas para promoção e prevenção das DCNT e fatores de risco vêm contribuindo para a formação de indivíduos responsáveis e críticos, capazes de decidir sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, com responsabilidade social sobre o meio ambiente, em uma concepção mais ampla de saúde.

Linha de cuidado de Nefrologia

Esta linha de cuidado estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos da rede de atenção à saúde, com foco nas ações da atenção primária fortalecendo as ações de prevenção e promoção da saúde assim como estabelecendo fluxos de referência e contra referência para assistir ao usuário com Doença Renal Crônica (DRC) no SUS.

As ações desenvolvidas visam à transformação/mudança da realidade dos portadores de DRC, onde atualmente aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise, acessam o sistema de saúde pela porta de entrada dos serviços de urgência em situações emergenciais, necessitando de intervenção imediata, em estágio 5, com necessidade dialítica, em péssimas condições de saúde, e com elevada mortalidade nos primeiros meses de terapia.

Quadro 22- Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica/Terapia Renal Substitutiva (TRS), Pará

Macro Região Região de Saúde Município			SUBCOMPONENTES					
			Maq. hemodiálise		Diálise peritoneal		Transp. Renal	
			Existent.	Previst	Exist.	Previst.	Exist.	Previst.
MACRO I	Metropolitana I	Ananindeua	65	0	0	0	0	0
		Belém	160	20	0	1	2	1
		Marituba	23	0	0	0	0	0
	Total Região		248	20	0	1	2	1
	Marajó I	Breves	0	10	0	0	0	0
	Total Região		0	10	0	0	0	0
	Tocantins	Cametá	0	16	0	0	0	0
	Total Região		0	16	0	0	0	0
	TOTAL MACRO I		248	46	0	1	2	1
MACRO II	Metropolitana III	Castanhal	33	24	0	1	0	0
		Ulianópolis	31	0	0	0	0	0
	Total Região		64	24	0	1	0	0
	Rio Caetés	Bragança	11	0	0	0	0	0
	Total Região		11	0	0	1	0	0
	TOTAL MACRO II		75	24	0	2	0	0
MACRO III	Baixo Amazonas	Santarém	37	43	1	0	1	0
	Total da Região		37	43	1	0	1	0
	Tapajós	Itaituba	0	20	0	1	0	0
	Total da Região		0	20	0	1	0	0
	Xingu	Altamira	20	0	0	0	0	1
	Total da Região		20	0	0	0	0	1
	TOTAL MACRO III		57	63	1	1	1	1
MACRO IV	Araguaia	Redenção	24	12	1	1	0	0
	Total da Região		24	12	1	1	0	0
	Carajás	Marabá	47	20	1	0	0	0
		Parauapebas	9	0	0	0	0	0
	Total da Região		56	20	1	0	0	0
	Lago de Tucuruí	Tucuruí	0	15	0	0	0	0
	Total da Região		0	15	0	0	0	0
	TOTAL MACRO IV		80	47	2	1	0	0
	TOTAL DO ESTADO		460	180	3	5	3	2

Fonte: Plano Estadual de Nefrologia 2016-2019

Linha de Cuidado Obesidade

A Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade esta em fase de implantação cuja proposta basea-se no documento “Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”- Manual Instrutivo 2019 utilizando os critérios dispostos nas Portarias nº 424 e nº 425, de 19 de março de 2013, considerando as alterações estabelecidas pela Portaria nº 62/2017 quanto ao perfil epidemiológico da população, a conformação, as características e os equipamentos públicos da rede de atenção à saúde existente nos municípios e nas regiões, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 23- População estimada de Pessoas com Sobrepeso e graus Obesidade por Região de Saúde

Região de Saúde	Pop. Geral*	Pop. adulta**	Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III	
			% ***	Qtde	% ***	Qtde	% ***	Qtde	% ***	Qtde
Araguaia	535.629	344.473	30,53	105.168	11,74	40.441	3,74	12.883	1,5	5.167
Baixo Amazonas	733.437	469.202	34,12	160.092	12,79	60.011	3,04	14.264	0,93	4.364
Carajás	808.608	523.329	33,37	174.635	14,27	74.679	4,42	23.131	1,63	8.530
Lago de Tucuruí	420.708	261.701	32,08	83.954	13,82	36.167	4,36	11.410	1,58	4.135
Metropol. I	2.129.515	1.570.851	35,64	559.851	13,04	204.839	3,74	58.750	1,4	21.992
Metropol. II	345.960	225.852	35,09	79.251	12,51	28.254	3,13	7.069	1,04	2.349
Metropol. III	879.858	573.472	33,03	189.418	11,78	67.555	3	17.204	0,88	5.047
Rio Caetés	511.583	330.851	34,41	113.846	10,9	36.063	2,5	8.271	0,76	2.514
Tapajós	244.492	160.854	31,38	50.476	12,08	19.431	3,81	6.129	1,26	2.027
Tocantins	655.946	412.628	33,4	137.818	13	53.642	3,49	14.401	1,08	4.456
Xingu	314.157	212.141	32,65	69.264	12,25	25.987	3,35	7.107	1,18	2.503
Marajó I	298.004	140.461	31,33	44.006	12,12	17.024	3,51	4.930	1,15	1.615
Marajó II	227.343	164.208	32,37	53.154	10,22	16.782	2,57	4.220	0,7	1.149
TOTAL	8.104.880	5.390.023	33,22	1.790.566	12,34	665.129	3,34	180.027	1,1	59.290

Fontes: * IBGE 2014 ** IBGE 2012 e SIAB ***MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atua também no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), no Plano Estadual de Prevenção e Controle da Obesidade, no Pacto pela Alimentação Saudável à População Brasileira e da Política de Prevenção e Controle do Tabagismo e da Prevenção do Câncer.

Em 2018, foi criado o Programa para a dispensação de fórmulas nutricionais especiais (fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos nutricionais), destinadas aos pacientes com indicação de terapia nutricional residentes no Pará, com a finalidade de

promover adequada atenção nutricional no SUS, aos indivíduos que apresentam necessidades alimentares especiais, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida.

Controle do Tabagismo- Com o objetivo de desenvolver ações e estratégias direcionadas para mudança do modelo de atenção à Saúde pautado na promoção e a incorporação de hábitos e estilos de vida saudáveis, incentivando ações de promoção, prevenção e enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco como tabagismo, são realizadas ações de qualificação dos profissionais, disponibilização de insumos (manuais e medicamento para o tratamento do tabagismo e material educativo e monitoramento dos fatores de risco, incentivando ações estratégicas de promoção, utilizando como principais recursos os seguintes programas: Programa Academia da Saúde; Programa Nacional do Controle do Tabagismo/ Saber Saúde (PNCT), Programa Saúde na Escola (PSE) e Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Destaque para alguns avanços alcançados com o Programa Academia da Saúde com: 91 municípios com polos em 2014 e 95 em 2018; sendo 131 Polos habilitados em 2014 e 146 em 2018, com 31 polos concluídos em 2014 e 79 em 2018 (SISMOB, agosto 2018).

Programa Nacional do Controle do Tabagismo - houve diminuição na prevalência de fumantes ativos no Estado do Pará, de 8,0% da população adulta (Vigitel 2013) para 7,7% (Vigitel 2017). Existem 47 municípios ofertando o tratamento em 2016 e 80 municípios em 2018, com 374 equipes até agosto de 2018 e 2.322 pessoas atendidas até agosto de 2018. Ressalta-se a diminuição de fumantes passivos no domicílio com 8,8% (Vigitel 2013) e 6,6% (Vigitel 2017). Quanto à redução de fumante passivo no trabalho foi de 9,0% (Vigitel 2013) e 5,6% (Vigitel 2017).

Doenças Crônicas não Transmissíveis e Fatores de Risco

Houve redução quanto às internações por hipertensão arterial conforme a seguir: em 2017 – 5.132 internações e 2018 – 2.792 internações (parcial). Quanto às internações por Diabetes Mellitus também houve redução nos seguintes anos: em 2017 – 5.958 internações; em 2018 - 3.583 internações. Dados parciais SIH/SUS-agosto/2018 Fonte: Ministério da Saúde/ DATASUS - SIH/SUS - agosto 2018

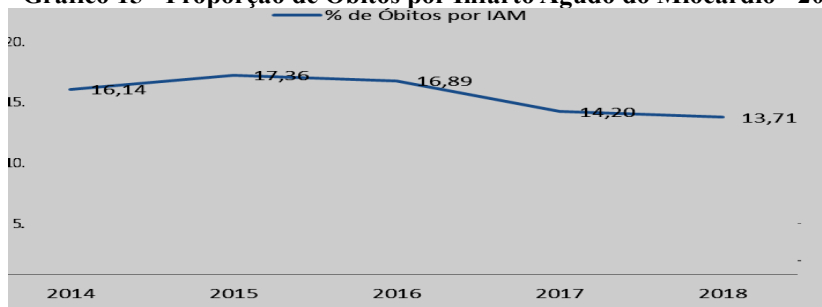
No que se refere à prevalência da **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus** observa-se a diminuição respectivamente: 21,2% (Vigitel 2015) para 20,7% (Vigitel 2017) e 6,3% (Vigitel 2015) para 6,2%% (Vigitel 2017). Observa-se também a **Inatividade Física** uma redução de 14,9% (Vigitel 2015) para 14,5% (Vigitel 2017).

As ações voltadas para promoção e prevenção das DCNT e fatores de risco vêm contribuindo para a formação de indivíduos responsáveis e críticos, capazes de decidir sobre a adoção de estilos de vida saudáveis, com responsabilidade social sobre o meio ambiente, em uma concepção mais ampla de saúde.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE.

Após a implantação da RUE que objetiva reduzir a morbimortalidade houve a redução do indicador de proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM), que no período de 2014-2018 demonstrou um decréscimo de 2,4% conforme demonstrado no gráfico, considerando os percentuais de 2014 (16,14%) a 2018 (13,71%), aproximando-se ao pactuado pelo Estado que é de 12,0%, o que demonstra a relevância.

Gráfico 15 - Proporção de Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio - 2014-2018



Fonte:

SIH/SUS/DATASUS/MS

Quando se analisa o indicador por região de saúde, observa-se que as reduções ocorreram na maioria delas, sendo que as mais significativas foram no *Tapajós*, *Tocantins* e *Xingu*. No entanto, a região que sofreu aumento foi o Marajó I que em 2014 era de 11,11% e em 2018 passou para 33,33%, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 24- Proporção de Óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio por Região - 2014-2018

Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Araguaia	13,41	13,41	15,79	11,76	9,7
Baixo amazonas	21,99	20,74	20,49	16,92	18,95
Carajás	13,79	10,75	10,43	15,05	11,72
Lago de Tucuruí	12,28	18,37	15,15	5,88	8,33
Marajó I	11,11	5,56	20	4,76	33,33
Marajó II	14,29	17,65	14,29	22,95	13,64
Metropolitana I	14,32	16,6	16,32	14,99	12,27
Metropolitana II	16,13	11,11	25	4,35	15,38
Metropolitana III	14,44	13,67	13,56	14,18	11,76
Rio Cactés	14,47	14,61	10,98	9,01	18,75
Tapajós	32	30,3	37,84	23,33	17,78
Tocantins	22,09	18,95	17,86	7,84	9,76
Xingu	18,84	40	20	19,18	9,09
Total	16,86	17,82	18,29	13,09	14,65

Fonte: SIH/SUS/DATASUS/MS

Um dos componentes da RUE que contribuiu para esse decréscimo do indicador foi 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. Atualmente o Estado possui implantada a maioria dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nas 13 regiões de saúde, motivo pelo qual foi considerada como uma das redes de atenção para o desenho das macrorregiões de saúde, conforme quadro abaixo:

Quadro 25 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências – 2018

Componentes	Macrorregião de Saúde				
	I	II	III	IV	Total
SAMU 192	31	37	6	35	109
UPA 24HS	11	5	2	5	23
*CH - portas de entrada	3	2	2	2	9
CH - retaguarda clínica	11	8	0	3	22
CH - UTI adulto	7	1	2	3	13
CH - UTI pediátrica	1	1	1	2	5
CH - linhas de cuidado do AVC	1	1*	0	0	2
CH - linhas de cuidado do trauma	1	0	0	0	1
Aero médico	17	19	0	1	37
UTI aérea	4	2	6	8	20
Telemedicina	24	6	7	3	40
Sala de estabilização	1	0	0	0	1
Melhor em casa	9	8	2	22	41
Total de serviços	121	90	28	84	323

Fonte: DAIUE/DDASS *componente hospitalar

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

O Estado possui **cobertura de 68,75%**, contando com 92 serviços habilitados entre Unidades de Suporte Básico – USB, 08 (oito) Unidades de Suporte Avançado – USA, 01 (uma) Ambulância de Suporte Avançado e 04 (quatro) Motolâncias, distribuídos nas 09 regiões de saúde, no entanto, 04 regiões de Saúde ainda não tem o serviço habilitado: Marajó I e II, Baixo Amazonas e Tapajós. Para o quadriênio 2020-2023 a proposição é a habilitação de 46 ambulâncias, 05 (cinco) Unidades de Suporte Avançado – USA, 37 (trinta e sete) Unidades de Suporte Básico – USB. *A meta de cobertura até o ano de 2023 é de 95,1 %.*

Centrais de Regulação das Urgências (CRU)

Estão implantadas 06 CRU, sendo 04 municipais: em Conceição do Araguaia, Tucuruí, Belém e Marabá e 02 Estaduais: em Altamira e Capanema. Com a desabilitação da Central Municipal de Santarém pelo Ministério da Saúde, foi solicitada ao Estado, a implantação da Central de Regulação Regional do SAMU 192 – Regiões do Baixo Amazonas e Tapajós, sob Gestão Estadual, possibilitando assim que, os serviços SAMU 192 dos Municípios dessas regiões possam ser habilitados retomando o processo de regionalização da Central de regulação das Urgências.

Unidade de Pronto Atendimento-UPA 24hs.

Atualmente 23 UPAS encontram-se em funcionamento nas seguintes regiões de saúde: Araguaia (São Félix do Xingu e Xinguara), Baixo Amazonas (Santarém), Carajás (Parauapebas), Lago Tucuruí (Breu Branco e Tucuruí), Metropolitana I (Belém, Ananindeua e Marituba), Metropolitana II (Tomé-Açu), Metropolitana III (Castanhal, Paragominas), Rio Caetés (Capanema e Viseu), Tocantins (Abaetetuba, Barcarena), Xingu (Altamira) e Marajó II (Breves). A cobertura do serviço é de 46,0% no Estado, sendo que os municípios da região Metropolitana I agregam o maior número de Unidades nos municípios de Ananindeua e Belém.

No que tange ao acesso Hospitalar houve a ampliação de 253 leitos de observação de 24hs nos municípios. Considerando o fato de que a realidade do país é de hospitais que não conseguem absorver toda a demanda da população, as UPA terminam por se tornarem unidades de internação, ainda que não disponha das tecnologias necessárias para atenção adequada ao usuário.

Com a publicação do Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018 e da Portaria nº 3.583 de 05 de novembro de 2018, as 27 Unidades de Pronto Atendimento-UPA, tendem a mudar a sua finalidade. Dessa forma a proposição é a qualificação dos serviços já implantados, bem como, o seu monitoramento para readequação da rede física.

Componente Hospitalar.

A Rede de Urgência e Emergência, passou a contar com 09 Portas de Entrada de Urgências estratégicas, 664 leitos de Retaguarda Clínica de Urgência (adulto e pediátrico), sendo que destes 405 foram leitos novos habilitados, 88 leitos de UTI adulto, sendo 11 leitos novos habilitados e 29 leitos de UTI Pediátrica. A qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e Emergência, das enfermarias de

retaguarda clínica e dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva, garante atendimento de qualidade aos pacientes de demanda espontânea e/ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade em situação de urgência ou emergência. Com mais 06 Portas de Entrada de Urgência Estratégicas, *704 leitos de enfermagem clínica de Retaguarda*, 46 leitos de UTI Adulto e 10 leitos de UTI Pediátrica, sendo que destes 493 são leitos novos habilitados.

Linha de Cuidado de Acidente Vascular Cerebral –AVC.

Houve habilitação de 110 leitos em Unidades hospitalares das Regiões de Saúde da Metropolitana I, Baixo Amazonas, Carajás, Lago Tucuruí e Xingu. Assim como de 20 leitos no Hospital de Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti através da Portaria nº 2.646 de 24/08/2018.

Linha de Cuidado Infarto Agudo do Miocárdio - IAM esta associada ao serviço de telediagnóstico em cardiologia. Nas regiões tem como porta de entrada os hospitais regionais, que disponham das tecnologias necessárias para a atenção. O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, possui 10 leitos de Unidade Coronariana.

Linha de Cuidados Prolongados está em fase de implantação e a mesma destina-se à recuperação clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória. A proposição para 2020-2023 é de implantação de 90 leitos de cuidados prolongados em hospitais regionais nas regiões de saúde: Araguaia, Baixo Amazonas, Metropolitana I e III, Lago Tucuruí e Xingu.

Linha de Cuidado do Trauma .

No Estado há apenas um hospital habilitado que é a Clínica dos Acidentados Humberto Maradei. A proposição para 2020-2023 é ampliar novos Centros de Trauma para as Regiões de Saúde: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago Tucuruí, Marajó, Metropolitana I, III, Rio Caetés e Xingu, para compor a Rede regional.

Sala de Estabilização este é um componente que não impactou nos serviços da Urgência, ao contrário, foi criada uma expectativa nos municípios do Marajó que não se concretizou sendo que naquela região apenas um município (Muaná) se estruturou em conformidade com as portarias, no entanto, não foi habilitado o custeio, consequentemente este componente não terá continuidade na implantação no Estado.

O **Serviço Aero médico** no Estado apresenta *62,5% cobertura do serviço* e abrange 75 municípios, nas Regiões de Saúde do Lago Tucuruí, Marajó I, Marajó II, Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés e Tocantins. As regiões de saúde com

maior número de solicitações no Serviço de Resgate são: Marajó I e Marajó II, Metropolitana III e Tocantins. Os diagnósticos que prevalecem são as urgências obstétricas seguido dos traumas.

Serviço de UTI Aérea tem abrangência em municípios com pistas homologadas pela ANAC para jato, nas regiões de saúde do Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago Tucuruí, Tapajós, Xingu e Rio Caetés. Realiza atendimento nas mais diversas patologias como AVC'S Hemorrágicos, Cardiopatias, Cânceres diversos, Traumas graves e etc.

Serviço de Telediagnóstico em Cardiologia, localizado em municípios mais distantes, implicando na redução de custos e do tempo de deslocamento. O Estado dispõe de 40 pontos instalados em 39 municípios que contempla as seguintes regiões de saúde: Araguaia, Baixo Amazonas, Lago Tucuruí, Metropolitana I e III, Marajó I e II, Rio Caetés, Tapajós e Tocantins. No triênio de 2016-2018 foram realizados 9.174 exames sendo que destes 3.328 foram do serviço de telediagnóstico em cardiologia, que objetiva reduzir as filas para acesso ao eletrocardiograma, bem como, fazer com que mais pessoas acessem aos serviços.

Melhor em Casa, dispõe de 22 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - EMAD e 19 Equipes Multiprofissionais de Apoio – EMAP. Os municípios com serviços implantados são: Ananindeua, Altamira, Belém, Benevides, Capanema, Castanhal, Conceição do Araguaia, Goianésia do Pará, Igarapé Açu, Jacundá, Ourilândia do Norte, Redenção, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Tailândia, Tucumã, Tucuruí, Ulianópolis, Xinguara. Cada município tem uma EMAD e um EMAP, com exceção de Ananindeua (3 EMADS e 01 EMAP) e Belém (02 EMADS e 01 EMAP).

1.3 – CONDIÇÕES SOCIOSSANITARIAS

Alterações Climáticas, Riscos Ambientais e Problemas de Saúde.

Assim como acontece no Planeta como um todo, o Estado do Pará passa por situações preocupantes no que se refere às mudanças climáticas, riscos ambientais e problemas de saúde decorrentes de fatores diversos. Sabe-se que as doenças respiratórias agudas e crônicas intensificam-se quando ocorre excesso de poluição atmosférica.

No Estado, a exemplo do que acontece em toda a região amazônica, observa-se um crescente desmatamento e a intensificação das queimadas com resultados alarmantes

para a saúde pública dos povos amazônicos, bem como intensa repercussão mundial, dada a importância que a Amazônia tem para o planeta.

Para isso, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou em 2015 os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), e uma agenda de sustentabilidade adotada pelos países-membros da ONU para ser cumprida até 2030, o Governo do Estado do Pará elaborou estratégias atuais e futuras em defesa da Amazônia, na reunião em Roma (Itália), com outros representantes de Estados do Brasil e do Peru, para a formação de uma Força-Tarefa dos Governadores para o Clima e Florestas (GCF) no encontro de governadores da região Pan-Amazônica, onde foi assinada uma declaração com 13 pontos importantes na busca por soluções eficazes para manter a floresta preservada.

Foi criado o Fundo da Amazônia Oriental (FAO) por meio do Decreto nº 346, de 14 de outubro de 2019, com intenção de captar parcerias, novos recursos nacionais e estrangeiros, fortalecer o aparelhamento dos órgãos fiscalizadores da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Sustentabilidade (SEMAS) e conclusão da elaboração da Política Pública de Mudança e Adaptação Climática. O encontro também definiu a ampla participação dos Estados da Amazônia na regulamentação do artigo 6º do Acordo de Paris, que trata do mercado de carbono. (Agência Pará em 29/10/2019)

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Segundo o IBGE/2019 a população estimada do Estado do Pará é de 8.602.865 pessoas, sendo que no último censo de 2010 a população era de 7.581.051 pessoas, com uma densidade demográfica de 6,07 habitantes /km² estando no 21º ranking do Brasil. Quanto a sua extensão territorial é de 1.245.759,305 km² ficando em 2º lugar atrás do Estado do Amazonas no Brasil.

Dinâmica Social no Estado do Pará

1- Educação

Em análise da Dinâmica da educação no Estado do Pará, destaca-se a alta taxa de analfabetismo na faixa etária de 15 anos ou mais de 11,74% , de reprovação no ensino fundamental de 11,90% e no ensino médio de 11, 70%. Outra taxa preocupante é a de abandono no Ensino Médio de 12,20%. As Distorções de Idade/Série no Ensino Fundamental de 29,50% é de 48,00% no Ensino Médio pode ser um sinal do esforço daqueles que abandonaram os estudos para concluir pelo menos o Ensino Médio. Apesar dos esforços para concluir o Ensino médio, esse

taxa não se reflete na ascensão para o Ensino Superior, em que apenas 6,21% conseguem concluir o Ensino Superior.

Quadro 26- Indicadores /Informação da Educação

Indicadores /Informação	%
Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais (%) -2010	11,74
Ensino Fundamental/Reprovação (%) -2017	11,90
Ensino Fundamental Abandono (%) -2017	3,70
Ensino Médio Reprovação (%) - 2017	11,70
Ensino Médio Abandono (%) -2017	12,20
IDEB de Séries Iniciais 5º Ano -2017	4,50
IDEB de Séries Finais 9º Ano -2017	3,60
Distorção Idade/Série Fundamental (%) -2018	29,50
Distorção Idade/Série Médio (%) -2018	48,00
Percentual da População de 25 anos ou mais com superior completo -2010	6,21

Fonte: FAPESPA

2 - Renda e Desigualdade

Em Análise da renda e desigualdade social no Estado do Pará, observa-se que 52,62% da população está cadastrada nos Programas Sociais do Governo Federal, o que vem refletir no alto percentual de pessoas abaixo da linha da pobreza, 76, 61% , dentre o total de cadastrados, e de 64,24% que recebem Bolsa família.

Quadro 27- Indicadores /Informação de Renda e Desigualdade

Indicadores /Informação	%
Índice de Pobreza -2010	32,33
Índice de Gini -2010	0,62
Razão 10% mais ricos /40%mais pobres -2010	26,25
Percentual de População Cadastrada no Cadunico-2018	52,62
Percentual de Pessoas abaixo da linha da Pobreza no CadÚnico -2018	76,61
Percentual de Famílias do CadÚnico que recebem Bolsa Família -2018	64,24

Fonte: FAPESPA, Ano 2019.

3-Trabalho e Rendimento

O Pará está com o Índice de Desenvolvimento Humano Geral considerado médio com 0,698, comparado a outros Estados está no 24º lugar. O Índice de Desenvolvimento Humano de **Longevidade é de 0,778** o qual é considerado **alto** junto com alguns Estados do norte e nordeste totalizando 29,62% do Brasil, comparado a outros Estados o Pará é o 21º lugar. O Índice de Desenvolvimento Humano de **Renda é 0,654, comparado a outros Estados o Pará é o 24º**, entre todos os Estados do norte exceto (Roraima) e nordeste é considerando **médio**. O Índice de Desenvolvimento Humano **Educação é 0,661, comparado a outros Estados é o 25º lugar**.

Quadro 28 – Informação sobre Trabalho e Rendimento/Condição ranking nacional

Informação	Condição
Rendimento nominal mensal domiciliar per capita 863 R\$,	Comparando a outros Estados encontra-se no 20º ranking nacional.
Pessoas de 16 anos ou mais ocupadas na semana de referência 3.515 pessoas (×1000).	Comparando a outros Estados encontra-se no 9º ranking nacional
Proporção de pessoas de 16 anos ou mais em trabalho formal, considerando apenas as ocupadas na semana de referência 32,5 %.	Comparando a outros Estados encontra-se no 25º ranking nacional
Proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência em trabalhos formais 35,8 %.	Comparando a outros Estados encontra-se no 26º ranking nacional
Rendimento médio real habitual do trabalho principal das pessoas de 14 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência em trabalhos formais R\$1.962,00.	Comparando a outros Estados encontra-se no 25º ranking nacional, estando a frente de Maranhão e Alagoas
Pessoal ocupado na Administração Pública, defesa e seguridade social 288. 922 pessoas.	Comparando a outros Estados encontra-se no 8º ranking nacional

Fonte: IBGE 2019

4 – Saneamento e Habitação

Analisando a situação do saneamento e habitação no Estado do Pará, observa-se a deficiência no abastecimento de água potável para a população, onde apenas 47, 94% contam com este serviço público. O esgotamento sanitário, também atende o mínimo da população, com apenas 31,09% com rede geral de esgoto ou fossa séptica e 29,05% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados. Os domicílios atendidos com energia elétrica se resumem a apenas 8,11%, onde se pode concluir que este percentual atendido corresponde aos grandes municípios, sem alcançar a população dos pequenos e remotos municípios e localidades.

Verifica-se que o déficit habitacional ainda é alto, onde 423. 437 famílias permanecem sem moradia própria, sendo que nas Zonas urbanas dos municípios o problema se agrava onde 261.062 famílias não tem moradia própria, e na zona Rural, 162,375 famílias não possuem moradia própria.

Quadro 29- Indicadores /Informação em Saneamento e Habitação %

Indicadores /Informação em Saneamento e Habitação	%
Percentual de Domicílios com Abastecimento de Água (Rede Geral) -2010	47,94
Percentual de Domicílios com Abastecimento de Água Encanada - 2010	66,28
Percentual de Domicílios com Esgotamento –Sanitário (Rede Geral ou Fossa Séptica) - 2010	31,09
Percentual de Municípios com Coleta de Lixo -2010	70,52
Percentual de domicílios com Energia Elétrica -2010	8,11
Percentual de Domicílios com Paredes inadequadas - 2010	11,16
Percentual de Pessoas em Domicílios com Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário Inadequados - 2010	29,05
Déficit Habitacional (Total) -2010	423.437
Déficit Habitacional (Urbana) -2010	261,062
Déficit Habitacional (Rural)	162.375

Fonte: FAPESPA 2018

5 – Saúde

Quanto a dinâmica social da Saúde, observa-se uma alta Taxa de Mortalidade Infantil de 15,38% de óbitos para cada 1000 (mil) nascidos vivos em determinado período. O quadro se agrava quando 18,19% dos óbitos ocorrem em menores de 5 anos dentre a população de cada mil crianças desta faixa etária. A Taxa de Mortalidade Materna também se apresenta elevada no período de 2015 a 2017, onde 77,10% de mulheres morreram em consequência da gestação, parto e puerpério. Em 2017, a taxa de óbitos maternos foi de 92,41% de óbitos. Identifica-se ainda, um percentual elevado (24%) de mães adolescentes. E, que o Estado do Pará conta com apenas 81,21% de cobertura territorial de Agentes Comunitários de Saúde, e apenas 59,13% de cobertura territorial com Equipes de Saúde da Família. Quanto aos leitos totais para atenção hospitalar, conta com apenas 1,93 leitos por mil habitantes, onde o ideal seria de 2,5 a 3,0 leitos por mil habitantes.

Quadro 30- Indicadores /Informação em Saúde %

Taxa de Mortalidade Infantil (Mil Nascidos Vivos)- 2017	15,38
Taxa de Mortalidade menores de 05 anos - 2017	18,19
Taxa de Mortalidade Materna Média (2015-2016-2017)	77,1
Taxa de Mortalidade Materna -2017	92,41
% de mães Adolescentes -2017	24,48
Cobertura Agentes Comunitários de Saúde - 2018	81,21
Cobertura Equipe Saúde da Família -2018	59,13
Postos e Centros de Saúde (10 mil Hab.) - 2018	2,47
Leitos Totais (Mil Habitantes) -2018	1,93

Fonte: FAPESPA- 2019

6 - Mercado de Trabalho

Percebe-se que das 1.068.818 pessoas com vínculo empregatício, 263.926 concentram-se na Administração Pública, seguida de 203.656 no Comércio e 79.827 na Indústria de Transformação, ficando a Construção Civil, Agropecuária, Extração Vegetal, Caça e Pesca, Extrativa Mineral e Serviços Industriais de Utilidade Pública em últimos colocados, o que significa a necessidade de investimento em educação adequada para preparação dos jovens locais para o mercado de trabalho dispostos na extração mineral principalmente.

Quadro 31- Indicadores /Informação Mercado de Trabalho

Pessoas Ocupadas - 2010	2.901.864
Taxa de Desocupação (%) - 2010	9,15
Ocupações Formais (%) 2010	31,68
Total de Vínculo Empregatício - 2017	1.068.818
Extrativa Mineral	19.710
Indústria de Transformação	79.827
Serviços Industriais de Utilidade Pública	7.991
Construção Civil	57.883
Comércio	203.656
Administração Pública	263.926
Agropecuária, Extração Vegetal, Caça e Pesca	41.468

Fonte: FAPESPA 2019

7– Segurança

Considerando os dados abaixo, percebe-se que dos 53,32% dos homicídios ocorridos nos Estado do Para até 2019, 96,34% são de jovens, o que representa um quadro preocupante para a mobilidade social do Pará. Corroborar com a análise o percentual de 97,02% de óbitos de jovens ocorrerem por Arma de Fogo ou Branca.

Quadro 32- Indicadores /Informação de Segurança %

Taxa de Homicídio –	53,32
Taxa de Homicídios de Jovens-	96,34
Taxa de Mortalidade no Trânsito -	16,92
Óbito de Jovens por Agressão	2.385
% de óbitos de Jovens por Arma de Fogo ou Branca -	97,02

Fonte: FAPESPA, 2019

Gráfico 16 – Pirâmide Etária da População Paraense

Fonte: IBGE pop. Homens e Mulheres por Faixa Etária 2018

A **Pirâmide Etária** apresenta a população paraense de homem e mulher, pareando com as faixas etárias. Na faixa etária de 0-4 anos, apresenta a **base** estreita evidenciando uma redução na taxa de natalidade. E no topo vem um discreto alargamento que sinaliza aumento de número de idosos. A forma triangular longa abaixo corresponde à soma da população das faixas etárias de 10 a 30 anos, que representa a maioria dos paraenses. Sua tendência populacional na **base** será reduzir cada vez mais a taxa de natalidade. A soma da faixa etária no **topo** 60 a 80 anos que vem ampliando, resulta da qualidade de vida da população e redução da população economicamente ativa. As duas tendências ocorrem na base pelo acelerado crescimento da mulher no mercado de trabalho junto aos tratamentos contraceptivos. E seu topo demonstra a longevidade que vem aumentando. Portanto a proporção da população de idosos vem crescendo em detrimento da proporção populacional de crianças.

Quadro 33 - Esperança de Vida ao Nascer

ANOS	Esperança de Vida ao nascer - e 0			Taxa de mortalidade infantil - TMI			TDF/TFT
	(em anos)			(%)			
	Ambos	Homens	Mulheres	Ambos	Homens	Mulheres	
2014	71,71	68,1	75,8	17,65	20,04	15,14	2,01
2015	71,91	68,25	76,05	17,09	19,42	14,65	1,99
2016*	72,1	68,4	76,29	16,56	18,83	14,18	1,86
2017	72,29	68,55	76,52	16,07	18,27	13,75	1,94
2018	72,48	68,7	76,74	15,6	17,75	13,35	1,92
2019	72,66	68,85	76,95	15,17	17,26	12,97	1,91

Fonte: IBGE

*O Pará tem a 7ª pior expectativa de vida, para homens e mulheres. O Estado tem esperança de vida de 71,9 anos. Quando a análise é feita em separado, as mulheres aparecem com vantagem. Segundo o IBGE, a expectativa de vida das paraenses é de 76 anos. A dos homens é de 68,2.

Quadro 34- Razão de Dependência/ Índice Envelhecimento

ANO	*Razão de dependência (%)			IND.Envelhecimento ^(2*) (%)
	Jovens	Idosos	Total	
2014	44,17	7,78	51,95	17,53
2015	42,90	7,91	50,82	18,31
2016	41,68	8,07	49,75	19,42
2017	40,56	8,26	48,82	20,15
2018	39,56	8,46	48,02	21,35
2019	38,61	8,68	47,29	22,52

Fonte: IBGE-2018

^{1*}Razão entre o segmento etário da pop definido como economicamente dependente (<de 15 a <=>60anos) e o segmento etário potencialmente produtivo (a 15 e 59) na pop residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

^{2*}Taxa de envelhecimento- razão entre a população de 65 anos ou mais em relação a população total

A comparação de 2014 e 2019 quanto ao índice de envelhecimento teve um aumento 23,26%. Observa-se que a população dos idosos está ampliando no Estado do Pará.

8-Estrutura de Transporte no Estado do Pará

- Modais de Transportes do Estado do Pará, Terrestre, Hidroviário e Aéreo.
- Modal Rodoviário do Estado do Pará

Transporte Rodoviário é realizado através de rodovias, estradas, vias e pontes de ligação, podendo ser pavimentadas ou não, com a intenção de movimentar materiais, pessoas ou animais de um determinado ponto a outro. O Pará possui, aproximadamente, 11.754km de rodovias, sendo 57% estaduais (6.718 km) e 43% federais (5.036 km). Os investimentos realizados no quadriênio 2011/2014, no montante aproximado de R\$1,5 bilhão, permitiram a intervenção em 1.881,23 km, equivalente a 28% da malha rodoviária estadual, incluindo a construção de 2.798 m de pontes em concreto, e a implantação/recuperação de pontes de madeira.

Vale ressaltar o acréscimo de 552,61 km na categoria de rodovias pavimentadas, que passam a totalizar 3.506 km, superando, pela primeira vez, a extensão de rodovias não pavimentadas (3.212 km) no quadro geral da malha federal.

Hidroviário O transporte aquático, aquaviário ou hidroviário consiste no transporte de mercadorias e de passageiros por lanchas, barcos, navios ou balsas via um corpo de água, tais como oceanos, mares, lagos, rios ou canais.

Um Estado dentro d'água é assim que muitos consideram o Pará, situado na região Norte do país, área mais rica em mananciais de todo o Brasil. Hoje, mais da metade das cidades paraenses são ligadas por rios, para ser mais preciso, 73 dos 144 municípios utilizam esta extensa rede aquaviária.

O Estado mantém 108 pontos de infraestrutura portuária, que servem para importação e exportação de mercadorias e transporte de pessoas. De frente para Europa, a meio caminho dos EUA e Caribe, nenhum dos portos brasileiros tem uma localização tão privilegiada quanto os portos da Companhia Docas do Pará.

Modal Aeroviário do Estado do Pará conta com 16 (dezesseis) Aeroportos Regionais e atende às regiões de interesse estadual e adequado para utilização de aeronaves de aviação regional: Almeirim, Monte Alegre, Redenção, Bragança, Novo Progresso, Rurópolis, Breves, Óbidos, São Felix do Xingu, Conceição do Araguaia, Oriximiná, Tucuruí, Itaituba, Paragominas, Jacareacanga e Porto de Moz. Com 7 (sete) Aeroportos locais, opera com aviação de pequeno porte, de forma regular. Em geral sua área de influência compreende os municípios onde se situa e localidades vizinhas; Cametá, Santana do Araguaia, Uruará, Dom Eliseu, Tomé Açu, Xinguara, Ourilândia do Norte. Com 5 (cinco) Aeroportos Complementares que não apresentam demanda por transporte

aéreo regular. Dá apoio as localidades de difícil acesso, a projetos de desenvolvimento ou ainda a rotas aéreas: Anajás, Chaves, Viseu, Baião e Portel e ainda com 6 (seis) Aeroportos Turísticos, localizados em municípios cuja atividade econômica principal, existente ou prevista, é o turismo, e seu tráfego aéreo predominante é o voo “Charter”, em períodos sazonais, podendo também operar aviação geral: Soure, Alenquer, Salinópolis, Terra Santa, Ponta de Pedras e Santa Cruz do Arari (Heliporto).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador (MS/2019).

Mortalidade Geral

Principais Grupos de Causa de Mortalidade

Na análise de mortalidade geral no Estado do Pará no período de 2014 a 2018, observou-se a ocorrência de 191.592 óbitos, com média de 38.318 óbitos anuais. Neste período conforme demonstrado na tabela 4, percebe-se a predominância de causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório (n: 44.882; 23,43%), seguido de óbitos por causas externas (n: 36.073; 18,83%), neoplasias (n: 23.981; 12,52%) e doenças do aparelho respiratório (n: 19.703; 10,28%).

Tabela 4- Principais Causas de Mortalidade - 2014 a 2018

Causa (Cap CID10)	2014		2015		2016		2017*		2018*		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	8400	23,49	8854	23,69	9095	23,59	9338	23,39	9195	23	44882	23,4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6692	18,71	6855	18,34	7438	19,29	7697	19,28	7391	18,49	36073	18,8
II. Neoplasias (tumores)	4406	12,32	4704	12,59	4834	12,54	5011	12,55	5026	12,57	23981	12,5
X. Doenças do aparelho respiratório	3427	9,58	3794	10,15	3889	10,09	4169	10,44	4424	11,07	19703	10,3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1957	5,47	1986	5,31	2043	5,3	1993	4,99	2116	5,29	10095	5,27
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	247	0,69	258	0,69	242	0,63	251	0,63	222	0,56	1220	0,64
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2542	7,11	2726	7,3	2620	6,79	2842	7,12	2757	6,9	13487	7,04
V. Transtornos mentais e comportamentais	168	0,47	182	0,49	183	0,47	190	0,48	156	0,39	879	0,46
VI. Doenças do sistema nervoso	442	1,24	609	1,63	612	1,59	692	1,73	642	1,61	2997	1,56
VII. Doenças do olho e anexos	1	0	2	0,01	1	0	1	0	1	0	6	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	8	0,02	8	0,02	9	0,02	6	0,02	8	0,02	39	0,02
XI. Doenças do aparelho digestivo	1670	4,67	1667	4,46	1752	4,54	1777	4,45	1687	4,22	8553	4,46
XIII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	89	0,25	142	0,38	143	0,37	186	0,47	179	0,45	739	0,39
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	100	0,28	122	0,33	138	0,36	145	0,36	148	0,37	653	0,34
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	739	2,07	781	2,09	875	2,27	932	2,33	993	2,48	4320	2,25
XV. Gravidez parto e puerpério	127	0,36	90	0,24	101	0,26	120	0,3	86	0,22	524	0,27
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1371	3,83	1368	3,66	1328	3,44	1317	3,3	1243	3,11	6627	3,46
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	441	1,23	411	1,1	435	1,13	499	1,25	476	1,19	2262	1,18
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2935	8,21	2809	7,52	2823	7,32	2755	6,9	3230	8,08	14552	7,6
Total Estado	35.762	100	37.368	100	38.561	100	39.921	100	39.980	100	191.592	100

Fonte: Sistema de informação de Mortalidade. Atualizado em 29.01.2019. *Dados provisórios.

Na análise de mortalidade no ano de 2018, observou-se a predominância de causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório em 8 regiões de saúde, mas em 5 regiões de saúde, as causas externas foram as principais causas de óbitos, na região do Xingu, Tapajós, Lago de Tucuruí, Carajás e Araguaia, conforme tabela 5, abaixo:

Tabela 5 - Distribuição da Mortalidade por Principais Grupos de Causas por Região de Saúde - Pará, 2018.

Região de Saúde	Doenças Circulatórias	%	Causas Externas	%	Neoplasias	%	Doenças Respiratórias	%	Doenças Infeciosas	%
Araguaia	471	20,9	514	22,8	198	8,8	203	9	101	4,5
Baixo Amazonas	813	23,4	363	10,4	464	13,4	312	9	129	3,7
Carajás	888	23,3	954	25	360	9,4	309	8,1	186	4,9
Lago de Tucuruí	372	23,5	382	24,1	202	12,7	140	8,8	74	4,7
Marajó I	218	27,6	80	10,1	81	10,2	111	14	47	5,9
Marajó II	188	21,1	134	15	117	13,1	109	12,2	57	6,4
Metropolitana I	3194	23,5	2377	17,5	2018	14,8	1927	14,2	906	6,7
Metropolitana II	342	21,2	323	20	217	13,4	163	10,1	70	4,3
Metropolitana III	972	23,4	819	19,7	517	12,5	416	10	186	4,5
Rio Caetés	637	24,3	326	12,4	296	11,3	274	10,4	145	5,5
Tapajós	278	24,2	279	24,3	82	7,1	97	8,4	47	4,1
Tocantins	552	20,9	473	17,9	326	12,3	279	10,6	113	4,3
Xingu	401	24,8	422	26,1	194	12	105	6,5	68	4,2

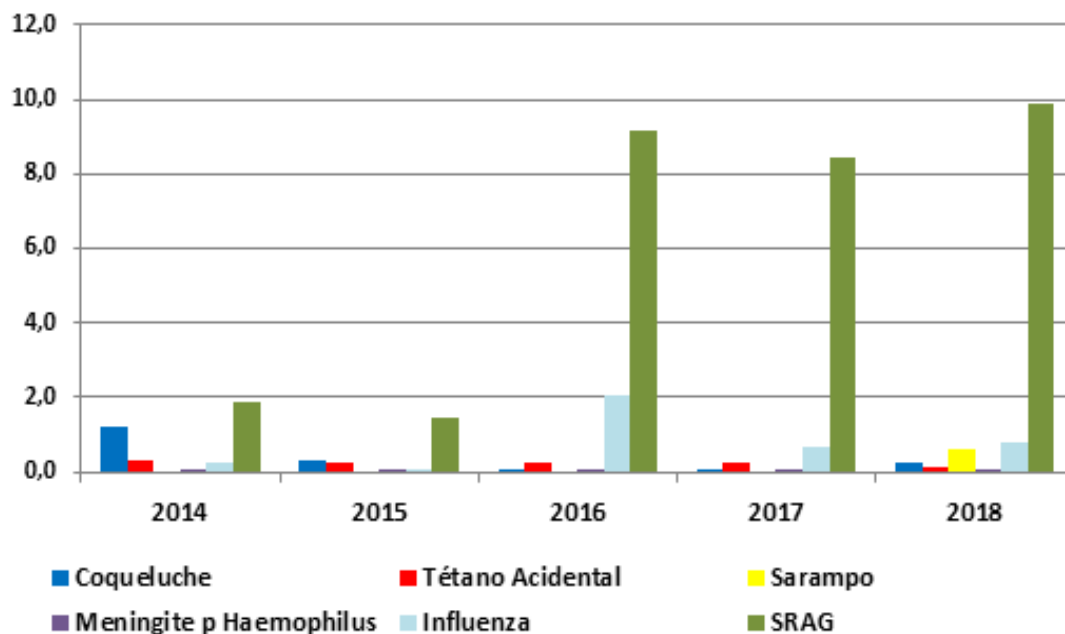
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (*) Dados provisórios.

Situação Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis e de Veiculação Hídrica e Alimentar.

