PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

PARAÍBA 2020|2023

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

PARAÍBA 2020|2023

Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - Resolução nº 151, de 06 de novembro de 2019

Edição revisada e aprovada - Resolução nº 154, de 14 de agosto 2020

Governador do Estado
João Azevêdo Lins Filho

Secretário de Estado da Saúde
Geraldo Antônio de Medeiros

Secretária Executiva de Estado da Saúde
Renata Valéria Nóbrega

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde
Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

GERENTES

Planejamento e Gestão
Marcelo José Costa Mandu

Finanças
Brunna Regina Nascimento Rodrigues de Souza

Administração
Roberto Vaz de Medeiros Filho

Gestão Pactuada
Ana Rita Ribeiro da Cunha

Atenção à Saúde
Maria Izabel Ferreira Sarmento

Tecnologia da Informação
Enos Rafael Lins Ayres

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência
Carolina Dantas Rocha Xavier de Lucena

Vigilância em Saúde
Talita Tavares Alves de Almeida

Unidades Ambulatoriais e Hospitalares
Ana Helena Rodrigues Oliveira

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adélia de Moura Gomes
Ana Lúcia de Sousa
Anna Stella C. Pachá
Brunna Regina N. R. de Sousa
Carinne Boto Fonseca
Carolina D. R. Xavier de Lucena
Celeida Maria de B. F. Soares
Cesar Augusto de O. Farias
Cristina da S. Medeiros
Daniel Daltin
Daniela Gomes de B. Carneiro
Daniela Holmes Sarmento
Dario Luis Patriota Pereira
Déborah Gomes dos Santos
Dionéia Garcia
Doracy Karoline S. de Medeiros
Eliane de S. Gadelha Almeida
Emanoel Lira
Fabíola Ramos Medeiros
Felipe de O. de S. Santos
Fernando Brederodes de Queiroz
Flávia Barbosa B. do Nascimento
Gerlane Carvalho de Oliveira
Hélio Soares da Silva
Iaciara Mendes de Alcântara
Irlanilson Fabricio de Almeida
Isiane Queiroga
Islany Costa Alencar
Joanna Angelica A. Ramalho
Jonathan Elias T. Lucena
Jória Viana Guerreiro
José Marcos da Silva Costa
Josefa Ângela Pontes de Aquino
Júlia Freitas S. Azevedo
Júlia Freitas Sousa de Azevedo
Julyana Silva de Assis
Kátia Navarro
Liliane de Araújo L. Monteiro Lino
Luciani Martins Ricardi
Luiz Francisco de Almeida
Marcela Tárcia Barros Pereira
Marcelo José Costa Mandu
Marcilio F. de Araújo
Maria Analuce Dantas Figueiredo
Maria Auxiliadora de B. V. Pessoa
Maria Coeli do Rêgo Barros
Maria de Fátima M. Carvalho
Maria Francisca Claudino
Maria Izabel F. Sarmento
Marta Rejane Lemos Felinto
Natália Marques de S. Lacerda
Nathalia Fernandes Thomaz
Nilfran Atácio Lourenço
Rachel G. de Holanda
Rafaela Araújo Lins Pereira
Raimunda Alves de Almeida
Rayanna Wanessa G. Coelho
Rosa Maria da Costa Monteiro
Roseanny M. Queiroga
Talita Tavares Alves de Almeida
Talitha Emanuelle B. G. de Lira
Vanessa Meira Cintra
Vivian Correia Arruda

EQUIPE DE EDIÇÃO

Editoração
Flaviana Maribondo Gonçalves

Design e Diagramação
Samuel de Gois Martins

Forografia
Ricardo Puppe
Demócrito Garcia

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES

MESA DIRETORA

PRESIDENTE - Antonio Eduardo Cunha

VICE PRESIDENTE - Luciano Correia Carneiro

1° SECRETÁRIO - Íber Câmara Oliveira

2° SECRETÁRIO - Nilfran Atácio Lourenço

GOVERNOS /ENTIDADES CONGREGADAS	ENTIDADES	CONDIÇÃO	NOME CONSELHEIRO (A)
SEGMENTO - GOVERNO			
Governo Federal	Núcleo do Ministério da Saúde na Paraíba	Titular	Nilfran Atácio Lourenço
		Suplente	Carinne Boto Fonseca
Governo Estadual	Secretaria de Estado da Saúde	Titular	Geraldo Antônio Medeiros
		Suplente	Renata Valéria Nóbrega
Governo Municipal	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba	Titular	Antonio Máximo da Silva Neto
		Suplente	Michelle Targino Fernandes Ribeiro
SEGMENTO - PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS			
Comunidade Científica na Área da Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde Conveniados com o SUS	Sindicato de Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Paraiba	Titular	Francisco José S. B. Pereira
		Suplente	José Targino da Silva
	CMB. Confed. Santas Casas de Miseric. Hosp. e Ent. filantópicas	Titular	George Guedes Pereira
		Suplente	Cristina Elizabeth O. Leal
	Associação Médica da Paraíba	Titular	Roosevelt de Carvalho Wanderley
		Suplente	Sebastião de Oliveira Costa
SEGMENTO - TRABALHADORES ÁREA DA SAÚDE ABRANGÊNCIA ESTADUAL			
Entidades Congregadas de Sindicatos de Trabalhadores de Saúde do Setor Privado	SINDESEP - Sindicato de Empregados de Estab. de Serviços de Saúde do Estado da Paraíba	Titular	Roberto de Andrade Leôncio
		Suplente	Fábio Batista Fernandes
		Titular	Francisco Carlos Bezerra
		Suplente	Luana Mendes Leite
Entidades Congregadas de Sindicatos de Trabalhadores de Saúde do Setor Público	SINDSAÚDE - Sindic. dos Trabalhadores Públicos em Saúde do Estado da Paraíba	Titular	Wanda Celi Cavalcanti
		Suplente	Wanessa Karla Cavalcante Santos
		Titular	Antonio Eduardo Cunha
		Suplente	Cláudia Alexandra S. Silva
Entidades Congregadas de Sindicatos de Trabalhadores de Saúde do Setor Público	SINDODONTO - Sindicato dos Odontologistas do Estado da Paraíba	Titular	Joana Batista Oliveira Lopes
		Suplente	Walkíria Mendes Vieira Feitosa
		Titular	Leda Maria Santos de Assis
		Suplente	Keziah M. Brito Silva Lucena

SEGMENTO - USUÁRIOS DO SUS ABRANGÊNCIA ESTADUAL

Entidades Congregadas dos Conselhos Comunitários e Associação de Moradores ou Entidades Equivalentes	FEPAC - Federação Paraibana de Associações Comunitárias	**Titular**	Edson Cruz da Silva Filho
		Suplente	Edson Cruz da Silva
		Titular	Marcelo Melo Rodrigues
		Suplente	Andréa Souza da Silva
Entidades Congregadas de Associações de Portadores de Deficiências	ASPADEF - Associação Paraibana de Deficientes	**Titular**	Íber Câmara de Oliveira
		Suplente	Adris Henrique de Oliveira Bezerra
		Titular	Jamacyr Mendes Justino
		Suplente	Hercules Soares Santos
Entidades Congregadas de Associações em Defesa do Consumidor	ASSENDICON - Associação de Educação e Defesa dos Direitos da Cidadania do Consumidor	**Titular**	Pedro Paulo A. Peixoto
		Suplente	Sitônio Henrique da Cruz
		Titular	Samara de Andrade Silva
		Suplente	Wagner dos Santos Januário
Movimento negro em saúde	Associação de Familiares e Amigos de Doentes Mentais Índios, Negros e Ciganos do Estado da Paraíba	**Titular**	Luciano Correia Carneiro
		Suplente	Francisco Gurgel dos S. Neto
		Titular	Severino Ramos da Cruz
		Suplente	Mãe Renilda B. de Albuquerque
Entidades Congregadas de Portadores de Patologias	Sociedade de Hemofílicos da Paraíba	**Titular**	Elias Marques Ferreira
		Suplente	Lilian Leite de Lacerda
		Titular	Rosa Rita Conceição Marques
		Suplente	Maria Rita da Conceição
	MORHAN Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase	**Titular**	Severina Maria dos S. Ribeiro
		Suplente	Erica Simone Barbosa Dantas
		Titular	Felipe Silva do Nascimento
		Suplente	Rayana Vanessa de Lima

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - CARACTERIZAÇÃO POPULACIONAL DA PARAÍBA EM 2018

QUADRO 02 - QUADRO DE DETALHAMENTO DO PERÍODO GESTACIONAL

QUADRO 03 - PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS

QUADRO 04 - INDICADORES OPERACIONAIS PFA/POLIOMIELITE, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018

QUADRO 05 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS A SEREM TESTADAS, DIAGNOSTICADAS E TRATADAS NA POPULAÇÃO GERAL, NA PARAÍBA, EM 2018

QUADRO 06 - HOSPITAIS APROVADOS COMO PORTA DE ENTRADA NO PLANO DA RUE DA 1ª MACRORREGIÃO

QUADRO 07 - CENTRAIS DO SAMU

QUADRO 08 - UPAS EM FUNCIONAMENTO

QUADRO 09 - SAD EM FUNCIONAMENTO

QUADRO 10 - SERVIÇOS HOSPITALARES DO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2015

QUADRO 11 - VALORES FINANCEIROS DE PRODUTOS ADQUIRIDOS PELA SES-PB PARA O ATENDIMENTO DE DEMANDAS

QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS INTRA-HOSPITALARES POR MUNICÍPIO, SEGUNDO A NATUREZA

QUADRO 13 - ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DRA. TELMA LOBO

QUADRO 14 - CENÁRIO DOS CEREST S NO ESTADO DA PARAÍBA, COM RESPECTIVOS MUNICÍPIOS COBERTOS POR CADA CENTRO

QUADRO 15 - UNIDADES SENTINELAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DA PARAÍBA

QUADRO 16 - PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO PELO ESTADO DA PARAÍBA DE ACORDO COM A LC 141. ANOS 2014 A 2018

QUADRO 17 - DEMONSTRATIVO DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA E DESPESAS COM SAÚDE PUBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. ANOS 2014 A 2018

QUADRO 18 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2014 A 2018

QUADRO 19 - RECURSOS FEDERAIS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, POR BLOCO DE FINANCIAMENTO. PARAÍBA. PERÍODO 2014 A 2018

QUADRO 20 - PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. ANOS 2020 A 2023

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE

FIGURA 02 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO DURAÇÃO DA GESTAÇÃO, NA PARAÍBA, EM 2017

FIGURA 03 - DISTRIBUIÇÃO DOS VÍRUS RESPIRATÓRIOS IDENTIFICADOS NAS UNIDADES SENTINELAS DE SÍNDROME GRIPAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DO INÍCIO DOS SINTOMAS, NA PARAÍBA, EM 2018

FIGURA 04 - ESTRATIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MÉDIA DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL, NA PARAÍBA, DE 2016 A 2018

FIGURA 05 - CASOS NOTIFICADOS, PROVÁVEIS E CONFIRMADOS POR CHIKUNGUNYA, NA PARAÍBA, DE 2016 E 2017

FIGURA 06 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017

FIGURA 07- DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017

FIGURA 08 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017

FIGURA 09 - REDE MATERNO INFANTIL

FIGURA 10 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAIBA - 2019

FIGURA 11 – SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO/OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADOS NO ESTADO DA PARAÍBA

FIGURA 12 - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO/OFICINAS ORTOPÉDICAS QUE ESTÃO APROVADOS PARA IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

FIGURA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, PARAÍBA, JULHO 2019

FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COM LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS, NA PARAÍBA, EM JULHO DE 2019

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL E DIFERENÇA RELATIVA. PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL, 2010 E 2018

TABELA 02 - PERFIL PRODUTIVO DO ESTADO DA PARAÍBA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2018

TABELA 03 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000, 2010

TABELA 04 - COBERTURA VACINAL* NA PARAÍBA 2010 A 2014

TABELA 05 - PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL PARA POLIOMIELITE EM MENORES DE 1 ANO POR GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, NA PARAÍBA, NORDESTE E BRASIL, DE 2015 A 2018

TABELA 06 - CASOS CONFIRMADOS DE MENINGOCOCEMIA E MENINGITE MENINGOCÓCICA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

TABELA 07 - PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL PARA INFLUENZA NA POPULAÇÃO ALVO POR GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, NA PARAÍBA, DE 2015 A 2018

TABELA 08 - CASOS NOTIFICADOS, CONFIRMADOS E ÓBITOS POR SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE- SRAG SEGUNDO AGENTE ETIOLÓGICO E REGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA, EM 2018

TABELA 09 - INCIDÊNCIA (1000 HAB.) DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

TABELA 10 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR DENGUE SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

TABELA 11 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR CHIKUNGUNYA SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2016 E 2017

TABELA 12 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR ZIKA VÍRUS SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2016 E 2017

TABELA 13 - ESTIMATIVA DO NUMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, EM 2018

TABELA 14 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NO BRASIL, NA REGIÃO NORDESTE E NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 15 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017

TABELA 16 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSA BÁSICA MATERNA E TIPO DE CAUSA OBSTÉTRICA, NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 17 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ÓBITOS MATERNOS, NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 18 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 19 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO MOMENTO DO PARTO E LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 20 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NO BRASIL, NO NORDESTE E NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 21 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS INFANTIS, NA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA REGISTRADOS NO SINAN, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018

TABELA 23 - AS 15 ATIVIDADES ECONÔMICAS COM MAIS REGISTROS DE ACIDENTES POR MOTIVO NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017

TABELA 24 – CENTRAIS DE REGULAÇÃO E MUNICÍPIOS REGULADOS

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA POR REGIÕES DE SAÚDE. PARAÍBA, 2019

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL DA PARAÍBA ENTRE 1991 E 2018

GRÁFICO 02 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS NA PARAÍBA. 2019

GRÁFICO 03 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, PARAÍBA, 1980-2019

GRÁFICO 04 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000, 2010

GRÁFICO 05 - TAXA BRUTA DE NATALIDADE DO BRASIL E PARAÍBA, 2008 A 2017

GRÁFICO 06 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO IDADE DA MÃE, NA PARAÍBA, EM 2008 E 2017

GRÁFICO 07 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTA DE PRÉ-NATAL DA MÃE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 08 - TAXA DE INCIDÊNCIA E TAXA DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (100.000 HAB.), NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 09 - PERCENTUAL DE CURA DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 10 - PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 11 - COEFICIENTE DE DETECÇÃO GERAL E EM MENORES DE 15 ANOS DE HANSENÍASE (100.000 HAB.), BRASIL E PB, 2008 A 2017

GRÁFICO 12 - PERCENTUAL DE CONTATOS EXAMINADOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DE CURA DE TRATAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 14 - PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DO TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 15 - CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADO DE DIFTERIA NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 16 - CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITES SEGUNDO CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 17 - NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 18 - NÚMERO DE UNIDADES DOMICILIARES (UD) PESQUISADAS, POSITIVAS E ÍNDICE DE INFESTAÇÃO VETORIAL PARA DOENÇA DE CHAGAS, NA PARAÍBA, DE 2012 A 2018

GRÁFICO 19 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS E INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL NA PARAÍBA, DE 2008 - 2017

GRÁFICO 20 - CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL, NA PARAÍBA, DE 2008 – 2017

GRÁFICO 21 - PREVALÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL POR REGIÃO DE SAÚDE POR 100 MIL HABITANTES, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 22 - NÚMERO DE INCIDÊNCIA (100.000 HAB.) E ÓBITOS POR LEPTOSPIROSE, NA PARAÍBA E NO BRASIL, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 23 - NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS E PERCENTUAL DE POSITIVIDADE PARA ESQUISTOSSOMOSE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 24 - TAXA DE LETALIDADE DAS ARBOVIROSES, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 25 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 26 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO, NA PARAÍBA, DE 2013 E 2017

GRÁFICO 27 - TAXA DE MORTALIDADE DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NA BRASIL E PARAÍBA, EM 2008 E 2017

GRÁFICO 28 - TAXA DE MORTALIDADE DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, 2008 E 2017

GRÁFICO 29 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS EM MENORES DE CINCO ANOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL E PARAÍBA, 2013 A 2017

GRÁFICO 30 - TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E PARAÍBA, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 31 - TAXA DE DETECÇÃO SÍFILIS EM GESTANTES POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO, NA PARAÍBA, EM 2013 E 2017

GRÁFICO 32 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E PARAÍBA, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 33 - TAXA DE INCIDÊNCIA SÍFILIS CONGÊNITA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO POR REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA 2013 E 2017

GRÁFICO 34 - IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA 2013 A 2017

GRÁFICO 35 - TAXA DE MORTALIDADE DE SÍFILIS POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 36 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE A POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR (PB). PARAÍBA, 2014 A 2018

GRÁFICO 37 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE B POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018