No Estado do Pará, no período de 2014 a 2018 entre as **doenças imunopreveníveis**, foram confirmados 149 casos de coqueluche, com incidência de 1,18/100.000 habitantes, no ano 2014 com diminuição nos anos posteriores. Os casos de tétano acidental foram 98, com uma incidência de 0,31/100.000 habitantes, no ano 2014 e redução nos demais anos. Não houve registro no período de nenhum caso de tétano neonatal. Com a **reintrodução do sarampo** no Estado em 2018, ocorreram 50 casos de **sarampo** com incidência de 0,61/100.000 habitantes, que não registrava casos desde 2010. Ocorreram **cinco casos de meningite por *Haemophilus***, sendo um em cada ano, e incidência de 0,01/100.000 habitantes.

A **influenza** nesse período registrou 313 casos e incidência de 2,05/100.000 habitantes no ano de 2016. A ocorrência de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi de 2.529, sendo o ano de 2018 de maior incidência, com 9,87/100.000 habitantes. As demais doenças imunopreveníveis não tiveram casos confirmados.

Gráfico 17 - Coeficiente de incidência dos agravos imunopreveníveis no período de 2014 a 2018.



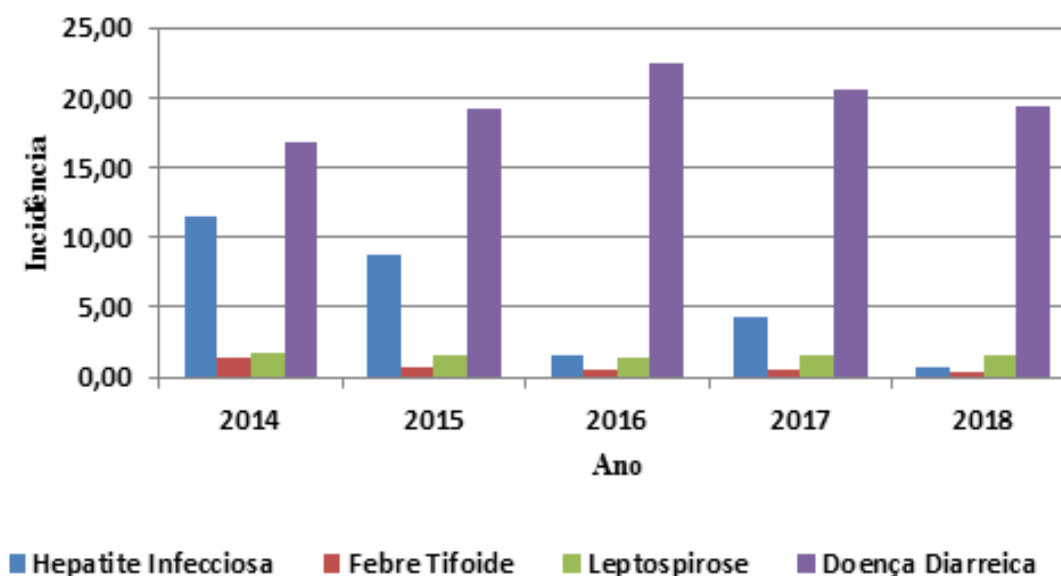
Fonte: SINAN atualizado em: 29/01/2019

Nota: Coeficiente de Incidência/100.000 hab

Em relação à vigilância das doenças de transmissão **hídrica e alimentar**, de forma geral no Estado, observa-se no período de 2014 a 2018 o registro de 2.181 casos de **hepatite infecciosa (Hepatite A)**, com redução na incidência da doença de 11 para 0,62/100 mil habitantes. Foram detectados 272 casos confirmados de **febre tifoide**, também com redução de incidência de 1,42 para 0,29/100 mil habitantes, respectivamente. Ocorreram 807.491 casos de **doenças diarreicas agudas**, onde se percebe um aumento na incidência de 16,7 para 19,46/100 mil habitantes, com pico de incidência de 22,5 no ano de 2016.

A **leptospirose** é uma doença que se torna epidêmica em períodos chuvosos, principalmente na capital e área metropolitana, devido os alagamentos associadas a aglomerações populacionais em áreas de condições inadequadas de saneamento e alta infestação de roedores infectados. Observa-se, no período de 2014 a 2016, o registro de 642 casos confirmados, com média anual de 128 casos, tendo a maior incidência de casos de 1,74/100 mil habitantes no ano de 2014.

Gráfico 18 - Coeficiente de incidência de Hepatite Infecciosa, Febre Tifoide, Leptospirose e Doença Diarreica, Estado do Pará, 2014 - 2018.



Fonte: SIVEP DDA atualizado em: 29/01/2019
 Nota: Coeficiente de Incidência/100.000 hab

Homogeneidade da Cobertura Vacinal

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para **crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos, povos indígenas e atualmente imigrantes**. Para o sucesso do programa na saúde pública, cada vez mais esforços devem ser despendidos, considerando que todas as doenças prevenidas pelas vacinas que constam no calendário de vacinação, se não forem alvo de ações prioritárias, podem voltar a se tornar recorrentes.

O quadro abaixo expressa um declínio das coberturas vacinais de 2014 a 2018 no Estado do Pará, em todas as regiões de saúde quanto nas vacinas Pentavalente; Pneumocócica 10 valente; Vacina Inativada da Poliomielite e Vacina Triviral.

As principais dificuldades para o alcance da homogeneidade da cobertura vacinal está relacionada à *deficiência na busca ativa de faltosos e implementação de estratégias para superar a dificuldade de acesso geográfico* em áreas ribeirinhas, quilombolas, garimpos, assentamentos de municípios com baixa cobertura vacinal. E ainda insuficiência na interação da Rede de Atenção Básica/ Programa de Imunizações, que detém os mesmos objetivos e clientelas alvo. Outro fator que influencia é **a ineficiente alimentação do SI-PNI**, pois é necessário aporte integral de internet nas salas de vacina para inserção dos dados.

Quadro 35 - Homogeneidade de Cobertura Vacinal, por Região de Saúde - 2014 e 2015

Região de Saúde	2014				2015			
	* PENTA	** PN10	*** VIP	****TV	PENTA	PN10	VIP	TV
Araguaia	20,0	6,7	20,0	53,3	33,3	13,3	20,0	20,0
Baixo Amazonas	46,2	23,1	46,2	92,3	53,9	30,8	23,1	38,5
Carajás	29,4	17,7	29,4	70,6	23,5	5,9	17,7	23,5
Lago de Tucuruí	16,7	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Marajó I	33,3	22,2	33,3	66,7	22,2	33,3	33,3	44,4
Marajó II	0,0	0,0	0,0	57,1	0,0	0,0	0,0	14,3
Metropolitana I	60,0	40,0	80,0	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0
Metropolitana II	55,6	33,3	66,7	77,8	33,3	33,3	33,3	33,3
Metropolitana III	36,4	18,2	36,4	95,5	31,8	9,1	36,4	27,3
Rio Caetés	43,8	12,5	50,0	93,8	37,5	12,5	43,8	50,0
Tapajós	57,1	28,6	42,9	71,4	57,1	14,3	57,1	57,1
Tocantins	33,3	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Xingu	22,2	0,0	11,1	77,8	11,1	11,1	11,1	33,3

Fonte: SI PNI/MS/DEPI/DI /02/2019

*(Vacina Penta Valente: Protege contra- Difteria, Tétano, Coqueluche, Infecções causadas pelo Haemophilus Influenza B e Hepatite B). Aplicada em crianças aos 2, 4 e 6 meses de vida;

**Vacina Pneumocócica 10 valente: Protege contra 10 soro tipos do vírus pneumonia e. Responsável pelas pneumonias. Aplicado em crianças aos 3 e 5 meses de vida;

***Vacina Inativada da Pólio: Protege contra 3 soro tipos de vírus da Poliomielite. É administrada aos 2, 4 e 6 meses de vida;

****Vacina TRIPLICE VIRAL: Protege contra Sarampo, Caxumba e Rubéola. É administrada aos 12 meses de vida.

Quadro 36- Homogeneidade de Cobertura Vacinal, por Região de Saúde - 2016 a 2018

Região de Saúde	2016				2017				2018			
	*PENTA	**PN10	***VIP	****TV	PENTA	PN10	VIP	TV	PENTA	PN10	VIP	TV
Araguaia	20,0	40,0	20,0	13,3	13,3	46,7	13,3	26,7	13,3	13,3	13,3	13,3
Baixo Amazonas	15,4	30,8	15,4	15,4	15,4	30,8	15,4	15,4	15,4	15,4	15,4	46,2
Carajás	23,5	47,1	23,5	35,3	23,5	41,2	23,5	29,4	29,4	41,2	29,4	35,3
Lago de Tucuruí	0,0	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marajó I	44,4	44,4	33,3	44,4	22,2	33,3	22,2	33,3	22,2	22,2	11,1	11,1
Marajó II	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Metropolitana I	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Metropolitana II	0,0	22,2	0,0	0,0	22,2	44,4	11,1	44,4	11,1	11,1	11,1	22,2
Metropolitana III	18,2	22,7	13,6	4,6	4,6	22,7	18,2	27,3	4,6	27,3	9,1	13,6
Rio Caetés	6,3	25,0	0,0	18,8	12,5	25,0	12,5	18,8	0,0	6,3	6,3	6,3
Tapajós	28,6	14,3	28,6	42,9	42,9	42,9	42,9	0,0	0,0	42,9	42,9	42,9
Tocantins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Xingu	33,3	55,6	11,1	22,2	33,3	55,6	11,1	22,2	44,4	44,4	11,1	33,3

Fonte: SI PNI/MS/DEPI/DI-02/2019

A pandemia de COVID-19-Tem avançado rapidamente e gerado o caos por onde passa. O caminho que se segue ainda não é claro, mas será certamente desafiador, com vidas e negócios interrompidos por uma grande incerteza epidemiológica. O número de infecções vem aumentando significativamente no Brasil e começam a surgir casos, e

cada vez mais se precisou de uma preparação para agir rapidamente e evitar cenário-catastróficos. O cenário atual exige acima de tudo conscientização por parte de todos e que as nossas decisões sejam alicerçadas no respeito ao ser humano. Países por todo o mundo estão tomando medidas para “achatar a curva” e controlar a progressão da pandemia de COVID-19, numa tentativa de evitar a sobrelotação dos sistemas de saúde e assim reduzir a mortalidade causada pelo vírus. A extensão e duração das estratégias de mitigação e supressão implementadas, incluindo o lockdown total da população em muitos casos, determinará a duração e profundidade do impacto e principalmente a liberação gradual do *lockdown*.

Alguns fatos médicos sobre o COVID-19: O período de incubação dura 5-6 dias e a transmissão iniciasse normalmente 24 a 48 horas após os primeiros sintomas; Um indivíduo infectado pode gerar 2-2.5 infecções secundárias; A incidência da doença na faixa etária 0-19 anos é baixa. Crianças e jovens parecem ser menos afetados pelo vírus do que adultos e idosos; Faixas etárias mais avançadas e pessoas com complicações de saúde prévias têm maior risco de infecção grave.

Avaliando o nível de preparação: Um fator crítico para a resposta eficaz à pandemia é a disponibilidade de leitos de UTI nos hospitais para prestar cuidados intensivos a pacientes graves; Equipes médicas têm trabalhado sob condições de pressão extremas nos países mais afetados, então o número de médicos ativos é um fator crítico; Investimento em Saúde pode ser usado como praxe para avaliar o nível de modernidade e preparação das unidades de saúde; Concentração da população em áreas urbanas é um fator que facilita o contágio. Desta forma, cidades com maior densidade populacional deveriam adotar medidas mais restritas para conter a transmissão.

Epidemiologia e respostas estratégicas: A duração da epidemia pode ser estimada através da análise da curva de novos casos diários após o atingimento do pico. Observando a forma da curva, é possível desenvolver uma estimativa aproximada do impacto esperado. Após o pico, tipicamente os novos casos diários começam a diminuir, a transmissão fica sob controle e as restrições mais extremas podem ser gradualmente levantadas. As medidas mais eficazes para a realização massiva de testes que implica em despiste de casos positivos: o rastreamento de contatos e quarentenas e isolamentos obrigatórios para casos de infecção.

A solução passa por ter disciplina, capacidade de execução operacional e cumprimento rigoroso das regras são:- Se a população for testada massivamente, é possível identificar os casos positivos antes de existirem sintomas reduzindo o contágio.- Se a população for educada para identificar sintomas em uma fase inicial, reduz-se a contaminação assintomática.- Se a população for efetivamente isolada assim que aparecem sintomas, reduz-se a contaminação sintomática.- Se a população for educada para o distanciamento pessoal, uso de máscara e lavagem das mãos, reduz-se a contaminação ao longo de todo o período.

Epidemiologia e algumas respostas estratégicas

Medidas Governamentais*: Coordenação central das entidades sanitárias; Declaração do Estado de Emergência; Educação da população para práticas de higiene.

Detecção e isolamento - Teste intensivo de casos suspeitos; Estações de teste “drive-in; Apps” móveis para rastrear interações; Check-ups de temperatura (aeroportos, estações); Isolamento de casos positivos; Quarentena voluntária recomendada.

Descontaminação - Desinfecção de ruas e transportes

Sistema de Saúde - Aumento de capacidade de unidades UTI; Fornecimento extra de máscaras, álcool-gel.

Distanciamento Social - Distanciamento social de idosos e em risco; Trabalho remoto recomendado; Declaração de propósito para saídas.

Medidas Econômicas - Postergação de pagamentos de contas; Licença médica estendida por problemas respiratórios.

Fechamento de fronteiras - Restringir viagens não essenciais; Fechamento de fronteiras.

Encerramento de espaços públicos - Fechamento de escolas públicas; Fechamento de igrejas; Fechamento de bares e discotecas; Fechamento de negócios não essenciais.

***Decreto nº 609 de 16 de Março de 2020, publicado no DOE nº 34.117 em 09/04/2020**

Impactos em pessoal:

1- Saúde, bem-estar mental e segurança dos servidores: - Providenciar diretrizes claras alinhadas com os especialistas: Existem políticas claras de proteção do staff,

especialmente para as operações críticas? - Existem condições especiais para staff considerado grupo de risco? -Eles se sentem em segurança?

2- Restrições à movimentação local e internacional: - Priorizar e habilitar servidores para trabalho à distância: Como repensar e reorganizar a parte da operação que é impactada por restrições de logística? - Existem as condições de infraestrutura de TI necessárias para habilitar o trabalho remoto?

3- Novos desafios na partilha de informações: - Definir princípios claros para estabelecer uma estratégia de comunicação efetiva: Como as restrições de movimentação impactam a partilha de informação com clientes/fornecedores? - Como as rotinas de governança devem se adaptar a um novo modelo para maximizar a efetividade?

4- Força de trabalho ociosa devido a interrupções temporárias de serviços ou processos:- Avaliar, treinar, priorizar e redistribuir a força de trabalho promovendo o engajamento: - Houve interrupção de alguns serviços ou processos? Existem funcionários em ociosidade? - Existem oportunidades para treinamento, rotatividade ou realocação de FTEs ociosos?

5- Estabilidade financeira dos servidores: -Preparar plano de ação para mitigar impactos na remuneração de servidores: - Os servidores se sentem inseguros de como a crise impactarão a sua estabilidade financeira? Existe um plano de ação para implementar medidas alternativas para diminuir os impactos?

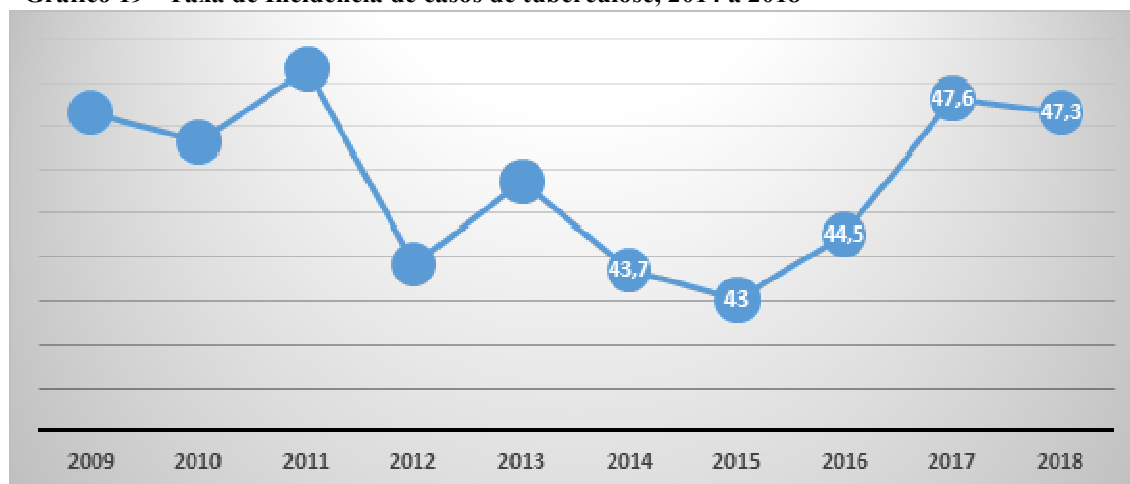
Doenças de Relevância Epidemiológica

Tuberculose- Até o final de 2015 a OMS tinha 22 países listados como sendo os que somavam maior carga de tuberculose no mundo, dentre estes o Brasil. Para o período de 2016 a 2020, definiu-se uma nova classificação de países prioritários, baseada em características epidemiológicas que contemplaram três grandes grupos: **casos de tuberculose, casos de coinfeção TB-HIV e casos de TB multirresistente**. Esta lista é composta hoje por 30 países em cada grupo, onde o Brasil se encontra tanto no grupo de casos de TB (20ª posição) quanto no grupo de casos de TB associado ao vírus HIV (19ª posição).

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) encontra-se implantado nos 144 municípios do Estado, com ações voltadas para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos casos e prevenção em grupos de maior vulnerabilidade.

Observa-se uma elevação na taxa de incidência em 2011. Pode-se inferir que esta ocorreu devido às atividades desenvolvidas pelo Estado com apoio do *Projeto Fundo Global*. Já em 2016 o crescimento provavelmente esteja relacionado ao fato do Estado passar a integrar a Rede de Teste Rápido Molecular para tuberculose (TRM-TB).

Gráfico 19 - Taxa de Incidência de casos de tuberculose, 2014 a 2018



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação /SINAN

Na avaliação por Regiões de Saúde a média de 45,7/100 mil hab., verifica-se que a Metropolitana I concentra o maior número de casos do Estado ao longo da série histórica apresentada. O município de Belém se destaca, concentrando em média 40% dos casos notificados.

A Região Metropolitana II vem apresentando um aumento no número de casos da doença. Um dos fatores que contribuem sobremaneira para este fato é a presença do Complexo Penitenciário de Americano em seu território, no município de Santa Izabel. A população privada de liberdade (PPL) é considerada de grande vulnerabilidade para o adoecimento por TB e vem apresentando, ao longo dos últimos cinco anos, um incremento de aproximadamente 40% dentre os casos notificados na população geral.

A Ilha do Marajó, que contempla 16 municípios, demonstra uma baixa detecção, inclusive com municípios completamente silenciosos, como Afuá e Chaves. Ainda sobre municípios que não apresentam casos, Água Azul do Norte, Bannach, Sapucaia e Rio Maria, que estão na abrangência do Araguaia, sem registro há vários anos.

A testagem para HIV em pacientes com tuberculose vem se mantendo em 65% em média nos últimos cinco anos detectando cerca de 8% de casos de coinfeção

TB/HIV. Há evidências que a coexistência destes agravos em um paciente, eleva a possibilidade de reações adversas, abandono de tratamento e mortalidade.

É imprescindível a testagem HIV em pacientes de TB o mais precocemente possível. É necessária a oferta pelos serviços de saúde do teste rápido precedido pela orientação correta.

Quadro 37- Casos Novos de Tuberculose testado para HIV com % de Coinfecção TB x HIV

Ano Diagnóstico	Total de Casos TB	Realizado exame de HIV	% Realizado	% Coinfecção
2014	3538	2265	64	8,5
2015	3527	2316	65,7	9,1
2016	3695	2554	69,1	8,7
2017	3977	2531	63,6	9,4
2018	4035	2577	63,9	8,2
Total	18772	12243	65,2	8,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação /SINAN

Hanseníase- Continua sendo um grave problema de saúde pública no Estado, porém nos últimos cinco anos o número de casos novos detectados **vem reduzindo**. Os dados mostram tendência ao declínio no indicador de casos novos, ficando o Estado com coeficiente de detecção geral em 40,68/100.000 habitantes, que **caracteriza uma condição hiperendêmica**, segundo o parâmetro nacional de avaliação. **O coeficiente de detecção em menores de 15 anos** em 17,23/100.000 habitantes mantém o Estado em condição também de **hiperendemicidade** nesta faixa etária.

O programa de controle da hanseníase está implantado nos 144 municípios, os quais desenvolvem as ações de vigilância e controle na busca de atingir a eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública, através da redução da Taxa de Prevalência a menos de um caso para cada 10.000 habitantes.

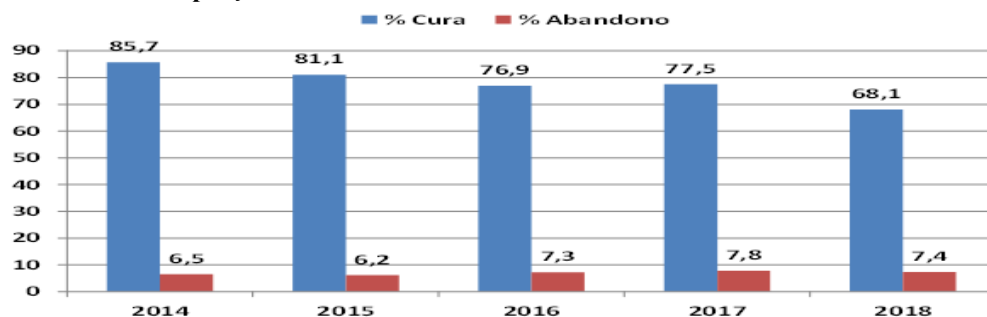
No que se refere a cobertura da Atenção Básica, atualmente está em 66,7%. A cobertura de Estratégia de Saúde da Família está em 59,9%, o que caracteriza baixa cobertura para nosso Estado. Entretanto, a Cobertura de Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS) está em 81,06%, portanto bem melhor, mas, ainda não contempla toda a população do Estado. Esse fato dificulta a eficiente vigilância dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase, principalmente, naqueles municípios de área geográfica de difícil acesso para a população. Das 1.284 Unidades Básicas de Saúde existentes nos 144 municípios, **apenas 50,5% desenvolvem as ações do programa de controle da hanseníase** no Estado.

Os indicadores operacionais aqui apresentados, são impactantes para o controle do agravo, entretanto, sofrem influencia direta de vários fatores no que se refere ao

alcance da meta pactuada (90%) para o Estado, fatores como a cobertura da atenção básica no Estado; cobertura do programa de hanseníase; áreas geográficas de difícil acesso para a equipe de saúde e para os pacientes chegarem até a unidade de saúde; escassez de recurso financeiro para que o paciente consiga se transportar ao local de tratamento; rotatividade de profissionais nos municípios; situações diretamente ligadas à gestão nas três esferas de governo.

A seguir apresenta-se uma série histórica de 5 anos para melhor análise. Apesar das questões mencionadas, observa-se ao longo da série histórica, que o percentual de pacientes curados nas coortes vem se mantendo em um parâmetro "Regular" (entre 75 e 89,9%) e **o percentual de abandono de tratamento mantém-se "Bom" (menor que 10%)**, conforme parâmetro de avaliação/MS. Apesar das dificuldades, principalmente, nas áreas geográficas de difícil acesso em nosso Estado.

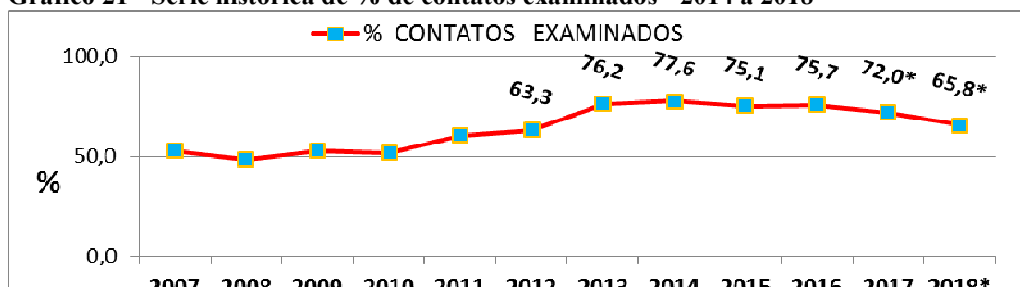
Gráfico 20 - Proporção de cura de casos novos hanseníase nos anos de 2014 a 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação /SINAN

A série histórica demonstra, que a cobertura de vigilância de contatos encontra-se em progressiva melhora nos resultados a partir do ano de 2011, acredita-se que motivada pelas constantes capacitações aos profissionais da rede básica de saúde dos municípios, que executam a vigilância dos contatos de controle da hanseníase, o que mostra a melhoria na qualidade da assistência à população.

Gráfico 21 - Série histórica de % de contatos examinados - 2014 a 2018



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação /SINAN *dados provisórios

Infecções Sexualmente Transmissíveis IST-AIDS- No Estado do Pará houve uma redução de casos novos de AIDS em menores de 05 anos, inferior aos 50% pactuados,

conforme serie histórica de 2014 a 2018, mas já demonstra um avanço nesta redução através das ações estratégicas desenvolvidas superando a previsão, refletidas pelas ações e atividades realizadas, tanto pela sua abrangência e como efetividade, foram impactantes e decisivas na mudança do perfil epidemiológico, tais como: Ações estratégicas de Vigilância Itinerante nas Campanhas de Prevenção de 2018, com participação conjunta com os Centros Regionais de Saúde, contemplando os municípios de maior concentração de pessoas, com distribuição de Kits de prevenção, incluindo orientações, panfletos e preservativos.

Quadro 38- Casos de AIDS em menores de 5 anos por Região de Saúde

Regiões de Saúde (*)	2014	2015	2016	2017	*2018
Metropolitana I (05)	3	1	2	4	2
Metropolitana II (09)	0	0	3	1	1
Metropolitana III (22)	2	0	1	0	0
Marajó (16)	0	0	6	0	0
Baixo Amazonas (14)	0	0	1	0	0
Rio Caetés (16)	0	0	0	0	2
Tapajós (06)	0	0	0	2	0
Tocantins (09)	1	1	0	0	2
Xingu (09)	2	0	0	0	0
lago de Tucuruí (06)	1	0	0	1	0
Carajás (17)	2	1	1	1	0
Araguaia (15)	0	0	0	0	0
Estado	11	3	14	9	7

Fonte: SINAN/SESPA *parcial* nº de municípios

Outras importantes ações implantadas foi a oferta do arsenal terapêutico para o controle da profilaxia da transmissão vertical, **o fortalecimento da rede de manejo ao HIV para o tratamento**, visto que um melhor acesso a Tratamento do Antirretroviral-TARV se torna eficaz na população de gestantes diminuindo as chances de transmissão da carga viral ao RN, ressaltando o maior acesso também ao exame da carga viral pelo LACEN para o controle.

O principal objetivo é reduzir a incidência das infecções sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV/AIDS na população paraense e promover a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados como portadores dessas doenças, além de buscar a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de AIDS e de outras IST; redução da transmissão vertical do HIV, da sífilis; aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento das DST, hepatites virais e do HIV; aumento de prevenção em mulheres e população com maior vulnerabilidade; redução do estigma e da discriminação; melhoria da gestão e sustentabilidade.

DOENÇAS ENDÊMICAS

Malária - No ano de 2014 foram notificados 13.683 casos de malária, considerando as metas programadas de redução para 10 a cada 1000 habitantes e considerando a série histórica de casos, houve um aumento significativo de casos no Estado do Pará.

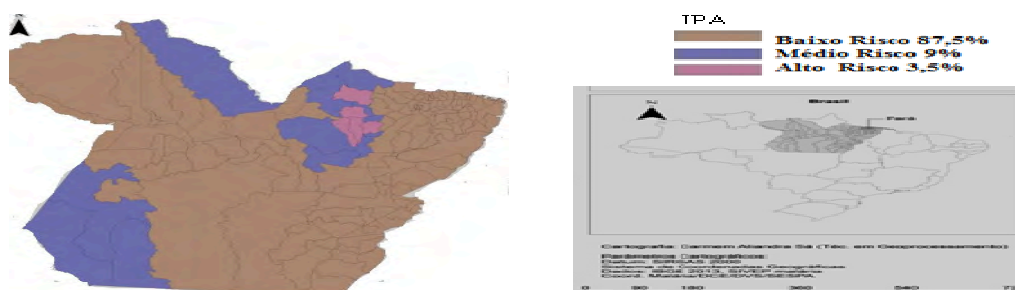
Gráfico 22- Evolução de casos de Malária, Pará - 2014 a 2018



Fonte: Base de dados SIVEPMALÁRIA / base de dados Nacional (sujeito a retificação)

Na análise das regiões de saúde, as regiões do Tocantins e Marajó, possuem municípios com alto risco para potencializar surtos e epidemias. Esse alerta de intensificação é importante para as regiões de médio risco, como Tapajós e Baixo Amazonas.

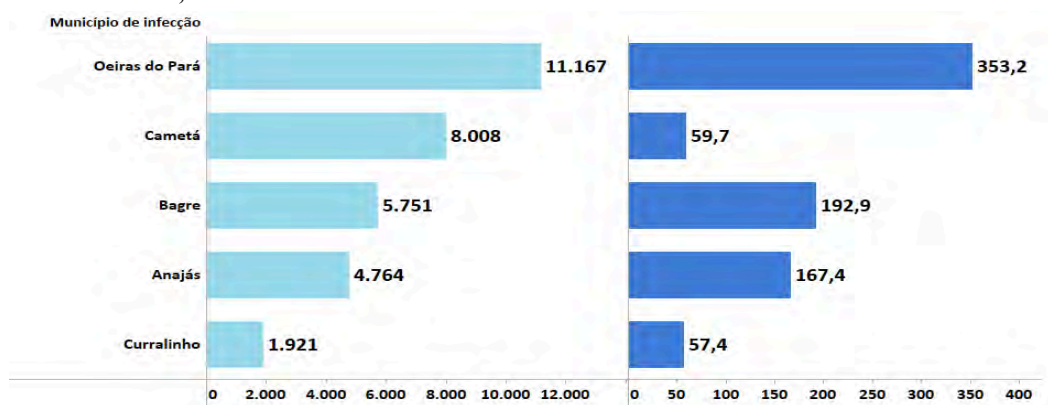
Figura 5- Frequência da Classificação de Risco de contrair Malária por Região de Saúde, 2018



Fonte: Base de dados SIVEPMALÁRIA / base de dados Nacional (sujeito a retificação)

Das regiões de Alto risco, Marajó II e Tocantins, 5 municípios (Anajás, Bagre, Cametá, Curralinho e Oeiras do Pará) estão em Alto Risco, com Índice Parasitário Anual- IPA > 50 e concentram cerca de 71% dos casos do Estado, no ano de 2018.

Gráfico 23- Casos de Malária e Incidência Parasitária Anual (IPA) por Município de Infecção no Estado do Pará, 2018*



Fonte: SIVEP-Malária/SVS-MS

O exame realizado oportunamente e o tratamento 24 horas, foi de 98,3% isso demonstra a eficiência da rede no diagnóstico precoce e tratamento imediato dos casos de malária.

As áreas rurais são as mais afetadas onde a sazonalidade dos casos se intensifica nos meses janeiro, maio, junho (do inverno Amazônico) até julho a outubro, continuam com maior incidência de malária.

Ao longo do ano de 2019, o Estado intensificou ações de forma complementar e suplementar para garantir o controle e reduzir a malária nos municípios, porém é importante dar sustentabilidade das ações e manter a vigilância, intensificar as estratégias das ações e fortalecer as regiões de saúde de médio e alto risco, e municípios prioritários de maior incidência, através do envio de equipe (forças tarefas, insumos estratégicos). Sensibilizar também a gestão municipal para responsabilidade e empenho no desenvolvimento e elaboração de planejamento para dar continuidades e execução das ações para o controle e redução, principalmente nos municípios de maior ocorrência de transmissão da malária no Estado.

Dengue, Zika Vírus e Chikungunya.

Dengue- Na avaliação de 2018, houve a redução de 44,37% dos casos notificados e 73,05% de redução dos casos confirmados para dengue, comparado a 2017. O SINAN em 2018 tem notificados 5.413 casos suspeitos de dengue, destes 1.304 foram confirmados, 465 casos estão em investigação e 3.644 descartados. **2017:** 9.731 notificados – 4.840 confirmados para dengue.

Chikungunya- Na avaliação de 2018, houve redução de 19,20% nos casos notificados e 39,31% nos casos confirmados para Chikungunya, comparado a 2017, o SINAN

registrou em **2018** um total 8.508 casos notificados da Febre de Chikungunya Vírus, destes 4.042 confirmados. **2017**: 10.530 notificados – 6.661 confirmados para Chikungunya 2018.

Zika Vírus: Redução de 77,31% nos casos notificados e 98,48% de redução dos casos confirmados para Zika vírus comparado a 2017. Em 2018, houve registro de 309 casos suspeitos notificados e 05 casos confirmados de Febre de Zika Vírus (SINANET). 2017: 1.362 notificados – 331 confirmados para Zika Vírus. 2018: 309 notificados – 5 confirmados para Zika Vírus.

Microcefalia- desde o ano de 2015 até 2018, foram notificados 136 casos de microcefalia; destes, 24 foram confirmados por relação com o ZIKA VÍRUS, 5 foram descartados, 06 sem classificação e 101 seguem em investigação.

Leishmanioses- As leishmanioses constituem um complexo de enfermidades que atingem o homem, causadas por diferentes espécies morfológicamente semelhantes de leishmanias, com várias espécies de flebotomíneos (vetores) envolvidos na sua transmissão. Estão divididas em Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), nas formas cutânea e mucosa, e Leishmaniose Visceral (LV).

O Pará desde 2015 vem passando por processo de urbanização da LV e, com isso, apresentou aumento de número de casos confirmados e de óbitos pelo agravo. Isso ocorre devido esta população não ter tido contato anterior com a Leishmania causadora da doença. No momento possui 37 (trinta e sete) municípios com a LV urbanizada.

Para controlar o agravo e diminuir o número de óbitos, a SESPA vem fazendo continuamente, capacitação em diagnóstico e tratamento e na vigilância e controle das leishmanioses, envolvendo todos os profissionais de saúde dos municípios (médicos, enfermeiros, médicos veterinários, ACE, ACS e todos os outros envolvidos na vigilância epidemiológica). Em 2018, 17 municípios receberam capacitação e 457 profissionais de saúde foram envolvidos. Além disso, as coordenações de Entomologia e de Controle Químico vêm realizando levantamento entomológico e capacitando o município para captura de vetores e capacitando também para a ação de borrifação (controle químico). Todos os municípios com transmissão de LV estão capacitados para o uso do teste rápido para diagnóstico humano.

As equipes municipais ainda sofrem com a falta de apoio dos gestores no combate as doenças vetoriais e a não adesão da população às medidas preventivas e de

controle. E a falta do profissional médico veterinário na maioria dos municípios implica na não realização do controle de reservatório doméstico (canino).

A meta é diminuir em 5% por ano o número absoluto de óbitos por LV em relação ao ano de 2017, com foco principal nos municípios de Conceição do Araguaia, Marabá e Redenção, sendo que em Redenção não houve nenhum óbito em 2018 e Marabá apresentou apenas 1 até o momento. Conceição do Araguaia, por ter ficado um período longo sem realizar as ações de controle, voltou a apresentar óbito.

Quadro 39- Casos de Leishmaniose Visceral (LV) por região de saúde e registro de óbitos, 2017 e 2018

Região Saúde Residência (*)	Nº Casos Confirmados		Nº de Óbitos por LV	
	2017	2018*	2017	2018*
Metropolitana I (05)	11	7	1	0
Metropolitana II (09)	45	37	1	3
Metropolitana III (22)	34	23	0	3
Marajó (16)	10	5	1	0
Baixo Amazonas (14)	7	10	0	0
Rio Caetés (16)	0	1	0	0
Tapajós (06)	2	0	0	0
Tocantins (09)	84	53	4	6
Xingu (09)	0	1	0	0
Lago de Tucuruí (06)	14	12	0	2
Carajás (17)	235	201	13	8
Araguaia (15)	148	80	2	6

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação /SINAN * nº de municípios

Vigilância em Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador/ CEREST-PA, responsável pelo suporte técnico para a implantação e implementação das ações da Saúde do Trabalhador na Rede SUS-PA, abrange os 144 Municípios, operacionaliza suas ações através de uma Rede Sentinela, composta de 41 Unidades Sentinelas (Hospitais Regionais e municipais) em 24 Municípios Sentinelas (Municípios de grande relevância produtiva e epidemiológica) para o registro, notificação e sistematização de dados epidemiológicos em Saúde do Trabalhador. Conta com 05 (cinco) CEREST's Regionais, localizados nas Regiões de Saúde: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Metropolitana I e Xingu.

De acordo com a Portaria nº 1.679/2002, a gestão da RENAST é acompanhada pelos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde através do assessoramento de suas Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador/ CIST, garantindo o Controle Social, das Ações, dos Serviços e dos recursos empregados na Política de Saúde do Trabalhador.

Os Conselhos Municipais de Saúde dos Municípios que são sede de CEREST, devem possuir CIST. É o caso do Conselho Municipal de Saúde de Belém, de Santarém, de Marabá, de Conceição do Araguaia e de Altamira.

No período de 2011 a dezembro de 2014 foi evidenciado um total de 3.506 (três mil quinhentos e seis) notificações de acidentes graves de trabalho, sendo que o maior número de notificações foi registrado no ano de 2013 num total de 1.594 (mil quinhentos e noventa e quatro).

Vigilância Ambiental

VIGISOLO - Diante da necessidade de desenvolver ações de vigilância em saúde de populações expostas à contaminação química, visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco e de atenção integral, o Programa está sendo implementado no Estado, e sua efetivação compreende ações básicas e estratégicas como: levantamento e cadastramento sistemático de áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a áreas contaminadas, identificação de populações expostas, ou sob risco de exposição a contaminantes existentes.

Assim, esta primeira etapa do Programa visa identificar e levantar informações de áreas, objetivando proporcionar o conhecimento e a apropriação por parte do setor saúde das diversas situações de exposição humana a substâncias químicas em áreas potencialmente contaminadas. No período de 2014-2018, o Programa desenvolveu atividades em 127 municípios, onde foram identificadas e cadastradas 448 áreas e atualizadas informações em 458 áreas, entre as quais lixões e aterros controlados e sanitários, cemitérios, fábricas de tintas e asfalto, curtumes, siderúrgicas e metalúrgicas, áreas agrícolas, áreas de exploração minerária, postos de combustíveis, áreas desativadas, entre outras.

VIGIAR - O programa foi criado com a finalidade de reduzir os agravos à saúde relacionados à exposição do indivíduo a poluentes atmosféricos objetivando exercer a vigilância e gerar informações a fim de reduzir e prevenir os agravos à saúde das populações expostas. Seu Campo de atuação: regiões metropolitanas, centros industriais, áreas sob impacto de mineração, áreas sob influência de queima de biomassa, áreas de relevância para a saúde pública de acordo com a realidade loco-regional.

Para o desenvolvimento das ações do VIGIAR é aplicado Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR). O instrumento contém informações relacionadas a indústrias de extração e de transformação, frota veicular, queima de biomassa, morbidade e mortalidade por agravos respiratórios. O IIMR foi aplicado aos 144 municípios do Estado e de acordo com os dados que foram coletados, 20 municípios foram identificados com de risco.

Quadro 40 - Municípios identificados de risco segundo o IIMR, 2018

Belém	Parauapebas
Ananindeua	Santarém
Altamira	Tucumã
Castanhal	Barcarena
Marabá	Rondon do Pará
Xinguara	Bragança
Redenção	Bom Jesus do Tocantins
Santa Isabel do Pará	Marituba
Conceição do Araguaia	Novo Progresso
Itaituba	Ourilândia do Norte

Fonte: Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde Ambiental

Vigilância Sanitária a Produtos e Serviços

Atua nos 144 municípios paraenses, cujas ações, de caráter altamente preventivo, estão relacionadas ao planejamento, coordenação, execução, monitoramento, normatização, licenciamento e inspeções técnicas das condições higiênicas e sanitárias de serviços e produtos destinados à população para minimizar ou evitar o risco sanitário.

Entre tantas outras, a Vigilância Sanitária- VISA estadual realiza atividades direcionadas à fiscalização dos estabelecimentos assistenciais de saúde, do exercício profissional, controle sanitário da habitação e do trabalho, monitoramento da qualidade de produtos alimentícios, com especial atenção às Boas Práticas de Manipulação do Açaí, culturalmente enraizado na alimentação do paraense.

O contexto nacional da Vigilância Sanitária, nos últimos anos, foi marcado por processo de debate sobre a necessidade de efetivar o Subsistema Nacional de Vigilância Sanitária e culminou na elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Assim, formular o Plano de Ação em Vigilância Sanitária representa a possibilidade de programar as prioridades estabelecidas pelo PDVISA.

A SESPA presta apoio aos municípios para efetivar a descentralização das ações de VISA e suas legislações, sendo necessário intensificar ações nesse sentido, inclusive para o cumprimento da realização dos Planos de Ação de VISA municipal.

Vigilância Laboratorial- O Laboratório Central do Estado (LACEN) Tem como principal objetivo o planejamento das atividades de vigilância, como análises de material biológico, água, produtos e saneantes além de acompanhar o monitoramento, capacitação e controle junto com as áreas de Biologia Médica, Análise de Produtos e Entomologia. A **Rede de Laboratórios** realiza avaliação, controle, supervisão e capacitação da rede de laboratórios municipais.

Na área da **Biologia Médica**, atua nas ações de vigilância para os agravos de notificação, planejamento das capacitações, junto com a Rede de Laboratórios para descentralização das coletas e envio das amostras pelos CRS, garantindo agilidade aos resultados dos exames realizados dentro do LACEN. Supervisiona os laboratórios descentralizados, que realizam exames relacionados a esses agravos.

Na **Análise de Produtos** faz o Controle de Qualidade de produtos sujeito à Vigilância Sanitária e amostras ambientais, através de análises físico químico, microbiológicas, toxicológicas, rotulagens conforme legislação, (medicamento, cosméticos, saneantes, água), fortalece o serviço por meio de capacitações, junto à Rede de Laboratórios para coleta, transporte, execução do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).

Na **Entomologia** realiza testes de suscetibilidade e persistência do inseticida aos vetores da malária, implantação de Posto de Informação de Triatomíneos (PITI), como o levantamento entomológico de vetores, a leishmaniose visceral em municípios prioritários. Implementa as ações de treinamento para descentralização de identificação de flebotomíneos para os CRS e monitora a presença do *Aedes* em municípios considerados não infestados.

O Pará intensificou o processo de implantação do sistema (GAL), que está configurado em 196 estabelecimentos de saúde de 144 municípios com 597 profissionais de saúde capacitados, ampliando respectivamente, nos últimos quatro anos 50 estabelecimentos, 8 municípios e 94 profissionais capacitados, com o objetivo de que os municípios habilitados, façam o acompanhamento dos exames laboratoriais de agravos de notificação compulsória evolução do Programa VIGIAGUA no Estado do Pará.

Como benefícios, pode-se apontar os custos reduzidos (software livre); informatização da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nas Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica; padronização das requisições de exames na rede nacional de laboratórios de saúde pública e conveniados;

coordenação do fluxo de exames, recebimento e processamento das amostras, desde a coleta até a entrega dos resultados ao paciente.

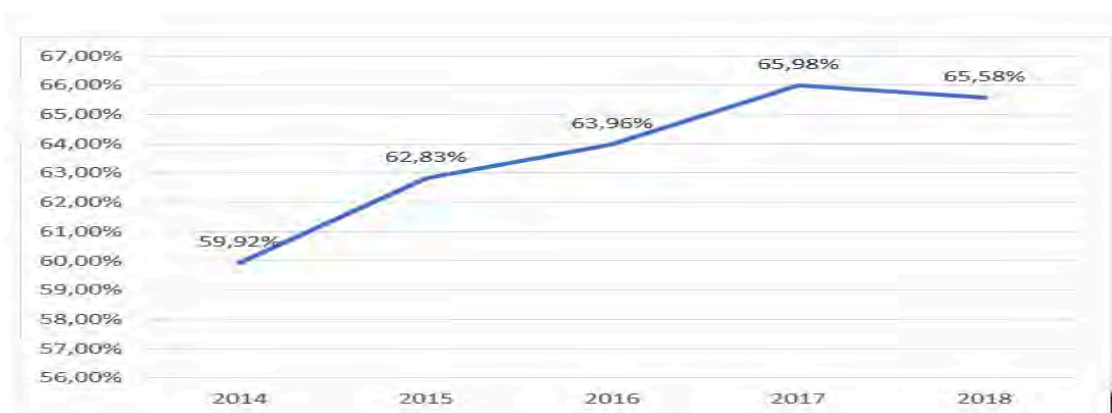
ATENÇÃO BÁSICA

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

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

No Estado do Pará a evolução histórica de cobertura populacional de Atenção Básica de 2014 à 2018 foi de 59,92 % a 65,58 %. Houve um aumento de 5,9 % no período, revelando uma tendência crescente da cobertura no Estado.