GRÁFICO 38 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE C POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018

GRÁFICO 39 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS, NO BRASIL, DE 2008 A 2017

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 40 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 41 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS POR REGIÕES DE SAÚDE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 42 - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS POR 10.000 HABITANTES SEGUNDO ANO DE PROCESSAMENTO. BRASIL E PARAÍBA, 2008 A 2017

GRÁFICO 43 - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS POR 10.000 HABITANTES SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 44 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 45 - PROPORÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 46 - PROPORÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS POR TIPO DE VIOLÊNCIA* SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 47 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS EM PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO SEXO, NA PARAÍBA, EM 2018

GRÁFICO 48 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS NA PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NA PARAÍBA, EM 2018

GRÁFICO 49 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS NA PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO NATUREZA DO ACIDENTE, NA PARAÍBA, EM 2018

GRÁFICO 50 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, EM 2017

GRÁFICO 51 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017

GRÁFICO 52 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017

GRÁFICO 53 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 54 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE CAUSA OBSTÉTRICA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017

GRÁFICO 55 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, EM 2017

GRÁFICO 56 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (1.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO COMPONENTE ETÁRIO, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017

GRÁFICO 57 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017

GRÁFICO 58 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO CAUSAS EVITÁVEIS, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 59 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS ÓBITOS INFANTIS POR CAPÍTULO (CID 10), NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 60 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DNCT POR 100.000 HABITANTES, NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 61 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT POR 100.000 HABITANTES SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 62 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO, NO BRASIL, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 63 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO, NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 64 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS, NO BRASIL, DE 2013 A 2017

GRÁFICO 65 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS, NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017

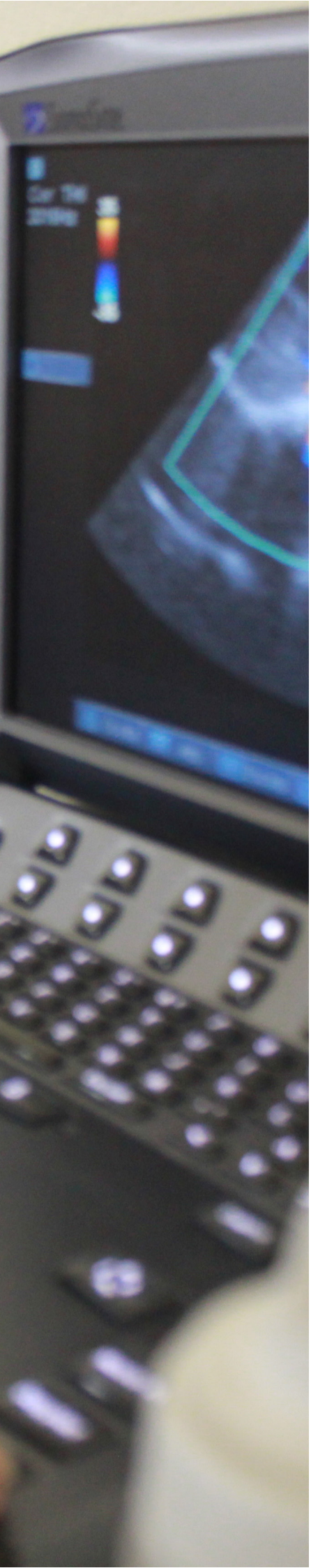
GRÁFICO 66 - EVOLUÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA, NO PERÍODO DE 2012 A 2017

GRÁFICO 67 - EVOLUÇÃO DE ÓBITOS POR ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA, NO PERÍODO DE 2012 A 2017

GRÁFICO 68 - ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL POR MOTIVO, NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 69 E 70 - ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S, PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIA E SEXO, NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017

GRÁFICO 71 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE, NA PARAÍBA, EM 2017



SUMÁRIO

1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO 20

2 REGIONALIZAÇÃO 22

3 ANÁLISE DE SITUACÃO DE SAÚDE 24
3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO 24
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 30
3.2.1 Indicadores de Nascimento 30
3.2.2 Imunização 33
3.2.3 Indicadores de Morbidade 34
3.2.3 Indicadores de Mortalidade 79
3.2.4 Perfil de Morbimortalidade: saúde do trabalhador 94

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 100
4.1 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 101
4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL 111
4.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) 113
4.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 116
4.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS 120
4.6 REDE CUIDAR 123

5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE 126
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 126
5.1.1 Atenção Básica 126
5.1.2 Saúde Bucal 129
5.1.3 Saúde da Criança e do Adolescente 131
5.1.4 Saúde da Pessoa Idosa 134
5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA 135
5.2.1 Ambulatorial Especializado 135
5.2.2 Pré-Hospitalar Fixo 136
5.2.3 Hospitalar 137
5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 139
5.4 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE 143
5.5 HEMORREDE 145
5.6 CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER - CEDC/PB 147
5.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE 148
5.7.1 Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN 148
5.7.2 Serviço de Verificação de Óbitos – SVO 152
5.7.3 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST 153
5.7.4 Agência Estadual de Vigilância Sanitária - AGEVISA 154
5.8 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE 155
5.9 AUDITORIA 158
5.10 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE 159
5.10.1 Núcleo de Gestão do Trabalho – NGT-RH 159
5.10.2 Centro Formador de Recursos Humanos – CEFOR-RH 160
5.11 OUVIDORIA 162

6 FINANCIAMENTO DA SAÚDE 164

7 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 168

8 GESTÃO DO PLANO 180

ANEXOS 182
ANEXO A - Indicadores 183
ANEXO B - Mapa Estratégico da SES/PB 196
ANEXO C - Resolução CIB nº 43/2018 197

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 200

APRESENTAÇÃO

O presente Plano Estadual de Saúde (PES) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2020 a 2023. Expressa o compromisso do Governo da Paraíba com a saúde e com a construção da cidadania do povo paraibano, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população, sistematizando um conjunto de proposições do Governo Estadual na área da saúde e apresentando as intenções e os resultados a serem alcançados, expressos em diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

A elaboração deste plano envolveu as Gerências Executivas, demais Setores da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Controle Social. Ocorreu de forma compartilhada com o Plano Plurianual (PPA) referente ao mesmo período, Plano de Governo, Propostas aprovadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde da Paraíba, Relatório da Consulta Pública para o PES no Orçamento Democrático Estadual (ODE), Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, bem como as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Através da análise da situação de saúde do estado da Paraíba, da gestão do SUS e dos demais instrumentos já mencionados, foram identificados e priorizados os principais problemas, assim como a viabilidade e exequibilidade técnica, financeira e política, a fim de subsidiar o planejamento, a operacionalização, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde.

Como resultante do consenso dessa ordem de discussões, este plano é apresentado em oito itens (caracterização do estado; regionalização; análise situacional de saúde; rede de atenção à saúde; organização do sistema de saúde; financiamento da saúde; diretrizes, objetivos, metas e indicadores; monitoramento e avaliação), alguns anexos com indicadores de avaliação, Resolução CIB Nº 43/2018 que definem as macrorregiões de saúde do estado, mapa das regiões de saúde e mapa estratégico da SES/PB.

Com esses atributos, o PES 2020-2023 expressa a responsabilidade e compromisso da gestão, em tempo oportuno, numa construção coletiva de políticas públicas, contribuindo de maneira significativa para a melhoria das condições de vida e de saúde dos paraibanos.

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA

MISSÃO

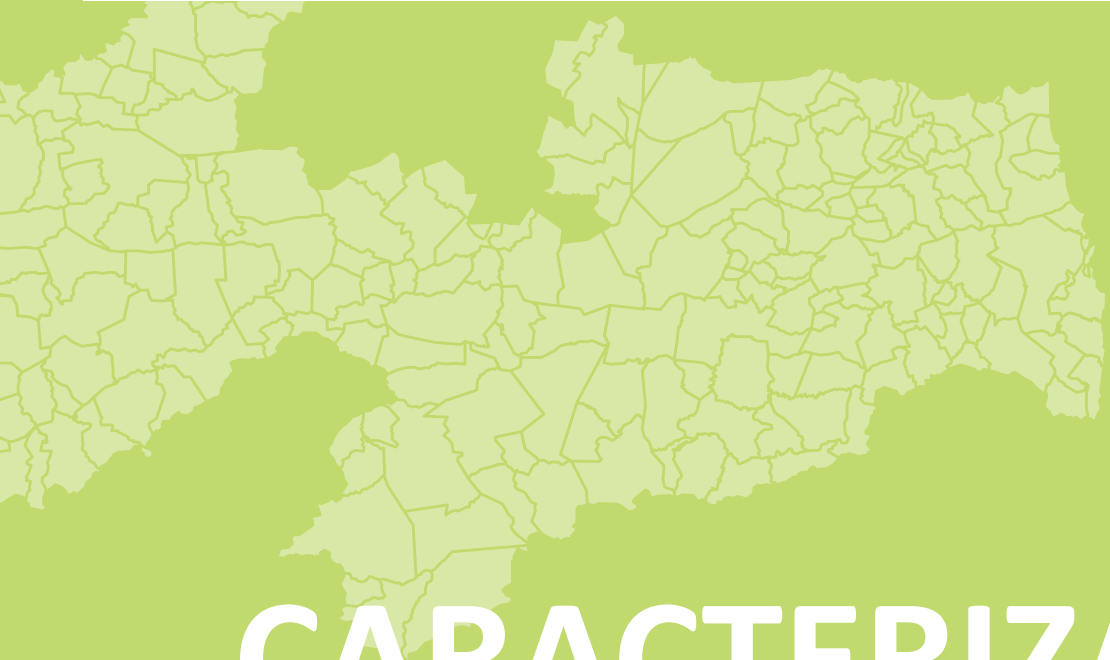
Formular, coordenar e executar, por meio de uma gestão democrática e participativa, politicas públicas e programas de saúde para a efetivação das ações e serviços, de forma regionalizada e integrada, apoiando as Secretarias Municipais de Saúde, na perspectiva de garantir a melhoria da qualidade de vida da população.

VISÃO

Ser uma instituição pública de excelência, inovadora, resolutiva e integrada a outros setores governamentais e não governamentais, que contribui para a qualidade de vida da população paraibana e o desenvolvimento econômico e social do Estado.

VALORES

Ética, Compromisso, Responsabilidade Social, Transparência e Cooperação.



1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O estado da Paraíba está situado a leste da Região Nordeste e tem como limites ao norte o estado do Rio Grande do Norte, a leste o Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco e a oeste o Ceará. Apresenta relevo modesto, porém não muito baixo, com 66% do seu território entre 300 e 900 m de altitude. Os rios do estado na maioria são temporários, secam ou diminuem bastante de volume nos períodos de estiagem, principalmente no Sertão, o que influi na agricultura da região.

Segundo a estimativa de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado da Paraíba possui uma população de 4.018.127 habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², totalizando uma densidade demográfica de 70,77 habitantes/km². Apresenta uma maior concentração populacional na área urbana (80%) em relação à área rural (20%).

Os dados do Censo/IBGE possibilitam identificar a distribuição da população considerando cor, etnia e grupos sociais no estado. Com relação à cor/raça, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2018) demonstra que na Paraíba 61% dos seus habitantes são pardos; 32,9% brancos; 5,7%, pretos; e 0,4%, amarelos ou indígenas. Quanto à população indígena, a Paraíba abriga dois povos: o potiguar e o tabajara. O povo potiguar representa uma população de 12.794 indígenas, distribuídos em 32 aldeias, localizadas em três municípios da região litorânea: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. O povo Tabajara da Paraíba tem uma população de 539 indígenas, presentes nos municípios de João Pessoa, Bayeux, Caaporã, Conde, Alhandra e Pitimbu. Suas terras ainda não foram identificadas e delimitadas, entretanto, entre 2009 e 2010, foi realizado um estudo de fundamentação antropológica,

que reuniu elementos de natureza histórica, sociológica, fundiária, etnográfica e ambiental sobre a área reivindicada, para caracterização étnica dos Tabajaras do Litoral Sul da Paraíba.

Na Paraíba, já foram identificadas 37 comunidades quilombolas distribuídas em todo o território. Em sua maioria, trata-se de quilombos rurais, contando-se apenas três quilombos urbanos: "Paratibe", em João Pessoa; "Os Daniel", em Pombal; e "Talhado Urbano", em Santa Luzia. No total, são 2.693 famílias que agrupam aproximadamente 12.000 pessoas. A maioria dos quilombos da Paraíba se encontra em lugares de difícil acesso, devido ao posicionamento geográfico, geralmente no cume de morros e serras ou no fundo de vales. Aproximadamente 1.500 ciganos vivem na Paraíba e mais de 95% deles localizam-se no Sertão do estado, com maior concentração em Sousa, representando a maior comunidade cigana do Brasil. Agrupados em comunidades, os ciganos de etnia Calon moram na periferia das cidades e não contam com nenhum serviço de infraestrutura, saneamento básico e esgotamento sanitário e convivem ainda com o desemprego provocado, entre outros fatores, pelo preconceito. Estima-se que cerca de 13.549 pessoas no estado da Paraíba vivem em situação de privação de liberdade, distribuídas em 78 Unidades Prisionais, sendo 12.942 (95,5%) do sexo masculino e 607 (4,4%) do sexo feminino.

Considerando a caracterização, o estado possui sua concentração populacional predominante na área urbana, com prevalência do gênero feminino e da cor parda, além de um percentual de populações específicas (indígenas, quilombolas, população cigana) e pessoas privadas de liberdade (Quadro 1).

Ao destacar as populações específicas, observa-se que a indígena e cigana estão concentradas, predominantemente, em alguns municípios do estado (litoral e sertão paraibano respectivamente).

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO POPULACIONAL DA PARAÍBA EM 2018.

DESCRITOR	TOTAL
POPULAÇÃO	4.018.127 HABITANTES
DENSIDADE DEMOGRÁFICA	71,15 HAB/KM²
CONCENTRAÇÃO POPULACIONAL NA ÁREA URBANA	80%
PERCENTUAL DE POPULAÇÃO FEMININA	52,4%
PERCENTUAL DE POPULAÇÃO DE PARDOS	47,6%
POPULAÇÃO INDÍGENA	13.333 PESSOAS
POPULAÇÃO QUILOMBOLA	12.000 PESSOAS
QUANTITATIVO DE POPULAÇÃO CIGANA	1.500 PESSOAS
POPULAÇÃO EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	13.549 PESSOAS

FONTE: IBGE, 2019

2 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização da saúde, prevista desde a Constituição Federal de 1988, configura-se em um eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem sendo aprimorada, desde então, como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores. O processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa é a base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais.

Em continuidade ao processo permanente de aperfeiçoamento do SUS, foi publicado em 2011 o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei 8.080/90 no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da Saúde, à assistência à saúde, à articulação interfederativa, e aponta novos desafios na gestão desse Sistema.