Gráfico 24- Evolução de cobertura populacional de Atenção Básica 2014-2018



Fonte: SISAB/EGESTOR

As regiões de saúde que apresentaram maior crescimento da cobertura no período de 2014 a 2018 foram as regiões do Rio Caetés, Tapajós, Metropolitana III, Baixo Amazonas e Marajó II. A única região de saúde que apresentou um decréscimo de cobertura foi a Metropolitana I, evidenciado no quadro abaixo.

Quadro 41-Cobertura Populacional da Atenção Básica 2014 a 2018

Macrorregião	Região de Saúde	% Cobertura				
		2014	2015	2016	2017	2018
Macro I	Metropolitana I	60,69	59,98	61,68	60,15	55,94
	Tocantins	47,34	53,51	54,12	57,58	58,8
	Marajó I	52,65	52,91	47,83	54,45	55,03

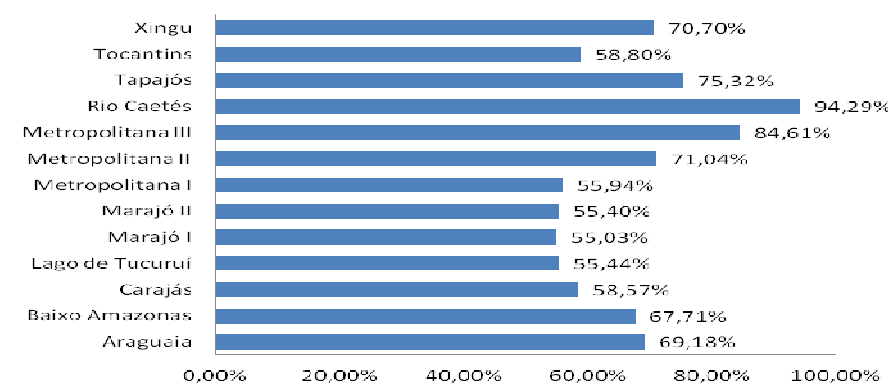
	Marajó II	47,92	48,62	50,16	54,74	55,4
Macro II	Metropolitana II	69,57	69,83	72,36	72,76	71,04
	Metropolitana III	69,04	74,58	73,92	80,14	84,61
	Rio Caetés	85,9	88,57	89,8	95,01	94,29
Macro III	Baixo Amazonas	51,14	56,54	60,14	63,69	67,71
	Tapajós	47,62	56,45	61,6	61,3	75,32
	Xingu	69,34	71,45	72,7	73,15	70,7
Macro IV	Araguaia	65,46	66,08	66,52	70,03	69,18
	Carajás	52,91	57,53	60,17	63,41	58,57
	Lago de Tucuruí	50,96	59,77	55,7	55,75	55,44
Total Pará		59,92	62,83	63,96	66,1	65,58
Fonte: SISAB/E GESTOR						

Esse aumento na cobertura da AB é resultado dos esforços do Ministério da Saúde – dentro do respeito à autonomia local – para cada município aderir espontaneamente a ESF, sua expansão e consolidação, com apoio e assessoramento do Estado. Iniciativas e investimentos federais para melhoria da rede de Atenção Básica foram realizados, a exemplo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB), Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Programa Mais Médicos.

Embora tenha havido um aumento nas coberturas da AB na maioria das regiões de saúde, evidenciam-se disparidades em sua progressão, possivelmente em função dos diferentes processos de gestão dos municípios, dotados de autonomia para definir prioridades na utilização dos recursos destinados à Saúde, podendo priorizar ou não investimentos na Atenção Básica.

Existem locais com coberturas baixas, onde as UBS tradicionais ainda são o principal modelo de atenção. A região metropolitana I (39,38%) destacou-se com a menor cobertura de ESF em 2018, particularmente Belém (23,28%) que apresenta ¼ da população coberta pela ESF, conforme demonstra gráfico abaixo.

Gráfico 25: Cobertura Populacional de Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde do Estado do Pará - ano 2018



Fonte: SISAB/MS

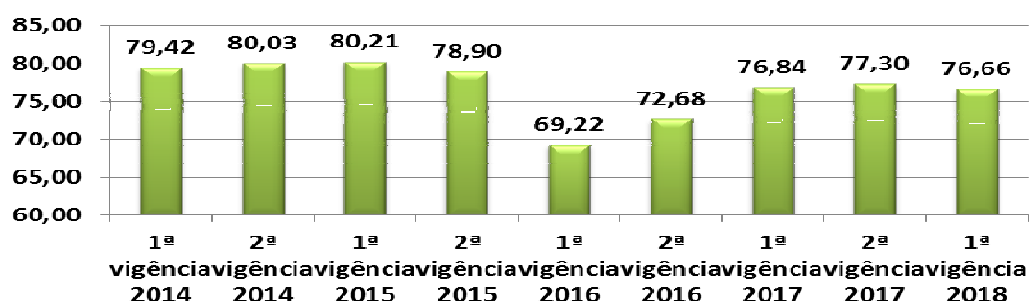
Difícilmente, um fator isolado seria capaz de explicar a situação de cobertura populacional de AB e ESF de cada região ou municípios, tendo em vista sua particular complexidade histórica, política, econômica e social.

Mesmo que algumas áreas possuam altas coberturas, isto não significa que a estratégia esteja a funcionar de maneira ideal. Dessa forma, o Estado do Pará, por meio dos 13 Centros Regionais de Saúde, realiza apoio/assessoria aos municípios para o credenciamento e implantação de novas Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); Qualificação/Capacitação aos municípios referentes a Política Nacional de Atenção Básica; Monitoramento do funcionamento e qualidade das ESF e recentemente a Planificação da Atenção à Saúde com apoio do CONASS/PROADI/Hospital Albert Einstein/Ministério da Saúde que está ocorrendo na região de saúde Rio Caetés.

O Programa Bolsa Família (PBF), tem parceria com a SEASTER e se materializa por meio da realização de oficinas de capacitação dos coordenadores regionais e municipais e da execução do Projeto de Apoio Técnico Integrado (PROATEI) realizadas in loco nos municípios que apresentam dificuldade de execução e/ou baixa cobertura do programa. Essas ações são realizadas com recursos provenientes do Índice de Gestão Descentralizada do Estado (IGD-E), repassados mensalmente pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), com valor variável conforme o desempenho do Estado.

O indicador pactuado de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, na série histórica, apresentou-se acima da média nacional (73%), conforme apresentado no gráfico abaixo:

Gráfico 26- Percentual de Cobertura das Famílias Totalmente Acompanhadas



Fonte: Ministério D. Social/2019

Saúde Bucal

A reorganização do modelo de atenção em saúde bucal origina-se a partir da implantação do Programa Brasil Sorridente, que tem como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, contrapondo-se as práticas curativas e da visão mutiladora de extração dentária.

Na área de prevenção ao se analisar a Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, ou seja, quando se estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, no Estado do Pará, verifica-se a dificuldade em alcançar esta meta desde o ano de 2014. Conforme demonstra a série histórica disposta no quadro abaixo, Muitos são os entraves dessa situação, que vai desde a falta de insumos, recursos humanos com perfil educativo, até subnotificações e erros na inserção dos dados no sistema de informação.

Quadro 42 - Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada - Pará 2014 – 2018

Macrorregião	Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
MACRO I	Metropolitana I	3,99	0,08	0,06	0,04	0,04
	Tocantins	0,12	0,05	0,13	0,06	0,3
	Marajó I	0,12	0,18	0,08	0,07	0,06
	Marajó II	0,29	0,08	0,01	0,02	0,03
MACRO II	Metropolitana II	0,32	0,24	0,27	0,13	0,15
	Metropolitana III	0,18	0,2	0,15	0,13	0,22
	Rio caetés	0,41	0,46	0,19	0,11	0,28
MACRO III	Baixo amazonas	0,27	0,21	0,38	0,12	0,26
	Tapajós	0,38	0,19	0,02	0,05	0,21
	Xingu	0,95	0,49	0,31	0,28	0,21
MACRO IV	Lago de Tucuruí	0,08	0,08	0,02	0,09	0,1
	Carajás	0,46	0,36	0,4	0,15	0,55
	Araguaia	0,42	0,22	0,05	0,05	0,42
TOTAL ESTADO		1,25	0,18	0,16	0,09	0,2

Fonte: DATASUS, competência dez. de 2017.

Obs.: A partir de 2018 o sistema de monitoramento passou a ser o SISAB.

Em relação às ações curativas, observa-se pela análise do Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos, que ocorreu um aumento desse procedimento passando de 10,30% em 2014 para 13,67% em 2018, demonstrando a necessidade de se continuar incentivando os municípios na prática de procedimentos educativos, preventivos e curativos, como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 43 - Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos – 2014 a 2018

Macrorregião	Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
MACRO I	Metropolitana I	3,76	32,38	6,74	10,14	17,02
	Tocantins	16,77	9,69	26,17	26,05	26,11
	Marajó I	23,05	28,31	33,52	38,44	29,83
	Marajó II	11,39	18,48	34,74	50,66	33,31
MACRO II	Metropolitana II	52,3	15,7	13,23	16,07	14,39
	Metropolitana III	11,36	17,78	9,95	19,19	20,87

	Rio Caetés	12,19	18,53	18,31	21,32	14,05
MACRO III	Baixo Amazonas	3,47	16,02	18,08	18,07	22,5
	Tapajós	8,1	19,5	24	22,48	6,36
	Xingu	5,05	15,08	6,57	7,23	6,18
MACRO IV	Lago Tucuruí	2,41	20,41	22,48	21,69	16,49
	Carajás	5	2,58	9,35	11,96	15,74
	Araguaia	4,27	2,97	11,61	1,93	0,99
ESTADO		10,3	19,84	9,18	10,65	13,67

Fonte: DATASUS/ Dez 2018.

Apesar deste cenário observa-se que a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), teve um avanço de 6,28% nos últimos 5 anos, como demonstrado na série histórica abaixo.

Quadro 44 - Percentual de cobertura populacional estimada das ESB.

Quadro 4 - Percentual de cobertura populacional estimada das ESB.						
Macrorregião	% COB. ESFSB					
	Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Macro I	Metropolitana I	9,05	11,01	13,77	13,37	11,87
	Tocantins	26,19	27,34	25,89	30,1	35,22
	Marajó I	27,74	28,83	28,4	36,84	37,8
	Marajó II	19,99	18,52	19,38	22,47	24,37
Macro II	Metropolitana II	60,91	62,2	62,53	63,83	65,13
	Metropolitana III	44,75	45,98	44,76	49,03	50,28
	Rio Caetés	66,54	72,42	72,48	77,54	81,61
Macro III	Baixo Amazonas	20,39	24,46	24,26	25,92	27,11
	Tapajós	18,45	18,34	18,23	20,92	25,65
	Xingu	46,24	45,58	44,95	47,43	47,86
Macro IV	Araguaia	50,71	50,38	50,09	50,89	57,65
	Carajás	30,95	32,95	33,47	33,1	39,92
	Lago de Tucuruí	18,47	20,5	18,43	20,39	23,06
Estado do Pará		29,22	31,02	31,43	33,32	35,50

Fonte: e-Gestor Atenção Básica

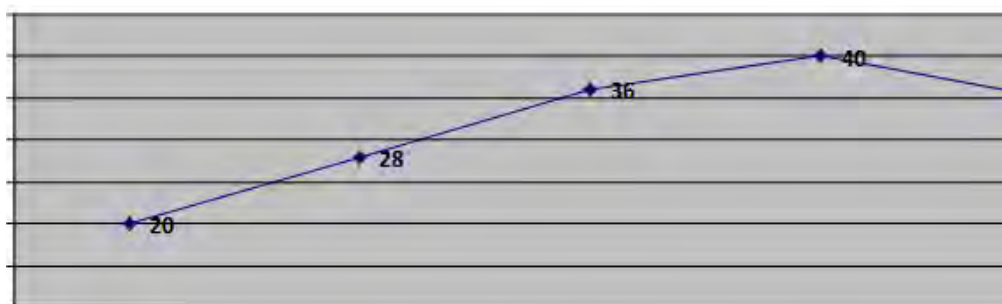
A região de saúde que se destaca na série histórica, com os mais baixos índices de evolução de cobertura de saúde bucal é a Região de Saúde Metropolitana I, caindo em 2018 para 11,87%. As regiões do Marajó II, Tapajós e Lago do Tucuruí que também, apresentam baixa cobertura, vêm ao longo da série histórica apresentando crescimento da ESF SB.

A Metropolitana I é a região mais populosa do Estado, que concentra os municípios de Belém e Ananindeua, por esta razão possuem maior necessidade de equipes. O município de Belém, além da questão populacional é o que possui menor quantitativo de equipes implantadas, tem o teto programado para 756 equipes e possui 104 equipes da ESF implantadas e destas apenas 10 com ESB e consequente cobertura de 2,32%; Ananindeua, por sua vez possui teto de 258 equipes, possuindo 109 ESF implantadas e apenas 29 com saúde bucal, alcançando 19,03% da população. Desta

feita, a população da região e a baixa implantação nesses dois municípios puxam a cobertura da região para baixo.

Em relação à implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD observa-se a evolução gradativa desses serviços na saúde bucal. De 2014 a 2017 foram implantados 40 LRPD, mas em 2018 caiu pra 35 LRPD, como se observa no gráfico abaixo.

Gráfico 27-Evolução do Quantitativo de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Pará – 2014 – 2018



Fonte: aps. saúde.gov.br/ape/brasilsorridente

Em agosto de 2019, foi registrado um quantitativo de 65 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), demonstrando um crescimento em relação a 2018 de 28 laboratórios, fato este também muito significativo, visto que passamos a ter 65 Municípios ofertando tratamentos reabilitadores para elementos dentais afetados pela cárie e doença periodontal e oferta de próteses, como podemos verificar abaixo:

Quadro 45 - Quantitativo de LRPD Implantados no Pará

Macrorregião	Região de saúde	Faixa de produção	Gestão
			M / E / D / F
Macrorregião I	Metropolitana I	3	M
	Tocantins	2	M
	Marajó I	2	M
	Marajó II	3	M
	Total	10	
Macrorregião II	Metropolitana II	2	M
	Metropolitana III	10	M
	Rio caetés	10	M
	Total	22	
Macrorregião III	Baixo amazonas	2	M
	Tapajós	2	M
	Xingu	3	M
	Total	7	
Macrorregião IV	Lago Tucuruí	3	M
	Carajás	13	M
	Araguaia	10	M
	Total	26	
Estado do Pará		65	

Fonte: aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, implantados a partir de 2004 com a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos da população, através de tratamento especializado de saúde bucal, representam um grande avanço da Política Nacional de Saúde Bucal.

No Estado do Pará, conforme quadro abaixo, ao longo da série histórica, houve uma evolução gradual do número de Centros de Especialidades Odontológicas-CEO implantados no Estado, beneficiando a população com aumento dos serviços especializados e reduzindo a necessidade de exodontias.

Quadro 46 - Quantitativo de Centros de Especialidades Odontológicas no Pará- CEO

ESTADO	2014	2015	2016	2017	2018
Pará	31	34	34	36	35

Fonte: aps.saude.gov.br/apc/brasilsorridente

A Política de Saúde Bucal no Estado do Pará, para os próximos anos, visa ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde bucal, através da ampliação da Cobertura da Atenção Básica em Saúde e Equipes de Saúde Bucal – ESB – na Estratégia Saúde da Família.

Saúde do Adolescente

A violência no Brasil, tem se constituído uma das principais preocupações dos governos para a implementação de políticas públicas, principalmente as voltadas à faixa etária infanto-juvenil. Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, educação, assistência social, entre outros.

O Número de Casos de Violências Notificados no Estado, embora ainda se estime que ocorra um contexto de subnotificação, observa-se o aumento gradual e significativo destes dados entre os anos de 2014 e 2016, com decréscimo no número de casos registrados no ano subsequente. Após o ano de 2017 observa-se novo incremento neste indicador, conforme apresentado no quadro abaixo. No ano de 2019, registrou-se o total de 3.410 casos.

Quadro 47 . Número de Notificações de Violências por Região de, no período 2014 a 2018

Macrorregião de saúde	Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018*
Macro I	Metropolitana I	3632	2075	4594	1688	1885
	Tocantins	140	96	166	230	375
	Marajó I	56	34	50	54	24
	Marajó II	54	75	67	66	72
Macro II	Metropolitana II	13	28	50	66	27
	Metropolitana III	77	106	142	277	303

	Rio Caeté	219	216	26	96	157
Macro III	Baixo Amazonas	405	1044	361	105	89
	Xingu	409	551	457	511	779
	Tapajós	60	43	79	112	102
	Carajás	169	402	430	306	369
Macro IV	Logo de Tucuui	265	244	685	1000	1234
	Araguaia	277	180	86	70	65
PARÁ		5776	5094	7193	4581	5481

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN/ DVS/ SESPA.

*2018: dados sujeitos à revisão.

Analisando este indicador, segundo a região de saúde, observa-se aumento significativo das notificações nas regiões Metropolitana III, Carajás, Lago de Tucuui, Tapajós, Tocantins e Xingu. Por outro lado, regiões como Araguaia, Marajó e Rio Caeté demonstraram maior fragilidade na medida em que se verificou a redução no número de notificação dos referidos casos, quando comparados os anos de 2014 e 2018. Nas demais regiões este indicador permaneceu relativamente estável.

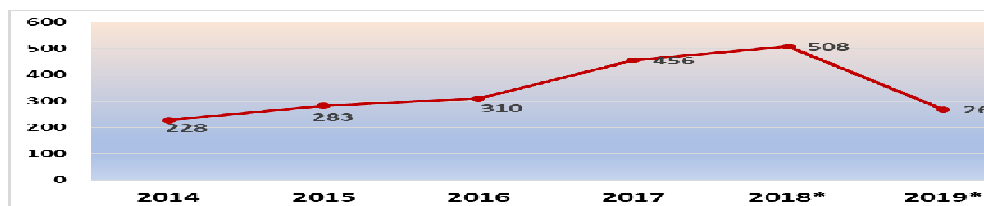
Os dados de notificação de violência contra a criança e adolescente delineiam a construção das políticas públicas a serem adotadas pelos mais diversos campos, como saúde, educação, assistência social, justiça entre outros, que venham garantir os direitos e a proteção social às vítimas.

No Estado do Pará, os dados notificados pela saúde permitem uma análise mais ampla do contexto que cada região de saúde está inserida. As principais ações programadas de capacitações e campanhas de prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz, abrangem os diversos atores envolvidos com a garantia dos direitos da criança e adolescentes, assim como subsidiam a formação e fortalecimento das redes de garantia de direitos nos municípios.

O *gráfico 28* abaixo apresenta os dados relativos ao número de unidades de saúde notificadoras de violência no Pará. Este é um importante eixo de ação que, por seu turno, trabalha com a identificação de casos suspeitos de violências nos diversos ciclos de vida.

Os resultados apontam que houve significativa elevação no número de unidades com este serviço implantado, de modo que em 2014 correspondia ao total de 228 unidades de saúde e em 2018 atingiu o total de 508. Apenas nos sete primeiros meses de 2019, este indicador atingiu o total de 269 unidades notificadoras. Embora ainda sujeitos à revisão, os indicadores relativos ao ano de 2018 sugerem a relevância das ações de prevenção e capacitação para a identificação e notificação de casos suspeitos de violência pelas equipes municipais, sobretudo aquelas cometidas contra adolescentes e jovens.

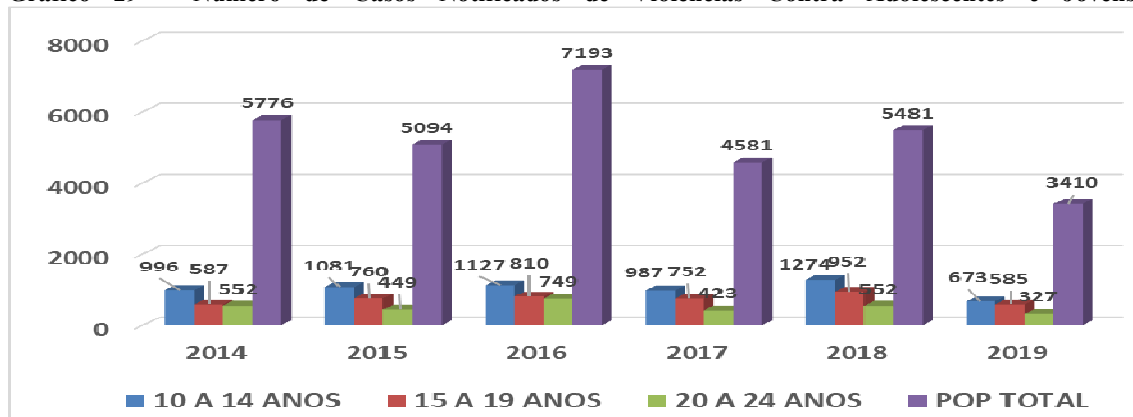
Gráfico 28. N° de Unidades de Saúde Notificadoras de Violência de 2014 A 2019.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN/ DVS/ SESPA. *2018: dados sujeitos à revisão.

De modo geral, pode-se observar um processo de descentralização dos serviços de notificação que anteriormente eram verificados quase que exclusivamente na capital e Região de Saúde Metropolitana I.

Gráfico 29 - Número de Casos Notificados de Violências Contra Adolescentes e Jovens.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/SINAN DVS/ SESPA

*2018: dados sujeitos à revisão.

O aumento no número absoluto de casos notificados de violências ocorreu nos vários ciclos de vida, acentuando-se nas faixas etárias que envolvem o ciclo de vida da adolescência, de modo que em 2018 os casos de violência na faixa etária de **10 a 19** anos correspondeu a 40,61% dos casos registrados no Pará, totalizando 2.226 casos.

Quanto à faixa etária de 20 a 24 anos, identificada como juventude, observou-se relativa estabilidade no número de notificações. Foram registrados 587 casos em 2014 e 552 em 2018, com pouca variação no período. Presume-se que as capacitações e a abordagem sobre a vulnerabilidade de crianças e adolescentes quanto à violência tem repercutido junto às equipes de saúde, o que tem impactado positivamente em sua habilidade para identificar o casos de violência.

Programa Saúde na Escola – PSE- O Programa Saúde na Escola -PSE é uma política intersetorial da Saúde e Educação, voltadas às crianças, adolescentes e jovens com vistas a promover saúde e educação integral. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa. O PSE é uma estratégia de integração para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas.

No Estado do Pará, o PSE representa um dos maiores instrumentos de prevenção e promoção social da criança e do adolescente, proporcionando a integração das políticas e a formação do aluno. Em 2019, 100% dos municípios foram contemplados com o programa, através do qual serão realizados monitoramento e capacitações dos profissionais envolvidos na execução do programa.

Saúde da Mulher

A política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher, construída em parceria com os movimentos de mulheres de diversos setores da sociedade, incorporou, a partir de 2004, novos princípios e diretrizes na implementação da política de saúde para mulher. Num enfoque de gênero, a nova política compreende a mulher não apenas sob as questões reprodutiva ou sexual, mas, sobretudo nos aspectos socioculturais e econômicos. Agrega, entre outras questões, o combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

No Estado do Pará, a promoção da atenção integral à saúde da mulher, leva em consideração as premissas pactuadas pelos entes federativos que nortearam os indicadores a serem trabalhados, entre os quais podemos destacar: Razão de exames citopatológicos do colo do útero – PCCU em Mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos que realizam exames; Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-natal; Proporção de parto normal; Unidades de Saúde com Serviço de Notificação de Violência Doméstica Sexual e outras Violências implantados; Mortalidade Materna e Infantil.

A razão de exames citopatológicos do colo do útero – PCCU em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, possibilita a análise de variações temporais no acesso ao exame de PCCU. Trata-se de um *proxi* da cobertura dos exames. (Brasil, 2014).

O parâmetro de avaliação do indicador no *Estado é de 0,40*. Porém, os resultados ao longo da série histórica de 2014 a 2018 evoluíram de forma incipiente, como se pode observar na Tabela abaixo:

Tabela 6- Razão de Exame – PCCU em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.

Macrorregião	Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
	Estado	0,22	0,20	0,21	0,22	0,27
MACRO I	Metropolitana I	0,20	0,19	0,19	0,19	0,19
	Tocantins	0,22	0,14	0,16	0,03	0,31
	Marajó I	0,06	0,09	0,04	0,14	0,05
	Marajó II	0,16	0,23	0,26	0,17	0,14
MACRO II	Metropolitana II	0,35	0,26	0,14	0,27	0,20

	Metropolitana III	0,27	0,26	0,29	0,26	0,31
	Rio Caetés	0,16	0,13	0,21	0,45	0,25
MACRO III	Baixo Amazonas	0,53	0,51	0,49	0,31	0,44
	Tapajós	0,21	0,26	0,20	0,36	0,35
	Xingu	0,09	0,06	0,11	0,17	0,63
MACRO IV	Lago Tucuruí	0,21	0,09	0,11	0,13	0,25
	Carajás	0,12	0,17	0,12	0,21	0,25
	Araguaia	0,13	0,12	0,13	0,15	0,20

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

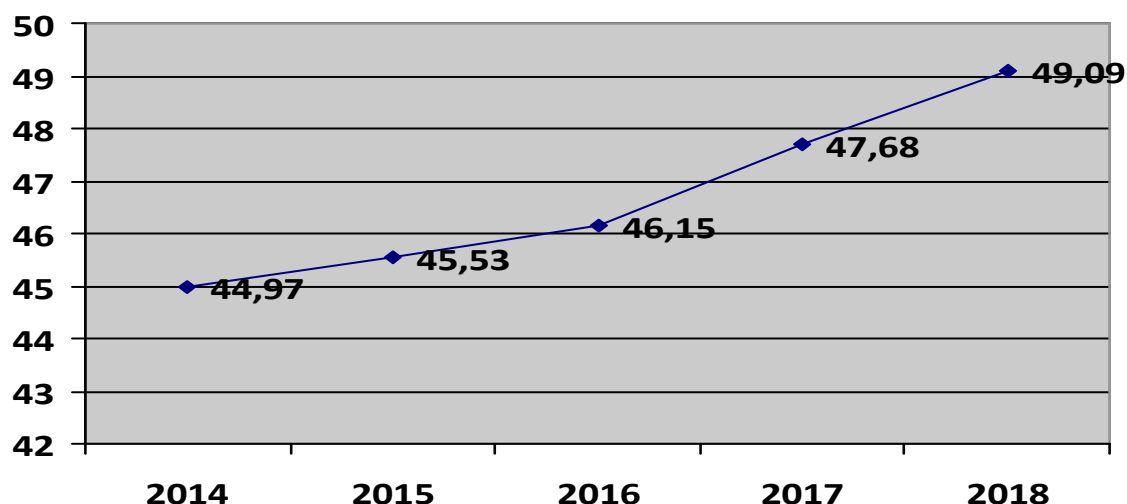
A Região do Marajó I destaca-se com índices muito abaixo dos pactuados em nível estadual. As demais regiões, com exceção do Baixo Amazonas, também apresentaram evolução discreta.

Para a Região do Marajó, pode-se considerar que as principais dificuldades estão relacionadas à falta de acesso à rede de serviços de saúde, assim como, ao alto índice de desigualdades sociais, econômicas e culturais, que submetem a população a precárias condições de vida, ficando muito mais expostas e vulneráveis aos agravos de saúde.

Outros componentes, que dificultam os sistemas municipais de saúde em garantir a oferta de serviço a contento dos parâmetros nacionais, são: dificuldade ao acesso aos exames citopatológicos, devido à baixa oferta de laboratórios de anatomopatologia pela rede municipal, que são inferiores às demandas necessitadas, à restrição da coleta do exame citopatológico somente por profissionais enfermeiros, dificuldade em garantir recursos humanos capacitados para alimentar o sistema, considerando a constante rotatividade de servidores nos municípios e a dificuldade de acesso a um sistema de internet de qualidade para inserção das informações. Neste sentido as ações de saúde, visam além da intensificação das campanhas de promoção e prevenção ao câncer do colo de útero e mama, capacitar a equipe de recursos humanos de forma continuada e permanente para o processo de qualificação das informações coletadas e enviadas pelo sistema de notificação. Garantir e monitorar o repasse contínuo de recursos financeiros à atenção básica com vista à promoção e prevenção dos agravos à saúde, em especial às regiões de maior vulnerabilidade.

À *Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal* no período de 2014 a 2018, representa saldos bastante positivos no processo de promoção à saúde da mulher, o gráfico abaixo apresenta a evolução do indicador de assistência ao pré-natal no Estado do Pará, nos últimos cinco anos. A proporção de nascidos vivos de grávidas com sete ou mais consultas pré-natal vem aumentando.

Gráfico 30- Proporção de Nascidos Vivos no Pará no período de 2014 a 2018



Fonte-SINAS- MS

O Estado vem se mantendo acima do indicador pactuado (46%), alcançando 49,09% no ano de 2018. Com exceção da Região do Marajó e Metropolitana II, com 27,52% e 39,28% consecutivamente.

Quadro 48 - Consulta Pré-Natal (7 ou +) por Reg. Saúde

Macrorregião	Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Macro I	Metropolitana I	55,86	56,05	54,62	59	55,74
	Tocantins	44,47	45,12	46,08	44,74	47,98
	Marajó I e II	32,12	26,57	24,13	26,14	27,52
Macro II	Metropolitana II	36,38	39,36	38,06	37,42	39,28
	Metropolitana III	49,54	51,95	50,17	53,5	55,48
	Rio Caetés	30,86	33,16	37,34	35,83	44,14
Macro III	Baixo Amazonas	45,1	46,76	47,87	50,18	52,55
	Tapajós	38,36	43,15	48,99	52,08	53,65
	Xingu	40,5	37,51	40,8	42,29	43,05
Macro IV	Araguaia	43,05	43,88	50,25	48,32	50,91
	Carajás	44,44	45,2	48,82	46,85	48,97
	Lago de Tucuruí	44,23	46,8	46,2	49,97	54,01
Total Estado do Pará		44,97	45,53	46,15	47,68	49,09

Fonte: SINASC/MS.

Uma das ações que impactou positivamente no indicador foi a implementação do **Projeto Mãe Paraense** a partir de 2017, por meio da realização das Oficinas Regionais para qualificação de profissionais da atenção básica, cujo objetivo é organizar uma linha de cuidados regionalizada de atenção à gestante. Observa-se que há uma melhora na qualidade da assistência à mulher grávida.

Na tabela abaixo é possível observar que ao longo da série histórica, os índices de avaliação se mantiveram constantes. O Pará vem mantendo a proporção de parto normal (PN) em torno de 50,55% em média, nos últimos anos. Embora ainda não tenha atingido a meta pactuada que é de 55%.

Tabela 7 - Proporção de parto normal no Pará

Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Estado	49,32	50,81	51,62	51,02	50,02

Fonte: SINASC/MS.

Tabela 8 - Nascidos Vivos - Frequência por tipo de Parto segundo, Região de Saúde

Macrorregião	Regiões de Saúde	Vaginal	%	Cesário	%	Total
MACRO I	Metropolitana I	11568	38,34	18591	61,62	30171
	Tocantins	5934	48,82	6206	51,05	12156
	Marajó	8700	75,90	2740	23,91	11462
MACRO II	Metropolitana II	3407	55,02	2778	44,86	6192
	Metropolitana III	6381	46,35	7373	53,56	13766
	Rio Caetés	4656	55,49	3713	44,26	8390
MACRO III	Baixo Amazonas	10509	69,44	4600	30,40	15134
	Tapajós	2047	49,73	2066	50,19	4116
	Xingu	3080	44,59	3825	55,37	6908
MACRO IV	Lago Tucuruí	2953	44,19	3725	55,75	6682
	Carajás	7176	45,59	8546	54,30	15739
	Araguaia	3059	37,46	5096	62,41	8165
Estado		69471	50,02	69259	49,87	138882

Fonte: SINASC/MS.

De acordo com a frequência por tipo de parto, podemos observar que em 2018 há um discreto aumento na proporção de parto normal em relação à cesárea. Destacam-se as regiões do Marajó e Baixo Amazonas que atingiram uma proporção de partos normais acima de 70%, inversamente proporcional a região Metropolitana I, que apesar de concentrar o maior número de serviços especializados do Estado, apresenta uma proporção média de 38% de parto normal. Observa-se neste cenário que ainda há falhas no processo de trabalho que causam fragilidades na rede assistencial no que tange às boas práticas no parto e nascimento, o que pode influenciar na escolha do tipo de parto, preferindo o parto cesáreo em detrimento do parto vaginal.

Em relação à região do Marajó, apesar de destacar-se em relação ao número de parto normal, ainda aparece com índices elevados em proporção de mortalidade materna, conforme tabela abaixo. O que, também, pode estar relacionado, à falta de pré-natal adequado e à dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde.

Tabela 9- Taxa de Mortalidade Materna por Região de Saúde, 2014 a 2018.

Região de Saúde	Taxa de Mortalidade Materna*				
	2014	2015	2016	2017	2018
Araguaia	134,88	51,67	80,79	77,71	54,18
Baixo Amazonas	53,16	53,54	81,84	86,35	112,38
Carajás	78,06	53,27	51,15	84,83	63,88
Lago de Tucuruí	54,95	27,04	43,35	29,23	67,70
Marajó I	78,74	50,65	100,38	25,41	85,71
Marajó II	79,44	66,55	94,80	156,84	45,75
Metropolitana I	69,48	67,01	46,09	75,35	69,45
Metropolitana II	81,13	80,95	146,46	100,35	71,56
Metropolitana III	69,90	42,50	43,96	95,60	70,23
Rio Caetés	119,59	55,83	91,80	81,65	39,48
Tapajós	114,34	72,73	99,83	89,95	76,20
Tocantins	133,73	76,20	95,40	68,02	76,37
Xingu	59,17	98,09	57,36	133,21	17,49

Fonte: Sistema de informação de Mortalidade. Atualizado em 29.01.2019.

*Dados provisórios. Taxa de Mortalidade Materna: 100.000 nascidos vivos.

A adolescência, idade compreendida, segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 10 e 19 anos, é uma época de várias descobertas, que se não for devidamente orientada e trabalhada pode trazer inúmeras consequências. A gravidez indesejada é um dos principais riscos nesta fase.

Nos últimos anos no país, essa tendência vem caindo. Segundo Ministério da Saúde essa mudança está relacionada a vários fatores como expansão do programa Saúde da Família, mais acesso a métodos contraceptivos e ao Programa Saúde na Escola que oferece informação de educação em saúde, que leva ao empoderamento dos próprios adolescentes ao fazer escolhas livres e determinar o seu projeto de vida.

Tabela 10 - Proporção de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes na Faixa Etária de 10 a 19 anos

Macrorregião	Região de Saúde	2015	2016	2017	2018
Macro I	Metropolitana I	23,84	22,94	21,11	21,23
	Tocantins	30,84	29,47	27,30	26,51
	Marajó I	33,02	31,25	28,05	28,90
	Marajó II	30,84	30,12	29,37	30,00
Total Macro I		30,84	29,79	27,67	27,70
Macro II	Metropolitana II	28,73	27,70	26,05	25,30
	Metropolitana III	28,81	27,89	28,11	26,68
	Rio Caetés	30,53	31,71	30,36	28,44
Total Macro II		28,81	27,89	28,11	26,68
Macro III	Baixo Amazonas	29,41	28,09	27,04	26,98
	Tapajós	30,11	31,19	27,97	28,74
	Xingu	30,95	30,71	29,59	24,17
Total Macro III		30,11	30,71	27,97	26,98
Macro IV	Araguaia	29,45	30,67	29,30	26,70
	Carajás	29,65	29,73	27,60	27,65
	Lago de Tucuruí	32,54	31,12	29,01	27,94

Total Macro IV	29,65	30,67	29,01	27,65
Total Estado do Pará	30,84	29,79	27,67	27,70

Fonte: SINASC/MS.

No Estado do Pará, como podemos observar na tabela acima, houve uma redução de 3,14% entre os anos de 2015 a 2018, que é bastante significativo. Observa-se que a proporção (%) de nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos por município no Estado do Pará vem decaindo a cada ano. Mães adolescentes apresentam maior risco para gerar bebês prematuros e de baixo peso ao nascer. A consequência disso é o risco maior de mortalidade para estas mulheres, nessas faixas extremas. As regiões que maior destacam-se na redução são Xingu, com queda de 6,78% em 4 anos; Lago do Tucuruí, com 4,6% Metropolitana II, com queda de 3,43%.

As principais ações voltadas para prevenção da gravidez na adolescência são implementadas pelo Programa Saúde na Escola, que hoje atinge 100% dos municípios paraenses e Política de Atenção Integral à Saúde de adolescentes e jovens nos municípios do Estado.

Notificação de Violência contra a Mulher, considerado um dos principais avanços conquistados a partir da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com enfoque à questão de gênero, sendo um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. É importante considerar o fato de que determinados problemas afetam de maneira distinta homens e mulheres. Isso se apresenta de maneira marcante no caso da violência, especialmente a violência doméstica e sexual, que atinge prioritariamente a população feminina.

Considerando as informações do SINANET, referentes ao período de 2014 a 2018, o número de Unidades Notificadoras de Violências contra Mulher vem mantendo uma média de 4.346 registros anuais (2014 - total de 5.037; 2015 - total de 4.190; 2016 - total 4.963; 2017 - total de 3.387; 2018 - total de 4.151 casos notificados).

Gráfico 31- Registros Notificações de Violências contra Mulher



Fonte: SINAN NET

Essas informações derivam das ocorrências dos casos de violências, com entradas em alguma unidade/estabelecimento de saúde e obviamente pelo registro desses casos, com o preenchimento obrigatório da Ficha de Notificação (Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003).

Durante as ações de monitoramento da Violência contra a mulher, se identificou dificuldades dos profissionais de saúde para a notificação de violência contra mulheres, entre elas, o desconhecimento sobre a própria notificação e as ações a conduzir, além da não notificação de violências por medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos ao preencher a ficha.

O desafio da saúde e de seus profissionais se encontra no reconhecimento da violência e da importância da notificação como um passo da atenção e do cuidado em rede, que objetiva através dos monitoramentos assegurarem a notificação compulsória de todos os casos de violência contra mulher e promover atendimento humanizado e integral às vítimas, com a garantia de seus direitos e participar de forma atuante nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento das Violências contra a Mulher, com vistas à redução dos agravos comuns nos casos de impunidade, como o feminicídio. Assim como possibilita aos profissionais de saúde, articulados em rede, a busca de estratégias desencadeadoras dos processos de trabalho, onde os recursos tornam-se interdependentes.

Estão previstas, também, capacitações para qualificação e habilitação de serviços de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Sexual; Promoção do *I Encontro sobre Violência Contra Mulher* com as Regionais de Saúde, onde será discutida a legislação e estratégias de monitoramento e acompanhamento do fluxo de notificação junto aos municípios. Assim como, as ações e campanhas de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (como os 16 dias de ativismo pelo fim da Violência, etc.) realizadas sempre em parceria com outros Órgãos, como: Secretaria de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH, SESMA, SEASTER, Ministério Público, dentre outros órgãos governamentais e não governamentais.

Saúde do Homem

A principal causa de óbitos masculinos no Pará continua sendo causas externas. O número de casos de violência interpessoal, inclusive homicídio, com aumento da população carcerária masculina que é predominante; os acidentes de trânsito com vítimas fatais; Outro fator que contribui são as mortes por doenças do aparelho

circulatório decorrente do sedentarismo, alimentação inadequada, estresse, alcoolismo, tabagismo e o não tratamento da hipertensão arterial e diabetes.

O câncer de estômago é o que mais mata homens no Pará e pode ter sua incidência reduzida na população por meio de hábitos saudáveis como evitar o sedentarismo, consumir álcool moderadamente, não fumar, ter cuidado com a procedência da água de consumo (principalmente aquela com alta concentração de nitrato) e ter cuidado com agrotóxico.

Quadro 49 - Principais causas de Óbito masculino – 2014 a 2017

Causas de Óbito	2014	2015	2016	2017
Causas externas	5.492	5.715	6.226	6.398
Doenças do aparelho circulatório	4.628	4.944	5.087	5.174
Neoplasias (tumores)	2.185	2.310	2.319	2.503
Doenças do aparelho respiratório	1.641	1.909	1.917	2.045
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.141	1.226	1.224	1.378
Doenças infecciosas e parasitárias	1.061	1.054	1.100	1.076
Doenças do aparelho digestivo	998	1.020	1.048	1.071
Doenças do aparelho geniturinário	423	439	478	521

Fonte: SIH/SUS

O número de casos de câncer de próstata também vem mostrando um aumento semelhante aos demais Estados da federação. Para prevenir novos casos é necessário intensificar as ações educativas e mitigar o tabu que o assunto desperta, principalmente quando se fala em toque retal.

As principais causas de internação masculina no Pará são aquelas que impedem ou dificultam as atividades laborais, uma vez que os homens geralmente procuram os serviços de saúde quando veem sua força de trabalho ameaçada.

O maior desafio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é mudar certos comportamentos da população masculina, por meio de ações educativas, estimulá-los a procurar os serviços de saúde com maior frequência, sobretudo, a partir da Atenção Básica, e apenas direcionar à Atenção Especializada quando realmente necessário. Um fato que ilustra bem esta questão é o número de amputações de pênis em decorrência de câncer. No Brasil, ocorrem cerca de mil amputações de pênis por ano, pois os homens demoram cerca de um ano, após os primeiros sinais, a procurar os serviços de saúde. Outra dificuldade enfrentada no Estado é a falta de adesão dos gestores municipais, uma vez que a política não oferta recursos financeiros à sua implantação, mesmo que a médio e longo prazo seus efeitos sejam consideráveis em relação à desoneração do SUS. De qualquer forma é difícil romper certos paradigmas tão arraigados da população masculina.

Portanto, a PNAISH tem uma missão de sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, sendo necessário firmar novas parcerias intersetoriais e interinstitucionais para o desenvolvimento de ações acerca dos problemas que atingem a população masculina. Observa-se na tabela abaixo as principais causas de internações.

Tabela 11 - Principais Causas de Internação por Região de Saúde >= 15 anos

Causas Internação/ Regiões de saúde	Causas externas	Aparelho circulatório	Neoplasias (tumores)	Aparelho respiratório	Doenças endócrinas	Infecciosa e parasitária	Aparelho digestivo	Aparelho geniturinário
Araguaia	2.456	1.196	175	1.942	551	1.284	1.327	1.236
B. Amazonas	2.706	1.141	514	840	271	1.778	1.499	884
Carajás	2.956	1.354	251	1.248	457	1.401	1.896	926
L. Tucuruí	1.412	381	94	355	172	415	655	371
Metro I	7.722	3.278	1067	2.377	624	3.294	4.481	2.078
Metro II	1.555	450	111	710	174	1.310	903	489
Metro III	4.269	1.631	503	1533	416	1.879	1.961	1265
R. Caetés	1.976	795	240	806	260	1.536	1.466	719
Tapajós	1.146	389	58	341	166	379	465	267
Tocantins	2.332	808	396	1.554	273	1.759	1.566	1.006
Xingu	2.363	743	167	692	266	901	857	784
Marajó I	757	348	36	364	79	613	431	317
Marajó II	1069	426	96	477	69	595	559	376

Fonte: SIH/SUS-2018

Saúde do Idoso

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. Os quadros abaixo apresentam os dados de morbimortalidade do Estado relacionados à população idosa, na série histórica período de 2014 a 2018.

Quadro 50- Morbidade Hospitalar na Faixa Etária 60 a 69anos, 70 a 79 Anos e 80 Anos e Mais.