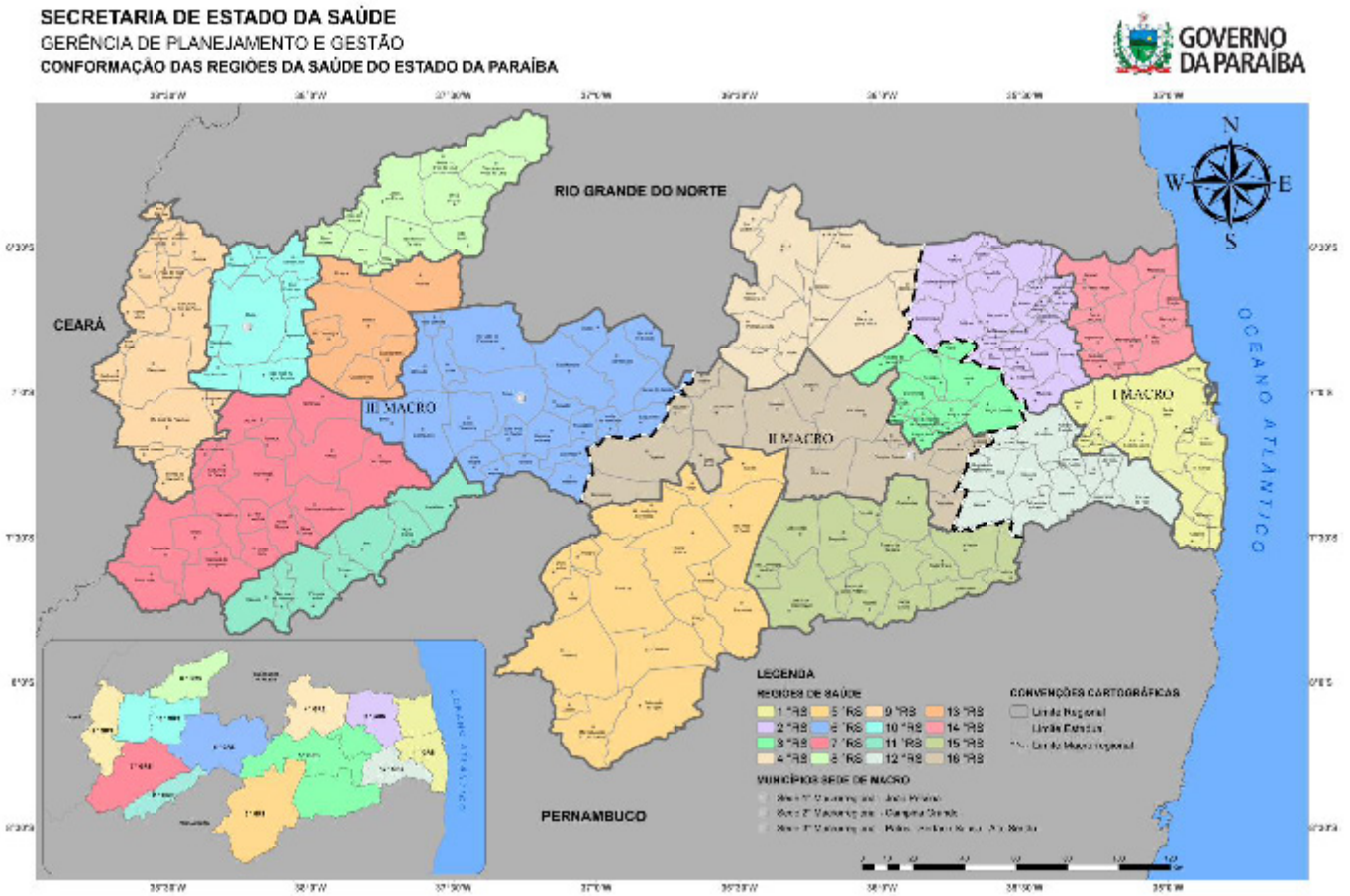
O Decreto nº 7.508/2011 deu novas diretrizes à regionalização do SUS incorporando um conceito mais estruturado de redes de atenção à saúde, e define o rol mínimo de ações, procedimentos e tecnologias oferecidos pelo SUS, dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Além disso, o decreto organiza as relações interfederativas mediante a consagração das Comissões Intergestores Regionais (CIR) como instâncias de pactuação consensual para definição das regras de gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando os seus 223 municípios. Porém, com a publicação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de

Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado em CIB a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define 03 Macrorregiões de Saúde. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (Figura 1).

A Paraíba possui ainda 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS), entretanto estão efetivamente implantadas 12 GRS. Essas unidades têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico aos municípios, acompanhando o planejamento das ações e serviços de saúde e participando dos diversos espaços de gestão e cogestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no estado.

FIGURA 1 - CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE.



Fonte: SES PB, 2019

3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

Em 19 anos, a população paraibana aumentou 9,4%, estimando 4.018.127 habitantes em 2019, um acréscimo de 574.302 de pessoas desde 2000. A população da Paraíba correspondente a 1,97% da população nacional, sendo o estado uma das unidades da federação de menor superfície (0,66% do território nacional, ficando na 21ª posição em ordem decrescente). O censo de 2010 demonstrou ainda que a população urbana da Paraíba representa 75,4% do total, em oposição aos 24,6% da zona rural. A densidade demográfica estadual levando em consideração a população estimada em 2019 é de 71,15 hab/km².

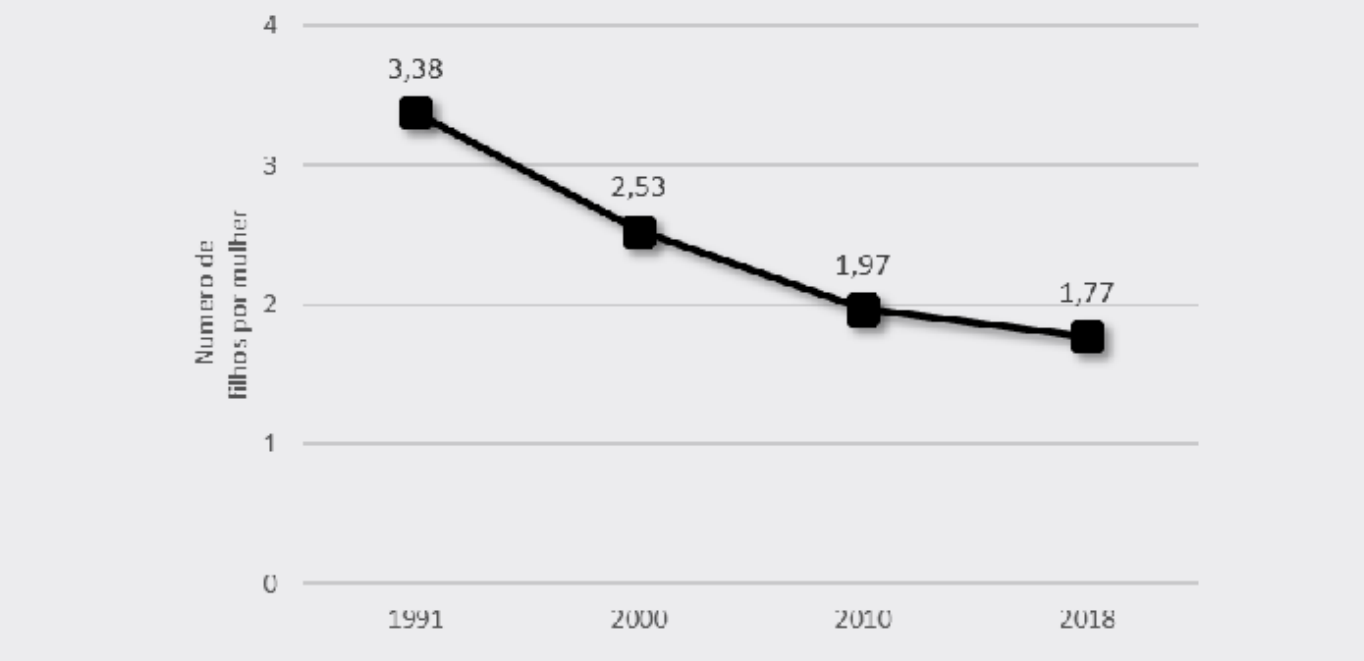
A taxa de fecundidade da Paraíba segue o mesmo comportamento apresentado pela região Nordeste e pelo Brasil, com taxas abaixo do nível de reposição (TFT = 2,10 filhos), com decréscimo de 30%, entre 2000 e 2018.

TABELA 1 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL E DIFERENÇA RELATIVA. PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL, 2010 E 2018.

UF/REGIÃO	2010	2018	DIFERENÇA RELATIVA 2010/2018(%)
Paraíba	1,97	1,76	-10,6
Nordeste	2,06	1,75	-15,1
Brasil	1,98	1,77	-10,6

FONTE: IBGE, 2018

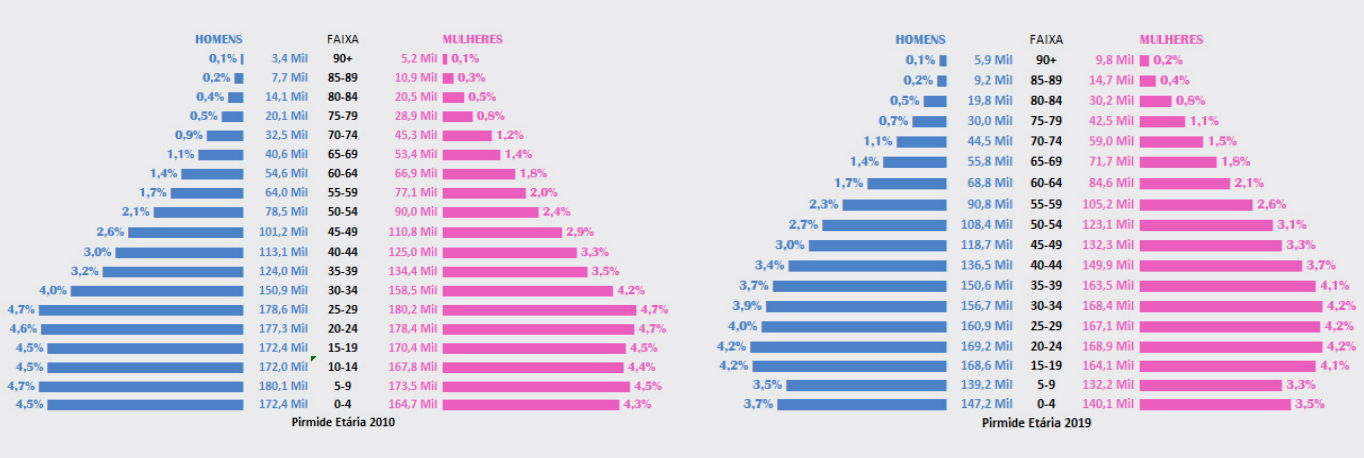
GRÁFICO 1 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL DA PARAÍBA ENTRE 1991 E 2018.