Internações Capítulo CID 10	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Doenças do Aparelho Circulatório	5.246	14.535	13.217	13.825	14.362	71.185
Doenças do Aparelho Respiratório	11.815	11.571	9.926	12.994	12.039	58.345
Algumas doenças infecciosas. e Parasitárias	9.729	9.086	9.336	9.689	10.003	47.843
Doenças do Aparelho Digestivo	8.363	8.405	8.612	8.798	8.936	43.114
Doenças do Aparelho Geniturinário	6.275	6.377	6.340	6.937	7.142	33.071
Lesões Env. Alg out Conseq Causas Externas	5.326	5.558	5.466	6.060	6.920	29.330
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	4.416	4.077	3.966	4.143	4.162	20.764

Fonte: MS/SIH do SUS (SIH/SUS) 2018

Quadro 51- Mortalidade hospitalar, óbitos na faixa etária 60 a 69anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais

Mortalidade Capítulo Cid 10	2014	2015	2016	2017	Total
Doenças do Aparelho Circulatório	6.264	6.812	6.878	7.348	27.302
Neoplasias (Tumores)	2.727	2.870	2.976	3.143	11.716
Doenças do Aparelho Respiratório	2.476	2.830	2.893	3.214	11.413
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	1.896	2.092	2.024	2.199	8.211
Sint. Sinais e Achado Anorm EX Clin e Laborat	1.982	1.891	1.853	1.751	7.477
Doenças do Aparelho Digestivo	931	933	985	1.047	8.211
Algumas doenças infec. e Parasitárias	657	751	752	752	7.477
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	601	584	634	747	2.566

Fonte: MS/SVS/ CGIAE – Sistema de Informação Mortalidade - SIM2019.

Em Relação aos dados do perfil epidemiológico de morbimortalidade apresentados nas séries históricas, 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*, com as doenças com maior número de internações e de causa de óbitos nos últimos anos as doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias, digestivo, doenças do aparelho geniturinário, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. As doenças infecciosas e parasitárias ainda são presentes em alto número nessa população no Estado.

No Pará nos anos de 2014 a 2018, observou-se um aumento dessas doenças, porém, oscilando em um ano e outro em relação ao aumento e diminuição no número de internações e ou óbitos por doenças crônicas degenerativas, essas doenças na sua maioria são por causas sensíveis a atenção primária, conforme Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, e para tal necessitam de intervenções através de ações junto à população geral com o objetivo de reverter os problemas apresentados, diminuindo essas ocorrências prevenindo doenças e diminuindo os agravos.

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 à população idosa e demais ciclos de vida para que os números de internações e mortalidade nessa faixa etária possam diminuir 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 nº2528 de19/10/ 2006, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preservando, assim a sua autonomia e independência.

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 é a Caderneta de Saúde das Pessoas Idosa, instrumento de rastreio que contém dados importantes da saúde psicossocial, física, sócio familiar 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 e detectado precocemente, e encaminhado dentro da rede de atenção 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.

No Estado do Pará dos 144 municípios, cerca de 117, ou seja, 81.25% já aderiram da Implantação da Caderneta junto ao Ministério da Saúde, estando alguns em processo de implantação do referido instrumento.

Quadro 52- Número de Denúncias de Violência no Estado do Pará contra a Pessoa Idosa: dados obtidos em 2018. Pelo DISK.100 : Série Histórica 2014 – 2018

Ano de Ocorrências	2014	2015	2.016	2017	2018
Estado Pará	624	697	608	654	590

Fonte: SINAN/SESPA: 05/2019.

Quadro 53 - Dados de Notificação de Violência em Idosos >60 anos ou mais, municípios do Pará.

Macrorregião	Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Macro I	Metropolitana I(5)	111	48	93	48	40	340
	Tocantins(09)	7	5	1	8	10	31
	Marajó I(9)	0	0	2	2	0	4
	Marajó II(7)	1	1	0	2	1	6
Macro II	Metropolitana II(09)	3	3	2	1	1	10
	Metropolitana III(22)	9	2	7	20	20	58
	Rio Caetés (16)	2	3	2	6	11	24
Macro III	Baixo Amazonas(14)	10	17	9	2	4	42
	Tapajós(06)	1	3	2	5	3	14
	Xingu (09)	4	15	14	9	12	54
Macro IV	Lago de Tucuruí(06)	6	8	15	18	32	79
	Carajás (17)	1	3	7	8	4	23
	Araguaia (15)	8	4	2	2	0	16
Total	Total	163	112	156	131	138	700

Fonte: SINAN/SESPA /05/2019.

Em relação aos dados de violência à pessoa idosa no Pará, percebe-se um crescimento nas denúncias o que demonstra e pode sugerir que a sociedade está mais atenta às situações de violência e denunciando para os órgãos de defesa e proteção disponíveis, porém um ponto que deve ser referido nesta análise é a subnotificação de casos observados nas séries históricas, onde apenas 77 municípios dos 144 municípios

do Pará fizeram pelo menos uma notificação de casos de suspeita de violência à pessoa idosa pelo SINAN.

Diante dessa análise é necessário qualificar os profissionais da atenção básica, hospitais e secretaria de assistência social com relação à utilização da ficha de notificação; a organização da rede de atenção ao idoso no SUS e SUAS a fim de atender de forma integral e integrada cuidando do idoso violentado tendo retaguarda para atender o mesmo na rede do SUS.

Um dos grandes temas debatidos é a questão da prevenção da violência, data que é marcada mundialmente em 15 de junho, realiza-se campanhas no sentido de divulgar as violações a essa população consideradas crimes e um problema de saúde pública, que precisam ser denunciadas aos órgãos de defesa e ser notificadas pelos profissionais dos setores públicos e privados junto aos órgãos de vigilância conforme prevê o Estatuto do Idoso.

Saúde Indígena e Povos Tradicionais

O Estado do Pará em sua imensa extensão territorial abriga grande número de comunidades que têm seus modos de vida relacionados predominantemente com a terra. Seus representantes compõem as populações tradicionais como as ribeirinhas, quilombolas, assentados, além dos povos indígenas representados por suas várias etnias.

O acesso desses segmentos à saúde integral por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade ainda é um desafio na esfera do governo estadual por requerer ações adequadas às peculiaridades e especificidades de saúde dessas populações.

Além disso, outras dificuldades podem ser pontuadas como a falta de treinamento introdutório e a própria aceitação do profissional ao iniciar um trabalho com as populações tradicionais, especialmente as indígenas, e as condições de trabalho não satisfatórias e a importância da qualificação técnica constante da equipe de trabalho.

No Estado do Pará *existem quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI*, com sedes nas seguintes Regiões de Saúde: Xingu – Altamira; Araguaia – Redenção; Tapajós - Itaituba e Metropolitana I- Belém, cada um com Casas de Saúde do Índio- CSAI, que cuidam da atenção básica da saúde indígena e articulados com a SESPA, municípios e Movimento Social Organizado, consolidam o planejamento, execução e monitoramentos de ações para essas populações.

Com base nas articulações e discussões sobre o atual quadro da saúde indígena, a SESPA propôs fortalecer a Rede de Atenção à Saúde - RAS indígena no Pará, para identificar demanda e promover o atendimento de atenção ambulatorial especializada ao indígena. Assim como, assessoramento, monitoramento e necessidade de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a partir de políticas informadas por evidências, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os direitos sociais direcionados à população indígena ligado às regiões de saúde.

Em relação às comunidades quilombolas, existem no Brasil 178 comunidades; 62 estão no Pará e 53 já foram reconhecidas pelo instituto de Terras do Pará (ITERPA). Essas comunidades convivem com problemas de difícil acesso à saúde e saneamento básico precário. No Estado existem 176 Estratégias Saúde da Família- ESF quilombolas/assentados nos mais diferentes municípios.

Os ribeirinhos estão presentes em 113 municípios, correspondentes a 80% dos municípios paraense. Seus problemas assemelham-se aos dos outros seguimentos já citados, sendo agravados pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

A SESPA articula-se com diferentes áreas numa ação educativa e vem fortalecendo as ações de imunização. No que concerne à assistência na APS, a Estratégia Saúde da Família, houve uma melhora significativa com a presença do Programa “Mais Médicos”, até 2018. A partir de 2019, com a saída dos médicos cubanos e posterior entrada com médicos com CRM formados no exterior, algumas equipes encontram-se sem médicos aguardando finalização do processo.

A falta de água potável e precariedade do saneamento básico, assim como a falta de hábitos alimentares saudáveis, levam ao aparecimento de sérios agravos de saúde, cenário comum nas localidades assistidas. Com base nessa percepção dos principais agravos tanto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), quanto problemas sociais como: uso de álcool e drogas, emprego e renda que agudizam a questão social desses segmentos, o Estado articula a transversalidade das ações, que contribuam efetivamente para a melhoria de saúde dessas populações.

Um dos grandes dramas vivenciados pelas comunidades ribeirinhas está relacionado ao enfrentamento dos **acidentes de motor com Escalpelamento**, como podemos observar na Série Histórica dos Acidentes com Escalpelamento entre os anos de 2014 e 2018, *na tabela 12* abaixo distribuída nas Macrorregiões de Saúde:

Tabela 12- Acidentes de Motor com Escalpelamento

Macrorregião	Regiões de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Macro I	Metropolitana I						
	Tocantins	3	1	2		2	8
	Marajó I	1	2	2		2	7
	Marajó II	6	5	3	1	2	17
Macro II	Metropolitana II						
	Metropolitana III		2				2
	Rio Caetés						
Macro III	Baixo Amazonas	1				1	2
	Tapajós						
	Xingu						
Macro IV	Lago Tucuruí	-	-	-	-	-	
	Carajás	-	-	-	-	-	
	Araguaia	-	-	-	-	-	
TOTAL ESTADO		11	10	7	1	7	36

Fonte: Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Observa-se que os maiores registros dos acidentes concentram-se na Macrorregião I, onde estão localizados os Municípios banhados pelo Rio Tocantins e localizados na Ilha do Marajó, considerada a maior ilha fluvio marinha do mundo, que apesar da grandeza de sua biodiversidade, tem um dos piores índices de desenvolvimento humano do país.

Na região de Saúde do Tocantins, de acordo com a série histórica, ocorreram 08 casos de escalpelamento, sendo que o último registro de acidente foi em 2018. Na Região de Saúde do Marajó I, ocorreram 7 casos ao longo da série histórica, com maior concentração nos Municípios de Muaná, 03 casos, com 01 óbito; e São Sebastião de Boa Vista com 4 casos. Porém, o maior registro de acidentes ocorreu na Região de Saúde do Marajó II, 17 casos. Nesta região, destacam-se os Municípios de Portel com 06 casos, Melgaço e Curralinho (04 casos) e Anajás (03 casos).

Muitos aspectos podem ser apontados como influenciadores nessa questão. Um deles é, certamente, a imensidão fluvial onde às margens dos incontáveis furos, rios e afluentes encontram-se várias comunidades ribeirinhas e casas de família entremeadas à floresta de igapó. As características físicas dessa bacia hidrográfica, com estreitos cursos de água ladeados por vegetação densa, por onde é complicado e até perigoso o fluxo dos pequenos barcos, dificulta o acesso das equipes de prevenção aos acidentes de motor com escalpelamento e fiscalizações da Marinha do Brasil/Capitania dos Portos às embarcações que não cumprem com as normas adequadas de segurança para o transporte de passageiros.

A SESPA desenvolve um trabalho contínuo de sensibilização junto às comunidades das regiões de saúde das áreas ribeirinhas para prevenção aos acidentes de motor com escalpelamento, através dos Monitoramentos, Capacitações, Campanhas e, principalmente, o fortalecimento dos Comitês Municipais de Combate ao Escalpelamento. Principais propostas de ação são: Expansão e Fortalecimento dos Comitês Regionais/Municipais de Combate ao Escalpelamento no Estado, principalmente nos municípios e regiões de maior incidência de casos; Criação do sistema de informação para notificação de acidentes de motor com escalpelamento parcial ou total no Estado; Redefinir e garantir o fluxo de atendimento assistencial na Rede de Atenção à Saúde, tornando os hospitais municipais/regionais porta aberta para os primeiros cuidados às vítimas, já que precisam se deslocar para a capital do Estado, Belém, ao Pronto Socorro Municipal Mário Pinot e após para o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) e a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), comprometendo ainda mais as sequelas do acidente; Fomentar por meio do Programa Saúde na Escola no Estado, que hoje atinge 100% dos Municípios Paraenses, a inclusão de programações voltadas para as regiões das águas, o trabalho de prevenção dos acidentes de motor com escalpelamento, considerando que é através do diálogo entre os representantes dos diferentes setores que será possível aprofundarem saberes e constituir práticas que considerem as potencialidades e vulnerabilidades do território.

Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP)

O Estado do Pará aderiu à Política Nacional à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) em 2014. A proposta do Estado era a implantação de Equipes de Atenção Básica Prisional - EABP em todos os municípios que possuísem população carcerária, sendo necessária a adesão municipal, pois até o ano de 2014 somente o município de Marituba era habilitado no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

No mesmo ano, foi instituído o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que tem por objetivo garantir o cuidado integral a saúde das pessoas com transtorno mental que cometem crimes, preferencialmente redirecionando a assistência para a Rede de Atenção Psicossocial. No Estado do Pará existe 01 (uma) equipe EAP

para atender a demanda de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei nas diferentes regiões de saúde.

A **EAP** recebe o recurso pelo Governo Federal através de repasse fundo a fundo, condicionado ao envio de informações mensais dos atendimentos realizados pela equipe. Atua no fortalecimento da Rede de Atenção e Proteção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, através de atividades de matriciamento às equipes de saúde e assistência; articulações com o Poder Judiciário, que também, abrange: buscas ativas dos familiares dos pacientes egressos do Hospital Geral Penitenciário (HGP) sejam intermunicipais ou interestaduais; manutenção da República Terapêutica de Passagem e eventos educativos de integração de políticas.

A EAP desde 2014 acompanha o processo de desinstitucionalização de 67 usuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP, dentre os quais 45 retornaram para suas famílias, 9 vivem de maneira autônoma, 11 encontram-se como moradores na República Terapêutica de Passagem, 1 encontra-se em abrigo da rede de Proteção do Sistema Único da Assistência Social vinculado a SEASTER e 1 na Residência Terapêutica da Marambaia.

Panorama da População Carcerária X Saúde. De acordo com a SUSIPE, as unidades prisionais do Estado ficam localizadas nos municípios de: Abaetetuba, Almeirim, Altamira, Ananindeua Belém, Breves, Bragança, Capanema, Cametá, Castanhal, Itaituba, Marabá, Marituba, Mocajuba, Parauapebas, Paragominas, Redenção, Santa Izabel do Pará, Santarém, Salinópolis, Tomé-açu e Tucuruí. Somando 22 municípios do Estado. Considerando a adesão à PNAISP temos atualmente no Pará o percentual de 22,72% de municípios com população prisional, correspondendo a 5 (cinco) municípios com EABP implantadas. Essa adesão foi reduzida, devido ao descredenciamento da EABP do Município de Breves e a não adesão à PNAISP pelo Município de Marituba que estava habilitado pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário-PNSSP. Segue abaixo quadro do Estado relativo à adesão à PNAISP.

Quadro 54 - Adesão à PNAISP no Estado

Macrorregião	Região de Saúde	Unidades Prisionais	Adesão à PNAISP/TIPOLOGIA
Macro I	Metropolitana I	4	1 EABP tipo III (Ananindeua)
	Tocantins	2	
	Marajó I	0	

	Marajó II	1	
Macro II	Metropolitana II	2	4 EABP tipo II (Santa Izabel do Pará)
	Metropolitana III	2	
	Rio Caetés	3	1 EABP tipo II (Bragança)
Macro III	Baixo Amazonas	1	1 EABP tipo III (Santarém)
	Tapajós	2	
	Xingu	1	
Macro IV	Araguaia	1	
	Carajás	2	2 EABP Tipo II (Marabá)
	Lago de Tucuruí	1	
	Pará	22	

Fonte: EAP/DPAIS/SESPA

A partir dos dados apresentados observa-se a necessidade de se constituir mais duas EAP no Estado do Pará para melhor atender a demanda; Proporcionar acompanhamento dos pacientes a partir da constituição de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), na proporção de 10 PTS por ano; Criar sistema de informação que possibilite otimizar o acompanhamento dos pacientes por Região de Saúde; Contribuir para desinternação progressiva de 30 pacientes de longa internação no HGP; Fomentar a criação de 6 Residências Terapêuticas para atender os egressos do HGP sem vínculos familiares; Realizar 2 Seminários Estaduais que tratem do cuidado com a Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.

Assistência Farmacêutica

No sentido de garantir a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS, a SESPA utiliza o sistema HORUS no centro de distribuição/SESPA em 100% das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Especializados - UDME; e apoia o MS na implantação/implementação do sistema nos 144 municípios do Estado contribuindo com a integração das ações e serviços de saúde. Em números, atualmente 100 municípios paraenses estão com o sistema implantado e 20.410 pacientes são atendidos nas 30 UDME distribuídas no Estado, conforme ilustrado na *Figura 6* abaixo:

Figura 6- Sistema HORUS e UDME implantados por Região de saúde



REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS PARAENSES	MUNICÍPIOS COM HORUS IMPLANTADO	UDME
<i>Araguaia</i>	15	14	02
<i>Baixo Amazonas</i>	14	08	01
<i>Carajás</i>	17	14	02
<i>Lago do Tucuruí</i>	06	04	01
<i>Marajó I</i>	09	06	00
<i>Marajó II</i>	07	02	00
<i>Metropolitana I</i>	05	05	20
<i>Metropolitana II</i>	09	04	00
<i>Metropolitana III</i>	22	15	02
<i>Rio Coetés</i>	16	11	01
<i>Tapajós</i>	06	04	00
<i>Tocantins</i>	09	06	00
<i>Xingu</i>	09	07	01
13 REGIÕES DE SAÚDE	144	100	30

Fonte: DEAF-2019

As atividades da Assistência Farmacêutica (AF) estadual são norteadas por legislações específicas emanadas do Ministério da Saúde (MS) e pela Política Estadual de Assistência Farmacêutica instituída na Portaria nº 1095 de 14 de novembro de 2018 que objetiva garantir à população paraense o acesso integral e qualificado aos medicamentos essenciais e produtos para saúde padronizados e incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo o uso racional, a dispensação contínua e o atendimento humanizado.

De acordo com as responsabilidades e pelo papel de referência técnica da AF Estadual, o Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica (DEAF), assessora tecnicamente 13 Centros Regionais de Saúde (CRS), 144 municípios e 30 (UDME) quanto às ações da AF; e realiza as etapas inerentes do ciclo logístico da AF de gerência do Estado.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

É composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para ao apoio de diagnóstico e tratamento.

Sistema Estadual de Transplantes

O transplante de órgãos pode constituir a única possibilidade de sobrevivência para as pessoas cujos órgãos vitais não funcionam mais. Há um número crescente de doenças que necessitam de transplantes e, em razão disso as indicações para este tratamento se tornaram cada vez mais frequentes, levando ao aumento do número de pacientes que aguardam por um órgão na fila de espera.

A Política Brasileira de Transplantes está regulamentada pela Lei GM/MS nº 9.434/97 e Lei federal nº 10.211/01, tendo como diretrizes a gratuidade da doação, o benefício em relação ao receptor e o não prejuízo em relação ao doador vivo. Além dessas leis, a normatização de toda essa política está sedimentada em decretos, portarias e resoluções.

A organização do Programa Brasileiro de transplantes envolve os três entes federados:

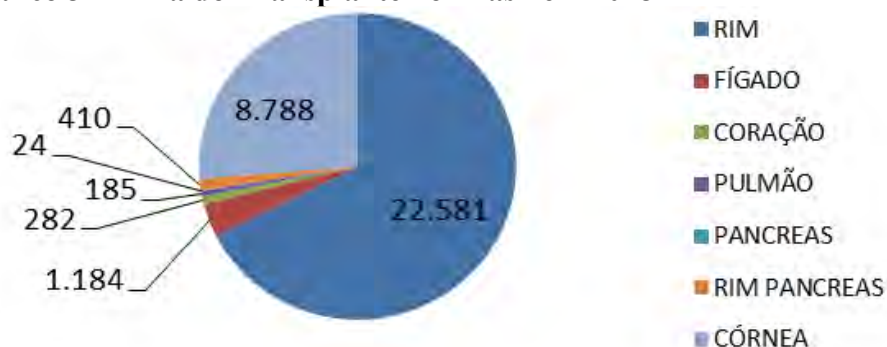
O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), exerce funções de órgão central, sendo o responsável por coordenar, regulamentar e normatizar os transplantes no país;

As Secretarias de Saúde Estaduais que atuam por meio das **Centrais Estaduais de Transplantes** (CET), como unidades executivas do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) nas unidades federadas, responsáveis por coordenar as atividades de doação e transplante de órgãos no âmbito estadual e;

As Secretarias de Saúde Municipais que são responsáveis por garantir o atendimento pleno de sua população às ações e serviços de sua competência.

A maior demanda de transplante no mundo é o renal, e apesar do Brasil ser o segundo país que mais realiza esta modalidade de transplante, o número de renais crônicos na fila do transplante também é maior entre os receptores que necessitam de um órgão. No final de 2018 havia 22.581 brasileiros na fila do rim conforme *Gráfico 32* demonstrado abaixo:

Gráfico 32 – Fila do Transplante no Brasil em 2018



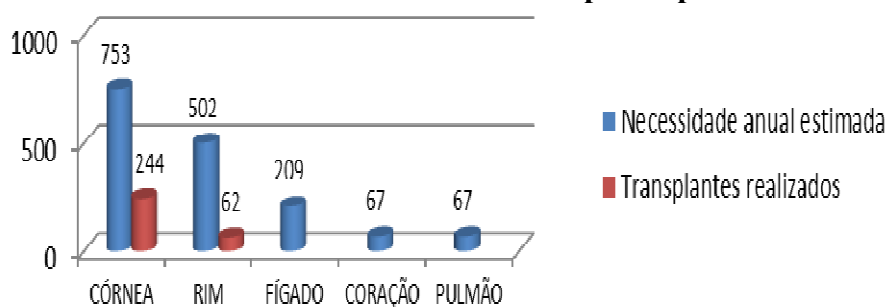
Fonte: RBT – Registro Brasileiro de Transplantes Ano XXIV Nº4, 2018.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a prevalência de Doença Renal Crônica é de 50/100.000 habitantes, inferior ao que é visto nos Estados Unidos (110/100.000), e no Japão (205/100.000), o que sugere que seja uma doença sub diagnosticada em nosso meio. Há mais de 120 mil brasileiros em diálise, cujas causas apontam: 35,2% para hipertensão, 27,5% para diabetes, 12,6% para glomerulonefrites, 4,2% para doença renal policística e 20,5% para outros diagnósticos.

Esses dados demonstram fragilidade na atenção básica, necessitando reforçar a prevenção dessas doenças. A mortalidade dos pacientes em diálise é de aproximadamente 20%, sendo observado aumento progressivo nos últimos anos.

No Pará, atualmente são realizados os transplantes de córnea, rim e medula óssea (transplante autólogo), contudo, há uma demanda de receptores paraenses que necessitam de outras modalidades de transplante que o Pará ainda não realiza e são encaminhados para outros Estados.

Gráfico 33 - Necessidade estimada de transplante para o Estado do Pará

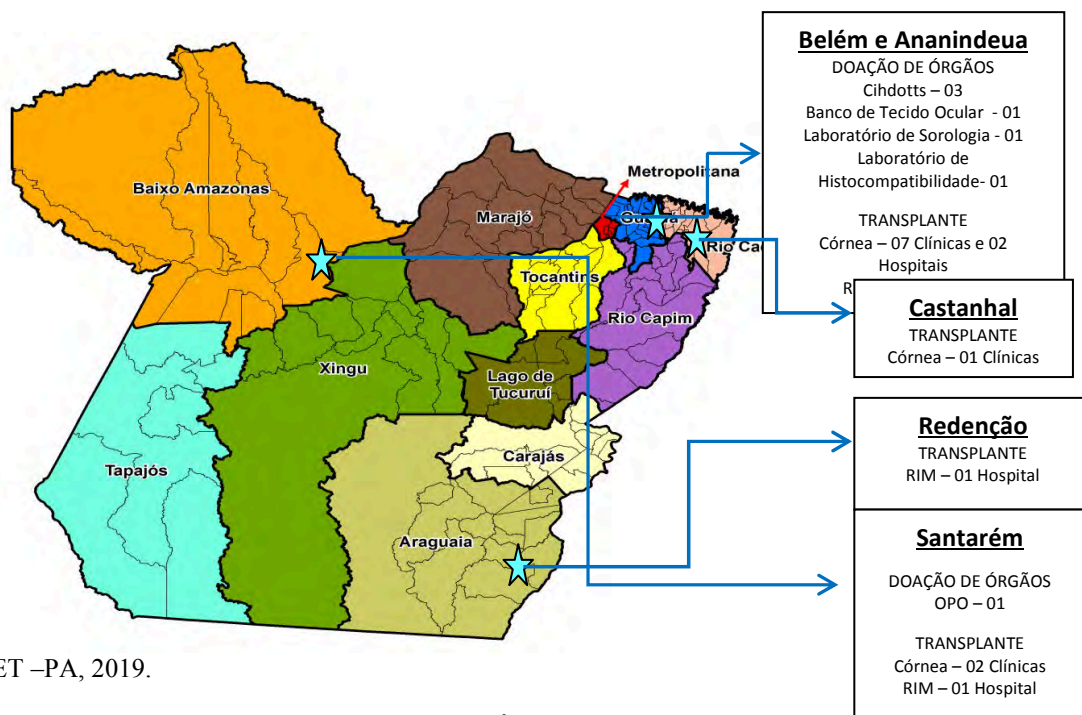


Fonte: CET/PA- 2019

O transplante no Pará iniciou em 1994 com o implante de córnea e o renal em 1999 no Hospital Ophir Loyola, registrando o primeiro transplante de órgãos sólidos no Estado, posteriormente outros hospitais também se credenciaram para este serviço: Hospital Regional Público do Araguaia em 2012, seguido do Hospital Saúde da Mulher

em 2014, e o Hospital Regional do Baixo Amazonas em 2016, possibilitando o acesso dos renais crônicos para transplante em três regiões de saúde do Estado, conforme demonstrado abaixo. Atualmente são 12 os estabelecimentos de saúde autorizados a realizar este procedimento.

Figura 7 – Regiões de saúde com estrutura para doação e transplantes de órgãos



Fonte: CET –PA, 2019.

*CIHDOTT - Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

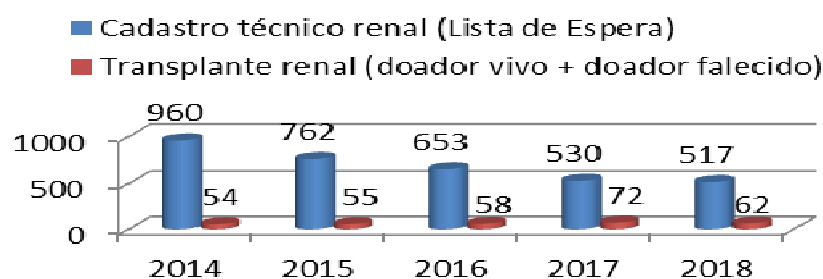
**OPO - Organização de Procura de Órgãos

Embora os serviços de transplante renal estejam estrategicamente distribuídos em três regiões do Estado, não resolve a longa distância do acesso; já os serviços de córnea estão concentrados na Região metropolitana, apenas na Capital.

Em ambos os casos a rede de transplantes não é o suficiente para alcançar uma população de 8.615.392 de paraenses distribuídos em uma área de 1.248.042.515 Km², o que demonstra a necessidade de expansão desta rede abrangendo um maior número de regiões de saúde, contudo, deve-se considerar a distância entre os municípios e a capital, a logística de transporte e a estrutura dos estabelecimentos de saúde, essa avaliação se faz necessária por existir no Estado apenas um laboratório de imunogenética para realizar os exames de histocompatibilidade, e apenas um banco de tecidos ocular para processar a córnea antes de disponibilizar para o transplante, além da sorologia do doador, por ser específica, ser realizada apenas no Hemocentro coordenador instalado em Belém.

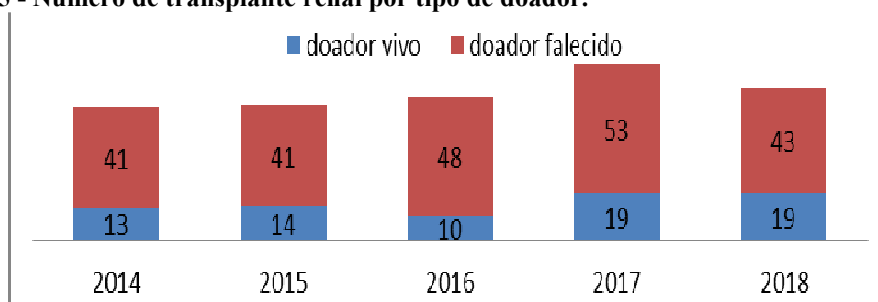
De 2014 a 2018 foram realizados 294 transplantes renais, a maioria (75%) foi realizado com doador falecido e 25% com doador vivo. Em 2018 foram registrados 62 procedimentos, no entanto, no final deste mesmo ano, existiam 391 receptores na fila do rim do Estado. São fatores importantes que contribuem para o aumento do tempo e a permanência do paciente na fila do transplante, a demora na realização dos exames pré-transplantes, para inscrição e manutenção do paciente na fila, em alguns Hospitais de transplantes. Assim como, a *carência de órgãos e tecidos ofertados*, indicando a necessidade dos centros transplantadores garantirem por meio de pactuação e/ou terceirização os exames necessários para deixar o paciente apto ao transplante no menor tempo possível, bem como há a necessidade de ações para aumentar as doações multiorgânicas no Estado respectivamente.

Gráfico 34 – Número de receptores em lista de espera X número de transplante renal realizados.



Fonte: RBT – Registro Brasileiro de Transplantes Ano XXIV Nº4, 2018; SIG/SNT 2019.

Gráfico 35 - Número de transplante renal por tipo de doador.



Fonte: RBT – Registro Brasileiro de Transplantes Ano XXIV Nº4, 2018; SIG/SNT 2019.

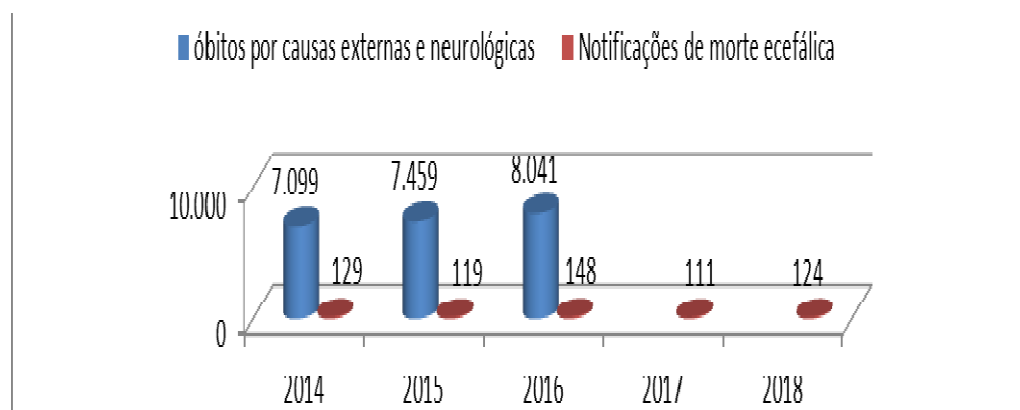
Apesar da fila do rim aparentar não ser tão extensa, os dados da sociedade Brasileira de nefrologia demonstram que o Pará tem mais de 3.000 pacientes em hemodiálise, ou seja, apenas 15% dos renais crônicos estão inscritos no programa de transplante renal do Pará, indicando que há uma demanda reprimida de acesso a esta terapia quando comparamos este número com a média nacional onde 25% dos pacientes em hemodiálise estão inscrito na fila do rim.

Embora o número de transplante renal seja menor que o de córnea, o volume de paraenses inscritos a fila da córnea é bem maior que a do rim. As córneas utilizadas, no Pará, para recuperar a visão de pacientes por meio do transplante são oriundas de doadores falecidos no próprio Estado (média de 50%) e de doadores de outros Estados (média 50%). Nos últimos cinco anos foram realizados 1.134 procedimentos, com média anual de 226 transplantes.

A desproporção entre as listas de espera e os transplantes realizados evidencia que a oferta de órgãos no Estado não consegue acompanhar a demanda de receptores e, ainda que alguns transplantes possam ser realizados entre pessoas vivas, esta estratégia não tem sido uma solução para escassez de órgãos, já que a grande maioria dos pacientes não tem doador vivo disponível e dependem de órgãos doados de pessoas falecidas.

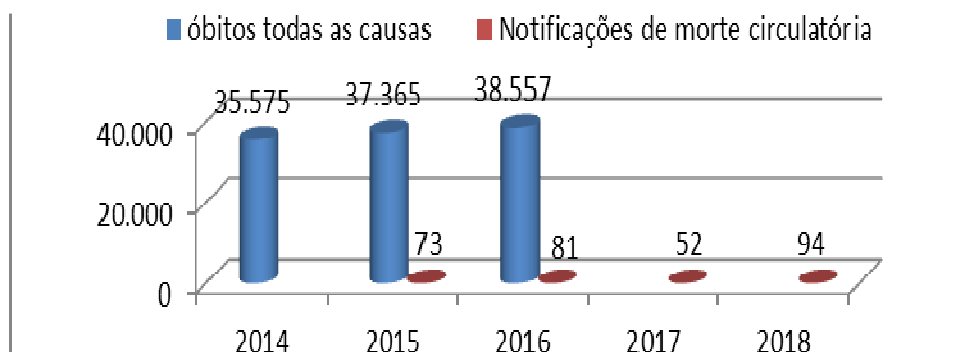
A *recusa familiar* é uma das causas da baixa taxa de doação no Pará, entretanto, quando se analisa o número de potenciais doadores notificados em 2018 (124) se observa que a *negativa da família* (53%) é tão significativa quanto os casos de morte encefálica que não são informados à Central Estadual de Transplante (RBT 2018).

Gráfico 36- Número de óbitos por causas externas e neurológicas no Pará VS notificação de morte encefálica, 2014 – 2018.



Fonte: RBT – Registro Brasileiro de Transplantes Ano XXIV N°4, 2018; SIG/SNT 2019. (0,02)

Gráfico 37 - Número de óbitos VS notificações de morte de coração parado, 2014 – 2018.



Fonte: RBT – Registro Brasileiro de Transplantes Ano XXIV N°4, 2018; SIG/SNT 2019.

Embora o diagnóstico de morte encefálica seja obrigatório e a notificação desta morte ser comunicada à CET em caráter urgente, essa prática ainda não está sendo cumprida pela maioria dos estabelecimentos de saúde (Lei 9434 e Decreto 9175).

Em 2017 houve alteração nos critérios de morte encefálica no Brasil, e desde então é exigido pela norma Brasileira que o diagnóstico de morte encefálica somente poderá ser realizado por médicos capacitados, cabendo às CET a capacitação dos médicos em seus Estados, assim como prover apoio ao diagnóstico quando o hospital necessitar deste suporte (Decreto 9175/2017 e Resolução 2173/2017 do Conselho Federal de Medicina).

O Artigo 19 do Decreto 9175/2017 dispõe que após a declaração da morte encefálica, a família do falecido deverá ser consultada sobre a possibilidade de doação de órgãos para transplante, contudo, a carência de profissionais capacitados nos hospitais do Estado impossibilita que as famílias sejam informadas acerca da doação de órgãos.

A doação de órgãos para transplantes é um processo complexo que envolve equipes multidisciplinares capacitadas de diferentes instituições, além de um conjunto de procedimentos sequencias e concomitantes sob a coordenação da CET e regulamentada por leis e protocolos específicos.

Para o desempenho da rede de atenção á doação de órgãos e tecidos, o Brasil segue a combinação de dois modelos de procura de órgãos: a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) que atua em nível hospitalar e a Organização de Procura de Órgãos (OPO), nesse modelo, o governo determina áreas contíguas de abrangência.

O Sistema de Transplantes do Pará é composto por uma única OPO, localizada na Macrorregião III, sede em Santarém e apenas quatro CIHDOTTS. O descumprimento da legislação quanto a criação de CIHDOTTS por parte dos hospitais contribui para o aumento de morte encefálica subnotificada. A ausência dessas comissões e a falha na manutenção dos órgãos conferem os principais obstáculos à efetivação da doação de órgãos e tecidos, devido estas ações estarem inseridas no início do processo de uma série de etapas sequenciais e dinâmicas até que a captação e o transplante dos órgãos venha a ser efetivamente realizado.

Acesso a Rede de Transplante - O acesso ao transplante de córnea pelo SUS geralmente inicia em uma unidade básica de saúde ou na rede convênios de saúde, de onde são referenciados aos estabelecimentos de saúde autorizados a realizar este procedimento.

A indicação para o transplante renal é feita pelo nefrologista da clínica onde o paciente dialisa, que o encaminha à equipe transplantadora mais próxima ou à escolha do receptor. Uma vez inscrito e apto para transplantar, é só aguardar ser chamado pela equipe transplantadora quando houver a disponibilização de um órgão ou tecido. Diferente da córnea a fila do transplante renal não funciona por ordem de chegada, mas por compatibilidade.

É imprescindível o paciente manter atualizado o contato telefônico, da mesma forma é fundamental a equipe manter atualizado o cadastro técnico de cada paciente que o mantém ativo na fila de espera, pois a disponibilidade de um órgão pode ocorrer a qualquer hora.

O aprimoramento de toda a rede de doação e transplantes no Estado tem sido uma constante e, especialmente, a partir de 2018 o Estado através da CET – PA, tem se apropriado das complexidades que compõem o cenário atual que perpassa por questões de ordem administrativa, técnica, estrutural, econômica e geográfica, em busca de resultados cada vez melhores.

Visando o melhor desenvolvimento do processo de Doação e Transplantes, o Estado visa Implementar as Redes de Doação, Captação de Transplante de Órgãos e Tecidos no Estado do Pará, fortalecendo os serviços já existentes e posteriormente ampliando as atividades levando em consideração as peculiaridades do Estado, principalmente no quesito geográfico-logístico, centralizando as atividades de transplantes nas macrorregiões que já a possuem considerando as complexidades das

redes assistenciais e descentralizando as atividades de doação e captação de órgãos e tecidos e capacitação de profissionais.

ENTIDADES VINCULADAS

Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA)

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 13- Unidade Hemoterápica por Hierarquia de Gestão

	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- 2019

Está estruturado por programas, iniciando pela área finalística que sustenta a missão institucional com as Ações: Educação Permanente na Saúde, Apoio à Realização de Transplante, Implementação das Ações de Média e Alta Complexidade, Realização de Serviços de Hemoterapia e Requalificação de Estabelecimentos de Saúde e continua pelos demais programas, que relacionados entre si viabilizam o desempenho da instituição.

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 Assistência Hematológica, Gestão de Pessoas, Relacionamento com o Usuário e as Reformas necessárias nas Unidades Hemoterápicas.

Considerando a necessidade da elaboração do plano de gestão estratégica para o período 2020 – 2023, essas oportunidades de melhoria foram analisadas durante as

oficinas realizadas, com a participação de todos os gestores, com a utilização de ferramentas de planejamento, com foco no cenário interno e externo.

Cenários esses que subsidiaram as discussões e participação durante a elaboração do novo Plano Plurianual (PPA) dos temas discutidos guiou-se ao protagonismo de gestão da Fundação HEMOPA, a Assistência Hematológica, bem como as ações de Tecnologia da Informação e Comunicação, juntamente com as demais que formam os processos organizacionais, sejam finalísticos, de apoio e/ou de gestão.

Perspectivas para o próximo quadriênio - Tendo como referência a análise dos cenários interno e externo, a Fundação HEMOPA tem como perspectiva para o próximo quadriênio, concluir o Plano de Gestão Estratégica (PEG) 2020 – 2023, em alinhamento ao novo PPA e assim revisar o Plano Diretor do Sangue - PDS e a Política Estadual do Sangue - PES, instrumentos estes da gestão hemoterápica, a serem apresentados na Câmara Técnica de Assessoramento da Política Estadual do Sangue, Componentes e Derivados no âmbito do Sistema Estadual de Sangue.

Hospital Ophir Loyola (HOL)

É um hospital geral estadual localizado em Belém/Pará, sendo um hospital do SUS na totalidade de seus atendimentos prestando serviços de saúde nas diversas especialidades médicas de média e alta complexidade. É o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Estado do Pará e referência em Neurocirurgia, Nefrologia e Transplantes.

Possui um Centro Cirúrgico (07 salas de cirurgia), 07 leitos de recuperação pós-anestésica e farmácia satélite. Mantém em funcionamento 230 leitos operacionais cirúrgicos nas especialidades (Buco – Maxilo- Facial, Neurocirurgia, Oncologia, Transplantes) e 77 Clínicos nas especialidades(Nefrourologia, Neurologia e Oncologia), 08 leitos de hospital –dia, 29 leitos de Unidade de Terapia Intensiva para adulto. Possui uma Unidade de Atendimento Imediato a pacientes oncológicos e nefropatas para estabilização de pacientes críticos/graves com 08 leitos de observação, sala de classificação de risco, estabilização, nebulização e 02 consultórios médicos.

Na Assistência Ambulatorial possui um ambulatório de especialidades com 21 consultórios médicos, 07 consultórios multiprofissionais, 01 consultório odontológico, 01 sala de pequenas cirurgias, 01 posto de enfermagem, 01 sala para curativos e 01 sala de imunização oferecendo atendimento a pacientes referenciados de média e alta complexidade nas especialidades de oncologia clínica, oncologia cirúrgica, nefrologia, ginecologia, cirurgia reparadora, cardiologia, urologia, radioterapia e quimioterapia. No Ambulatório também são realizados procedimentos de pequeno porte na sala de

pequenas cirurgias. Possui também atendimento multiprofissional nas especialidades de Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Odontologia incluindo atendimento especializado Buco-maxilo-facial.

No Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) oferece serviços de Imagem, laboratórios de Anatomia Patológica e Citológica, Biologia Molecular e Análises Clínicas oferecendo também serviços de Fisioterapia e Hemoterapia-Agência Transfusional.

Habilitado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade, disponibiliza serviços na Atenção à Oncologia, Atenção à Nefrologia, Atenção à Neurologia/Neurocirurgia e na área hospitalar atua em subespecialidades como a neuro oncologia cirúrgica e outras. No ambulatório, oferta os serviços para tratamento de distúrbios de movimento para pacientes com doenças de Parkinson e outros distúrbios de movimento, além de uso de toxina botulínica; ambulatório de: demências, cefaleia, doenças neuromusculares, doenças neurovasculares, neuroinfecções, neurologia oncológica e ambulatório de liquor para acompanhamento de pacientes oncológicos com neuroinfecção, proporcionando ainda a aferição da pressão inicial do liquor no momento da punção lombar através da Raquimanometria.

No Ensino e Pesquisa, O HOL é recertificado nos termos da Portaria Interministerial nº 2.835, de 30/11/2011, para desenvolver atividades de ensino e pesquisa possuindo estrutura específica para o desenvolvimento das atividades, com acesso a biblioteca atualizada e especializada na área de saúde, assim como auditório e salas de aula.

O Programa de Residência Médica tem como base a Lei nº 6932 de 07/07/1981 e Decreto nº 80.281 de 05/09/1977, e obedecem às instruções / resoluções / programação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC. Os programas no HOL tiveram seu início em 2002 e nessa trajetória foi certificado pelo MEC em 2009, sendo recertificado em 2011 e em 2013.

Na Programação constam cursos obrigatórios para Residências Médicas, Residência Multiprofissional, Programa de Residência Uniprofissional de Cirurgia e Traumatologia de Buco-Maxilo-Facial, Programa Uniprofissional de Enfermagem em Atenção ao Câncer.

A Educação Permanente dos profissionais do HOL atua em dois eixos: 1-comportamental, técnico, Gestão, Ensino e Pesquisa atuando dentro dos programas de

educação continuada em CCIH; 2- No Eixo Assistencial atua na capacitação e treinamento permanente da equipe multiprofissional.

Na Pesquisa o HOL possui estabelecidas suas Linhas de Pesquisa em: Oncologia; Neurocirurgia, Transplantes, Nefrologia, Obesidade, Medicina de Alta Complexidade, .Procedimentos Minimamente Invasivos, além de participar diretamente e indiretamente, através de seu corpo clínico, das atividades dos grupos de pesquisa da UEPA.

O Hospital integra o Plano Estadual e da Rede de Atenção Oncológica do Estado do Pará como o único CACON sendo responsável pelo atendimento dos casos de câncer prevalentes em adultos das regiões de saúde Metropolitana I, II e III. O CACON-HOL também é referência pelo atendimento de todos os tipos de câncer de todas as regiões de saúde do Pará.

O número de casos novos de câncer de 2015 para 2018 teve um acréscimo de 72 casos conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 38 – Evolução de Novos Casos de Câncer, HOL, 2015-2018



Fonte: Assessoria de Planejamento Estratégico, HOL

Nota: Em 2016 houve a desvinculação do Centro Hospitalar Jean Bitar e Hospital Infantil Otávio Lobo

Atenção em Neurologia -Na neurocirurgia o hospital atua em sub-especialidades como a neuro-oncologia cirúrgica, neurocirurgia vascular, neurocirurgia endovascular, neurocirurgia da coluna, neurocirurgia da dor crônica e dor oncológica, neurocirurgia de nervos periféricos, neurocirurgia funcional e distúrbios dos movimentos e neurocirurgia da epilepsia refratária.

Tabela 14 - Neurologia em Números: 2015-2018

Nº de Consultas	2015	2016	2017	2018	% Crescimento
Consultas de Neurocirurgia	3.619	3.953	4.471	4.656	29%
Consultas de Neurologia	2.741	3.455	4.636	4.926	80%
Nº Cirurgias	234	228	243	235	0,4%
Total de Internação	209	265	409	454	
Internação em Neurocirurgia	209	220	239	269	29%
Internação em Neuroclínica	0	45	170	185	311%

Fonte: Sistema de Informação HOL.2015-2018

Nota: Em 2016 houve a desvinculação do Centro Hospitalar Jean Bitar e Hospital Infantil Otávio Lobo

A Clínica Nefrológica se destina ao acolhimento e tratamento dos pacientes portadores de problemas renais. Atualmente realiza Transplantes de rim e córnea para pacientes do SUS, e ainda oferta gratuitamente medicação necessária após a realização das cirurgias.

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará- FSCMP

Hospital Geral, sob Gestão Estadual, referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido. Presta atendimento ambulatorial, internação, serviço de diagnóstico e terapia e urgência e emergência com atendimento de demanda espontânea e referenciada. Tem como finalidades essenciais: a assistência, o ensino e a pesquisa, em consonância com o perfil assistencial na Atenção a Saúde da Criança, Atenção a Saúde da Mulher, e Atenção à Saúde do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação.

Na Internação assistência hospitalar conta com 02 (dois) centros cirúrgicos com um total de 08 (oito) salas de cirurgia. Possui um total de 472 leitos sendo 291 leitos operacionais (Leitos Cirúrgicos: Ginecologia e Cirurgia Geral; Leitos Clínicos : Clínica Médica , Cardiologia, Dermatologia , Nefro urologia , AIDS; Leitos Obstétricos: Obstetrícia Clínica , Obstetrícia Cirúrgica ; Leitos Pediátricos : Pediatria Clínica e Pediatria Cirúrgica ; Leitos Hospital Dia : Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico.

Leitos Complementares 181: UTI Neonatal – Tipo II , UTI Pediátrica – Tipo II , UTI Adulto-Tipo II , Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional Canguru , Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional e Unidade Isolamento .

A **Assistência Ambulatorial**, conta com um complexo distribuído em 06 (seis) Ambulatório: da Mulher, de Especialidades Clínicas, de Especialidades Cirúrgicas, de Especialidades Pediátricas, de Assistência ao Prematuro, de Fissurados e 01 (um) Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Atende à Doença Renal Crônica (12 máquinas de Hemodiálise), Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual, Cirurgia Vascular, Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva, Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento, Serviço de Atenção em Neurologia/Neurocirurgia, Serviço de Cirurgia Reparadora, onde é contemplado o serviço de atenção às vítimas de escarpelamento e Serviço de fissura labiopalatal e anomalias craniofaciais.

O Serviço de Urgência e Emergência atende exclusivamente mulheres grávidas em demanda espontânea ou referenciada. A Triage Obstétrica realiza o acolhimento de risco no momento em que a paciente chega ao hospital. Conta ainda com um Heliporto, para facilitar a transferência de pacientes de outras localidades.

No **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico** – SADT conta com: Serviço de Diagnóstico de Laboratório Clínico, de Diagnóstico por Anatomia Patológica e ou Citopatológico, Serviço de Diagnóstico por Imagem, Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos, Serviço de Endocrinologia, Serviço de Endoscopia, Serviço de Farmácia, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Hemoterapia (Agência Transfusional), Serviço de Oftalmologia (apenas para fazer o teste do olhinho nos RNs), Serviço de Suporte Nutricional, Transplante (Ações para Doação e Captação de Órgãos e Tecidos e acompanhamento de Paciente Transplantado) e Banco de Leite.

No **Ensino e Pesquisa** foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de Outubro de 2004. Na área do Ensino e Pesquisa desenvolve os programas de Residência Médica em Pediatria, Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Nefrologia Pediátrica, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Radiologia, Anestesiologia, Hepatologia, Medicina Intensiva Adulto e Medicina Intensiva Pediátrica. Conta ainda com Residência Multiprofissional e o Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Saúde na Amazônia associado à Universidade Federal do Pará (UFPA) e a Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV)

Tem capacidade instalada para 249 Leitos, atendendo: Média e Alta Complexidade (MAC). Seu perfil de atendimento é Público, 100% financiado pelo SUS. Sua referência é em Cardiologia, Psiquiatria, Nefrologia. Está vinculado à Secretaria de Saúde Pública (SESPA) sendo sua Figura Jurídica: Fundação Pública Estadual

Nortes estratégicos: promover saúde, ensino e pesquisa com qualidade e humanismo; ser hospital de excelência em psiquiatria, cardiologia e nefrologia na região amazônica, tendo como valores cidadania, ética, humanismo, qualidade e segurança e transparência

Segmento Constitucional: A Fundação foi criada para proporcionar à população soluções no Atendimento Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade na área da Saúde, vinculando-se à Seguridade Social.

Hospital de Ensino: A FHCGV desenvolve Programas de Educação destinados às equipes de saúde, nas modalidades internas e externas, tendo como foco o suprimento

de preenchimento de lacunas ('gaps') nas áreas em que se evidenciam vazios formativos, abarcando a formação de profissionais qualificados para a rede SUS.

O Hospital de Clínicas foi certificado como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial MEC/MS n. 167/2013, de 05/02/2013 (DOU nº26).

Centro de Hemodiálise Monteiro Leite (CHML)

Foi inaugurado em 2011, como resposta e solução à demanda estadual por uma estrutura ambulatorial que melhor tratasse os usuários do SUS com necessidades de Terapia Renal Substitutiva Hemodialítica. Funciona atualmente sob a administração do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, formando com este um complexo hospitalar tendo por base o perfil referenciado do FHCGV em Nefrologia.

Sua capacidade instalada é de 35 máquinas de Hemodiálise, produzindo mensalmente em média: 2.730 sessões de hemodiálise. Sua natureza é de atendimento público e ambulatorial, com uma abrangência assistencial interdisciplinar de Ensino e Pesquisa (campo de Residência Médica e Multidisciplinar e de Estágio Curricular)

Atenção Assistencial- Assistência integral aos pacientes cardiopatas, nefropatas, pacientes portadores de transtornos mentais, Assistência obstétrica a clientela de risco, Assistência em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e ao paciente adulto.

Atenção, Ensino e Pesquisa- Estágios Curriculares: Formação Curricular por concessão de campo de Estágio às IES (Instituições de Ensino Superior) ; Residência Médica: formação de Especialistas Médicos nas especialidades de Referência da FHCGV; Residência Multidisciplinar: formação de Especialistas nas áreas de Saúde Mental, Cardiologia e Nefrologia.

A diretriz principal que orienta os processos de gestão do Complexo FHCGV é a Qualidade no Atendimento e a Segurança do Paciente, para todos os fins. Partindo desta premissa, para nortear as decisões e operações tanto do macroprocesso assistencial quanto do macroprocesso de Ensino e Pesquisa, a estratégia tem sido orientada pela Metodologia BSC (Balanced Scorecard).

O complexo gerido pela FHCGV, com a perspectiva de obter e manter padrões assistenciais elevados e resolutivos, bem como manter um ambiente humanizado e seguro tanto para a clientela interna (servidores e colaboradores) quanto para a clientela externa (usuários), desta convergência de processos e avaliações, restaram estabelecidos estrategicamente para 2019, 03 macro desafios: aprendizagem e crescimento, processos internos e resultados.

Produção da Área Ambulatorial- Realiza consultas, exames, procedimentos de hemodinâmica, sessões de diálise (diálise peritoneal e hemodiálise), atendimentos em banco de sangue e farmácia ambulatorial. No tocante às consultas ambulatoriais, (Cardiologia, Psiquiatria e Nefrologia), oferece à população encaminhada ao Hospital outras especialidades clínicas e cirúrgicas, totalizando 20 especialidades distintas, produzindo em média 54.500 consultas ambulatoriais, sendo importante destacar que a maior concentração é na especialidade Cardiologia adulto, com uma média de 22%, seguindo-se da procura por atendimento na especialidade Psiquiatria adulto, com uma média 13,36%, que por sua vez, antecede a demanda por consulta em Clínica Médica, com uma média 8,36%.

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia, através de seus 20 serviços instalados (7 terceirizados e 13 próprios), tem uma produção com os serviços próprios uma média de 70.147 exames e procedimentos e com os serviços terceirizados (Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Citologia), 667.598 exames.

Os procedimentos hemodinâmicos produção mensal dos procedimentos hemodinâmicos indica a realização média de 1.818 procedimentos hemodinâmicos, sendo 1.343 (73,87%) de urgência e 475 eletivos, Serviço de Terapia Renal Substitutiva em média é realizado mais de 13.000 sessões de hemodiálise, das quais 8.400 são realizadas em pacientes do programa crônico ambulatorial e 4.591 foram realizadas em pacientes internados.

Clínica Monteiro Leite (CHML) a produção de hemodiálise são realizadas em média 24.000 sessões hemodialíticas, direcionadas a uma média de 174 pacientes por mês.

Produção da Área Hospitalar pode ser qualificada em números absolutos através do quadro abaixo:

Quadro 55 - Produção das Unidades de Internação

Unidade de Internação	Nº Atendimento Internação Hospitalar /ANO			
	2015	2016	2017	2018
Clínica Médica	2.366	1.753	1.729	1.926
Clínica Pediátrica	1.052	889	2.737	2.851
Clínica Cirúrgica	3.065	2.435	1.524	1.297
Clínica Obstétrica	1.497	1.255	985	1.060
Clínica Psiquiátrica	3.244	2.547	2.384	2.308
TOTAL	11.224	8.879	9.359	9.442

Fonte: Serviço de Faturamento/FHCGV- 2018

Em 2018 foram produzidas e processadas 9.442 autorizações de internação hospitalar AIH, sendo que a maior produção ocorreu em 2015 com produção de 11.224

AIH. Quanto ao desempenho cirúrgico, em média são realizadas 3.350 cirurgias ano, entre elas são: obstétricas, gerais e cardíacas (pediátricas e adultas).

Atendimento de Urgência e Emergência, tanto nas modalidades de Cardiologia e/ou outras assemelhadas, quanto na Emergência Psiquiátrica.

Quadro 56- Atendimentos de urgência / emergência

SETOR	2015	2016	2017	2018
SAT / SERC	13.961	15.276	15.418	15.321
Psiquiatria	10.017	12.590	9.775	9.250
TOTAL	23.978	28.866	25.193	24.571

Fonte: SAME/FHCGV Nota

1.4 – FLUXO DE ACESSO

A Regulação Estadual possui o seu Protocolo de Regulação do Acesso aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/PA o qual regulamenta o acesso às consultas e exames de média e alta complexidade e alto custo, e tem por finalidade proporcionar a ordenação do acesso aos serviços da rede estadual através das Centrais de Regulação de Consultas e Exames com base em critérios a serem seguidos de acordo com modelo único que deverá ser utilizado tanto pelos profissionais da atenção básica (unidades solicitantes), como das unidades especializadas (solicitantes e/ou executantes).

Quanto aos protocolos de acesso específicos, como na área da oncologia, cujos hospitais de referencia são Hospital Ophir Loyola, Hospital Universitário João de Barros Barreto, já foram elaborados e estão em fase de apresentação na Câmara Técnica de Oncologia e os protocolos do Hospital Regional do Baixo Amazonas e Hospital Regional de Tucuruí já foram aprovados na Comissão Intergestores Regional (CIR) e aguardam homologação na CIB/PA.

No entanto, um dos entraves para o acesso regulado aos serviços especializados é a não utilização dos referidos protocolos pelas regulações municipais gerando grande demanda de pacientes em fila de espera ocasionando insatisfação e inviabilidade do sistema de saúde.

O fluxo de acesso assistencial regulado de Média e Alta Complexidade é realizado através dos 06 Complexos Reguladores localizados nas regiões de saúde onde estão sediados os Hospitais Públicos Regionais de gestão de estadual e analisando segundo internação de referencia apresenta-se com maior relevância e com os incrementos de internações referenciadas positivas nas Regiões de Saúde Rio Caetés (1,73%), Metropolitana I (1,67%) e Araguaia (1,02%) quando comparado no período de

2014 e 2018 respectivamente. Já as regiões Metropolitana II, Carajás e Baixo Amazonas apresentaram baixo percentual de internação de população referenciada variando entre 0,06% e 0,42% em relação as demais Regiões de Saúde. Ressalta-se que a Região de Saúde Metropolitana I apresenta internações referenciadas das regiões do Marajó I e II, e a Região do Baixo Amazonas atende os municípios do Tapajós.

Quadro 57- Fluxo de Acesso Assistencial, segundo internações - 2014 a 2018.

Região de Saúde	2014			2015			2016			2017			2018			INCREMENTO 2014-2018 (%)
	População	Pop. Ref.	% Pop. ref	População	Pop. Ref.	% Pop. ref	População	Pop. Ref.	% Pop. ref	População	Pop. Ref.	% Pop. ref	População	Pop. Ref.	% Pop. ref	
Araguaia	521.027	4.618	0,89	531.369	6.537	1,23	541.347	7.663	1,42	550.946	9.051	1,64	557.913	10.619	1,9	1,02
Baixo Amazonas	733.437	2.579	0,35	739.394	3.651	0,49	745.143	4.280	0,57	750.672	5.055	0,67	766.141	5.931	0,77	0,42
Carajás	808.608	1.784	0,22	823.260	2.525	0,31	837.390	2.960	0,35	850.985	3.497	0,41	862.729	4.102	0,48	0,25
Lago de Tucuruí	420.708	2.214	0,53	430.388	3.134	0,73	439.727	3.674	0,84	448.711	4.339	0,97	453.466	5.091	1,12	0,6
Metropolitana I	2.129.515	29.630	1,39	2.146.163	41.947	1,95	2.162.224	49.170	2,27	2.177.672	58.078	2,67	2.223.012	68.138	3,07	1,67
Metropolitana II	345.960	172	0,05	349.955	244	0,07	353.808	286	0,08	357.516	338	0,09	364.031	396	0,11	0,06
Metropolitana III	879.858	4.210	0,48	891.520	5.961	0,67	902.773	6.987	0,77	913.596	8.253	0,9	929.184	9.682	1,04	0,56
Rio Caetés	511.583	7.437	1,45	516.723	10.528	2,04	521.675	12.341	2,37	526.447	14.577	2,77	536.587	17.102	3,19	1,73
Tocantins	655.946	6.068	0,93	666.209	8.590	1,29	676.109	10.070	1,49	685.633	11.894	1,73	696.222	13.954	2	1,08
Xingu	328.399	3.038	0,93	332.636	4.301	1,29	336.723	5.041	1,5	340.654	5.955	1,75	346.546	6.986	2,02	1,09
TOTAL	8.104.880	61.750	0,76	8.206.923	87.418	1,07	8.305.359	102.472	1,23	8.366.628	121.037	1,45	8.513.497	142.001	1,67	0,91

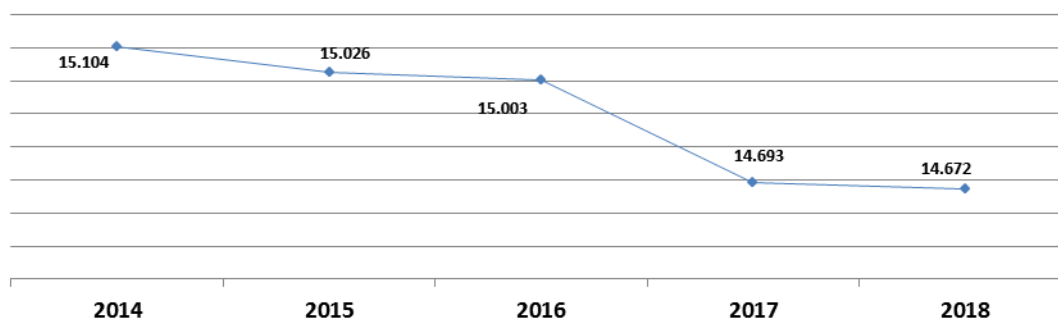
Fonte: SER/DRA/SDDASS/SESPA

1.5 – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Análise da Força de Trabalho SESP e vinculados

O gráfico abaixo apresenta o cenário da força de trabalho da Secretaria e dos órgãos da área saúde vinculados (Fundação Santa Casa de Misericórdia, Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Hospital Ophir Loyola e Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia).

Gráfico 44- Quantitativo de servidores SESP e vinculados, período 2014-2018

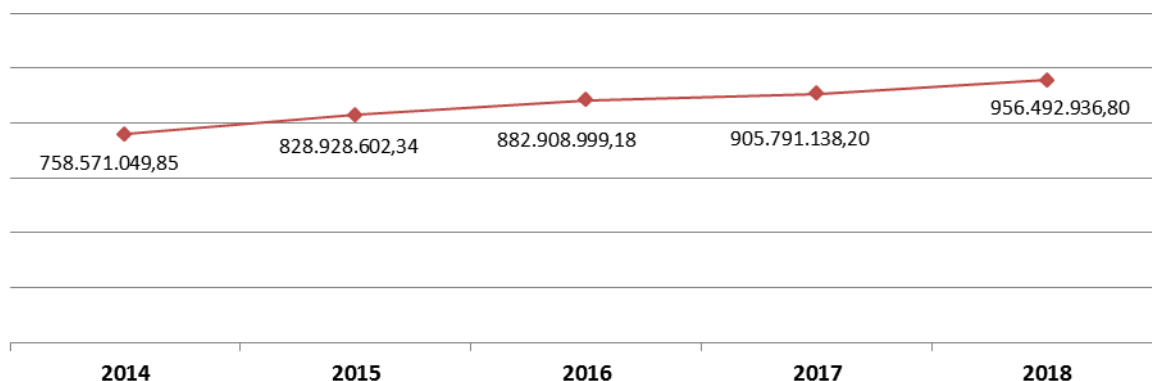


Fonte: DGTES, folha de pagamento dez/2014, dez/2015, dez/2016, dez/2017 e dez/2018 (BO)

O quadro de servidores tem regredido, conforme expressa o gráfico, decorrência da vacância de cargos, principalmente por aposentadoria de servidores, sem a devida reposição e/ou recomposição, muito implicada por restrição orçamentária do Estado, que restringiu a realização de concursos públicos.

Outro fator que contribui com a situação demonstrada é o custo com a folha de pessoal da Saúde. O gráfico abaixo reflete aumento contínuo dos valores, que decorrem dos reajustes anuais, a inclusão de novas ou ampliação de vantagens, devido o tempo de vínculo, como por exemplo, o ATS (Adicional por tempo de serviço).

Gráfico 45 – Custo folha de pessoal SESP e vinculados, período 2014-2018



Fonte: DGTES, folha de pagamento (BO)

O quadro a seguir demonstra a força de trabalho de acordo com o vínculo, envolvendo SESPAs e vinculados, composta de servidores Efetivos (Concursados, Estáveis-CF88 e Não Estáveis), temporário/contratados e comissionados, considerando o ano de 2018. Evidencia-se a redução do quantitativo de servidores efetivos em torno de 7,5%.

Quadro 63 - Quantitativo de pessoal por tipo de vínculo, período 2014-2018.

Quadro Geral	Tipo de Vínculo	2014	2015	2016	2017	2018	% EM 2018
	Cargo comissionado (exclusivamente)	351	362	366	378	386	2,64
	Contrato temporário	2.190	2.427	2.344	2.171	2.531	17,31
	Efetivo	10.654	10.493	10.355	10.206	9.888	67,64
	Estagiário curricular	14	60	62	60	79	0,54
	Estável - constituição	125	115	113	109	106	0,73
	Não estável	1.725	1.688	1.671	1.650	1.629	11,14
	Bolsista socioeducativo	1	5	5			-
	Total Geral	15.060	15.150	14.916	14.574	14.619	100,00

Fonte: DGTES/ (SIGRH)

A secretaria e vinculados somam um total de 14.619 servidores ativos em dezembro/2018, distribuídos nos quatro níveis de formação, evidenciados no quadro a seguir:

Quadro 64— Quantitativo de servidores por nível de formação, referência dez/2018.

Nº	Nível de Formação	FHCGV	FSCMP	HEMOPA	HOL	SESPA	TOTAL	%
1	Estágio NM		3				3	
2	Estágio NS		62	14			76	
3	Fundamental	147	407	110	216	1.670	2.550	17
4	Médio	230	297	264	356	2.070	3.217	22
5	Médio-TEC	522	841	271	498	1.185	3.317	23
6	Superior	582	1.100	303	618	2.853	5.456	37
	Total geral	1.481	2.710	962	1.688	7.778	14.619	100

Fonte: DGTES/ (SIGRH)

O quantitativo de servidores com formação de nível superior representam 37,3% (5.456) dos servidores, de nível médio 22% (3.217), seguido do nível técnico com 22,7% (3.317) e em menor percentual o fundamental com 17,4% (2.037) dos servidores.

Análise da Força de Trabalho do SUS nas Regiões de Saúde

A análise do quadro abaixo evidencia maior concentração de profissionais na Macrorregião I, com 35.275, representando 42,58%, seguido pela Macrorregião IV, com 18.858 (22,76%), a Macrorregião II com 15.227 (19,38%) e Macrorregião III com 13.467 (16,25%). Cabe ressaltar ainda, que há disparidades na distribuição do quantitativo de profissionais nas Regiões de Saúde que compõem as 04 Macrorregiões.

Conforme demonstrado no quadro, observa-se que: a) na Macrorregião I – o destaque aqui é pra Região Metropolitana I com 26.096 profissionais que representam 73,97% do quantitativo da Macro I, seguido da Região do Tocantins com 5.092 (14,43%) e em menor número nas Regiões do Marajó II com 2.522 (7,14%) e Marajó I com 1.565 (4,43%); na Macrorregião IV- na Região do Carajás há 9.852 profissionais que representam 52,24 % do quantitativo da Macro IV, seguido da Região do Araguaia com 5.222 (27,69%) e em menor número na Região do Lago de Tucuruí com 3.784 (20,06 %); a Macrorregião II - na Região Metropolitana III estão cadastrados 8.395 profissionais que representam 55,13% do quantitativo da Macro II, na sequência a Região do Rio Caetés com 4.430 (29,09%) e a Região Metropolitana II com 2.402 (15,77%); e na Macrorregião III- na Região do Baixo Amazonas há 7.352 profissionais que representam 54,59 % do quantitativo da Macro III, seguido da Região do Xingu com 3.797 (28,19%) e em menor quantitativo na Região do Tapajós com 2.318 (17,21 %).

Quadro 65 – Quantitativo de profissionais por Região de Saúde e Macrorregião de Saúde.

Quadro 65 – Quantitativo de profissionais por Região de Saúde e Macrorregião de Saúde.					
REGIÃO DE SAÚDE	MACRO IV	MACRO III	MACRO II	MACRO I	TOTAL
Araguaia	5.222	-	-	-	5.222
Baixo Amazonas	-	7.352	-	-	7.352
Carajás	9.852	-	-	-	9.852
Lago de Tucuruí	3.784	-	-	-	3.784
Metropolitana I	-	-	-	26.096	26.096
Metropolitana II	-	-	2.402	-	2.402
Metropolitana III	-	-	8.395	-	8.395
Rio Caetés	-	-	4.430	-	4.430
Tapajós	-	2.318	-	-	2.318
Tocantins	-	-	-	5.092	5.092
Xingu	-	3.797	-	-	3.797
Marajó I	-	-	-	1.565	1.565
Marajó II	-	-	-	2.522	2.522
TOTAL	18.858	13.467	15.227	35.275	82.827

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

Ao constatar a realidade descrita acima, cabe considerar os parâmetros dispostos na Portaria GM/MS nº 1631/15 com relação ao quantitativo de profissionais parametrizados para as ações e serviços, que devem ser organizados e desenvolvidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), para o adequado dimensionamento e planejamento da força de trabalho existente e necessária nas respectivas Regiões e Macrorregiões de Saúde.

Assim como, identificar perfis profissionais e de formação necessários, concernentes à graduação e pós-graduação e ações de educação permanente e continuada a serem ofertadas, bem como, estratégias de integração ensino e serviço a serem implementadas em articulação com as instituições de ensino e as corporações profissionais em cumprimento a responsabilidade constitucional e do SUS em regular e ordenar a formação dos profissionais da área da saúde.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A PNH, no Estado vem sendo articulada e capilarizada nas Regiões de Saúde através, principalmente, dos Processos de Formação de Apoiadores e Multiplicadores da política e dos Coletivos de Humanização implantados, como estratégia de planejamento para suprir lacunas e/ou dificuldades no desenvolvimento das ações de Humanização no Estado.

Há investimentos na qualificação dos trabalhadores em todos os pontos da Rede de Atenção em saúde como Apoiadores da PNH no seu território, de modo que possam ser multiplicadores e fomentadores da Política. Existem 7 Polos de Integração constituídos (Marabá, Parauapebas, Belém, Breves, Altamira, Santarém e Santa Isabel do Pará), onde se desenvolve a Formação de Formadores e Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do SUS-Pará, com a participação dos trabalhadores, usuários e gestores, o que contribui para a implementação e desenvolvimento da Política de forma participativa.

Os Coletivos de Humanização instituídos caracterizam-se como dispositivos fundamentais para que o processo de humanização da assistência à saúde se efetive. Existem em vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (13 hospitais membros da Câmara Técnica de Humanização Hospitalar /CTH-H, Colegiados de Humanização nas 12 URES e o Coletivo Humaniza RAPS está restrito à Região Metropolitana I que contempla os 5 municípios). O Coletivo Loco regional de Saúde está distribuído nas 13 Regiões de Saúde, com 7 polos (Belém, Santa Isabel do Pará, Breves, Altamira, Santarém e Parauapebas), conforme (Tabela1).

Tabela: Distribuição de Coletivos de Humanização por Região de Saúde.

Coletivo de Humanização	Participantes	Região de Saúde
Câmara Técnica de Humanização Hospitalar (CTH-H)	HPSM Mário Pinotti; HPSM Humberto Maradei; Hospital Ophir Loyola; Hospital Jean Bitar; Hospital Público Estadual Galileu; Hospital Regional Abelardo Santos; Hospital Universitário Bettina Ferro Sousa; Hospital Universitário João de Barros Barreto; Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência; Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo; Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Viana; Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital Geral de Mosqueiro.	Metropolitana I
Colegiado de Humanização das URES	URE Reduto; URE D. Medrado; URE P.Vargas; URE Marcelo Cândia; UREMIA; URE DIPE; Unidade de Acolhimento Temporário-UAT; Unidade Básica Saúde Pedreira; Centro Escola Saúde do Marco; URE REI; Abrigo Especial Calabriano e Abrigo João Paulo II.	
Coletivo HumanizaRAPS	CAPS Amazônia; CAPS Icoaraci; CAPS Grão Pará; CAPS Marajoara; CAPS Renascer; Residência Terapêutica- CAPS Renascer; Residência Terapêutica- CAPS Amazônia; Residência Terapêutica- CAPS Icoaraci; Residência Terapêutica de Passagem; CAPSi (Belém); Casa Mental do Adulto (Belém); Casa Mental Álcool e Outras Drogas (Belém); Casa Mental do Mosqueiro; CAPSi (Ananindeua); CAPS III (Ananindeua); CAPS I (Benevides); CAPS II (Marituba); CAPS AD (Marituba); Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; 1º Centro Regional de Saúde; Secretaria Municipal de Saúde /Ananindeua; Secretaria Municipal de Saúde/Belém; Secretaria Municipal de Saúde/Benevides; Secretaria Municipal de Saúde/Marituba; Secretaria Municipal de Saúde/Santa Bárbara.	
Coletivo Locorregional de Humanização	Polo Belém (Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara, Soure, Salvaterra, São Sebastião da Boa Vista e Afuá)	Metropolitana I e Marajó I
	Polo Santa Isabel do Pará (Santa Isabel do Pará, Vigia, Acará, Santo Antônio do Tauá, Castanhal, Paragominas, São Miguel do Guamá, Bragança, Capanema, Salinópolis, Cametá e Barcarena)	Metropolitana II, MetropolitanaIII, Rio Caetés e Tocantins
	Polo Breves (Breves, Portel, Curralinho)	Marajó II
	Polo Altamira (Altamira, Medicilândia, Uruará, Vitoria do Xingu, Itaituba e Novo Progresso)	Xingu Tapajós
	Polo Santarém (Oriximiná e Santarém)	Baixo Amazonas

	Polo Marabá (Marabá, Rondon do Pará, São Domingos do Araguaia, Jacundá, Itupiranga e Tucuruí)	Lago de Tucuruí Carajás
	Polo Parauapebas (Parauapebas, Canaã dos Carajás, Conceição do Araguaia, Redenção, Xinguara e São Félix do Xingu)	Carajás Araguaia

Os processos de organização de espaços coletivos de trabalho, com a participação de gestores, usuários e trabalhadores, se desenvolvem, principalmente, a partir dos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH com ênfase na implementação do Acolhimento, e na organização e pactuação dos fluxos junto à rede local para a efetividade do cuidado.

A implementação da PNH no Estado ocorre também através da integração entre diversas áreas técnicas por meio de ações e projetos integrados, como: Fórum Perinatal, Grupo Condutor da Rede Cegonha e Projeto AcolheSUS (Saúde e Justiça).

As propostas para o PES 2020-2023 referem-se à intensificação das ações da PNH no Estado, com monitoramento e avaliação dos Coletivos de Humanização, ampliação dos espaços de cogestão dentro das unidades de saúde estaduais, reforçando a participação da população e dos trabalhadores. Para melhor viabilização dessas ações tem-se como meta a designação de uma Referência Técnica de Humanização nos Centros Regionais de Saúde. Além disso, continuará o investimento nos Cursos de Formação Locorregionais para fortalecer a Política como proposta e prática transversal nas Regiões de Saúde do Estado.

EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

É uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades de formação emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS (BRASIL, 2018). O quadro a seguir apresenta breve análise da situação atual da realidade da PNEPS no Estado do Pará.

Quadro 66- Análise da Situação Atual de EPS

Análise da situação atual
O Estado planeja as ações de Educação Permanente, através da elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), Inclusão das ações no PPA, PES e PAS, possibilitando o reconhecimento da PNEPS pelo Controle Social e Conselhos de Saúde
A organização das CIES no Estado do Pará, existem 01 CIES Estadual e 13 CIES Regionais, das quais contam com a infraestrutura a CIES Estadual e 06 Regionais, e 07 sem infra estrutura prevista. A CIES Estadual funciona no espaço institucional da SESPA com predominância dos atores na capital do Estado.
A CIES Estadual é efetiva no processo de articulação interinstitucional, com representatividade dos trabalhadores de saúde, conselhos de saúde e movimentos sociais, das instituições de ensino e pesquisa. Há dificuldade de articulação nas CIES Regionais. A CIES estadual, atua eficazmente na articulação institucional, publicou cartilha para orientar os projetos de EPS e na emissão de parecer de viabilidade técnica.
Para acompanhar, monitorar e avaliar as ações de EPS, são utilizados os sistemas GM SESPA e SIGPLAN.
Formalmente existe a vinculação das instâncias CIB e CIES, através de Resolução CIB que aprova a Composição da CIES Estadual, apesar da representatividade não se faz presente regularmente.
O CES participa do processo de discussão e aprovação da Política de EPS, através de sua representação na CIES Estadual e na aprovação do PEEPS, assim como mantém uma Comissão de Educação Permanente. Observa-se fragilidade no monitoramento de recurso e desenvolvimento das ações.
O Estado recebe apoio técnico e financeiro da SGTES/MS, para a implementação da Política de EPS

Fonte: GEP/CES/DGTES/SESPA – PEEPS 2019-2023

A elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2019 - 2022, considerando a realidade das 13 Regiões de Saúde, expressas nos respectivos PAREPS, traz a tona um importante direcionamento nos diferentes territórios do Estado à prática de planejamento em EPS, com a identificação e priorização dos problemas nas 13 Regiões de Saúde, a partir de 4 eixos, expressos a seguir:

EIXO 1: ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
PROBLEMAS	Precariedade das condições de trabalho (P1); Falta de Planejamento Estratégico Integrado de Ações e Serviços (P8); Frágil Implementação da PNEPS (P9); Desconhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) - Desconhecimento dos Princípios, Funcionamento e Diretrizes do SUS (P10);; Frágil Integralidade nas Ações de Cuidado (P12); Desconhecimento das Diretrizes e Dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) (P13);
EIXO 2: APERFEIÇOAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO	
PROBLEMAS	Desorganização dos processos de trabalho (P1); Fragmentação do processo de trabalho em saúde (P3); Não implementação das diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) (P4); Fragilidade da Integralidade em Saúde (P11); Precarização de vínculos e condições de trabalho (P12); Incipiente conhecimento sobre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS (P15);; Fragilidade na implementação de protocolos assistenciais (P18); Baixa resolutividades nas ações da APS (P19)
EIXO 3: ABORDAGENS TÉCNICAS ESPECÍFICAS VOLTADAS PARA O FORTALECIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	
PROBLEMAS	Desarticulação da Gestão, Assistência e Controle Social (P3); Desarticulação e fragmentação da Rede de Atenção a Saúde (RAS) (P9); Descontinuidade dos fluxos e de cuidado (P10); Descontinuidade do Planejamento, Monitoramento e Avaliação (P13);
EIXO 4 - AÇÕES INTERSETORIAIS, QUE ENVOLVAM OUTRAS EQUIPES DE SAÚDE E/OU OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO	
PROBLEMAS	Frágil integração inter e intra setorial (P2); Baixa integração Ensino-serviço-comunidade (P4); Formação desarticulada dos Princípios e diretrizes do SUS (P6); Baixa Oferta de formação para o exercício do Controle Social (P10); Desarticulação do controle social (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) (P11).

Fonte: GEP/CES/DGTES/SESPA – PEEPS 2019-2023

Cenário da formação na área da saúde no Estado do Pará

No Pará 54 Instituições de Ensino Superior ofertam cursos na área da saúde, sendo 06 públicas e 48 privadas. O curso mais ofertado é o de enfermagem, totalizando 27 cursos de enfermagem, com o total de 10. 869 alunos matriculados em 2017 (INEP, 2017). Os demais cursos são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Unidade da Federação /Curso (Classe INEP)	Nº. de Instituições oferecem o Curso			Número de Cursos			Concluintes		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Total - Brasil	2.447	296	2.151	35.380	10.425	24.955	1.199.769	251.793	947.976
Pará	54	6	48	786	390	396	36.661	12.294	24.367

Fonte: INEP, 2017

Atividades de estágio curricular obrigatório - Graduação

No ano de 2018 foram inseridos 1.281 estudantes de graduação da área da saúde para desenvolver atividades do estágio curricular obrigatório, em 18 Unidades de Saúde e setores da SESPA. Estiveram envolvidos 39 servidores, que desempenharam o papel de orientadores de campo e acompanharam as atividades de estágio, aulas práticas e visitas acadêmicas.

Quadro 67 - Quantitativo de estudantes inseridos nas Unidades de Saúde da SESPA, 2018

Nº	UNIDADES DE SAÚDE	TOTAL
01	UREMIA	387
02	URE Presidente Vargas	58
03	URE Marcelo Cândia	71
04	URE Demétrio Medrado	65
05	URE Reduto	33
06	UREDIPE	69
07	CAPS Ad III Marajoara	210
08	CAPS Grão Pará	57
09	CAPS Renascer	159
10	CAPS Icoaraci	12
11	CAPS Castanhal	12

12	CAPS Amazônia	39
13	UBS Pedreira	13
14	Abrigo João Paulo II	7
15	DEAF / Sespa	8
16	LACEN	15
17	DVS	20
18	Republica Terap. de Passagem (CIASPA)	46
	TOTAL	1281

Fonte: GFD/CES/DGTES/SESPA, 2018 – PEEPS 2019-2023

Conforme demonstrado na tabela a seguir foram atendidas demandas de 29 cursos de 17 Instituições de Ensino (nível superior e técnico):

Quadro 68 - Instituições de Ensino/Qtd de Cursos que desenvolveram atividades nas Unidades da SESPA

IES	Qtd. Curso	TIPO DE ATIVIDADE
UNINASSAU	1	Estágio
ESAMAZ	3	Estágio
UNAMA	2	Estágio
UEPA	5	Estágio / Aula Prática
UFPA	5	Visita Técnica/ Aula Prática / Estágio/ Visita Acadêmica / Estágio
FIBRA	1	Estágio
ESTÁCIO	1	Estágio
CESUPA	1	Estágio / Visita Técnica
ANHAGUERA	2	Aula Prática/Estágio
FAPAN	1	Estágio
FAAM	1	Estágio
FAMAZ	1	Aula Prática
FAP	1	Estágio
ESMAC	1	Estágio
UFRA	1	Estágio
INST. EVANDRO CHAGAS	1	Visita Técnica
CESEP	1	Estágio

Fonte: GFD/CES/DGTES, 2018. – PEEPS 2019-2023

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

No Pará está em funcionamento 17 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, distribuídos em 03 municípios Belém (14), Bragança (1), Santarém (2), conforme quadro:

Quadro 69 - Demonstrativo de programas de residência multiprofissional no PARÁ, ano .

DEMONSTRATIVO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL			
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	BELÉM	BRAGANÇA	SANTARÉM
Estratégia Saúde da Família para populações do Baixo Amazonas	-	-	01
Neurologia	01	-	-
Atenção à Saúde Mental	01	-	-
Nefrologia	01	-	-
Atenção à Saúde Cardiovascular	01	-	-
Urgência e Emergência no Trauma	01	-	-
Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia	-	-	01
Oncologia e Cuidados Paliativos	01	-	-
Saúde da Mulher e da Criança	01	-	-
Atenção a Clínica Integrada	01	-	-
Atenção Integral em Oncologia	01	-	-
Atenção Integral à Saúde do idoso	01	-	-
Atenção Integral em Atenção ao Paciente Crítico	01	-	-
Atenção em Hematologia e Hemoterapia	01	-	-
Atenção Básica /Saúde da Família	01	-	-
Atenção Integral Saúde da Mulher e da Criança	-	01	-
Estratégia Saúde da Família	01	-	-
TOTAL	14	01	02

Fonte: PEEPS 2019-2023

No ano de 2018 foram ampliadas vagas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UEPA/FPEHCGV), sendo 2 vagas para Nutrição e 2 para Educação

Física. Além disso, entrou em funcionamento a Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família para populações do Baixo Amazonas na Universidade do Oeste do Pará (UFOPA), ofertando 3 vagas, 1 para Enfermagem, 1 para Odontologia e 1 para Farmácia.

O número total de residentes multiprofissionais em formação no SUS em 2018 alcançou 398, abrangendo as seguintes categorias profissionais: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, educação física e biomedicina.

Quadro 70 - Demonstrativo de vaga por categoria profissional, ofertada pelas instituições de ensino superior, em programas de residência multiprofissional 2018

Categoria Profissional	CESUPA	UEPA	UFOPA	UFPA	Total por Categoria
Biomedicina	-	02	-	06	08
Enfermagem	08	28	01	13	50
Educação Física	-	02	-	-	02
Farmácia	-	06	01	08	15
Fisioterapia	08	18	-	12	38
Fonoaudiologia	-	03	-	-	03
Nutrição	04	08	-	06	18
Psicologia	-	11	-	08	19
Serviço Social	-	09	-	09	18
Odontologia	-	06	01	06	13
Terapia ocupacional	-	13	-	02	15
Total	20	106	03	70	199

Fonte: PEEPS 2019-2023

Notadamente a Universidade do Estado do Pará (UEPA) é a instituição de ensino superior que mais oferta vagas em Programas de Residência Multiprofissional totalizando 106 vagas em 2018. A categoria profissional que mais dispõe de vagas em Programas de Residência Multiprofissional é a Enfermagem com 50 vagas (R1) de um total de 199 vagas (R1) ofertadas representando 25,13% do total.

Residência em Área Profissional da Saúde

No Pará existem 08 programas de residência em Área Profissional da Saúde, dentre os quais 06 se desenvolvem em Belém (Metropolitana I) e 03 em Castanhal (Metropolitana III), com um total de 66 residentes, conforme os quadros abaixo:

Quadro 71 - Demonstrativo de vagas de Residência em Área Profissional - UEPA

PROGRAMAS	R1	R2	R3	TOTAL
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial	02	02	02	06
Enfermagem Ontológica	03	03		06
Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva	03	03		06
Enfermagem em Clínica Cirúrgica Oncológica		03	03	06
TOTAL				24

Fonte: PEEPS 2019-2023

Quadro 72 - Demonstrativo de vagas de Residência em Área Profissional- UFPA

PROGRAMAS	R1	R2
Med. Veterinária em Clínica Médica e Cirúrgica de Peq. Animais	3	3
Med. Veterinária em Clínica Médica e Cirúrgica de Animais Silvestres	3	3
Med. Veterinária em Clínica Médica e Reprodução de Ruminantes e de Equinos	3	3
Enfermagem Obstétrica	12	12
TOTAL	21	21

Fonte: PEEPS 2019-2023

Residência Médica

Um forte elemento para fixação dos médicos nos municípios é a disponibilidade de programas de residência; reconhecida legalmente e tecnicamente como o padrão ouro de formação de médicos especialistas no Brasil. Muitos formandos concluem a graduação e não conseguem vagas de residência, sendo obrigados a mudar para capitais e outras regiões, deixando para trás a comunidade que poderiam beneficiar com o exercício de sua profissão.

No Pará, os programas de residência médica estão distribuídos em 03 municípios: 14 em Santarém, 02 em Bragança e 69 em Belém, sendo o total de vagas ofertadas de 294, distribuídas conforme ao quadros abaixo:

**Quadro 72- N° de vagas por Especialidade e Vagas reservadas de Residência Médica, UFPA/
Belém, 2018**

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA UFPA/BELÉM 2018			
ESPECIALIDADE	TOTAL DE VAGAS	VAGAS RESERVADAS	LOCAL
Anestesiologia	06	-	HUJBB
Clínica Médica	10	01	HUJBB
Cirurgia Geral	09	01	HUJBB
Dermatologia	02	-	HUJBB
Ginecologia e Obstetrícia	06	-	HUJBB
Infectologia	05	-	HUJBB
Medicina de Família e comunidade	10	-	UFPA
Oftalmologia	04	-	HUBFS
Otorrinolaringologia	04	01	HUBFS
Pediatria	08	01	HUBFS
Endocrinologia	03	-	HUJBB
Geriatria	02	-	HUJBB
Pneumologia	02	-	HUJBB
Cirurgia do aparelho digestivo	03	-	HUJBB
Cirurgia Torácica	01	-	HUJBB
TOTAL	75	04	

Fonte: PEEPS 2019-2023

**Quadro 73 - Total de vagas por especialidade e vagas reservadas em programas de residência
médica UEPA/Santarém, 2018**

ESPECIALIDADE	TOTAL DE VAGAS	UEPA SANTARÉM	
		V	R*
Anestesiologia	02	02	-
Cirurgia Oncológica	02	02	-
Oncologia Clínica	02	02	-
Cirurgia Geral	04	04	-
Cirurgia Geral Avançada	01	01	-
Clínica Médica	06	06	-
Infectologia	02	01	01
Medicina da Família e Comunidade	02	02	-

Medicina Intensiva	02	02	-
Neurocirurgia	01	01	-
Ortopedia e Traumatologia	02	02	-
Obstetrícia e ginecologia	02	02	-
Pediatria	02	02	-
Urologia	01	01	-
TOTAL	30	29	01

*Vagas reservadas para o residente médico que esteja servindo as Forças Armadas, conforme legislação vigente.

Fonte: PEEPS 2019-2023

Quadro 74 - Vagas (R1) por Especialidade, Instituição e reserva para residentes servindo às forças armadas.