FONTE: IBGE, 2019

A pirâmide etária apresentada no Gráfico 2 reflete a transição demográfica, com redução da população jovem (0 a 14 anos) representando 21,6% da população e aumento considerável da população idosa (acima de 60 anos) que representa 13,6% da população total em 2019.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS NA PARAÍBA. 2019.

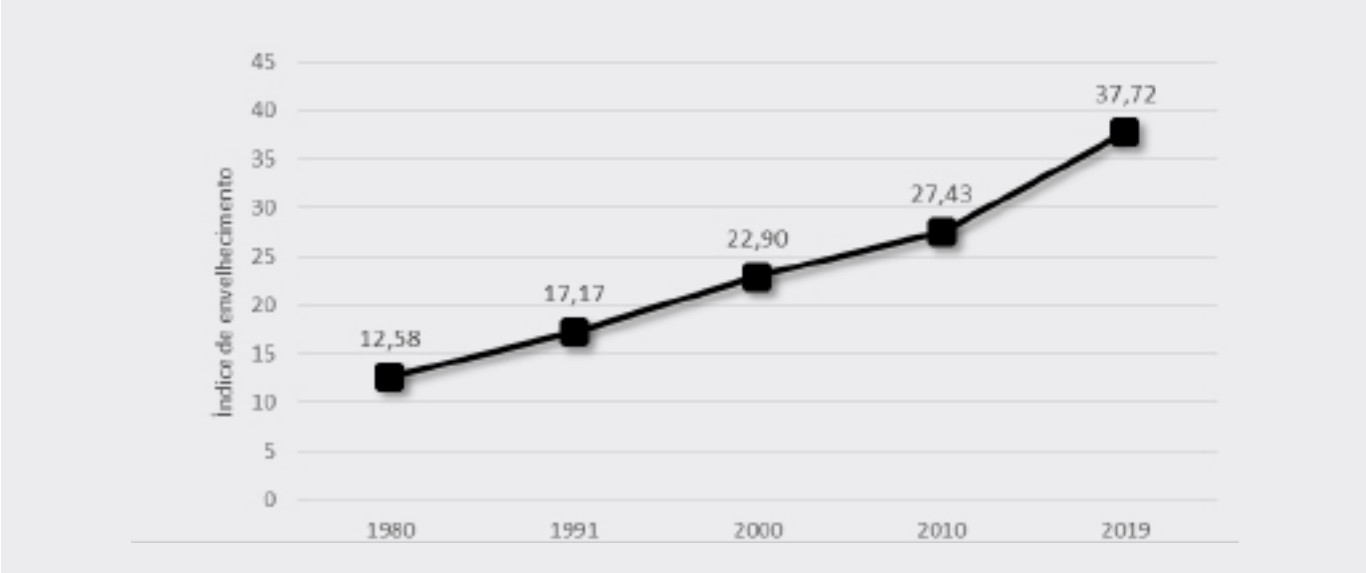


FONTE: IBGE, 2019

a) Expectativa de vida

A população de idosos representa um aumento de aproximadamente 16% entre 2010 e 2019. Já o percentual da população de menores de 15 anos diminuiu aproximadamente 12% entre 2010 a 2019, representando 21,10% da população do estado. Este processo de envelhecimento é resultado da rápida mudança, tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida. No Gráfico 3 demonstramos o índice de envelhecimento no estado entre os anos de 1980 e 2019.

GRÁFICO 3 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, PARAÍBA, 1980-2019.



FONTE: IBGE, 2019

b) Perfil de produção

Os dados de produção apresentados para o estado da Paraíba (Tabela 2) foram trabalhados a partir do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, que é o dispositivo legal utilizado pelo Ministério do Trabalho e Empregos para acompanhar a situação da mão de obra formal no Brasil, a fim de levantar dados de geração de emprego e desemprego no país, e que foi instituído pela Lei nº 4.923 de 23 de dezembro de 1965, quando se tornou obrigatória a comunicação por parte das empresas do registro de admissões e dispensa de colaboradores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Nos dados do perfil produtivo estão incluídos apenas os municípios com população acima de 20.000 habitantes, que totalizam 34 municípios e uma população 2.530.215 habitantes, representando 63,8% da população da Paraíba.

Na tabela 2, observa-se o número de empregos e o total de estabelecimentos por macrorregião. O setor que mais emprega é o de serviços (instituições de crédito, seguros e capitalização; comércio e administração de imóveis, valores mobiliários, serviços técnicos; transporte e comunicação; serviços de alojamento, alimentação, reparação, manutenção...; serviços médicos, odontológicos, veterinários; e ensino) com a oferta de 104.216 e 38.594 números de empregos formais respectivamente nas Macros I e II. Na Macrorregião III, destaca-se como o principal setor o comércio (atacadista e varejista), totalizando 12.574 empregos.

TABELA 2 - PERFIL PRODUTIVO DO ESTADO DA PARAÍBA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2018.

	SETOR	NÚMERO DE EMPREGOS FOMAIS	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS
MACRO I	Extrativa mineral	179	59
	Indústria de transformação	39.681	34.406
	Serviços indústrias de utilidade pública	5.001	83
	Construção civil	21.155	3.603
	Comércio (varejista e atacadista)	55.010	14.846
	Serviços	104.216	20.378
	Administração pública	1.332	143
	Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca	8.762	590

	SETOR	NÚMERO DE EMPREGOS FOMAIS	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS
MACRO II	Extrativa mineral	231	31
	Indústria de transformação	19.135	1.641
	Serviços indústrias de utilidade pública	1.287	34
	Construção civil	7.475	1.050
	Comércio (varejista e atacadista)	22.844	6.739
	Serviços	38.594	7.240
	Administração pública	5683	51
	Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca	987	221

	SETOR	NÚMERO DE EMPREGOS FOMAIS	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS
MACRO III	Extrativa mineral	19	5
	Indústria de transformação	6.074	1.101
	Serviços indústrias de utilidade pública	571	44
	Construção civil	2.074	557
	Comércio (varejista e atacadista)	12.574	6.015
	Serviços	10.228	3.913
	Administração pública	97	35
	Agropecuária, extração vegetal, caça e pesca	19	5

FONTE:CAGED, 2019.

c) Renda média domiciliar per capita

A renda média domiciliar per capita é um indicador socioeconômico que mostra o resultado da soma da renda recebida por cada morador, dividido pelo total de moradores do domicílio, ou seja, é a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cálculo inclui pensionistas, domésticos e seus familiares.

O rendimento domiciliar per capita apresentado na tabela a seguir revela um aumento na renda dos paraibanos entre 1991 e 2010 nas três macrorregiões da Paraíba. A Macrorregião III – Sertão/Alto Sertão teve um acréscimo de 87,69% no período de 1991 a 2000 e 69,13% entre 2000 e 2010. Essa macrorregião apresentou as maiores taxas de variação entre as demais do estado, o que pode estar relacionado a algumas cidades do Sertão paraibano que conseguiram desenvolver atividades industriais e agropecuárias que diversificaram a produção estadual nos últimos anos.

Enquanto isso, na Macrorregião de Campina Grande a variação foi de 86,87% e de 50,17% de 1991 a 2000 e de 2000 a 2010, respectivamente. Seguindo o mesmo comportamento, a variação apresentada pela Macrorregião de João Pessoa foi de 78,09 % e 53,60 % de modo respectivo.

TABELA 3 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000, 2010.