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO ESTADO DO PARÁ – 2018 (PSU/2018)															
Especialidade	Total de Vagas	HOL (Belém)		UEPA (Belém)		FSCMPA (Belém)		FPEHCG V (Belém)		HMUE (Belém)		CESUPA (Belém)		HSAMZ (Bragança)	
		V	R*	V	R*	V	R*	V	R*	V	R*	V	R*	V	R*
Anestesiologia	14	8	0	2	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologia	6	-	-	2	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Cardiovascular	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia da mão	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia do trauma	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Cirurgia Geral	21	8	0	-	-	6	-	5	-	2	-	-	-	-	-
Cirurgia geral Avançada	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Oncológica	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Pediátrica	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Médica	28	7	1	-	-	10	-	5	-	-	-	-	-	5	-
Dermatologia	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	2	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Endocrinologia e Metabologia	4	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Ginecologia e Obstetrícia	14	-	-	-	-	9	1	-	-	-	-	4	-	-	-
Hepatologia	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hematologia e Hemoterapia	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hemodinâmica	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Mastologia	1	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina de Família e Comunidade	20	-	-	8	2	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-
Medicina de Urgência	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Medicina Intensiva	7	-	-	-	-	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Intensiva Pediátrica	3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia	8	3	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia Pediátrica	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	8	-	-	3	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	3	2	0	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurologia	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncologia Clínica	1	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ortopedia e Traumatologia	6	-	-	3	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Pediatria	18	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	3	-	5	-
Psiquiatria	4	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia e Diagnóstico por imagem	9	5	0	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

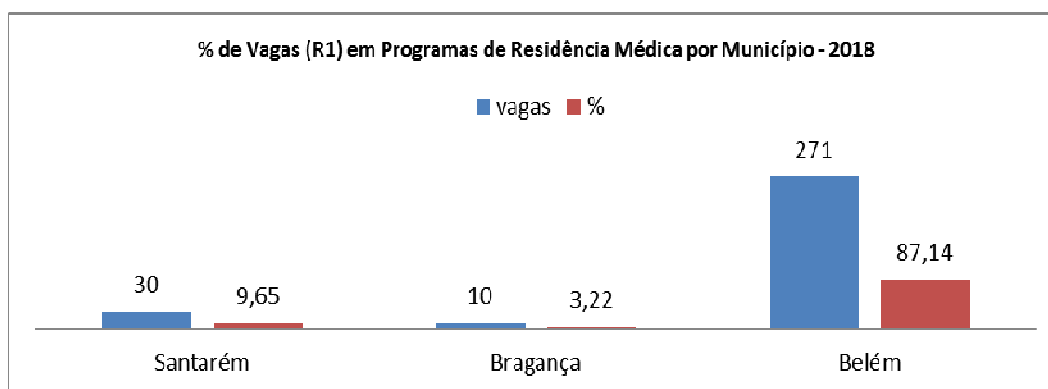
Reumatologia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Urologia	3	2	0	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Total	206	46	1	34	4	55	2	29	0	8	0	20	0	10	0

Fonte: PEEPS 2019-2023

Ao longo dos anos a oferta de programas e vagas de residência médica no Brasil tornou-se deficitária, não há vagas disponíveis para todos os médicos recém-formados, além disso, há uma grande concentração de vagas nas capitais, como no caso do Pará onde a maioria dos programas concentra-se em Belém (66 Programas de Residência Médica).

Atualmente no Pará temos um total de 311 vagas (R1) em Programas de Residência Médica distribuídos em 03 municípios: 271 (87,14%) vagas em Belém, 10 (3,22%) vagas em Bragança e 30 (9,65%) vagas em Santarém.

Gráfico 46 - Programa de Residência Médica por município - 2018



Fonte: PEEPS 2019-2023

Ao analisar os Programas ofertados no ano de 2018, verificamos a inexistência de Programas de Residência Médica de Acesso Direto como previsto na Lei N° 12.871/2013. No caso da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, existem quatro Programas em funcionamento, totalizando 30 vagas (20 em Belém e 10 em Santarém). Verifica-se uma ampla formação de médicos especialistas em detrimento da formação de médicos generalistas, como por exemplo, os médicos de família e comunidade, especialidade que detém somente 31 vagas das 311 vagas ofertadas em Programas de Residência Médica no Estado.

Esta formação essencialmente especializada acarreta pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades.

Para formar especialistas, de diferentes áreas da saúde, respeitando o Princípio da Integralidade, com habilidades e competências para atuar na Rede de Atenção à saúde e

em concordância com as Linhas de Cuidado, faz-se necessário ampliar os cenários de prática dos residentes, abrangendo Atenção Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade e Gestão.

Por fim, considerando que a residência (médica, multiprofissional e uniprofissional) em saúde é um processo de formação em serviço e não uma estratégia para provimento de recursos humanos dentro das unidades assistenciais destaca-se a seguinte realidade das residências em saúde no Estado:

Processos de formação desarticulados com o SUS, que não problematizam os processos de trabalho e tampouco contribuem para a organização dos serviços;

Indefinição de processos avaliativos de preceptores e tutores dos programas, ocasionando um desconhecimento das necessidades de atualização e formação desses trabalhadores para o acompanhamento dos residentes nos serviços;

Falta de capacidade instalada, infraestrutura inadequada dos serviços que ofertam os programas para melhor planejamento e desenvolvimento de atividades educacionais;

Estruturas de gestão do ensino e pesquisa não uniformes nos serviços assistenciais dificultando a organização dos processos de formação;

Ausência de financiamento bipartite (Federal e Estadual) para manutenção e adequação dos programas de residência multiprofissional e uniprofissional;

Fragilidade ou inexistência de metas e indicadores ligados ao ensino pactuados juntamente à gestão, nas unidades assistenciais;

Ausência de um Sistema Estadual de Residências de Saúde o que dificulta o monitoramento e a avaliação da qualidade desses processos de formação no âmbito estadual;

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

Quadro 75 - Quantitativo de pessoas qualificadas em cursos de Formação Inicial e Continuada, 2014 a 2018.

CURSOS	REGIÃO DE SAÚDE	ANOS					TOTAL
		2014	2015	2016	2017	2018	
Curso de qualificação de agente comunitário de	Marajó I e II, Tocantins, Xingu,						4.044

saúde - ACS	Metropolitana I e III, Tocantins, Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí e Tapajós.	392	606	556	1.536	954	
Curso de qualificação de agente de combate às endemias – ACE	Araguaia, Xingu e Metropolitana III	151	215	256	211		833
Curso de qualificação do enfrentamento do crack, álcool e outras drogas - projeto caminhos do cuidado	Todas as Regiões de Saúde foram contempladas	453	4.776				5.229
Especialização em linhas do cuidado em enfermagem		31					31
Curso de capacitação de conselheiros municipais de saúde	Rio Caetés	13					13
Curso de capacitação de conselheiros estaduais de saúde					16		16
1º ciclo de palestras	Metropolitana I				97		97
Curso de atualização no controle do câncer de material para exame Papanicolau	Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago do Tucuruí, Marajó I e II, Tapajós, Xingu, Tocantins, Metropolitana I, II e III e Rio Caetés	30	41	29	129	106	335
Curso de higienização de superfícies em estabelecimento de saúde			12				12
Curso de atualização “falando um pouco sobre o SUS”			61				61

Curso de atualização para detecção de doenças raras					18		18
Curso de capacitação em doenças raras para a prática na atenção básica				75			75
Curso de formação para tutores para atuarem no curso de formação de agentes de controle do câncer				380			380
Curso de cuidados de enfermagem as pessoas Ostromizadas				34			34
Formação de Auxiliar de Saúde Bucal	Rio Caetés		7				7
Curso de formação de agentes de controle do câncer	Metropolitana I		18				18
Curso de Gestão de Risco e Segurança do Paciente em Serviços de Saúde	Metropolitana I	52					52
Curso de Logística em Serviços de Saúde	Metropolitana I	5					5
Curso de Sustentabilidade com ênfase no Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde	Metropolitana I	30					30
Curso de Processo Administrativo direcionado as Ações de Vigilância Sanitária	Metropolitana I, Carajás e Baixo Amazonas	133					133
Curso de Indicadores Gerenciais dos Serviços de Saúde	Metropolitana I	24					24
Técnico em Saúde Bucal	Metropolitana I, II e III.		171				171

	Marajó I e II, Rio Caetés Baixo Amazonas						
Técnico em Hemoterapia	Metropolitana I e II e III, Rio Caetés, Tocantins e Lago do Tucuruí		20	19			39
Técnico em Citopatologia	Metropolitana I, II e III, Marajó I e II, Rio Caetés, Tocantins, Lago do Tucuruí		25	25			50
Técnico em Vigilância em Saúde	Metropolitana I e Tocantins		79		25		104
Técnico em Prótese Dentária	Metropolitana I			16			16
TOTAL		1.314	6.031	1.390	2.032	1.060	11.827

Fonte: ETSUS /PA

O quadro acima reflete o período de cinco anos de cursos realizados pela ETSUS, totalizando 11.827 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, que possuam escolaridade de ensino médio e ensino superior, com categoria de vínculo na sua maioria de servidores efetivos (60%) e temporários (40%).

Todos os cursos realizados foram em decorrência da necessidade local de cada município, de modo que os gestores solicitavam capacitação para os servidores, levando em consideração a particularidade local de cada região de saúde/município. A região de saúde em que houve mais ofertas de capacitações foi a Metropolitana I.

Dado o crescente índice de câncer de colo uterino no Estado, houve qualificação para os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, objetivando o melhor atendimento as mulheres, o acesso a informação e detecção precoce do câncer.

A escola ofertou curso para Agente de Combate às Endemias, a escola contemplando as regiões de saúde do Araguaia, Xingu e Metropolitana III.

Os cursos técnicos de nível médio, que possuem carga horária mais extensa, contemplaram nesse período, as demandas solicitadas pelas regiões de saúde.

Tais dados são relevantes quando se constata o número de trabalhadores qualificados conforme a tabela, com maior destaque para o ano de 2015, com a inserção do Projeto Caminhos do Cuidado, onde ocorreu o maior número de capacitações realizadas pela escola, totalizando 41% de pessoas qualificadas. A evasão dos cursos ficou em torno de 17%, fato este que não impactou no rendimento das atividades elaboradas no período de 2014 à 2018.

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.

1..7- CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO, INOVAÇÃO EM SAÚDE

Programa Pesquisa para o SUS –PPSUS- O Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE), desenvolve atividades de fomento descentralizado à pesquisa nos 27 Estados da federação, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde (PPSUS), com o propósito de contribuir para o incremento científico e tecnológico no País e para a redução das desigualdades regionais na área da saúde.

Na esfera estadual estão envolvidas as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAPESPA) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SESPA). Os editais lançados do programa tem o objetivo apoiar a execução de projetos de pesquisa que promovam a formação e a melhoria da qualidade de atenção à saúde no Estado do Pará no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), representando significativa contribuição para o desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Inovação.

No período de 2002 a 2015 foram 145 projetos contratados nas edições do PPSUS no Estado, por meio de editais. Em 2017 ocorreu Seminário de Avaliação Final dos projetos participantes dos editais de 2012 e 2013 foram apresentados 26 Projetos pesquisas com suas áreas específicas. Foram selecionados 10 projetos que obtiveram as melhores pontuações conforme tabela abaixo:

Tabela: Prêmio PPSUS – Avaliação AD HOC FAPESPA/10 Trabalhos Selecionados

Colocação	Título do Projeto	Pontuação (0 – 100)	Recomendação FAPESPA
1°	Biomarcadores imunológicos para vigilância epidemiológica em hanseníase: diagnosticando novos casos utilizando novas abordagens	95	Selecionados
2°	Implantação de um Laboratório de Análise do Movimento Humano para pacientes hemiplégicos do Sistema Único de Saúde.	88	
3°	Perfil de miRNAs de plaquetas estocadas em banco de sangue e sua associação com as lesões celulares de armazenamento	85	
4°	Biomarcadores de resposta à quimioterapia no câncer de mama localmente avançado	85	
5°	Pesquisa e genotipagem do vírus da Hepatite C e B em portadores de doenças renais crônicas submetidos à hemodiálise em Belém - Pará	70	
6°	Prevalência e fatores de risco para aquisição das Hepatites Virais C, B, D e E em populações ribeirinhas da Amazônia brasileira	65	
7°	Estudo do papel dos Genes TWIST1, TWIST2 e AKT na tumorigênese do Carcinoma Epidermóide Bucal	60	
8°	Criação da rede de proteção contra o carcinoma epidermóide oral em estágio avançado no Estado do Pará	55	
9°	Maus tratos contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde	55	
10°	Estudo da situação nutricional, estado cognitivo e da adesão ao tratamento medicamentoso em crianças e adultos com Malária Vivax no Estado do Pará	52	

Fonte: Fapespa/2018

Dos dez (10) trabalhos selecionados a comissão julgadora elegeu os três melhores pontuados conforme listado abaixo:

Quadro76 - Os três melhores trabalhos PPSUS/Pará

1º Perfil de miRNAs de plaquetas estocadas em banco de sangue e sua associação com as lesões celulares de armazenamento de autoria do Pesquisador Rommel Mario Rodriguez Burbano
2º Biomarcadores de resposta à quimioterapia no câncer de mama localmente avançado" de autoria do Pesquisador Rommel Mario Rodriguez Burbano
3º Biomarcadores imunológicos para hanseníase: diagnosticando novos casos utilizando vigilância epidemiológica em novas abordagens de autoria do Pesquisador Cláudio Guedes Salgado

Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS)

Em 2019 a SESPA instalou o Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde- CIOCS que é um projeto piloto do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde da SESPA (CIEVS-PA), que pela primeira vez, está fazendo a vigilância dos atendimentos de pessoas em unidades de pronto atendimento durante a realização do Círio que é uma manifestação religiosa cristã em devoção a Nossa Senhora de Nazaré, que reúne mais de dois milhões de pessoas em todas as romarias e procissões. Esses dias do evento, os participantes merecem atenção aos cuidados integral à saúde. Nos 19 serviços monitorados, foram registrados 383 atendimentos, sendo 362 em Belém e 21 em Ananindeua. Os dados se referem ao período de 7 a 13 de outubro, que corresponde ao pré-Círio e Círio.

Além das doenças infecciosas, são monitorados os danos físicos e os danos associados ao comportamento ou condições do público, ao meio ambiente e às atividades laborais, a coleta de dados foi realizada por alunos da Universidade da Amazônia (UNAMA) e do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia– UNIFAMAZ.

Foram consideradas como caso, aquelas intercorrências de saúde clínicas, traumáticas, acidentais ou intencionais durante a festividade.

Casos clínicos – Dos 383 atendimentos realizados, 298 foram clínicos e 85 relacionados a algum trauma, com atendimentos nos: Hospital do Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti, UPAs, Hospital Porto Dias, Unidades Básica, Hospital Camilo Salgado, Unimed BR, UMS da Marambaia e postos de atendimento instalados na Casa de Plácido, Colégio Salesiano, 1º Centro Regional de Saúde/SESPA, Hotel Princesa Louçã,

Assembleia de Deus, Paysandu, Curso Minds, CODEM, Polícia Civil, Casa do Trabalhador e CDP.

Entre esses casos, houve oito atendimentos por suspeita de doença infecciosa, sendo sete casos de síndrome diarreica e um de síndrome respiratória. Não foi registrado nenhum caso de síndrome exantemática, ou seja, sinais e sintomas relacionados ao sarampo, que era uma preocupação das autoridades sanitárias paraenses.

A coordenação do CIEVS, informou que dos 383 casos atendidos, 92% foram de participantes do Círio e 8% de pessoas que estavam trabalhando durante o evento e que a maioria é de residentes do próprio Estado. Houve também atendimentos de pessoas de outros Estados. “A maioria dos atendimentos foi de pessoas do sexo masculino na faixa etária de 20 a 29 anos”.

Para a realização desse trabalho, a SESPA contou com parceria do CIEVS Nacional, do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada ao SUS (EpiSUS) do Ministério da Saúde, Associação Brasileira de Profissionais de Epidemiologia de Campo (PROEPI), Secretarias Municipais de Saúde de Belém e Ananindeua, Defesa Civil, Cruz Vermelha, UNAMA e Faculdade FAMAZ. (Texto Roberta Vilanova/adaptad).

1.8 GESTÃO, PLANEJAMENTO E CONTROLE SOCIAL

A **Fundação ParáPaz** tem como objetivo realizar ações integradas de inclusão social às crianças, jovens, adolescentes, mulheres e idosos, em vulnerabilidade social, promovendo a garantia de direitos e o enfrentamento à todos os tipos de violência. É constituída por eixos, como:

Polos ParáPaz – São espaços voltados à integração social da comunidade no bairro que se encontra, desenvolvendo atividades de esporte, lazer, cultura, arte e cidadania.

Unidades Integradas ParáPaz – Especializadas no atendimento às crianças, adolescentes, mulheres e suas famílias em situação de violência. Promove serviço de atenção integral para a redução dos danos físicos e psíquicos causados pela violência.

ParáPaz Mulher – Oferece atendimento qualificado e humanizado, às mulheres vítimas de violência doméstica, familiar e sexual. Fornecendo assistência multidisciplinar de áreas psicossocial, policial, pericial e jurídica.

Ação Cidadania – Promove ações integradas de cidadania e saúde, em parceria com vários órgãos. Realizando atendimentos médicos, odontológicos, emissão de documentos, embelezamento e orientações à população.

Projeto Mãe – Fornece apoio à mulheres grávidas em vulnerabilidade social por meio de palestras educacionais com profissionais capacitados, incentivando a procura do acompanhamento pré-natal. O projeto está inserido no programa de governo Territórios pela Paz (**TerPaz**).

Projeto Geração Digital – Tem como objetivo capacitar jovens e adolescentes, de 14 a 29 anos, para o mercado de trabalho através de curso de informática, oficinas de criação de sites, programas e games. Qualificando e gerando acesso à educação e informação. A inserção social e digital contribui para a redução da violência, além de possibilitar uma futura geração de renda para a comunidade.

Projeto Espaços Abertos – O objetivo é tirar a comunidade da ociosidade e proporcionar inclusão social e um ambiente seguro para as realizações de atividades. (futebol, queimada, basquete, tênis de mesa, cabo de guerra e também xadrez educacional).

Plano de Segurança do Paciente

Na interface entre a infecção relacionada ao cuidar em saúde e a segurança do paciente a OMS classifica que nos países em desenvolvimento os riscos de pacientes sofrerem qualquer tipo de dano é quatro vezes maior que nos países desenvolvidos, 70% dos eventos adversos provocam incapacidades e cerca de 14% dos incidentes são mortais.

Ao longo dos tempos a assistência à saúde vem evoluindo com os avanços científicos e tecnológicos, e com isso, alcançando melhorias nas ações de saúde para a população. Um dos maiores desafios, ainda são problemas antigos que persistem como é o caso das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), incluindo a Resistência Antimicrobiana(RM).

O Estado instituiu a Portaria Nº 840, de 07 de julho de 2015, mas ainda não possui o Plano Estadual de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, porém o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente está em fase de implantação conforme Resolução de Portaria Colegiada- RDC nº36, de 25 de julho de 2013, onde institui ações para segurança do paciente e dá outras providências.

Existem 48 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde com UTI cadastradas no FORMSUS. Desses, 38 possuem CCIH e Núcleo de Segurança e Qualidade do Paciente implantado com seus devidos planos e protocolos. Dos 80 EAS'S que tem Centro Cirúrgico e/ ou Centro Obstétrico, destes 100% tem CCIH implantada e apenas 40 % Núcleo de Segurança do Paciente com planos e protocolos.

Dos 17 hospitais regionais em funcionamento sob gestão estadual 10 regidos por OSS possuem e núcleo de segurança do paciente e CCIH com seus devidos protocolos efetivos. Dos 7 hospitais sob gestão estadual apenas a FSCMPA, Hospital Ophir Loyola, FHCGV, e Hospital Regional de Conceição do Araguaia tem núcleo de segurança do paciente e CCIH com seus devidos protocolos efetivos.

A SESPA vem desenvolvendo as seguintes ações quanto à segurança do paciente:

Reunião de avaliação de conformidade e regularidade do banco FORMSUS e treinamento nas 4 Notas Técnicas/MS/GVIMS;

Processo de monitoramento e avaliação dos indicadores de infecção hospitalar e das metas de segurança do paciente à distância e in loco em 80% dos EAS cadastrados;

Oficina de avaliação e treinamento em CCIH e segurança do paciente para a Região Metropolitana I;

Apoio e monitoramento aos cinco hospitais que estão no projeto MR-Projeto Stewardship Brasil.

Planejamento em Saúde

Importante informar que o planejamento da área da saúde possui papel relevante para orientação e fortalecimento da gestão do SUS tanto nos níveis estratégico, tático e operacional, pois possui importante papel na assessoria, articulação, mobilização, orientação e indução de saberes junto aos atores envolvidos. É uma das áreas com maior responsabilidade pela dinâmica da gestão por resultados que busca a sistematização e acompanhamento dos instrumentos de planejamento do SUS: Plano Estadual de Saúde PES, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). Atua também junto aos instrumentos de planejamento de governo, como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). É importante destacar que esses instrumentos devem estar em plena sincronia para o alcance dos objetivos e metas estabelecidos. Também é importante salientar que uma definição clara e detalhada das metas do PES 2020-2023, bem como o monitoramento periódico dos resultados e da aplicação dos recursos públicos fortalecem o compromisso com a Gestão Pública na linha da transparência. O processo de prestação de contas para sociedade civil ocorre legalmente, através dos RDQA e RAG, os quais são apresentados ao Conselho Estadual de Saúde e em audiência pública na Assembleia Legislativa e disponibilizado na página < www.saude.pa.gov.br>.. Bem como através do SIgPlan (modulo acesso publico).

Neste cenário, nota-se a necessidade de aperfeiçoamento da forma de aferição do cumprimento da aplicação mínima, bem como nivelar aplicação em uma plataforma programática buscando as prioridades estabelecidas em seus planos de forma a aprimorar sua capacidade de gestão, e criar sinergia entre a programação das ações prioritárias e o plano de tal forma avançar para sair do ativismo. Para tanto há de se melhorar a qualificação profissional e o aperfeiçoamento da gestão de pessoas em atuação no SUS nesta área de planejamento, bem como da despreciação do trabalho, o aprimoramento e articulação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que constitui-se em importante objetivo estratégico no aprimoramento do Sistema Único de Saúde. Neste Plano, dar-se-á prioridade à articulação entre essas redes em seus diferentes estágios de constituição com a implantação do planejamento Regional Integrado-PRI. Neste bojo apontamos para a implantação do Planejamento Regional Integrado-PRI como estratégia basilar para este quadriênio com o foco na economia de escala, bem como a criação de um manual de elaboração de planos capaz de nortear o nivelamento programático e de recursos orçamentários;

Regulação em Saúde

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.

Com a implantação dos 06 Complexos Reguladores no Estado do Pará através da Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013 ocorreu um grande avanço no processo de regulação no Estado, que até então era operacionalizado através de algumas Centrais de Regulação estaduais e somente no sistema de referencia ambulatorial com a implantação do Sistema de Regulação – SISREG pelo DATAUS/MS. A partir do financiamento pelo MS o Estado estruturou a regulação do SUS através de um Complexo Estadual exercendo a coordenação de 06 complexos reguladores regionais implantados em 06 regiões de saúde com sede nos municípios polos, abrangendo os 144 municípios, os quais teriam a responsabilidade de organizar as referências e contra-referências, tendo como base os pactos regionais, acordos, protocolos clínicos e operacionais estabelecidos para garantia do acesso, controlando toda a disponibilidade assistencial em seus diversos níveis.

Figura - Complexos Reguladores Regionais



FONTE: Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013.

Quadro 77 - Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará

Região de Saúde	Complexo Regulador Regional	Nº de municípios	População	Porte
Metropolitana	Belém	40	3.631.029	Porte IV
Rio Caetés	Capanema	39	1.397.338	Porte III
B. Amazonas	Santarém	20	955.891	Porte II
Xingú	Altamira	9	319.083	Porte I
Carajás	Marabá	21	1.025.544	Porte III
Araguaia	Conceição do Araguaia	15	493.320	Porte I
Total		144	7.822.205	

FONTE: Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013.

Atualmente tais complexos estão atuando no referenciamento do atendimento especializado de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar solicitado pelos municípios para rede estadual que é formada pelos hospitais regionais e prestadores privados contratualizados totalizando 27 estabelecimentos de saúde dos quais 15 são públicos e 12 prestadores privados, distribuídos de acordo com o desenho das macrorregiões de saúde, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 78 – Rede Assistencial de Gestão Estadual Regulada CR Regional e Estadual.

Macrorregião Saúde	CRR /Região de Saúde	Município	Estabelecimento
MACRO I	CR Estadual Belém (Metropolitana I, Marajó I)	Ananindeua	Hosp. Metro de Urg. e Emergência
		Belém	Hosp. Púb. Estadual Galileu

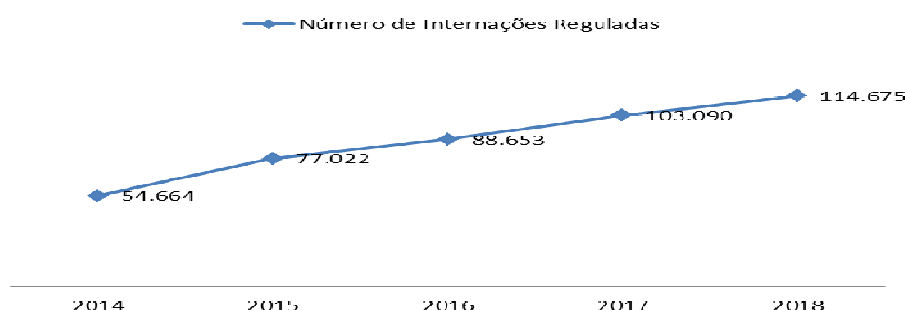
	e II e Tocantins)		Hospital Jean Bitar
			Hosp. Onc. Infantil Octávio Lobo
		Marituba	Hospital Divina Providência
		Breves	Hosp. Reg. Público do Marajó
		Abaetetuba	Hospital Júlia Sefer
		Igarapé-Miri	Hosp. Afonso Rodrigues Filho
MACRO II	CRR-Capanema – (Rio Caetés, Metropolitana II e III)	Barcarena	Hosp. Mat. Infantil de Barcarena
		Augusto Correa	Hosp. Maternidade São Miguel
		Bragança	Hosp. Santo Antônio M ^a Zacarias
			Hosp. Geral de Bragança
			Hosp. das Clínicas de Bragança
			Lab. Análises Clínica de Bragança
			Instit. Méd. de Bragança – IMEB
			ULTRAPREN
		Paragominas	Hosp. Regional Público do Leste
		Ipixuna do Pará	Hosp. Geral de Ipixuna do Pará
MACRO III	CRR-Santarém -Baixo Amazonas	Salinópolis	H.Reg .Dr. Olímpio C. da Silveira
		Santarém	H. R. P. B. A. Dr. Waldemar Penna
		Alenquer	Hosp. Santo Antônio de Alenquer
		Juruti	Hosp. 9 de Abril na Prov. de Deus
MACRO IV	CRR- Altamira (Xingu)	Altamira	Hosp. Reg. Púb. da Transamazônica
	CRR – Marabá (Carajás)	Marabá	Hosp.Reg. Púb. Dr. Geraldo Veloso
		Tucuruí	UNACOM de Tucuruí
	CRR – Redenção (Araguaia)	Redenção	Hosp. Reg. Público do Araguaia
		Conceição do Araguaia	Hosp. Reg. de Conc. do Araguaia

Fonte: SISREG/SER/DRA/DDASS/SESPA 2018

A Central Estadual de Regulação, regula o acesso aos leitos de UTI e UCI neonatal do Estado e os serviços de média e alta complexidade dessas regiões de saúde utilizando o Sistema SISREG, para acesso ambulatorial e o Sistema Estadual de Regulação - SER para acesso a internação, assim como os demais Complexos Reguladores Regionais com exceção ao CRR-Capanema que regula apenas o acesso ambulatorial, segundo abrangência por região. A estruturação dos referidos Complexos Reguladores Regionais demonstra ao longo dos 05 anos de sua implantação, tanto para os atendimentos ambulatoriais como os hospitalares como resultado a melhor organização do fluxo de referencia do sistema de saúde, promovendo um incremento considerável no acesso

regulado do usuário no SUS, conforme demonstrado no gráfico quanto ao acesso aos leitos de forma regulada com um incremento em 60.011 internações realizadas entre os anos de 2014 a 2018, conforme demonstrados no gráfico abaixo:

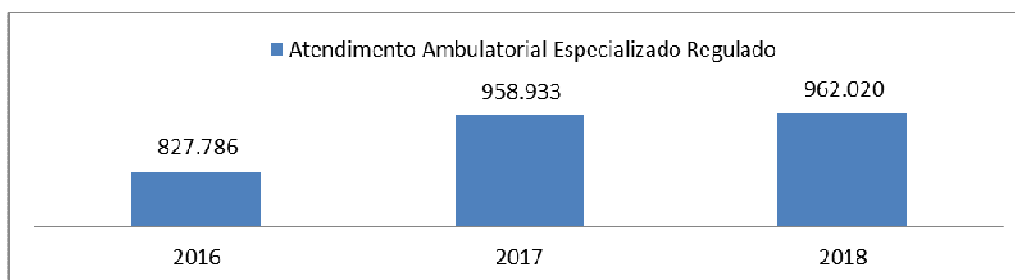
Gráfico 47 – Evolução de Internações Reguladas Complexos Reguladores Regionais, através do Sistema Estadual de Regulação



Fonte: SISREG/2018

Enquanto que o acesso aos serviços ambulatoriais especializados evoluíram em 134.234 procedimento anual, entre os anos de 2016 á 2018 segundo demonstrados no gráfico abaixo:

Gráfico 48 – Evolução dos Procedimentos Ambulatoriais Especializados Regulados no Estado do Pará – 2016 a 2018.



Fonte: SISREG/2018.

Apesar da evolução do acesso regulado do usuário aos serviços de saúde ocorridos no Estado, percebe-se a ainda a dificuldade da população no atendimento ás consultas, exames especializados e internações, resultando em longas filas de espera em determinadas especialidade, as quais são ocasionadas por diversos fatores como: ineficiência e/ou ausência do processo regulatório pelas regulações municipais da rede própria da atenção básica quanto ao agendamento das consultas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetricia) e de outros procedimentos básicos; limitação da oferta de serviços especializados, principalmente ambulatorial de média complexidade, tanto pela esfera pública quanto a privada contratualizada; concentração da oferta no estabelecimento executante; não cumprimento das programações pactuadas entre

gestores (PPI Assistencial); ausência de protocolos de regulação do acesso normatizados e dificuldade no cumprimento dos fluxos pactuados.

E diante deste cenário, apesar da implantação dos Complexos Reguladores Regionais a sua operacionalização não está totalmente constituída para funcionar conforme determina as normatizações vigentes, pois atualmente somente o CR Metropolitano localizado na capital do Estado no município de Belém, está atuando com estrutura completa, havendo necessidades de adequação dos demais complexos quanto a estruturas físicas e lotação de profissionais qualificados para o processo de regulação, funcionalidades tecnológicas e operacionalização dos sistemas de regulação.

Outro processo de relevada importância é a utilização dos protocolos de regulação que proporciona a organização do acesso segundo a necessidade e priorização do atendimento, e sua elaboração deve ser de acordo com o perfil da rede assistencial das regiões de saúde, os quais necessitam da colaboração dos gestores municipais e sua efetiva funcionalidade previamente pactuados entre os gestores municipais e o gestor estadual, visando à garantia de custeio dos serviços a serem realizados pelos estabelecimentos executantes na rede municipal ou regional e com aprovação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e homologados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB),

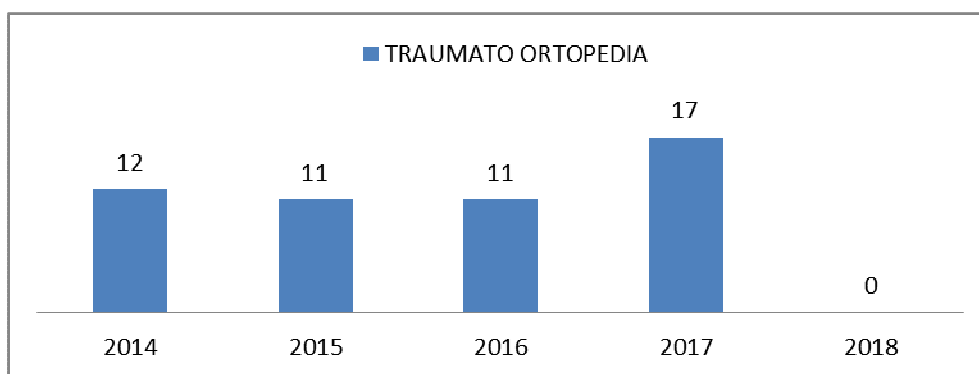
Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

Outro mecanismo de regulação do acesso é o Tratamento Fora do Domicílio – TFD, que visa garantir, por meio do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município, na região, Estado de residência, por falta de condições estruturais e se referem a procedimentos eletivos. 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 ou contratada do SUS.

Quando a necessidade de serviço especializado em determinadas especialidades médicas está esgotada no Estado é utilizada a regulação interestadual através da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) que foi implantada para instituir o fluxo dessa Central de Regulação nos Estados e municípios, interagindo diretamente com a Central Nacional estabelecendo o fluxo regulatório final. A Central encaminha pacientes para atendimento de alta complexidade, em caráter eletivo para os seguintes Estados: Recife/Pernambuco, São Paulo, São Luis/Maranhão Brasília/Distrito Federal Fortaleza/Ceará, Salvador/Bahia.

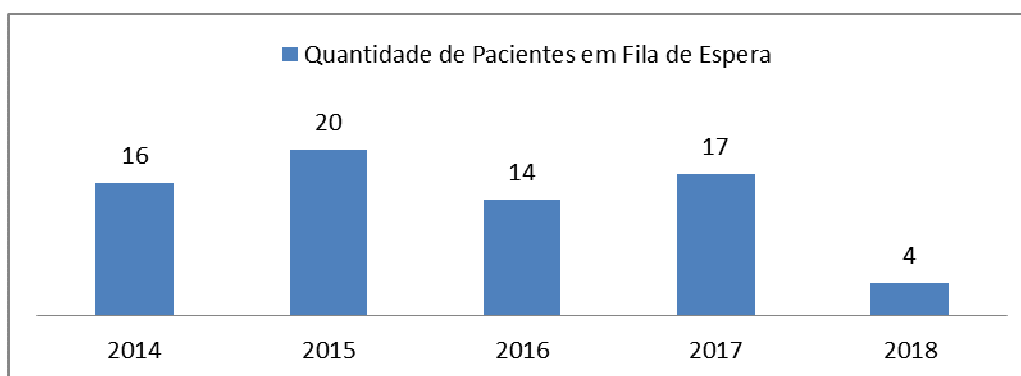
Observamos ainda que no ano de 2018 por falta de pactuação entre o Estado do Pará e outros, cresceu a fila de espera em nas especialidades: Ortopedia, Hepatologia, Cardiologia, Oncologia, Hematologia, Neurologia, Oftalmologia, Traumato-Ortopedia, Genética, Neuropediatria criando uma fila de espera que ao longo de 5 anos vem aumentando conforme demonstrado no gráfico abaixo .significativo de pacientes não atendidos nas seguintes especialidades: Cirurgia de Cabeça-Pescoço, Oftalmologia, Traumato-Ortopedia, e especificamente nas patologias: Nefrolitíase, Estenose Subglótica, Distrofia muscular, Coxoartrose, Hemangioma, Mielomeningocele, Braquiectasia, entre outros, havendo necessidade de o próprio Estado absorver tal demanda. Abaixo gráfico que demonstra a demanda reprimida nos anos de 2014 a 2018.

Gráfico 49 - Quantitativo de Pacientes em Fila de Espera em Traumato Ortopedia para Tratamento Fora do Domicilio – 2014 -2018



Fonte: TFD/DRA/DDASS

Gráfico 50 - Evolução da Demanda Reprimida para Tratamento Fora do Domicilio no Estado do Pará – 2014 -2018



Fonte: TFD/DRA/DDASS

Diante de tal situação as dificuldades de funcionamento do programa esta relacionado à insuficiência de recursos financeiros destinados aos Centros Regionais de Saúde para o pagamento de “ajuda de custo” aos pacientes em razão do aumento da demanda, assim como a defasagem do valor das ajudas de custo, estabelecida pela Portaria Nº 2488, de

02/10/2007; ao crescente número de demandas judiciais solicitadas por pacientes que não receberam “ajuda de custo” de TFD de seus municípios de origem, conforme a legislação vigente; insuficiente quantitativo de profissionais de saúde para a realização das supervisões do Programa de TFD nas Regionais junto aos municípios de sua jurisdição.

A situação de pacientes que viajam para outros Estados em busca de tratamento sem autorização das Comissões de TFD regionais/estadual ainda persiste. Os referidos pacientes para terem acesso ao serviço de TFD entram com demanda junto a Defensoria Pública e Ministério Público.

O desafio da Regulação Estadual diante de uma rede que atua de forma fragmentada onde ainda não se tem noção da real demanda reprimida nas especialidades tanto ambulatorial como hospitalar, tendo como consequência a indefinição do perfil da atenção especializada de cada região de saúde.

Auditoria em Saúde do SUS

As Ações do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria são desenvolvidas visando à melhoria da qualidade da atenção à saúde, objetivando assim otimizar programas e serviços de saúde através de indicadores da correta aplicação dos recursos físicos e financeiros do SUS disponíveis por meio da prática de orientações pertinentes aos responsáveis, ressaltando a necessidade da correta aplicação da normatização sanitária vigente.

As Auditorias Operativas realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Pará estão voltadas para a avaliação da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB nos municípios objetivando nortear seus planejamentos e tomadas de decisões em relação à política sanitária a ser implementada, cumprindo assim o compromisso na área da saúde, de auxiliar tecnicamente os gestores municipais no cumprimento de suas obrigações, visando o aperfeiçoamento dos sistemas municipais de saúde, e, consequentemente, impactando na melhoria do atendimento aos usuários do SUS, norteados pelos princípios da humanização.

Atualmente o Estado do Pará apresenta uma cobertura de 5,55% dos municípios com o Componente Municipal de Auditoria do SUS implantado onde somente os municípios de Belém e Ananindeua possuem o SNA em funcionamento, complementado pelos componentes estaduais representados pelos Centros Regionais de Saúde localizados em Capanema, Santarém, Marabá e Belém, este último referente à sede do 7º CRS que

atende a região do Marajó, a coordenação estadual e a representação federal localizada também em Belém.

Quadro 79 - Componentes do Sistema Nacional de Auditoria

COMPONENTE DA AUDITORIA					
Tipo de gestão	Macro I	Macro II	Macro III	Macro IV	Total
Auditoria Federal	1				1
Auditoria Estadual	2	1	1	1	5
Auditoria Municipal	2				2

FONTE: DEAUD/DDASS/SESPA-2019

Quanto à disponibilidade de recursos humanos em apenas 04 CRS tem auditores devidamente designados através de portaria para exercer a Função de “Auditor em Saúde”, visto que ainda não existe o Cargo de Auditor no âmbito da SESP. Ressalta-se ainda que atualmente o Estado possui em seu quadro técnico 11 (onze) auditores, sendo 04 (quatro) da Área de Recursos Financeiros e 07 (sete) da Área da Assistência, estando o serviço de auditoria centralizado em Belém.

A implementação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA Municipal no Estado é um grande desafio, pois é necessária a adesão da gestão municipal para sua efetivação, principalmente aqueles que possuem uma ampla rede assistencial, como os municípios sedes das regiões de saúde, cujas dificuldades enfrentadas estão relacionadas ao insuficiente número de Auditores em Saúde para cobrir a totalidade das auditorias; ausência de uma política de remuneração que inclua uma gratificação financeira aos Auditores em Saúde por produtividade, e que leve em conta a importância da atividade para a política de melhoria da qualidade da saúde aos usuários do SUS. Por produtividade é isso mesmo?

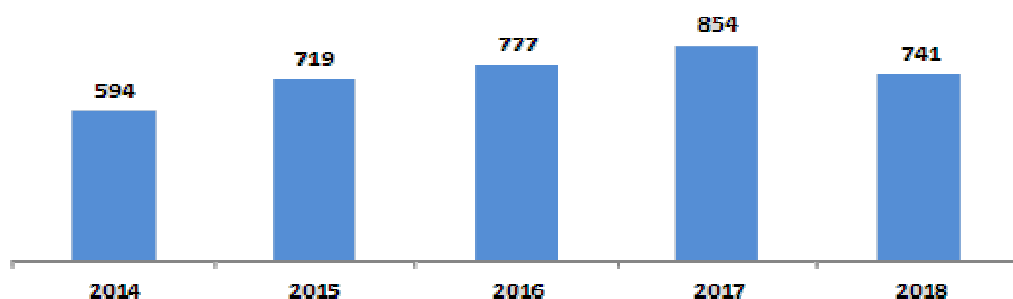
O desafio da gestão estadual está em ampliar a cobertura do SNA nas regiões de saúde através da implantação do componente do sistema nos 13 Centros Regionais de Saúde e estabelecendo o Departamento de Auditoria em Saúde Estadual – DEAUDS como Órgão Central e Coordenador desse sistema, com o objetivo de dar suporte aos municípios de abrangência na implementação da Auditoria do SUS, do Estado, sendo que a Divisão de Organização, Controle e Avaliação dos centros regionais agregará o “serviço de auditoria”, possibilitando assim o atendimento às demandas ordinárias e extraordinárias, inclusive judiciais na abrangência dos 144 municípios daí a necessidade de estabelecer as Regionais de Saúde como Unidades Desconcentradas do Sistema

Estadual de Auditoria do SUS, consolidando - se assim o Sistema Estadual de Auditoria do SUS.

Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria do SUS no Estado do Pará desenvolve suas atividades atuando na viabilização dos direitos dos (as) usuários (as) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e/ou coletivas tratadas adequadamente. Desta forma a sistematização das manifestações durante o período de 2014 a 2018 conforme demonstrado no Gráfico , obteve-se um total de 3.685 manifestações acolhidas e encaminhadas para providências dos órgãos responsáveis e gestores do SUS.

Gráfico 51 - Quantitativos de manifestações recebidas no período de 2014 a 2018



Fonte: Sistema OuvidorSUS – setembro de 2019

O quantitativo de manifestações registradas no sistema OuvidorSUS no período de 2014 a 2018 foram classificadas conforme quadro abaixo, apresentando um índice de 42% de reclamações, revelando a necessidade de ajustes nos processos da gestão do SUS e dos serviços de saúde, sinalizados pelo próprio cidadão através dos diversos canais de registro das ouvidorias disponibilizados para a população.

Quadro 80 - Classificações das Manifestações pelo Sistema OuvidorSUS/2014 a 2018

CLASSIFICAÇÃO	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	Percentual
Denúncia	134	133	90	97	110	564	15,30
Elogio	8	29	33	85	25	180	4,89
Informação	44	68	140	91	46	389	10,56
Reclamação	274	292	294	353	354	1567	42,53
Solicitação	116	173	207	202	190	888	24,09
Sugestão	18	24	13	26	16	97	2,63
Total	594	719	777	854	741	3685	100,00

Fonte: Sistema OuvidorSUS – setembro de 2019

Das Manifestações recebidas os assuntos mais recorrentes foram referentes a Gestão (1.474), Assistência a Saúde (619), Programa de Tratamento Fora do Domicílio-TFD (539), Assistência Farmacêutica (440) e Vigilância em saúde (194) conforme Quadro abaixo:

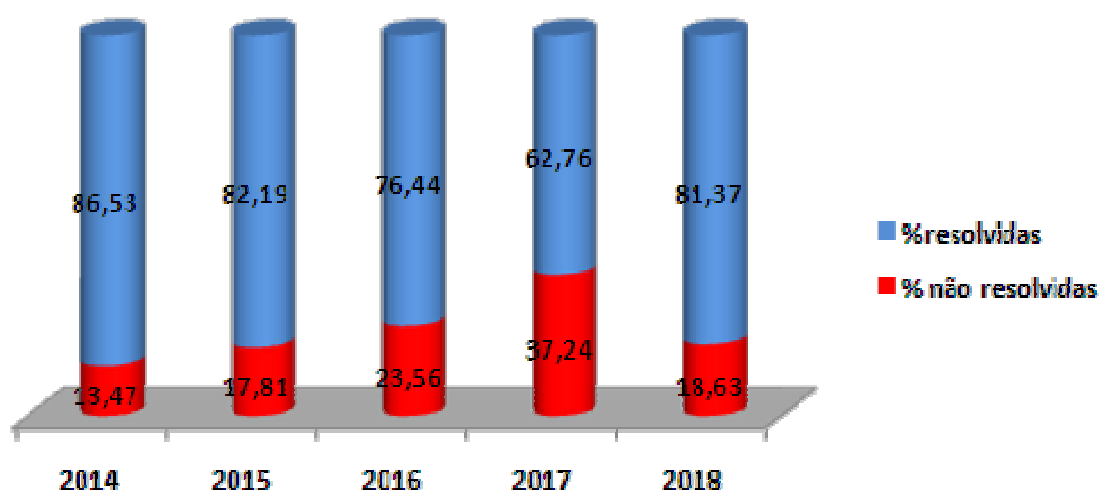
Quadro 81 - Assuntos mais recorrentes das Manifestações dos Usuários do SUS no período de 2014 a 2018

ASSUNTO	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%
Assistência À Saúde	78	132	131	160	118	619	18,95
Assistência Farmacêutica	43	59	54	69	215	440	13,48
Gestão	210	255	321	408	280	1474	45,13
(TFD) Transporte	163	142	119	85	30	539	16,5
Vigilância Saúde	29	35	57	43	30	194	5,94
Total	523	623	682	765	673	3266	100

Fonte: Sistema OuvidorSUS – setembro de 2019

Do total de manifestações registradas na Ouvidoria central da SESPA no período, 2.838 manifestações foram resolvidas conforme o Gráfico abaixo, alcançando um Índice de resolutividade de 78%, o que demonstra o principal desafio junto a gestão do SUS: a resposta das manifestações em tempo hábil e no prazo da Lei.

Gráfico 52– Percentual de Resolutividade das manifestações recebidas no período de 2014 a 2018.



Fonte: Sistema OuvidorSUS – setembro de 2019

Embora as ouvidorias atuem de forma descentralizada (União, Estados e Municípios) e com autonomia, essa organização sistêmica tem como objetivo principal proporcionar à

população maior agilidade na resposta às demandas junto aos órgãos gestores de saúde assim como ampliar o espaço e canais de participação social.

Diante da dificuldade no retorno das manifestações encaminhadas principalmente aos municípios, às Ouvidorias Central e Regionais da SESP A apoiam a descentralização dos serviços de ouvidoria do SUS aos municípios, com o objetivo de atender os anseios do usuário de forma mais estratégica, levando o serviço para mais perto do cidadão dentro da área de resolutividade de cada gestão do SUS, conforme pode-se observar no Quadro abaixo o painel das ouvidorias do SUS implantadas no Estado do Pará sinalizadas por Região de Saúde.

Quadro 82 - Ouvidorias do SUS implantadas no Estado do Pará 2014 a 2018.

Região de Saúde	Ouvidoria Implantada				
	2014	2015	2016	2017	2018
Tocantins	5	6	8	8	9
Rio Caetés	6	10	12	15	16
Xingu	6	6	6	7	8
Baixo amazonas	2	2	9	13	14
Tapajós	0	1	4	5	5
Lago Tucuruí	3	5	5	5	5
Marajó I	0	0	0	0	1
Marajó II	1	1	1	1	1
Metropolitana I	4	5	5	5	5
Metropolitana II	2	2	2	2	6
Metropolitana II I	10	11	12	15	17
Araguaia	3	5	5	5	6
Carajás	3	3	3	6	7
TOTAL	44	57	72	87	95
	-30,55%	-39,58%	-50%	-60,40%	-65,27%

FONTE: Sistema OuvidorSUS

O quadro demonstra a evolução de implantação do serviço de ouvidoria do SUS com apoio técnico da Ouvidoria SESP A (ouvidoria Central e 13 Ouvidorias Regionais) sendo que em 2014 eram 44 municípios passando para 95 em 2018 com o serviço de Ouvidorias do SUS implantados, proporcionando o fortalecimento da gestão com

transparência, ampliando a participação do usuário na gestão do SUS através de avaliação contínua dos serviços prestados a população nas regiões de saúde.

Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA)

É o órgão colegiado de deliberação superior do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado, tem caráter permanente e deliberativo e como objetivo geral atuar na formulação e proposição de estratégias, bem como no acompanhamento, controle, avaliação e execução da Política Pública de Saúde, em conformidade com a legislação do SUS.

Atua no pleno funcionamento das instâncias colegiadas do SUS no Estado, com ampla garantia da participação popular e da democratização das decisões.

O Conselho Estadual de Saúde estabelece as diretrizes da Política Estadual de Saúde, acompanha, controla, avalia e fiscaliza a sua execução no Estado, propondo medidas de aperfeiçoamento e de redirecionamento que julgar necessárias.

Delibera sobre as estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS no Estado, articulando-se com os demais colegiados nacionais, regionais e municipais;

A estrutura do CES/PA é composto por um Plenário, com 56 conselheiros entre titulares e suplentes. Uma Mesa Diretora, composta por quatro membros Presidente, Vice-presidente, Primeiro secretário, Segundo secretário e uma Secretaria Executiva.

O CES conta com uma secretaria executiva responsável por executar a demanda do plenário. reúne ordinariamente, uma vez por mês, e, extraordinariamente, sempre que for necessário. Também é presidido pelo Conselheiro representante do segmento do trabalhador.

As deliberações do CES/PA são tomadas mediante Resoluções, assinadas pela Presidência do CES/PA e homologadas pelo Chefe do Poder Executivo ou titular. Conta com as comissões, permanentes e/ou temporárias.

Foi realizada a 13ª Conferência Estadual de Saúde, em junho de 2019, e contou com um total de 840 participantes entre delegados, autoridades, convidados, palestrantes, ouvintes e equipe de apoio. Foram discutidas as propostas oriundas das Conferências e Plenárias Municipais de Saúde realizadas em 129 municípios do Estado do Pará que deverão servir como base para a elaboração do Plano Plurianual de Saúde. Também foram escolhidas cinco propostas por eixo temático que foram enviadas a 16ª CNS, assim como quatro diretrizes elaboradas de acordo com seus respectivos eixos no quadro abaixo:

Quadro 83 - Eixos e Diretrizes da 13ª Conferência Estadual de Saúde-2019

EIXO 1- Democracia e a Participação Social da Saúde Diretriz- Garantir incentivar a participação e o apoio para as políticas de saúde aos povos da Amazônia.
EIXO 2- Saúde como Direito Diretriz: Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, 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.
EIXO 3- Consolidação dos Princípios do Sistema Único De Saúde (SUS) Diretriz: Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Classificação de Risco, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.
EIXO 4 - Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS Diretriz: Ampliação do financiamento do SUS considerando o Fator Amazônico e respeitando as especificidades de cada região do Estado do Pará.

É importante relatar, que através da 13ª Conferência Estadual do Pará o CES buscou, mostrar a ideia de luta e resistência em defesa do SUS, contemplando as diversidades da população paraense. Negras e negros, indígenas, Mulheres, Povos e Comunidades Tradicionais, LGBTQs, Juventudes, dentre tantos outros segmentos que compõem a sociedade brasileira. A ideia é unificar as diferentes lutas para que não deixemos morrer a maior política social do país, o SUS – Patrimônio do Povo Brasileiro.

1.8 – RECURSO ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS.

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA: RECEITAS, DESPESAS E INDICADORES DA FUNÇÃO SAÚDE.

Para a elaboração do Plano estadual de Saúde / PES 2020-2023, há de se observar os dados consolidados da execução orçamentária da saúde no período histórico de 2010 a 2018, pois permite uma análise mais segura, comparativamente ao que se tinha planejado do PES anterior e o que foi realizado, de forma que esta mesma série

histórica demonstra inclusive as evoluções orçamentárias no que tange a saúde do Estado.

Neste cenário, vale ressaltar que o financiamento das ações e dos serviços de saúde está nas responsabilidades das três esferas de gestão do Sistema único de Saúde (SUS), obedecendo ao que se propõe sobre a gestão compartilhada das Ações de Serviços Públicos em Saúde (ASPS) dos recursos, onde cada ente com sua autonomia e governança em seu âmbito. Os recursos transferidos para os fundos estaduais e municipais de maneira regular são automáticos, conforme os compromissos e as metas pactuadas.

RECEITA DA FUNÇÃO SAÚDE

A apuração da receita total para a composição do cálculo do percentual mínimo para aplicação em ASPS engloba os impostos e as transferências constitucionais e legais.

A tabela e o gráfico a seguir apresentam a evolução da receita realizada, parte da execução orçamentária das transferências de recursos do orçamento do Estado do Pará na função saúde no período de 2010 a 2018.

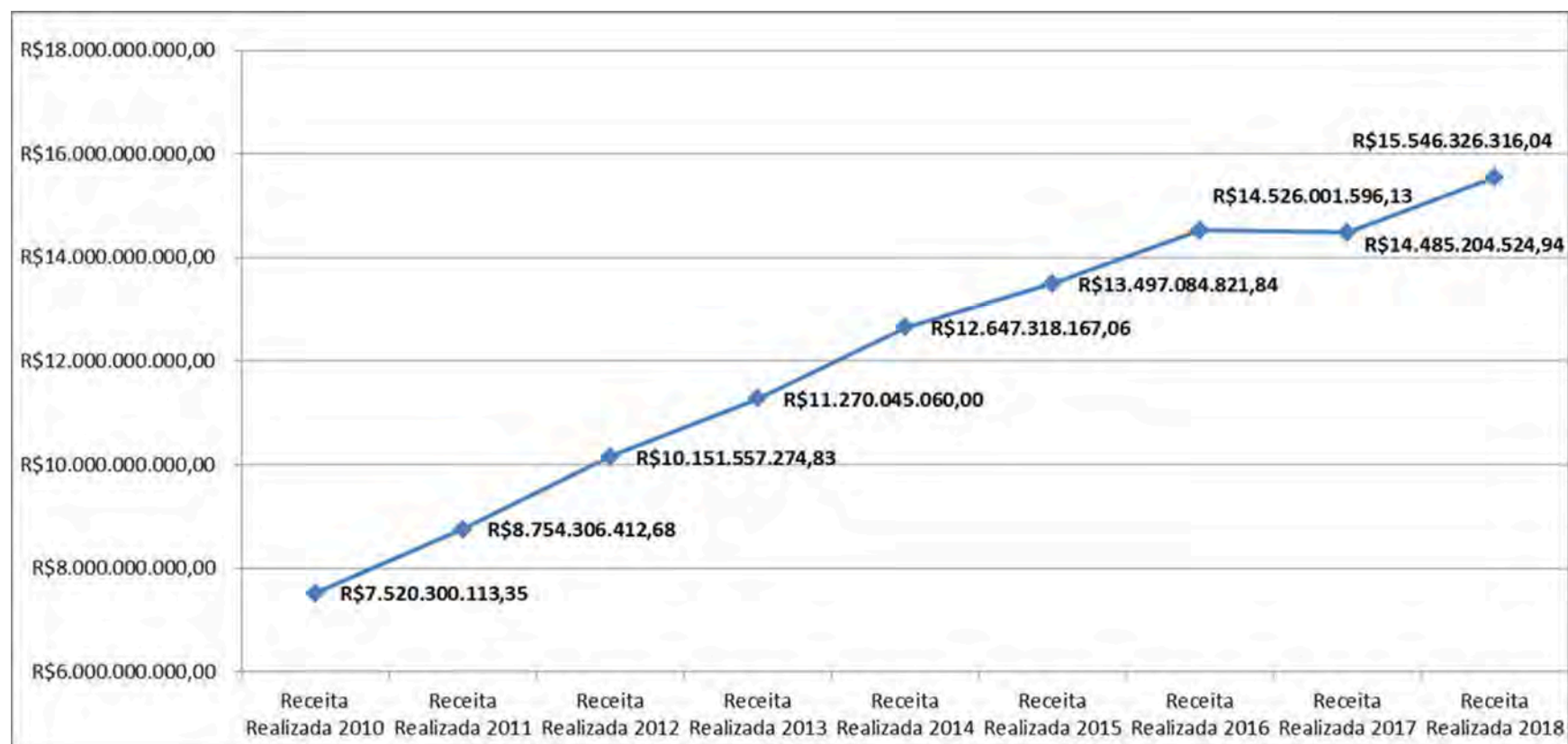
Quadro 58 - Receitas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde - r\$ 1,00

RECEITA	Impostos (I)	Transferências da União (II)	(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)	Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e legais vinculadas a saúde (IV=I+II-III)	PERÍODO	VARIAÇÃO DO REAJUSTE ANUAL
Receita Realizada 2010	5.725.863.692,86	3.246.363.918,65	1.451.927.498,16	7.520.300.113,35	2010/2011	14,10
Receita Realizada 2011	6.438.798.310,36	3.933.380.387,10	1.617.872.284,78	8.754.306.412,68	2011/2012	13,76
Receita Realizada 2012	8.030.118.972,23	4.123.550.119,80	2.002.111.817,20	10.151.557.274,83	2012/2013	9,92
Receita Realizada 2013	9.116.891.132,36	4.413.929.323,08	2.260.775.395,44	11.270.045.060,00	2013/2014	10,89
Receita Realizada 2014	10.344.793.271,34	4.858.051.895,72	2.555.527.000,00	12.647.318.167,06	2014/2015	6,30
Receita Realizada 2015	11.283.886.286,14	4.962.940.758,29	2.749.742.222,59	13.497.084.821,84	2015/2016	7,08
Receita Realizada 2016	11.703.786.774,78	5.650.613.821,35	2.828.399.000,00	14.526.001.596,13	2016/2017	0,28
Receita Realizada 2017	11.960.879.052,83	5.418.675.799,07	2.894.350.326,96	14.485.204.524,94	2017/2018	6,83
Receita Realizada 2018	12.774.178.438,89	5.874.273.698,15	3.102.125.821,00	15.546.326.316,04		

Fonte: SIOPS

Obs.: O valor nominal médio de reajuste anual no período de 2010-2018 foi de R\$ 1.003.253.275,34 e o Percentual Médio de Reajuste anual no mesmo período foi de 8,57%, se analisarmos somente os dados do período de 2010-2014 o valor nominal médio de reajuste anual foi de R\$ 1.281.754,513, 43 e o percentual médio de reajuste anual era de 13,9%, como se está trabalhando com uma série histórica de 9 anos é importante apresentar os dados que foram utilizados no PES 2016-2019.

Gráfico 39: Evolução da Receita Realizada de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais vinculadas a Saúde no período de 2010 a 2018.



Fonte: SIOPS

Quanto ao quadro acima, demonstramos a receita total do Estado, realizada no período de 2010 a 2018 para perceber a base de cálculo do percentual de gastos mínimos aplicados com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. Por todo esse período, observou-se o aumento gradual da receita realizada com um percentual médio de 8,57%, e um valor nominal médio de R\$ 1.003.253.275,34, mas se compararmos com a evolução do período 2010 a 2014, onde esta média atingiu 13,9 % e um valor nominal de R\$ 1.281.754,513, 43, ficou abaixo do desempenho de 2015 a 2018 isto se remete aos impactos do orçamento público por conta da crise econômica brasileira no período de 2015 à 2017, onde houve um decrescimento da economia e um aumento substancial do déficit público que acarretou em ações drásticas do Governo Federal em congelar os investimentos públicos pelos próximos 20 anos conforme a legislação federal:

A Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos alterou a Constituição brasileira de 1988 para instituir o Novo Regime Fiscal. Trata-se duma limitação ao crescimento das despesas do governo brasileiro durante 20 anos, alcançando os três poderes, além do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União. Durante o processo legislativo recebeu diversas denominações: PEC do Teto, PEC 241 na Câmara dos Deputados e PEC 55 no Senado Federal.

As despesas e investimentos públicos ficam limitadas aos mesmos valores gastos no ano anterior, corrigidos pela inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Trata-se de proposta de alteração no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com validade inicialmente prevista para os próximos 20 anos, sendo que a partir do décimo ano, o Presidente da República que estiver exercendo o poder poderá alterar essa correção das despesas públicas, por meio de Projeto de Lei Complementar. Para o ano de 2017, haverá exceções para as áreas da Saúde e Educação, cujos gastos só passarão a respeitar o teto a partir de 2018, devido ao percentual mínimo de arrecadação para os dois setores determinado atualmente pela Constituição Federal.

Conforme esta realidade demonstrada da receita do Estado, poder-se-á elaborar as projeções do PES – Plano Estadual de Saúde 2020-2023, no que se refere ao financiamento das ASPS, mesmo considerando o cenário instável da variação nominal e relativa do PIB – Produto Interno Bruto e IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo, ou ainda o fator que melhor se apresente para a gestão, na conjunção programática das ações com o planejamento orçamentário, ensejando os pressupostos conjunturais neste modelo preditivo de curto e médio prazo.

Como é demonstrado no gráfico 01 de evolução das receitas realizadas, os resultados mostram uma queda no período entre 2016 e 2017 de R\$ 14.526.001.596,13 para R\$ 14.485.204.524,94 em decorrência do contingenciamento de gastos públicos, interrompendo um ciclo de crescimento das receitas que vinham desde 2010, sendo que em 2018 é retomado este crescimento da receita para R\$15.546.326.316,04.

DESPESAS DA FUNÇÃO SAÚDE

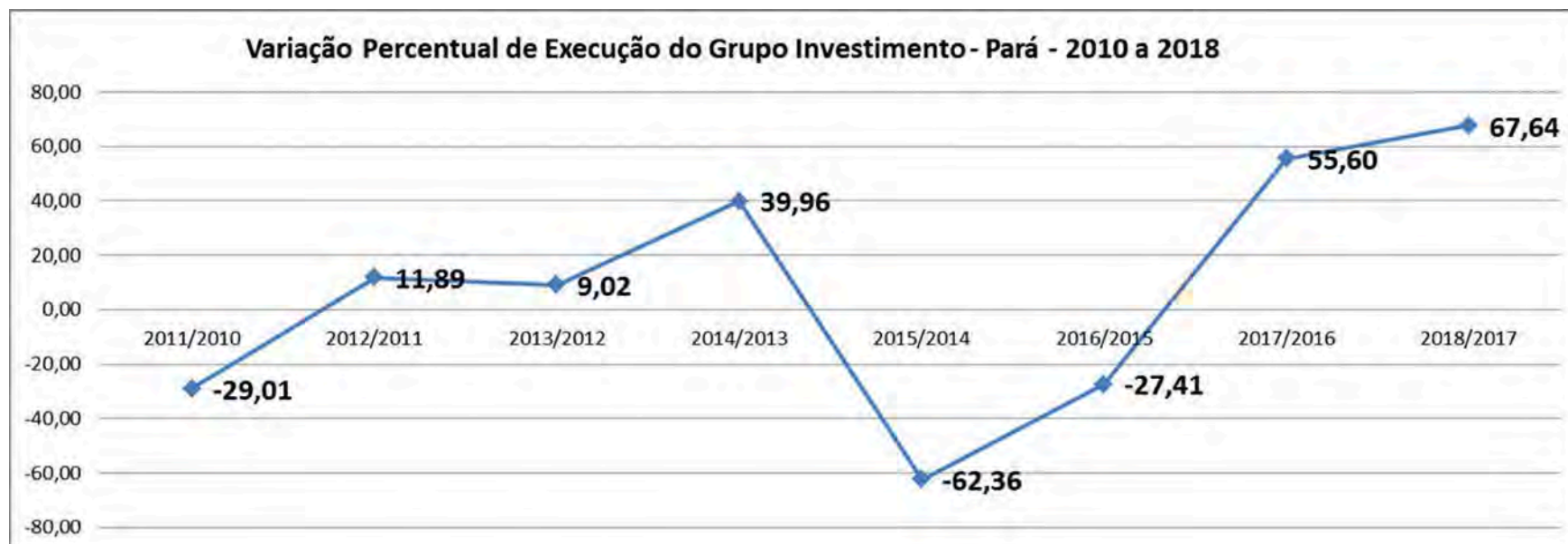
Os dados relativos às principais categorias econômicas estão demonstrados no Quadro 59 a seguir, que trata da execução orçamentária da Função Saúde de 2010 à 2018. Primeiramente abordou-se o desempenho da execução orçamentária segundo a categoria econômica da despesa, composta pelas **DESPESAS CORRENTES** e **DESPESAS DE CAPITAL**.

Quadro 59 - Despesa Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

DESPESA / Ano		Despesas Correntes (V)	Pessoal e Enc. Sociais	Juros e Enc. da Dívida	Outras Desp. Correntes	Despesas de Capital (VI)	Investimentos	Inversões Financeiras	Amortização da Dívida	Total (VII=V+VI)	PERÍODO	VARIAÇÃO DAS DESPESAS
DESPESA LIQUIDADADA	2010	1.315.282.034,23	477.613.300,76	8.268.313,52	829.400.419,95	115.317.355,47	97.817.354,99	-	17.500.000,48	1.430.599.389,70	2011/2010	-29,01
	2011	1.332.510.175,10	546.387.751,40	7.725.714,09	778.396.709,61	134.915.421,07	75.824.360,59	39.519.801,81	19.571.258,67	1.467.425.596,17	2012/2011	11,89
	2012	1.560.056.730,99	701.399.761,91	-	858.656.969,08	86.052.326,74	86.052.326,74	-	-	1.646.109.057,73	2013/2012	9,02
	2013	1.791.980.781,50	786.777.754,38	-	1.005.203.027,12	95.783.518,66	94.583.518,66	1.200.000,00	-	1.887.764.300,16	2014/2013	39,96
	2014	1.906.461.385,24	847.898.131,23	-	1.058.563.254,01	167.581.273,57	157.533.189,65	8.856.198,89	1.191.885,03	2.074.042.658,81	2015/2014	-62,36
	2015	2.146.518.351,23	909.685.717,78	-	1.236.832.633,45	100.024.619,42	97.024.619,42	3.000.000,00	-	2.246.542.970,65	2016/2015	-27,41
	2016	2.335.644.103,88	923.341.588,41	-	1.412.302.515,47	76.154.433,57	76.154.433,57	-	-	2.411.798.537,45	2017/2016	55,60
	2017	2.464.416.785,84	954.006.968,90	-	1.510.409.816,94	171.528.484,66	171.528.484,66	-	-	2.635.945.270,50	2018/2017	67,64
	2018	2.607.021.448,37	1.001.726.741,33	-	1.605.294.707,04	542.918.871,48	529.998.871,48	12.920.000,00	-	3.149.940.319,85		

Fonte: SIOPS

Gráfico 40: Execução dos investimentos em saúde no Estado do Pará



Fonte: SIOPS

Na série histórica acima percebe-se uma oscilação acentuada na execução dos investimentos em saúde no Estado do Pará. Observa-se que houve uma queda nos investimentos no período de 2015/2014 de 62,36 % e de 27,41% em 2016/2015 devido à crise do orçamento público brasileiro que já foi mencionado anteriormente, a retomada dos investimentos ocorreram no período de 2017 e 2018 com R\$ 171.528.484,66 e R\$ 529.918.871,48 respectivamente, em decorrência disto a participação das despesas de capital deram um salto para 17,24% mas do que o dobro do período anterior à crise (2010-2014).

Esta evolução das despesas de capital pode ser determinada principalmente por conta dos investimentos na fonte do tesouro, canalizando para um só foco de média e alta complexidade, sem a prioridade de se voltar para um olhar de Rede de Atenção em Saúde no sentido de um melhor atendimento junto à população.

DESPESAS SEGUNDO AS SUBFUNÇÕES DE SAÚDE

Quadro 60 - DESPESA LIQUIDADA COM SAÚDE POR SUBFUNÇÕES NO PERÍODO DE 2010 A 2018

PRINCIPAIS SUBFUNÇÕES		Atenção Básica	Assist. Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções	TOTAL
DESPESA LIQUIDADA	2010	48.406.308,19	672.842.765,26	15.957.558,38	1.488.832,30	14.876.504,64	100.292,83	676.927.128,10	1.430.599.389,70
	2011	33.922.049,01	90.062.559,95	44.188.804,02	759.712,84	16.573.855,76	-	1.281.918.614,59	1.467.425.596,17
	2012	33.423.358,25	700.541.797,26	36.208.163,55	1.653.893,50	16.049.759,36	100.169,03	858.131.916,78	1.646.109.057,73
	2013	55.138.556,86	820.447.505,44	43.332.251,18	6.871.474,88	17.850.022,33	101.677,43	944.022.812,04	1.887.764.300,16
	2014	16.920.236,45	965.062.799,66	53.938.779,33	3.871.686,61	22.135.376,83	102.204,60	1.012.011.575,33	2.074.042.658,81
	2015	29.160.385,82	1.038.382.757,34	70.195.078,34	2.831.815,89	20.898.839,94	102.778,03	1.084.971.315,29	2.246.542.970,65
	2016	20.469.191,22	1.195.135.806,96	47.485.655,50	-	28.170.601,12	-	1.120.956.416,01	2.412.217.670,81
	2017	13.545.934,83	1.374.216.764,37	40.776.666,28	-	37.808.888,91	-	1.170.866.978,31	2.637.215.232,70
	2018	38.478.032,47	1.819.072.384,87	37.976.167,21	-	32.360.951,93	-	1.222.459.923,69	3.150.347.460,17

Fonte: SIOPS

Gráfico 41 – Evolução do Total das Despesas Liquidadas no período de 2010 a 2018 (melhor exemplificação do quadro acima)

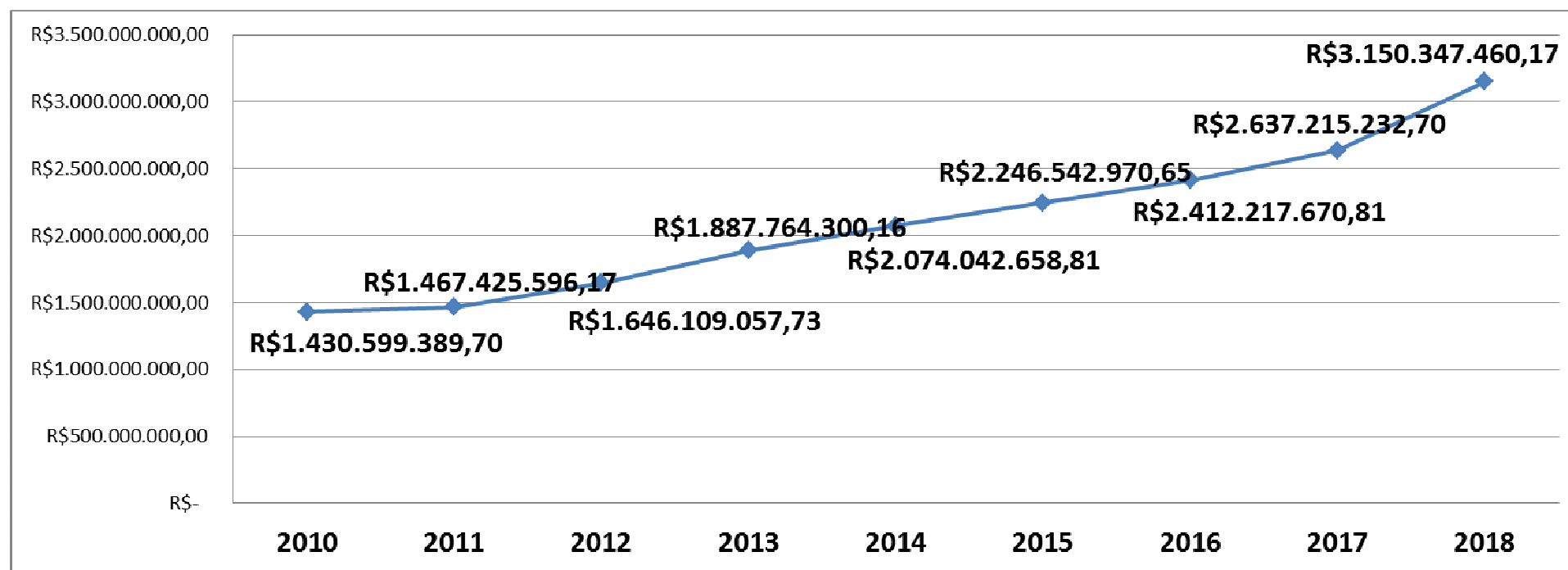
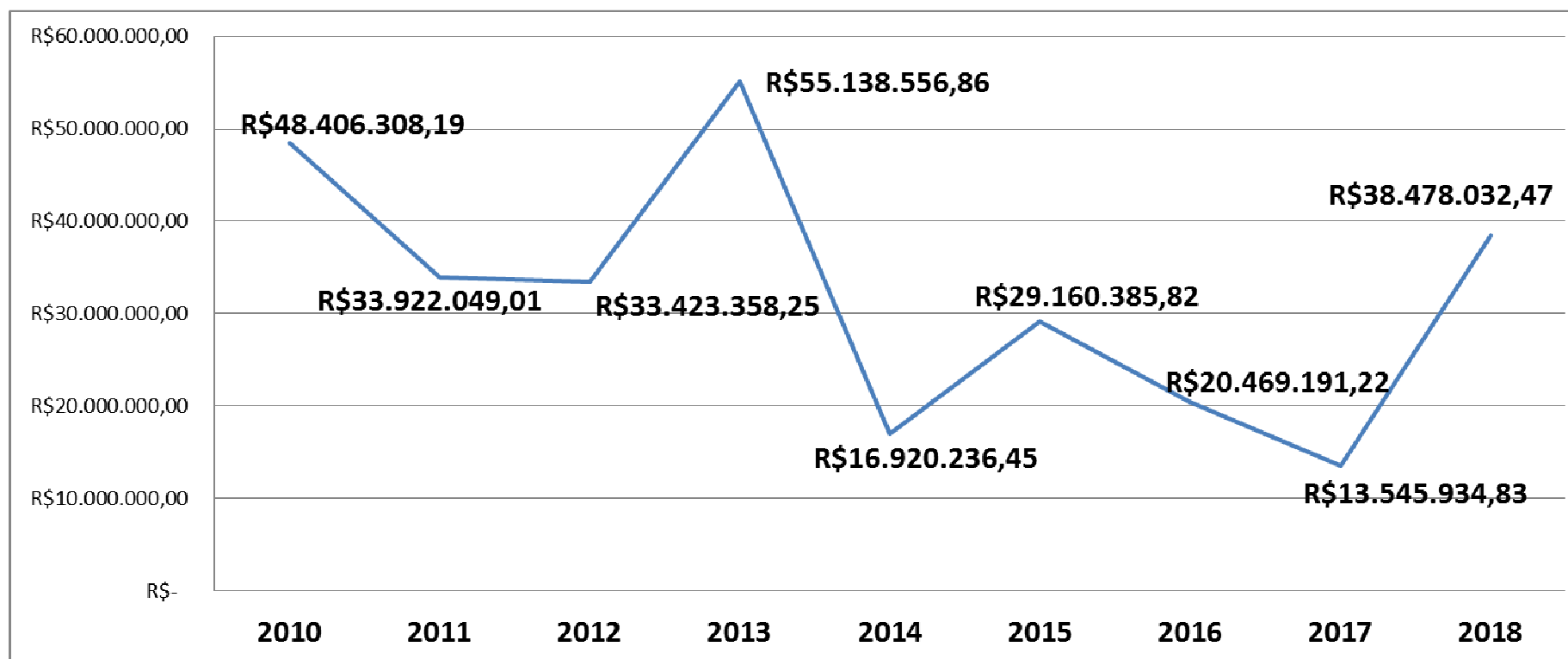
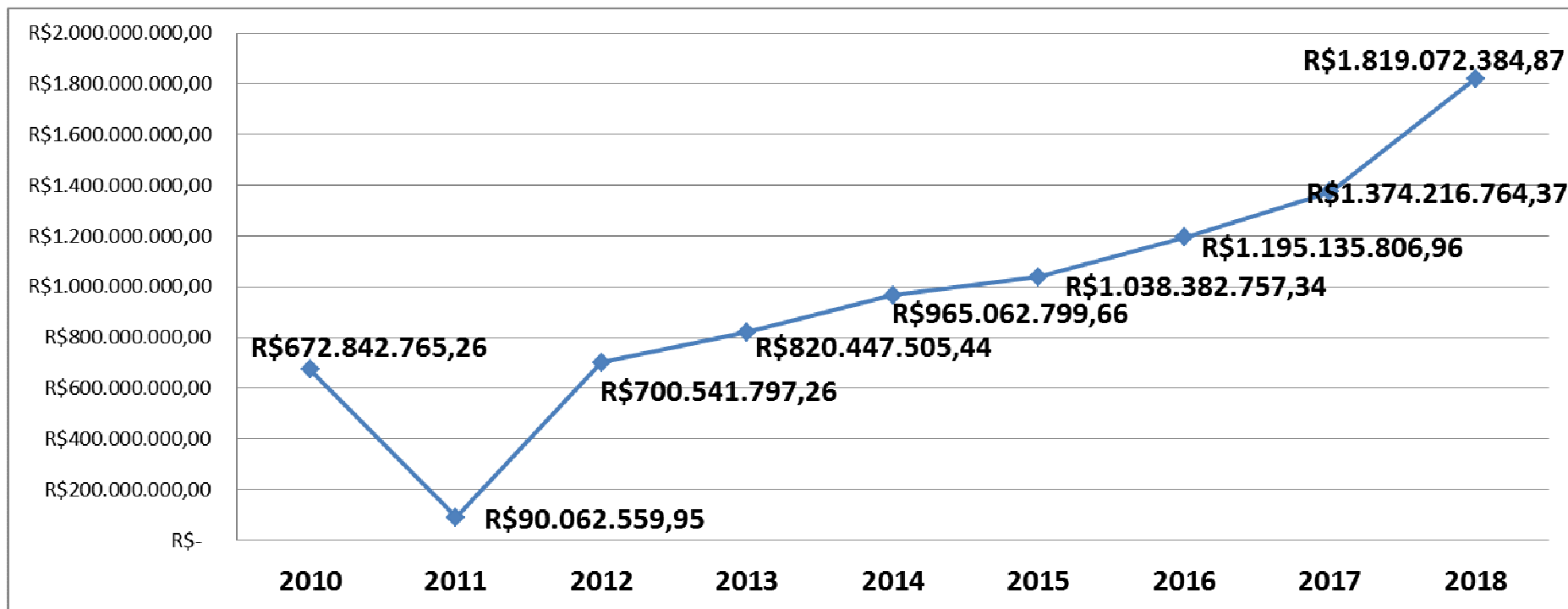


Gráfico 42 – Despesas com Atenção Básica no período de 2010 a 2018



Observa-se o comportamento instável do desempenho das despesas liquidadas referente a Atenção Básica no quadriênio 2010 a 2018.

Gráfico 43 – Despesas com Assistência Hospitalar Ambulatorial no período de 2010 a 2018



Fonte: SIOPS

Observa –se o comportamento crescente e sistemático no desempenho das despesas liquidadas referente a Assistência Hospitalar Ambulatorial no quadriênio 2010 a 2018. No que se refere às despesas liquidadas os dados foram disponibilizados pelo SIOPS no intervalo de 2010 até 2018.

No período em análise percebe-se a evolução e crescimento das despesas no resultado geral, mais do que dobrando ao longo desta série histórica em análise, saltando de **R\$ 1.430.599.389,70** em 2010, para **R\$ 3.150.347.460,17** em 2018.

As despesas com **Atenção Básica** oscilaram bastante neste período como demonstra os dados do quadro e gráfico. O pico orçamentário na Atenção Básica foi em 2013 com **R\$ 55.138.556,86** e desde então este valor não foi mais alcançado nos últimos anos, mesmo com a absorção da Alimentação e Nutrição a partir de 2016, a previsão é que somente a partir de 2020 que a Atenção Básica chegue a estes valores com o compromisso do governo de Estado focado nas Redes de Atenção em Saúde.

Na contra mão da Atenção Básica, a subfunção **Assistência Hospitalar e Ambulatorial** triplicou suas despesas liquidadas saltando de 2010 do valor de **R\$ 672.842.765,26**, para **R\$ 1.819.072.384,87** em 2018, o que confirma a análise anterior referente aos investimentos.

É importante ressaltar também o crescimento da **Vigilância Epidemiológica** que saltou suas despesas de **R\$ 14.876.504,64** em 2010 para **R\$ 32.360.951,93** em 2018 mais do que dobrando seu volume de despesas liquidadas. Um detalhe importante na Vigilância Epidemiológica foi que a mesma absorveu a partir de 2016 a **Vigilância Sanitária** que causou este impacto direto neste aumento de volume de despesas.

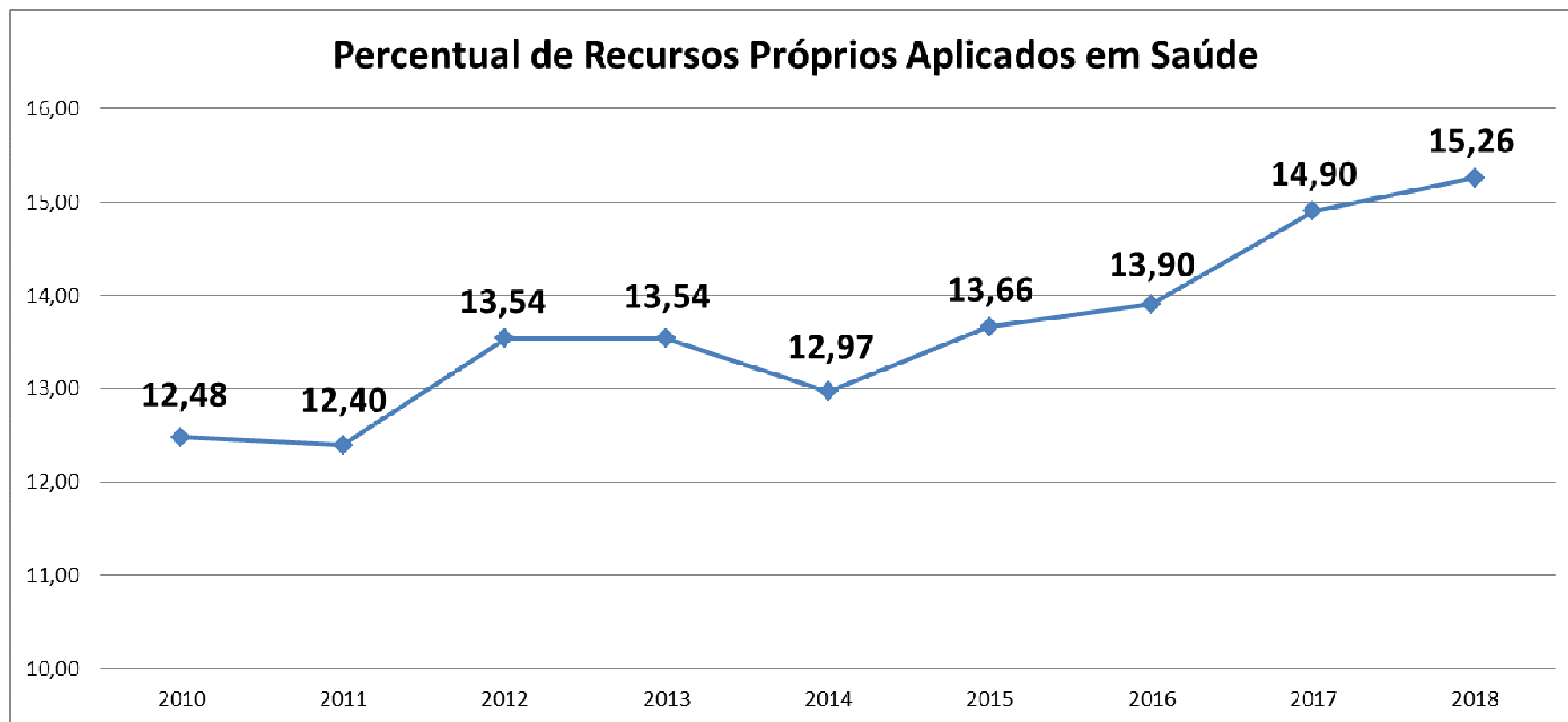
APLICAÇÃO MÍNIMA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme as disposições legais e em atendimento ao Relatório Resumido da Execução Orçamentária /RREO, o quadro abaixo condensa de forma simplificada os itens de apuração do percentual mínimo de aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS pela SESPA na Gestão do SUS no Estado do Pará, no período de 2010 a 2018.

O gráfico abaixo demonstra que o Estado do Pará vem cumprindo a legislação no que se refere aos percentuais para gastos de saúde com receita própria. Porém, a relevância nesta apuração fundamenta-se no fato de que o governo do Estado do Pará, através da SESPA, mesmo diante de condições adversas como as desonerações que ocorreram a partir de 2013 e contingenciamento dos gastos públicos de 2017, comprometendo sobremaneira o financiamento da saúde, vem realizando esforços para cumprimento dos objetivos e metas com estabelecimento de medidas contingenciadoras para o enfrentamento de tal fato. Assim, o aporte de recursos do Tesouro Estadual tem sido mais significativo para a efetividade das ações programáticas com maior resolutividade. No período de 2010 a 2018, os percentuais de aplicação de recursos próprios com saúde foram respectivamente de **12,48%, 12,40%, 13,54%, 13,54%, 12,97%, 13,66%, 13,90%**,

14,90% e 15,26%. Destacam-se as receitas dos recursos próprios em seu aspecto de desembolso assistemático, prejudicando um bom desempenho de gestão.

Gráfico 44 – Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde



Fonte: SIOPS

Quadro 61 - Porcentagem (%) de Transferência de Impostos sobre a Receita Total no período de 2010 a 2018¹

Nº	UF	2010	Nº	UF	2011	Nº	UF	2012	Nº	UF	2013	Nº	UF	2014	Nº	UF	2015	Nº	UF	2016	Nº	UF	2017	Nº	UF	2018
1	SC	85,7	1	SC	85,9	1	GO	83,3	1	GO	100,5	1	GO	98,1	1	GO	106,74	1	GO	69,8	1	SC	67,6	1	SC	69,4
2	PR	73,9	2	PR	75,8	2	SC	78,5	2	SC	84,92	2	SC	86,8	2	SC	85,58	2	SC	64,5	2	GO	65,2	2	SP	68,4
3	MG	70,1	3	MG	69,8	3	PR	76,9	3	PR	82,05	3	PR	76,9	3	PR	79,27	3	SP	61,8	3	SP	62,2	3	GO	68,3
4	SP	63,9	4	SP	66,7	4	SP	66	4	ES	71,91	4	SP	68,2	4	MT	75,39	4	RJ	60,5	4	PR	56,3	4	MT	59,2
5	ES	59,8	5	ES	59	5	MG	64,8	5	SP	70,99	5	ES	67	5	ES	71,68	5	PR	53,8	5	RJ	52,6	5	PR	59
6	GO	56,8	6	RS	55,9	6	MS	56	6	RS	62,83	6	MG	62,1	6	Pará	69,41	6	RS	49,8	6	MG	51,7	6	RS	56,7
7	MS	55,3	7	MS	54,4	7	RS	55,3	7	MS	62,1	7	MS	60,5	7	RJ	68,71	7	MS	49,8	7	MS	50,8	7	MS	54
8	AM	54,8	8	AM	53,8	8	CE	54,7	8	MG	59,36	8	RS	59,8	8	SP	67,94	8	MG	49,3	8	RS	49,8	8	ES	53,2
9	RJ	54,7	9	RJ	52,9	9	ES	53,7	9	CE	58,48	9	Pará	59	9	RS	63,56	9	ES	45,5	9	ES	46,7	9	MG	53
10	RS	54,6	10	MT	46,7	10	RJ	52	10	Pará	58,41	10	MT	57,7	10	MG	61,16	10	MT	43,2	10	MT	46,2	10	RJ	52,2
11	CE	53,2	11	CE	45,4	11	AM	48,5	11	MT	56,41	11	CE	57	11	CE	60,12	11	BA	42,7	11	AM	45,5	11	AM	51,7
12	RO	45,9	12	PE	44,7	12	MT	46,9	12	AM	56,27	12	AM	55,4	12	AM	58,37	12	PE	40,6	12	BA	43	12	CE	48,1
13	MT	45	13	BA	43,8	13	PB	45,2	13	RJ	55,72	13	RJ	54,4	13	RO	57,44	13	CE	40,5	13	Pará	42,6	13	BA	47,1
14	PB	44	14	RO	42,5	14	RO	43,5	14	BA	52	14	PB	53,5	14	BA	56,36	14	AM	39,8	14	CE	40,4	14	PB	46
15	BA	43	15	Pará	42,1	15	Pará	43,3	15	PB	51,68	15	BA	52,6	15	PB	55,5	15	Pará	39,1	15	PE	40,4	15	RN	44,2
16	PE	41	16	PB	41,4	16	BA	43,3	16	RO	48,35	16	RN	50,5	16	MS	54,98	16	RN	37,9	16	PB	38,7	16	TO	42,6
17	Pará	39,6	17	RN	40,6	17	RN	42,1	17	RN	47,14	17	RO	49,9	17	PE	52,55	17	PB	36,3	17	RN	38,6	17	PE	41,2
18	RN	38,4	18	AL	39,3	18	PE	40,3	18	PE	46,69	18	PE	49,7	18	RN	50,9	18	RO	34,5	18	RO	36,6	18	AL	40
19	AL	33,7	19	GO	35,1	19	AL	39	19	AL	43,37	19	PI	48	19	AL	47,78	19	MA	32,1	19	MA	33,6	19	Pará	39,6
20	MA	33,3	20	PI	33,9	20	SE	35,8	20	PI	42,58	20	AL	44,3	20	SE	47,09	20	AL	30,6	20	AL	32,8	20	RO	37,8
21	PI	32,6	21	SE	33,8	21	MA	34,3	21	SE	41,52	21	SE	42,9	21	PI	47,06	21	SE	29,7	21	PI	30,9	21	SE	36,2
22	SE	28,1	22	MA	32,1	22	PI	30,4	22	MA	38,85	22	MA	41,7	22	MA	43,04	22	PI	27,9	22	SE	30,4	22	MA	34
23	TO	21,6	23	TO	24,1	23	TO	22,7	23	TO	30,58	23	TO	29,7	23	TO	32,68	23	TO	24,8	23	TO	27,1	23	PI	34
24	RR	17,1	24	AC	15,6	24	AP	18,5	24	AC	20,6	24	AP	24,9	24	AC	25,24	24	AP	17,4	24	AC	18,9	24	AC	24,6
25	AP	16,6	25	AP	14,7	25	AC	16,1	25	AP	19,72	25	RR	23,1	25	RR	24,38	25	AC	17	25	RR	17,9	25	RR	22,1
26	AC	14,9	26	RR	14,1	26	RR	13,1	26	RR	17,07	26	AC	20,2	26	AP	19,36	26	RR	16,4	26	AP	17,7	26	AP	20,9

Fonte: SIOPS

¹ As transferências de Impostos referem-se ao que é destinado do Ministério da Saúde aos Estados. O quadro demonstra que o Estado do Pará necessita de um melhor posicionamento junto a União quanto aos repasses pois estamos bem abaixo em prioridades nacionais.