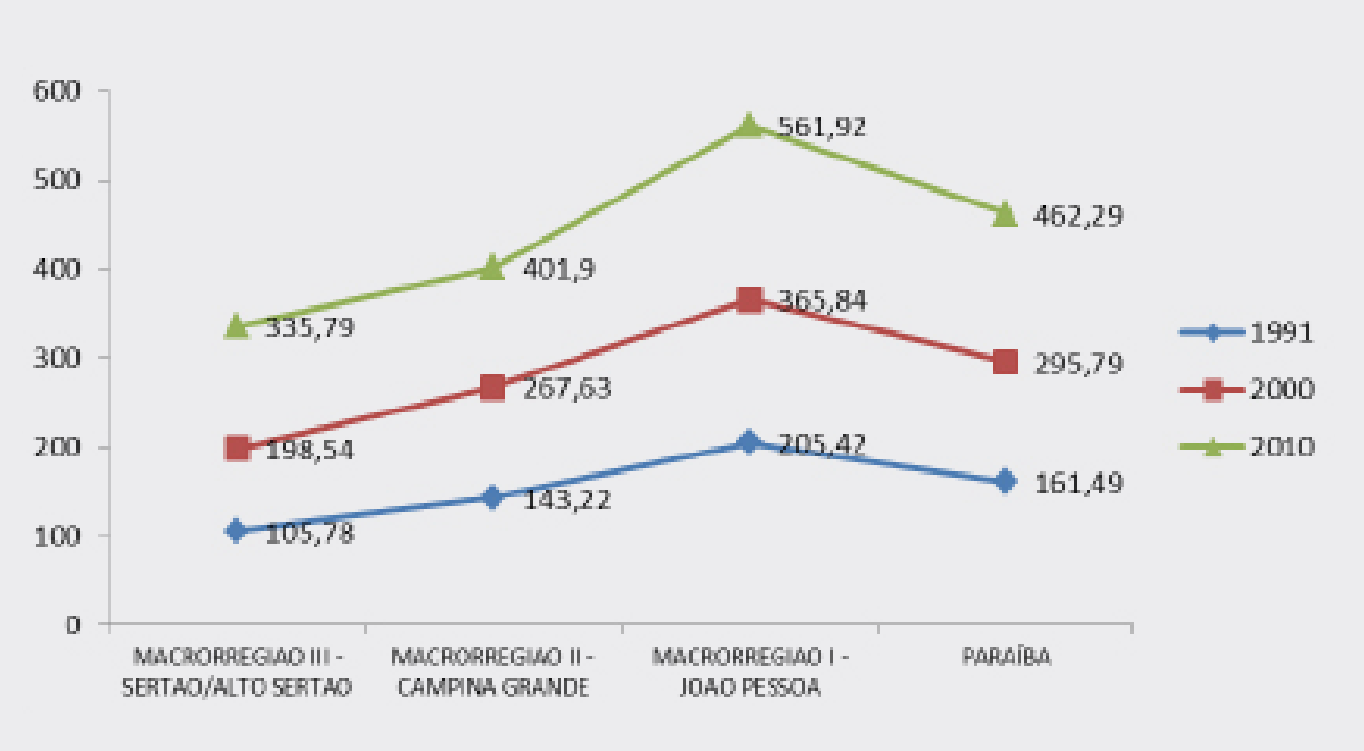
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	1991	2000	2010	VARIAÇÃO (1991 - 2000)	VARIAÇÃO (2000 - 2010)
MACRORREGIÃO III - SERTÃO/ALTO SERTÃO	105,78	198,54	335,79	87,69%	69,13%
MACRORREGIÃO II - CAMPINA GRANDE	143,22	267,63	401,9	86,87%	50,17%
MACRORREGIÃO I - JOÃO PESSOA	205,42	365,84	561,92	78,09%	53,60%
PARAÍBA	161,49	295,79	462,29	83,16%	56,29%

FONTE: IBGE, 2019

A partir do gráfico observa-se, no período como um todo (1991-2010), que as macrorregiões apresentaram um saldo positivo no rendimento domiciliar per capita. Percebe-se que o crescimento do indicador na Macrorregião I – João Pessoa encontra-se acima da média estadual, o que permite classificá-la como uma situação de desenvolvimento em expansão.

Já na Macrorregião do Sertão, o indicador ficou bem abaixo da média estadual, nesse caso, o comportamento populacional-demográfico tem um efeito claro nesse resultado. Assim, é possível inferir a menor capacidade de remuneração e/ou de despesa de cada habitante, em comparação à remuneração/despesa média estadual.

GRÁFICO 4 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000, 2010.



FONTE: IBGE, 2019

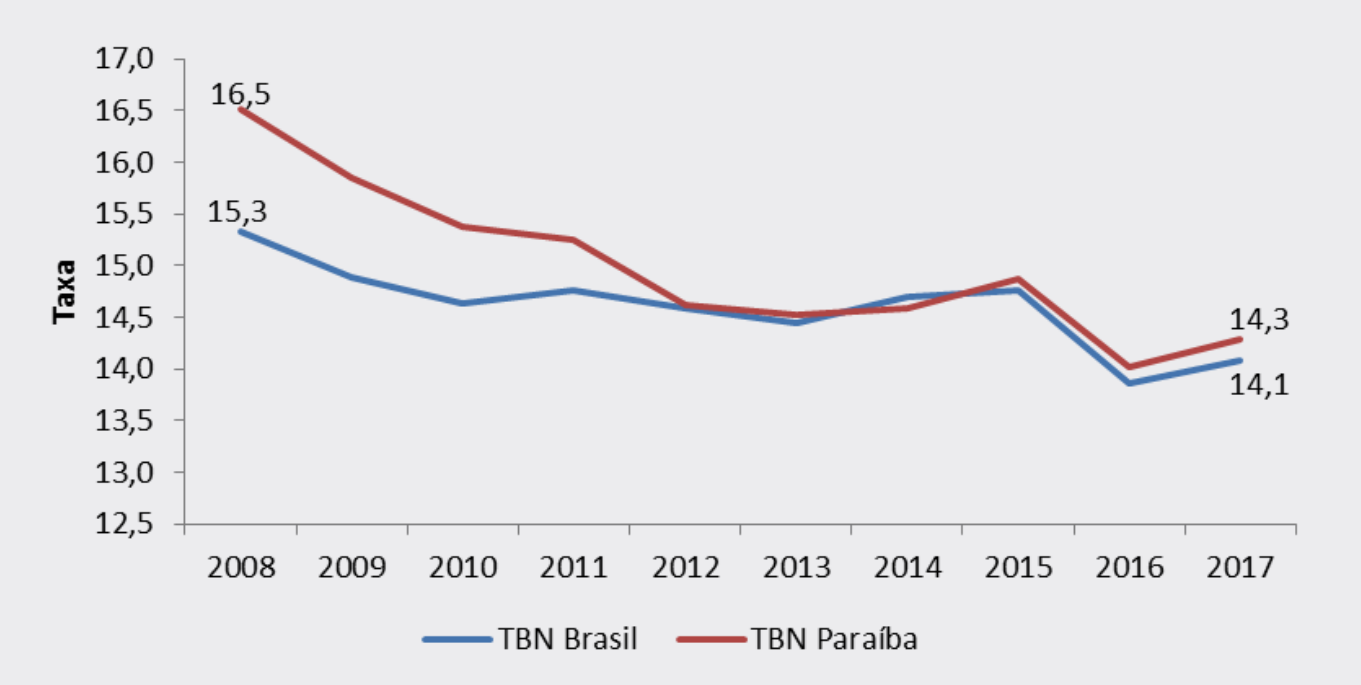
3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

3.2.1 INDICADORES DE NASCIMENTO

Os dados e as características da natalidade são de primordial importância no dimensionamento das principais demandas requeridas no setor da saúde. Características tais como peso ao nascer, presença de anomalias congênitas entre outras têm grande influência nas condições de saúde e sobrevivência infantil. Dados coletados da mãe têm sua importância no sentido de evidenciar desigualdades na atenção durante a gestação e/ou parto. Além de ser fonte de fundamental importância para as análises demográficas, a idade da mãe tem grande relevância na análise das condições de saúde da mulher durante a gestação e o parto e na sobrevivência do recém-nascido. Tudo isso evidencia desigualdades existentes que apontam desafios a serem superados no âmbito do Estado e nas regiões de saúde, alertando para a necessidade de aprimoramento e da ampliação de políticas que garantam qualidade no atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.

a) Evolução da natalidade e fecundidade-Taxa bruta de natalidade

GRÁFICO 5 - TAXA BRUTA DE NATALIDADE DO BRASIL E PARAÍBA, 2008 A 2017.



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC, 2019

A Taxa Bruta de Natalidade é um indicador que expressa o número de nascidos vivos (NV) por mil habitantes, além de aferir a intensidade de nascimentos numa determinada população.

No período de 2008 a 2017, no Brasil, observou-se uma redução de 8,12% (15,3 para 14,1) e no estado da Paraíba observou-se um decréscimo de 13,53% (16,5 para 14,3), de acordo com o Gráfico 5, acima.