Quadro 62 - INDICADORES ESTADUAIS GERADOS PELO SIOPS - PARÁ - PERÍODO DE 2010 A 2018

ANO	COMPORTAMENTO DA RECEITA E DESPESA TOTAL JUNTO AO GOVERNO ESTADUAL							Transferência de Recursos do SUS junto ao Governo do Estado		Despesas com os recursos próprios do Estado.		
	RECEITA	DESPESA	População	Receita por Habitante	Despesa por Habitante	Receita por Habitante por mês	Despesa por Habitante por mês	Transferência de Recursos do SUS	(%) Transferência de Recursos do SUS por Habitante	Despesas com Recursos Próprios	Despesas c/ Rec.próprios por Habitante	Despesas c/Rec. próprios por Habitante por mês
Realizada 2010	7.520.300.113,35	1.430.599.389,70	7.431.041,00	1.012,01	192,52	84,33	16,04	403.466.106,10	54,29	938.794.933,26	126,33	10,53
Realizada 2011	8.754.306.412,68	1.467.425.596,17	7.688.531,00	1.138,62	190,86	94,88	15,90	312.286.537,36	40,62	1.085.397.252,15	141,17	11,76
Realizada 2012	10.151.557.274,83	1.646.109.057,73	7.762.758,00	1.307,73	212,05	108,98	17,67	315.972.166,06	40,70	1.374.279.764,55	177,03	14,75
Realizada 2013	11.270.045.060,00	1.887.764.300,16	7.999.730,00	1.408,80	235,98	117,40	19,66	372.276.025,02	46,54	1.525.771.000,00	190,73	15,89
Realizada 2014	12.647.318.167,06	2.074.042.658,81	8.104.880,00	1.560,46	255,90	130,04	21,33	375.255.753,73	46,30	1.640.257.264,25	202,38	16,86
Realizada 2015	13.497.084.821,84	2.246.542.970,65	8.206.923,00	1.644,60	273,74	137,05	22,81	360.127.631,57	43,88	1.844.096.692,73	224,70	18,73
Realizada 2016	14.526.001.596,13	2.411.798.537,45	8.305.359,00	1.748,99	290,39	145,75	24,20	395.466.442,32	47,62	2.019.546.644,30	243,16	20,26
Realizada 2017	14.485.204.524,94	2.635.945.270,50	8.366.628,00	1.731,31	315,05	144,28	26,25	485.810.577,47	58,07	2.158.735.290,93	258,02	21,50
Realizada 2018	15.546.326.316,04	3.149.940.319,85	8.366.628,00	1.858,14	376,49	154,84	31,37	538.268.566,00	64,34	2.372.169.589,01	283,53	23,63

Fonte: SIOPS, dados disponibilizados no site <http://siops.datasus.gov.br>

Observa-se que ao longo dos quatros anos os recursos próprios do Estado mais que duplicou (252,68% perfazendo um crescimento de 68,17 % por ano) e enquanto os recursos de transferências da União não acompanhou esta evolução.(de 2010 a 2018 cresceu apenas 74,95% perfazendo apenas um crescimento médio anual de 18,73 %).

2- DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES-DOMI

2.1- ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO (2020-2023)

Diante desta análise situacional das áreas da saúde no Estado do Pará, direcionamos algumas estratégias de atuação do que foi relatado e diagnosticado a partir da avaliação do que foi alcançado e do que requer melhorias, com formulação canalizada do que foi pactuado voltado

para os macros objetivos e com um leque de estratégias traçadas a fim de possibilitar um norte de equalização das necessidades de saúde identificadas. Ressaltando que há necessidade de complementar o processo com o Planejamento Regional Integrado /PRI de forma complementar objetivando a eficácia de todo o planejamento da gestão. Deste modo compomos as seguintes estratégias de atuação:

1- No que se refere à atuação dos determinantes e na situação de saúde da população

- ✓ Redução das taxas de morbimortalidade das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis
- ✓ Redução da mortalidade materno infantil
- ✓ Redução dos índices de doenças endêmicas
- ✓ Ampliação da cobertura vacinal de forma homogênea nas 13 regiões de saúde
- ✓ Intensificação das ações de Promoção à Saúde e Prevenção dos Agravos
- ✓ Promoção da Articulação e Integração entre as Políticas Públicas
- ✓ Redução do índice de morbimortalidade por causas externas
- ✓ Efetivação dos Protocolos de Segurança do Paciente
- ✓ Garantia do princípio da equidade às populações vulneráveis (quilombolas, indígenas, LGBT, ribeirinhas, sem terra, sem teto, carcerária na forma de implementação de políticas específicas para essas populações.
- ✓ Fortalecimento das políticas Intersetoriais de acolhimento e cuidado da população imigrante, qualificando as ações específicas da área da saúde.

2- No que se refere à implementação da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde:

- ✓ Organização, coordenação e monitoramento da estruturação das RAS;
- ✓ Fortalecimento dos processos de Regionalização;
- ✓ Implementação de ações de apoio e incentivo aos municípios para descentralização dos serviços sob gestão estadual;
- ✓ Incentivo ao aumento da cobertura e qualificação da APS, aumentando sua resolutividade;
- ✓ Ampliação da oferta dos serviços de média e alta complexidade, conforme as especificidades e necessidades regionais;
- ✓ Ampliar, descentralizar e qualificar a rede de atenção psicossocial.
- ✓ Eficiência e eficácia na gestão dos recursos financeiros

- ✓ Garantia de financiamento adequado à sustentabilidade do funcionamento da RAS

3- E quanto à capacidade institucional da Secretaria Estadual de Saúde/SES para a gestão do Sistema Estadual de Saúde, bem como para as Secretarias Municipais respeitando as suas competências:

- ✓ Redimensionamento da força de trabalho para a gestão estadual do SUS
- ✓ Fortalecimento da Gestão do Trabalho e ações da Política Nacional de Humanização (PNH)
- ✓ Fortalecer a PNEPS no Estado, por meio da implementação dos PAREP e das CIES regionais.
- ✓ Assumir o lugar de ordenador da formação para a área da Saúde, implementando mecanismos de qualificação da formação de acordo com os princípios e necessidades do SUS.
- ✓ Promover a Integração Intra e Inter setorial visando garantir a efetividade das políticas públicas
- ✓ Planejamento das ações de forma integrada e ascendente, levando em consideração as políticas públicas.
- ✓ Fortalecer o processo de gestão e governança do Sistema Estadual de Saúde do Pará
- ✓ Apoio no aprimoramento das Tecnologias de Informação e Comunicação

Apresentamos também alguns objetivos, ações e metas **prioritárias** que foram traçadas para este quadriênio como estratégias operacionais da execução da gestão no atendimento da saúde:

1) Quanto ao processo de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde por meio de apoio técnico e financeiro aos municípios na ênfase da Atenção Primária em Saúde/APS:

- ✓ Apoiar técnica e financeiramente os municípios visando organizar e fortalecer a RAS, a partir da AB, com a finalidade de melhorar os indicadores (mortalidade materna e infantil e razão de exames citopatológicos), a qualidade do cuidado e resolutividade das necessidades de saúde.
- ✓ Atender os municípios com baixa cobertura vacinal e com população abaixo de 50.000 habitantes para redução das doenças imunopreveníveis.
- ✓ Apoiar técnica e financeiramente os municípios com baixa cobertura vacinal e com população abaixo de 50.000 hab. para redução das doenças imunopreveníveis.
- ✓ Ampliar e reestruturar a Central Estadual de Imunobiológicos.

2) Quanto a garantia de acesso nos territórios de saúde que apresentam a frágil organização da RAS vamos implantar o Programa Saúde por todo o Pará através de unidades móveis.(esta ação pode ter significado se executada pelos municípios e ou regionais de modo a fortalecer ações locais e sistemáticas, se executada pelo Estado justifica se a atuação ocorrer em áreas remotas e de difícil acesso como quilombos, assentamentos, áreas ribeirinhas com ações conjuntas com o poder local)

3) Quanto a resolutividade na RedeSUS:

- ✓ Expansão dos serviços de hemoterapia e a hematologia.
- ✓ Ampliação de leitos da cardiologia e psiquiatria no hospital de Clínicas Gaspar Viana.
- ✓ Ampliação do numero de CAPS nos municípios paraenses obedecendo o critério populacional e a necessidade social em saúde do território.
- ✓ Conclusão do Ambulatório de pediatria da Santa Casa.
- ✓ Ampliar, Equipar, capacitar o serviço para atender o programa Pará-Paz da STA Casa
- ✓ Implantar o programa Para Paz da Santa Casa para todas as regiões de Saúde do Estado, considerando o numero de casos de violência contra crianças e adolescentes no Estado.
- ✓ Reabilitar e modernizar física e tecnológica o complexo Centenário da Santa Casa para atender o Instituto de Ensino e Pesquisa, ETSUS, Enfermarias (clínica média e cirúrgica), Casa da gestante, restauração da capela centenária, espaço para os servidores e ambulatório de nefrologia.
- ✓ Reconfiguração e expansão da REDE DOAÇÃO e a REDE DE TRANSPLANTE de órgãos e tecidos (criação da organização de procura de órgãos – OPO e CIHDOTT)
- ✓ Implantar área de ensino e pesquisa no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência .

4) Estruturação da REDEWEBSUS Pará:

- ✓ Prontuário Eletrônico hospitalar
- ✓ Equipamentos de informática
- ✓ Rede BIBLIOSUS
- ✓ Tele Saúde

- ✓ Sistemas de Informação em Saúde (SIS)
- ✓ Mapear para Educar
- ✓ Sistema de Monitoramento da Educação na Saúde
- ✓ Criação da Escola Pública de Saúde

2.2- QUANTO À PACTUAÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

A pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores é o 2º momento do Plano Estadual de Saúde/PES e vem se consolidando desde 2013, tendo como referencial norteador o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI 2013-2015) do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIT), nº 05/2013, nº 08/2016 e do Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) nº 025/2017.

A Pactuação Inter federativa é o processo de negociação entre os entes federados (Municípios, Estados e Distrito Federal), que envolvem um rol de indicadores relacionados a prioridades nacionais em saúde, cabendo aos entes federados discutir e pactuar tais indicadores que compreendem os interesses loco regionais de acordo com suas realidades.

Ressalta-se que a Pactuação de Indicadores aponta a necessidade de priorizar o monitoramento e avaliação de determinados aspectos da saúde nas distintas unidades esferas, de modo a retratar a realidade e também fomentar a alteração da situação saúde. A pactuação dos indicadores é um acordo firmado entre os representantes federados e torna-se um compromisso de importância nacional, mas também objeto de monitoramento e avaliação pelos órgãos de controle, como tribunais de contas, controladorias, procuradorias e conselhos (Brasil, 2015).

O Estado do Pará está apresentando um rol de 52 indicadores de pactuação Inter federativa, que estão estabelecidos neste Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, classificados em universais e específicos, pertencente a seis diretrizes e oito objetivos.

Importante destacar que no Estado do Pará a gestão por resultado obedece ao Decreto Estadual nº 352 de 23 de fevereiro de 2012, publicado no Diário Oficial do Estado nº 32103 de 24 de março de 2012, onde o rol de indicadores e metas atua como um processo de gestão a todos os segmentos institucionais no âmbito do Poder Executivo visando o acompanhamento do desempenho de cada área de atuação processando assim a sua gestão através do norte de suas respectivas metas e indicadores com uma estrutura programática capaz de proporcionar um suporte hierárquico direcionado para a execução orçamentária e programática de forma eficiente e eficaz.

O Processo de Pactuação no Estado do Pará vem sendo realizado de forma ascendente e integrada, partindo do nível municipal, na composição de 144 municípios, perpassando por 13 regiões de saúde até o nível estadual e atualmente por 04 macrorregiões. O respectivo processo ocorre através das diretorias da SESPA com suas respectivas coordenações técnicas e centros regionais de saúde, atuando nas pactuações e obedecendo aos prazos pactuados de forma bipartite e discussão nas estâncias de pactuação e deliberação (CIB, CIR, CES e CMS).

Destaca-se que o processo de pactuação Inter federativa foi estabelecido nacionalmente desde 2013, conforme já relatado anteriormente. Em 2016 foi estabelecido a pactuação Inter federativa de indicadores para os anos de 2017 a 2021 sendo efetuados anualmente os ajustes necessários para sua respectiva execução. Nesta perspectiva cabe mencionar o Plano Plurianual (PPA), instrumento legal de planejamento de Governo apresenta para cada ano as metas e prioridades da administração pública estadual através da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) prevendo investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na Lei Orçamentária Anual (LDO). O PPA do Estado do Pará é elaborado de forma regionalizada e participativo a execução das ações e devidamente monitorada quadrimestralmente e avaliado através do Sistema Integrado de Planejamento (SigPLAN), cuja vinculação ao Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios (SIAFEM) onde possibilita a verificação e análise do desempenho físico-financeiro das ações componentes do PPA. No final do exercício o Relatório Anual de Avaliação de Programas deverá ser consolidado enquanto resultado temporal de uma gestão e ainda, como exercício do controle social das políticas públicas. Para que haja maior efetividade houve a necessidade de consolidamos os dois instrumentos (o PPA com o PES) de forma hierárquica em uma plataforma operacional de execução devidamente planejada, conforme paginas seguinte. Vale ressaltar que o sistema informatizado utilizado para registro das metas pactuadas é o sistema nacional DigiSUS Gestor e o sistema estadual de Gerenciamento de Metas (GM) da Sespa, instituída através da Portaria nº 965 de 13 de setembro de 2016 que regulamenta funções de execução estadual do SUS bem como a Programação Anual de Saúde /PAS permitindo um processo de retroalimentação com mais eficiência. Abaixo descrevemos a pactuação realizada pelo Estado através da Sespa que norteia o processo mas também recebe informações dos entes municipais e regionais em uma interatividade com o foco em ascendências.

Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores										
ESTADUAL 2020 - 2023										
Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.										
Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.										
Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
1	U	Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF).	%	79	81	82	83	1	DPAIS
2	U	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.	%	46	47,5	48,5	50	1	DPAIS
3	U	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	%	1	1,10	1,20	1,30	1	DPAIS
4	U	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	%	67,62	71	74,55	78,28	1	DPAIS
5	U	Redução de internações de causas sensíveis à Atenção Básica	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	%	21,5	20,5	19,5	18,5	1	DPAIS/DDRA/DDASS
6	E	Aumentar para 2,5 por milhão de população (pmp) o número de doadores efetivos no estado com projeções anuais de 0,1 pmp	Órgão e Tecido Captado	Nº ABSOLUTO	84	88	92	96	1	DDRA/CET
7	E	Aumentar para 20 por milhão de população (pmp) o número de transplantes de órgãos e tecidos no estado com projeções anuais de 1pmp	Órgão e Tecido Transplantado	Nº ABSOLUTO	175	180	190	200	1	DDRA/CET
8	E	Ampliar o nº de leitos em %	Número de Leitos hospitalares do SUS	Nº ABSOLUTO	1.48	1,50	1,52	1,68	1	DDRA/DDASS
9	E	Meta Regional e Estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço WebService, em X% dos municípios.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService	%	75	79,86	95,83	100	1	DPAIS/DEAF
10	U	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 e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	RAZÃO	0,30	0,35	0,40	0,45	1	DPAIS
11	U	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	0,20	0,25	1	DPAIS/DDRA
12	E	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.	%	35	45	55	65	1	DPAIS
13	E	Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes ao ano	Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes	/100.000	0,75	0,79	0,82	0,84	1	DPAIS
14	E	Redução 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.	%	20,49	20,08	19,67	19,28	1	DPAIS
15	E	Implementar ações de humanização para qualificação dos serviços de saúde na RAS do Estado do Pará	Percentual de ações de Humanização realizadas	%	50	52	54	56	1	DGTES/CEH

Objetivo 2 - Promover, 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.										
16	E	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	%	80	80	80	80	1	DGTES/EP
17	E	X % de Ampliações de vagas ou de novos Programas de Residência em Saúde.	Proporção de novas vagas ou de novos programas de residência em saúde.	%	10	10	10	10	2	DGTES/EP
18	E	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes.	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.	Nº ABSOLUTO	0	0	0	0	2	DGTES
19	E	Ampliar o percentual de trabalhadores atingidos por metas estratégicas de fortalecimento da gestão do trabalho.	Percentual de Trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública ESTADUAL, abrangidos por estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.	%	75	83	92	100	1	DGTES

Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, 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.

Objetivo 1 - Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
20	U	Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	%	22,03	20,71	19,47	18,30	1	DPAIS
21	E	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.	%	51,91	55,02	58,32	61,82	1	DPAIS
22	E	Ampliar o nº de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	%	38,73	39,36	39,98	40,61	3	DDASS
23	E	Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) .	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	%	12,03	11,83	11,63	11,43	2	DDASS
24	E	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	%	92	92	92	92	1	VIGILÂNCIA
25	U	Aumentar o X % de parto normal.	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	%	55,13	57,34	59,63	62,02	1	DPAIS
26	E	Aumentar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu –192).	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	%	93,59	95,10	95,10	95,10	3	DDASS
27	E	Ampliar em 493 o número de leitos novos (habilitação) de enfermagem clínica e UTI de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, passando de 416 para 909 até 2023.	Número de leitos novos de retaguarda Clínica de Urgência habilitados	Nº ABSOLUTO	119	126	124	124	1	DDASS

Objetivo 2 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Nº	Tipo	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
28	U	Reduzir a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil	/1000	13,50	12,82	12,18	11,57	1	DPAIS
29	U	Reduzir o Número de Óbitos maternos	Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência.	Nº ABSOLUTO	84	80	76	72	1	DPAIS
30	E	Investigar os Óbitos materno em Idade Fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados	%	100	100	100	100	1	DPAIS
31	Diretriz 3 - Reduzir e	Investigar os óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados.	%	100	100	100	100	1	DPAIS
32	E	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Nº ABSOLUTO	368	386	405	425	1	DPAIS

Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
33	U	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	Nº ABSOLUTO	856	814	773	734	1	DPAIS
34	U	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)	/100.000	225,80	221,46	217,03	212,69	1	DPAIS
35	U	Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríple viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	%	70	70	75	75	1	VIGILÂNCIA
36	E	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.	%	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA
37	U	Realizar exames anti-hiv em 100% dos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	%	90	90	90	90	1	VIGILÂNCIA
38	U	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Nº ABSOLUTO	10	8	7	5	1	VIGILÂNCIA
39	U	Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%	90	90	90	90	1	VIGILÂNCIA
40	E	> 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	%	90	90	90	90	1	VIGILÂNCIA
41	E	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Número de casos autóctones da malária	Nº ABSOLUTO	1,9	1,6	1,4	1,3	1	VIGILÂNCIA
42	E	Reduzir o numero absoluto de óbito por dengue	Número absoluto de óbitos por dengue.	Nº ABSOLUTO	1	1	0	0	1	VIGILÂNCIA
43	U	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Nº ABSOLUTO	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA
44	U	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.	%	55	60	60	60	1	VIGILÂNCIA
45	U	Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	%	10	20	25	30	1	VIGILÂNCIA
46	U	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 60 dias após notificação.	%	80	80	80	80	1	VIGILÂNCIA

Objetivo 2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
47	E	Realizar a descentralização até 2023 em 100% das ações de VISA para os municípios com populações acima de 100.000 habitantes, em um universo de 20 municípios, sendo: 2020 - 25% (5 municípios), 2021 - 25% (5 municípios), 2022 - 25% (5 municípios), 2023 - 25% (5 municípios)	Percentual de municípios com população de 100.00 habitantes executando as ações de VISA	%	25	25	25	25	1	Depto de Vigilancia Sanitaria - DVS
48	E	Implantar/implementar o Núcleo Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente e o Plano Integrador de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) com 100% de adesão. (universo hoje=145 EAS'S cadastrada) dos EAS cadastrados no Formsus até 2023, sendo em: 2020 60% = 87; 2021 70% = 102; 2022 80% = 116; 2023 100% = 145	Percentual de Estabelecimentos Assistenciais em Saude(EAS'S) com Plano de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) implantados/implementados.	%	60	70	80	100	1	DVS/DCIH/NESP

Objetivo 1 - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.

Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
49	U	Ampliar o número de planos de saúde enviados aos conselhos de saúde.	Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	Nº ABSOLUTO	1	1	1	1	1	NISPLAN

Objetivo 1 - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Nº	TIPO	META	INDICADOR	UNIDADE	PACTUAÇÃO				VALORAÇÃO	RESPONSÁVEL
					2020	2021	2022	2023		
50	E	Meta Regional e Estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta Municipal e Estadual: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Nº ABSOLUTO	1	1	1	1	1	FES
51	E	Meta Regional e Estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. Meta Municipal: Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.	%	64,41	75,00	90,25	100	2	DDASS
52	E	Meta Regional: Estruturação de, no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde. Meta Municipal e Estadual: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.	Nº ABSOLUTO	9	9	8	7	2	DDASS

LEGENDA VALORAÇÃO: PRIORITÁRIO: 1 - RELEVANTE: 2 - MANUTENÇÃO: 3

Atualizado em 03.04.2020

2.3- DA PROPOSTA DO APORTE ORÇAMENTÁRIO

Apresentamos abaixo a proposta orçamentária por sub funções:

CONSOLIDADO POR SUB FUNÇÕES

Sub Função	Financ. 2020	Financ. 2021	Financ. 2022	Financ. 2023	%
Total Administração Geral	1.191.429.562,00	1.236.679.859,00	1.279.741.914,00	1.325.382.318,00	39,63
Total Assistência Comunitária	252.739,00	260.230,00	267.978,00	296.001,00	0,01
Total Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.635.580.973,00	1.612.532.715,00	1.631.285.636,00	1.683.840.657,00	50,35
Total da Atenção Básica	88.339.699,00	89.287.959,00	154.289.599,00	155.948.850,00	4,66
Total Comunicação Social	1.863.607,00	1.991.194,00	2.528.035,00	2.617.436,00	0,08
Total Direitos Individuais Coletivos e Difusos	1.698.653,00	1.717.483,00	1.777.717,00	1.822.945,00	0,05
Total Formação de Recurso Humanos	11.134.792,00	11.543.835,00	11.957.237,00	12.434.350,00	0,37
Total Infra Estrutura	800.100,00	1.187.151,00	1.318.001,00	1.350.007,00	0,04
Total Qualificação Normalização	458.161,00	468.296,00	478.825,00	506.649,00	0,02
Total Planejamento Orçamento	515.927,00	525.459,00	521.141,00	528.648,00	0,02
Total Proteção e Benefício ao Trabalhador	108.781.380,00	109.829.334,00	111.007.733,00	112.097.902,00	3,35
Total da Tecnologia da Informação	7.609.584,00	7.760.516,00	10.651.672,00	11.305.608,00	0,34
Total Vigilância Epidemiológica	32.572.910,00	33.432.631,00	34.751.937,00	36.085.977,00	1,08
Total Geral	3.081.038.087,00	3.107.216.662,00	3.240.577.425,00	3.344.217.348,00	100,00

3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO-

A legislação do SUS busca induzir os gestores das três esferas a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade. As principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e atividades / serviços de saúde implementadas, no período considerado, promoverá uma melhoria das condições de saúde da população. Para este cenário o monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão. No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ser executados de forma individual e conjunta entre os entes federados, tendo como referência as respectivas regiões de saúde junto as suas macrorregiões.

Conceitualmente o monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período e o seu cotejamento com o planejado; enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores. A escolha desses fatores ou critérios que irão orientar a avaliação depende do tipo de apreciação que se pretende realizar, uma vez que toda avaliação consiste na emissão de um juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas. Os tipos mais comuns e empregados na avaliação são os que consideram:

- ✓ Os efeitos sobre a saúde da população (avaliação de impacto ou de efetividade);
- ✓ A obtenção das prioridades e os objetivos iniciais estabelecidos (avaliação dos objetivos ou da eficácia);
- ✓ A racionalidade no uso dos recursos (avaliação da eficiência); as mudanças ocorridas no contexto econômico, político e social (avaliação de cenário);
- ✓ As disposições constantes da legislação (avaliação de legalidade ou de conformidade);
- ✓ A qualidade da estratégia de implantação das políticas e programas (avaliação da implementação);
- ✓ A análise e a apreciação de instâncias oficiais (avaliação oficial ou institucional);
- ✓ O aperfeiçoamento da capacidade de gestão dos quadros e das unidades da administração pública (avaliação de aprendizagem), entre outros.

Para a dinâmica de monitoramento e avaliação a Sespa se utiliza de sistemas e instrumentais como os sistemas : Gerenciamento de Metas – GM-SESPA, SigPlan e DigiSus que traz consigo os instrumentos PES , PAS , RDQA e RAG que permitem um acompanhamento permanente e sistemático do desempenho, podendo buscar pelo processo de execução o aperfeiçoamento dos profissionais pela a utilização correta dessas ferramentas e abre uma cultura de acompanhar, monitorar e avaliar os resultados fomentando a retroalimentação de todo o processo que funciona como um incentivo para os diferentes serviços de saúde. Portanto o monitoramento e avaliação devem ocupar lugar de relevância , pois fundamentam a tomada de decisão e controle social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

Ressalta-se que o monitoramento e avaliação fundamenta-se no acompanhamento de informações relevantes e neste cenário atuamos com o Painel de Bordo que se apresenta como um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de metas e indicadores de saúde, visando à obtenção de um norte em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de rumos. Em suma, para incrementar há a necessidade de se articular com os envolvidos e de se alcançar os efeitos de intervenção, sem perder de vista a expansão de medidas e a verificação do monitoramento para determinar valores e méritos de programas e de políticas, ampliando a compreensão sobre o avaliado.

Adentrando no exposto acima apresentamos um breve relato do nosso Painel de Bordo, demonstrando: a valoração dos indicadores (apontando de como se elabora a classificação das prioridades, momento importante deste plano);os resultados obtidos nos últimos quatro anos para subsidiar a base da media histórica com o objetivo de apontar o real desempenho das metas em conjunto com desempenho das metas pactuadas; as metas pactuadas ; os responsáveis; Os delimitadores compostos de balizador governamental ou técnico e parâmetro e referencia. Está descrito abaixo de forma detalhada:

Quanto aos resultados, a performance e as metas pactuadas ficam assim valoradas

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS					Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019	RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)				
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
>	1.n-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 Bolsa Família (PBF).	72,68	68,45	67,58	79,38	72,02	77,00	79,00	Bom	Desafiante
	Bom: >=77,00% Razoavel:<77 % até 72,02% Fraco:< 72,02%.									
>	2.n-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.	38,70	40,71	43,17	44,00	41,65	35,00	46,00	FRACO Pactuou baixo	Desafiante
	Bom: >=35% Razoavel: < 35% até 41,65% Fraco: <41,65%.									
>	3.e-INDICADOR(U): Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. - META : Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,16	0,09	0,25	0,24	0,19	1,10	1,00	Razoavel	Desafiante
	Bom: >=1,10% Razoavel:<1,10% até 0,19% Fraco:<0,19%									
>	4.n-INDICADOR(U) - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica - META : Aumentar a cobertura populacional estimada pela equipes de Atenção Básica.	63,96	65,98	66,00	66,00	65,49	73,1	67,62	Razoavel	Desafiante
	Bom: >= 73,1 % Razoavel:< 73,1 % até 65,49 % Fraco:< 65,49 %									
<	5.e-INDICADOR(U): Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab). -META : Redução de intenções de causas sensíveis à Atenção Básica.	0,21	0,22	23,55	22,71	11,67	28,40	21,50	Razoavel	Fraco
	Bom<= 28,40 % Razoavel:> 28,40 % até 11,67 % Fraco:> 11,67 %									

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS				Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)	
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019					RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
>	6.e-INDICADOR (E): Órgão e Tecido Captado . - META: Aumentar para 2,5 por milhão de população (pmp) o número de doadores efetivos no estado com projeções anuais de 0,1 pmp	novo	novo	novo	novo	novo	sem pactuação	84,00		
	Bom: >= 84 % Razoavel:< % até % Fraco:< %									
>	7.e -INDICADOR (E): Órgão e Tecido Transplantado. - META: Aumentar para 20 por milhão de população (pmp) o número de transplantes de órgãos e tecidos no estado com projeções anuais de 1pmp.	novo	novo	novo	novo	novo	sem pactuação	175,00		
	Bom: >= 175 % Razoavel:< % até % Fraco:< %									
>	8.e- INDICADOR(E): Numero de Leitos hospitalares do SUS . - META : Ampliar o nº de leitos em %.		1,43	1,47	1,39	1,43	1,42	1,48	Razoavel Pactuou baixo	
	Bom: >=1,42 % Razoavel:< 1,42 % até 1,43% Fraco:< 1,43%								RELEVANTE (amarelo)	
>	9.e-INDICADOR(E): Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService - META : Meta Regional e Estadual: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço WebService, em X% dos municípios.	56,25	56,00	69,44	70,14	62,96	68,21	75,00	Razoavel	
	Bom: >=68,21 % Razoavel:< 68,21 % até 62,96 % Fraco:< 62,96 %								Desafiante	
>	10.n-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.	0,21	0,22	0,26	0,30	0,25	0,40	0,30	Razoavel	
	Bom: >= 0,40 % Razoavel:< 0,40 % até 0,25 % Fraco:< 0,25 %								Fraco	

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS				Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)	
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019					RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
>	11.n -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 exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	0,14	0,14	0,12	0,12	0,13	0,15	0,13	Fraco	RELEVANTE (amarelo)
	Bom: >= 0,15 % Razoavel:< 0,15 % até 0,13 % Fraco:< 0,13 %									
>	12.n - 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.	0,00	37,50	57,14	54,70	49,78	5	35,00	FRACO Pactuou baixo	Fraco
	Bom: >= 35 % Razoavel:< % até % Fraco:< 49,78 %									
>	13.e-INDICADOR: (E):Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes . - META: Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes ao ano.	0,76	0,77	0,77	0,73	0,76	5	0,75	Bom	Fraco
	Bom: >= 75% Razoavel:< 75 % até ,076 % Fraco:< 0,76 %									
>	14.e-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.	novo	novo	novo	novo	novo		20,49		
	Bom: >=20,49 % Razoavel:< % até % Fraco:< %									
>	15.e-INDICADOR: (E): Número de ações de Humanização realizadas . - META: Implementar ações de humanização para qualificação dos serviços de saúde na RAS do Estado do Pará	novo	novo	novo	novo	novo		50		
	Bom: >= 50 % Razoavel:< % até % Fraco:< %									

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS				
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO				SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS			Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)		
DIMENSÕES / COMPONENTES.				2016	2017	2018					2019	RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.											
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.											
D2	Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, 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.											
O1	Objetivo 1 - Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.											
>	20.n- INDICADOR(U): Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos . - META : Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos. Bom: >=26,46 % Razoavel:< 26,46 % até 25,98 % Fraco:< 25,98 %				27,67	27,70	22,57	25,98	26,46	22,03	Fraco	Fraco
>	21.n-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. Bom: >= 60 % Razoavel:< 60 % até 53,73 % Fraco:< 53,73 %			46,15	67,68	49,09	52,00	53,73	60,00	51,91	RELEVANTE (amarelo)	Fraco
>	22.e-INDICADOR(E): Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente. - META : Ampliar o nº de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas. Bom: >= 38,11 % Razoavel:< 38,11 % até 24,41 % Fraco:< 24,41 %					59,26	38,39	24,41	38,11	38,73	RELEVANTE (amarelo)	RELEVANTE (amarelo)
<	23.e-INDICADOR (E): Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM). - META : Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) . Bom:<= 12,03 % Razoavel:> 12,03 % até 12,71 % Fraco:> 12,71 %				10,49	13,90	13,75	12,71	12,23	12,03	Fraco	Fraco
>	24.n-INDICADOR(E): Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. - META: Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida. Bom: >= 92 % Razoavel:< 92 % até 92,85 % Fraco:< 92,85 %			90,00	90,36		92,20	90,85	92,00	92,00	Fraco	Fraco
>	25.n- INDICADOR (U): Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar. - META : Aumentar o X % de parto normal. Bom: >=55,53 % Razoavel:< 55,53 % até 50,70 % Fraco:< 50,70 %			64,37	50,99	50,02	49,42	53,70	53,53	55,13	Fraco	RELEVANTE (amarelo)
>	26.e-INDICADOR: (E) Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192). - META: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192). Bom: >=92,09 % Razoavel:< 92,09 % até 71,84 % Fraco:< 71,84 %				76,38	59,48	79,65	71,84	92,09	93,59	Bom	Desafiante
>	27.e-INDICADOR(E): Número de leitos novos de retaguarda Clínica de Urgência habilitados -META : Ampliar em 493 o número de leitos novos (habilitação) de enfermaria clínica e UTI de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, passando de 416 para 909 até 2023. Bom: >= 119 % Razoavel:< % até % Fraco:< %			novo	novo	novo	novo			119		

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.									PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS	
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS					Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019	RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)				
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
D2	Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, 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.									
O2	Objetivo 2 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.									
>	28.n-INDICADOR(U): Taxa de mortalidade infantil. -META : Reduzir a mortalidade infantil. Bom<=13,07 Razoavel:> 13,07 até 15,10 % Fraco:>15,10 %	15,01	15,30	14,98	15,11	15,10	13,07	13,50	FRACO Pactuou baixo	FRACO
>	29.n-INDICADOR (U) : Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência. -META : Reduzir o Número de Óbitos maternos Bom: >= 63% Razoavel:< 63% até 64,25 % Fraco:< 64,25%		82,00	84,00	91,00	64,25	63	84,00	FRACO Pactuou baixo	Desafiante
>	30.n- INDICADOR (E): Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados - META : Investigar os Óbitos materno em Idade Fértil (MIF) :bom<=814-razoavel:>81'4 até 377- fraco:>377		41,15	85,50	54,00	45,16	90	100	Bom	Desafiante
>	Bom: >= 168 Razoavel:< 168 até 283 Fraco:< 283	89,00	98,00	721,00	224,00	283,00	168	368,00	FRACO Pactuou baixo	Razoavel
>	31.e-INDICADOR(E): Proporção de óbitos maternos investigados. -META : Investigar os óbitos maternos :>=160 bom-razoavel<160 até 13,92-fraco:<13,92 Bom: >= 100 % Razoavel:< 100 % até 88,62% Fraco:< 88,62 %	100,00	99,15	91,58	63,74	88,62	100	100	Razoavel	Desafiante
>	32.e-INDICADOR(E):Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado. -META : Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências. Bom: >= 425 Razoavel:< 425 até 284 Fraco:< 284			344,00	224,00	284,00	425,00	368,00	FRACO	Razoavel

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS				Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos media)	
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019					RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
D3	Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									
O1	Objetivo 1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									
>	33.n-INDICADOR (E): Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. - META : Reduzir a incidência de sífilis congênita Bom: >=601 Razoavel: 601 até 837 Fraco:< 837		809,00	630,00	1.072,00	837,00	601	856,00	FRACO Pactuou baixo	FRACO
>	34.n-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) . (U): Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). TAXA :bom<=231 - Razoavel:>231 até 198,88- Fraco:>198,88		232,44	201,20	163,00	198,88	231,00	225,80	Bom	Desafiante
>	35.n- INDICADOR:(U) Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. - META: Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança. (U): Proporção de vacinas do Calendário Básico de alcançadas. Bom: >= 70 % Razoavel:< 70 % até 45,13 % Fraco:< 45,13%	60,00	87,20	9,70	23,61	45,13	70,00	70,00	Bom	Desafiante
>	36.e-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. Bom: >= 87 % Razoavel:< 87 % até 72,57 % Fraco:< 72,57 %	74,80	77,87	67,40	70,20	72,57	87,00	80,00	Bom	Desafiante

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.									PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS			
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO				SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS				Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)	
DIMENSÕES / COMPONENTES.				2016	2017	2018	2019					RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.											
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.											
D3	Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.											
O1	Objetivo 1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.											
>	37.e-INDICADOR(U): Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. - META:Realizar exames anti-HIV em 100% dos casos novos de tuberculose. :bom>=80%-razoavel:<80% até 54,10%-fraco:< 54,10% Bom: >= 87 % Razoavel:< 87% até 66,20 % Fraco:< 66,20 %			63,00	69,80	62,30	69,70	66,20	87,00	90	Bom	Desafiante
>	38.n- INDICADOR(U): Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. - META : Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos. Bom: >= 18 % Razoavel:< 18 % até 11,75 % Fraco:< 11,75 %			14,00	14,00	7,00	12,00	11,75	18	10,00	FRACO	FRACO
>	39.n-INDICADOR (U): Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. - META: Aumentar a poporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes. Bom: >= 90 % Razoavel:< 90 % até 79,48 % Fraco:< 79,48 %			83,00	83,10	77,10	74,70	79,48	90	90,00	Bom	Desafiante
>	40.n-INDICADOR(E): Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. - META: > 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase,nos anos das coortes. Bom: >= 90 % Razoavel:< 90 % até 77,18 % Fraco:< 77,18 %			85,40	80,20	73,40	69,70	77,18	90,00	90,00	Bom	Desafiante
<	41.n-INDICADOR: (E) Numero de casos autóctones da malária. - META: Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica. (E): Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária. :bom<=1,90 -razoavel:>1,90 até 3,50 -fraco: > 3,50%.			2,99	4,67	2,56	3,79	3,50	20.480	1,90		
>	42.e-INDICADOR (E): Número absoluto de óbitos por dengue. - META : Reduzir o numero absoluto de obito por dengue. (SUS): bom<=1-razoavel:>1 até 0,50 -fraco: > 0,50.			2,00	0,00	0,00	0,00	0,50	1	1	Bom	Desafiante
>	43.e-INDICADOR(U): Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imoveis visitados para controle vetorial da dengue. - META : Realizar visitas domiciliares para controle da dengue. Bom: >= 80 % Razoavel:<80 % até 65,91 % Fraco:< 65,91 %			67,00	66,77	97,00	32,87	65,91	80	80	Bom	Desafiante
>	44.n-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. Bom: >= 50 % Razoavel:< 50 % até 42,58 % Fraco:<42,58 %			50,93	44,80	21,40	53,20	42,58	50	55,00	FRACO Pactuou baixo	Razoavel
>	45.n-INDICADOR 3.1.14 : (U) Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. - META : Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. Bom: >= % Razoavel:< % até % Fraco:< %			0,00	53,00	85,30	0,00	34,58	0	10		FRACO
	46.n-INDICADOR(U): Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em 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. Bom: >= 85 % Razoavel:<85 % até 77,80 % Fraco:< 77,80 %			78,31	79,10	81,20	72,60	77,80	85	80,00	Bom	Desafiante

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESPA. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.									PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS			
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO				SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS			Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)		
DIMENSÕES / COMPONENTES.				2016	2017	2018					2019	RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.											
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.											
D3	Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.											
O2	Objetivo 2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.											
>	47.e-INDICADOR (E) : Percentual de municípios com população de 100.00 habitantes executando as ações de VISA - Meta: Realizar a descentralização até 2023 em 100% das ações de VISA para os municípios com populações acima de 100.000 habitantes, em um universo de 20 municípios, sendo: 2020 - 25% (5 municípios), 2021 - 25% (5 municípios), 2022 - 25% (5 municípios), 2023 - 25% (5 municípios)			novo	novo	novo	novo		25,00			
	Bom: >= % Razoavel:< % até % Fraco:< %											
>	48.e-INDICADOR (E) : Percentual de Estabelecimentos Assistenciais em Saude(EAS'S) com Plano de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) implantados/implementados. Meta:Implantar/implementar o Núcleo Estadual de Qualidade e Segurança do Paciente e o Plano Integrador de Controle de Infecção em Estabelecimentos Assistencial e Segurança do Paciente (PCIRAS/SP) com 100% de adesão. (universo hoje=145 EAS'S cadastrada) dos EAS cadastrados no Formsus até 2023, sendo em: 2020 60% = 87; 2021 70% = 102; 2022 80% = 116; 2023 100% = 145			novo	novo	novo	novo		60,00			
	Bom: >= % Razoavel:< % até % Fraco:< %											
D4	Diretriz 4 - Garantir e incentivar a participação social e o apoio para as Políticas de Saúde aos povos da Amazônia.							0,00				
O1	Objetivo 1 - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.							0,00				
>	49.e-INDICADOR(U): Planos de saúde enviados aos conselhos de saúde. - META : Ampliar o número de planos de saúde enviados aos Conselhos de Saúde			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1	1,00		
	Estado :bom=1-fraco: 0.											

PAINEL DE BORDO DAS DIRETRIZES,OBJETIVOS,METAS E INDICADOR/ DOMI E PROPOSTA DA SESP. QUANTO AO DOMI DO SUS-PARÁ.								PROCESSOS COMPARATIVOS: QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS		
CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS				Pactuação para 2019	PACTUAÇÃO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ANO 2019 (Relação : Resultado 2019 x pactuação de 2019)	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO DO ESTADO PARA 2020 (situação da pactuação do Estado para 2020) (Relação : Resultado 2019 x a evolução dos anos e media)	
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019					RESULTADOS (MEDIA DE 2016 A 2019)
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
D5	Diretriz 5 - Ampliar o financiamento do SUS considerando o Fator Amazônico e respeitando as especificidades de cada região do Estado do Pará.					0,00				
O1	Objetivo 1 - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.					0,00				
>	50.e-INDICADOR(E): Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde. - META : Meta Regional e Estadual: X% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. Meta Municipal e Estadual: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1	1,00	Bom	Desafiante
	Estado :bom=1-fraco: 0.									
>	51.E - INDICADOR 6.1.2 (E): Proporção de municípios com ouvidoria implantada. -META : Meta Regional e Estadual: 100% de municípios com serviço de ouvidoria implantado. -Meta Municipal: Implantação de um serviço de ouvidoria.		60,40	65,27	45,83	57,17	54,86	64,41	FRACO	FRACO
	Bom: >= 54,86 % Razoavel:< 54,86 % até 57,17 % Fraco:< 57,17 %									
>	52.E - INDICADOR 6.1.3 (E) Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado. -META : Meta Regional: Estruturação de no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde. Meta Municipal e Estadual: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA.	3,00	2,00	2,00	0,00	1,75	2	9,00	FRACO	Desafiante
	:bom>= 2 -fraco <0									

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.2011.

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.2019.

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.2019.

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. 2019.

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. 2019.

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.2019.

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.2019.

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. 2017.

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. 2019.

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. 2018.

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.1990. 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.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. **Dados sócios demográficos**, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>>. Acesso em: 27 set. 2019.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Índice de desenvolvimento humano**. Radar IDHM, 2012 – 2017. Disponível em:<<http://www.ipea.gov.br/sites/idhm>>. Acesso em: 27 set. 2019.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008. (Série IPEA, 143).

MATTA, G. C. Políticas de saúde: **organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. 284 p. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%Instucional.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de; REIS, Regimarina Soares. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. - São Luís, 2016. 47p. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn_isbn_gp11>. Acesso em: 29 out. 2019.

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. Portal do Governo do Estado. Disponível em: <https://www.pa.gov.br/agenciapara>. Acesso em: 29 out. 2019

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. 2019.

Casos COVID-19 :

- Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering (JHU CCSE)
- World Health Organization – Situation reports

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Repasse financeiros.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br> > repasses-financeiros > siops. Acesso em: 04 nov. 2019.