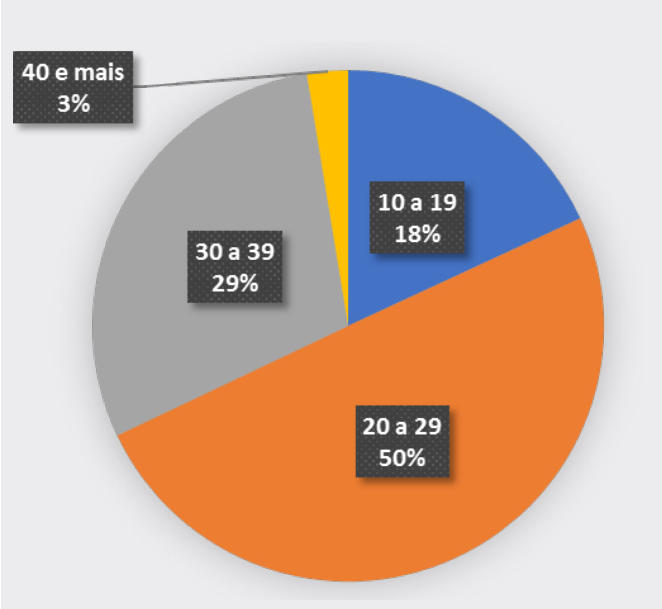
No Brasil e nos estados brasileiros, a taxa de natalidade acompanha a tendência mundial que vem sofrendo reduções

nos últimos anos. A população continua aumentando, mas as porcentagens de crescimento estão caindo, principalmente por causa da queda nas taxas de natalidade.

A taxa de fecundidade representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos pela população feminina (10 a 49 anos), da população no ano considerado. No Brasil, em 2008, a taxa de fecundidade representava 2,34 e em 2017 foi de 2,21. No estado da Paraíba, em 2008, foi de 5,14 e em 2017 de 4,48.

Em 2017, os nascimentos ocorreram em sua maioria em mães com idade entre 20 e 29 anos (50%). Observa-se, ainda, que 18% dos nascimentos ocorreram entre mães adolescentes de 10 a 19 anos) (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÕES DE SAÚDE, SEGUNDO IDADE DA MÃE, NA PARAÍBA, EM 2008 E 2017.

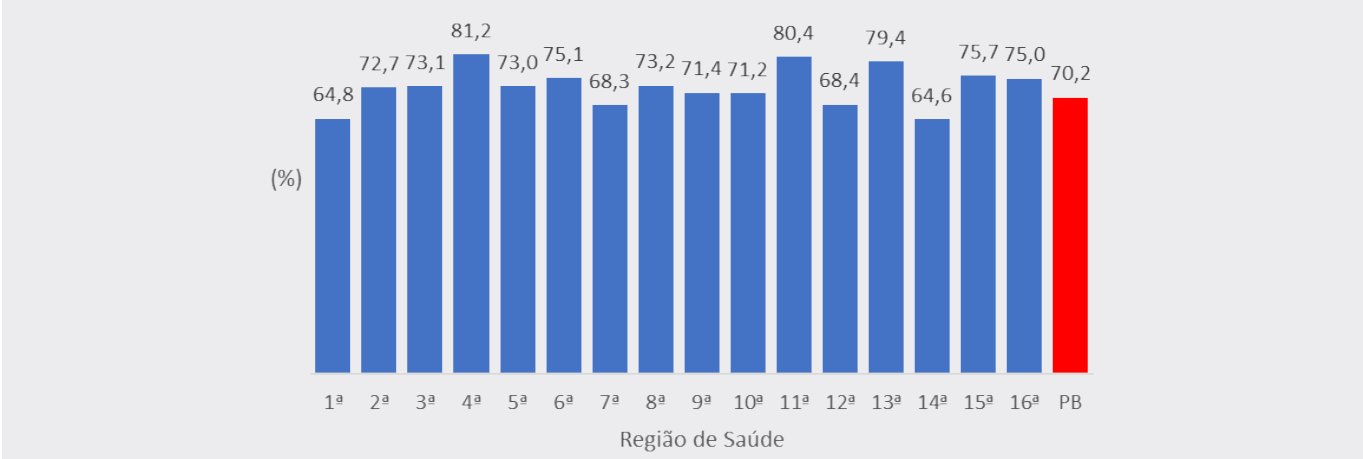


Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019

b) Características da gravidez e parto - Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal

A proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal constitui-se um importante indicador, uma vez que uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

GRÁFICO 7 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DA MÃE, NA PARAÍBA, EM 2017.



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC, 2019

A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal nas regiões de saúde variou entre 64,6 a 81,2% e, na Paraíba, foi de 70,2% em 2017. É preconizado o início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez e um mínimo de 7 consultas de pré-natal, cuja meta preconizada é de 90%.

A duração da gestação é, sem dúvida, um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intrauterino. As categorias em que a variável apresenta-se na Declaração de Nascidos Vivos obedecem às determinações da OMS, referidas na 10ª Revisão da CID-10 (OMS, 1995). No quadro a seguir, essas categorias apresentam-se detalhadas em semanas e em dias e agrupadas, também, segundo proposta da OMS, em gestações de pré-termo, termo e pós-termo.

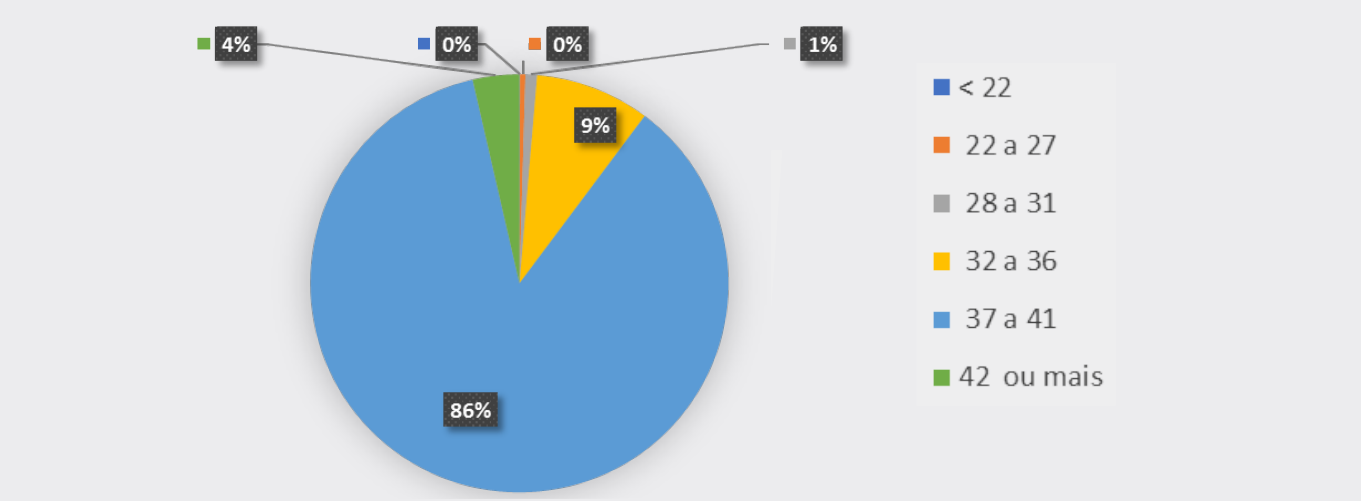
QUADRO 2 - QUADRO DE DETALHAMENTO DO PERÍODO GESTACIONAL.

EM SEMANAS DETALHADAS	EQUIVALÊNCIA EM DIAS	GRUPOS
<22	Menos de 259	Pré-termo (<37 semanas)
22 a 27		
28 a 31		
32 a 36		
37 a 41	259 a 293	Termo (37 a 41 semanas)
42 ou mais	294 ou mais	Pós-termo (42 ou mais semanas)

FONTE: OMS,1995.

Na Paraíba, a distribuição dos nascidos vivos segundo tempo de gestação mostra que, do total de DN captadas pelo SINASC em 2017, apenas 0,7% não contêm esse registro, enquanto que em 86% dos casos a gravidez foi a termo, 4% foi de pós-termo e 10% foram de pré-termo (Figura 2).

FIGURA 2 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR POR REGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO DURAÇÃO DA GESTAÇÃO, NA PARAÍBA, EM 2017.



FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS – SINASC, 2019

As ações de Vigilância em Saúde, entre as quais as de imunização, estão definidas em legislação nacional indicando que sua gestão deve ser compartilhada pelas três esferas de governo, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. Atualmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI) disponibiliza 45 imunobiológicos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas que compõem o calendário básico da criança, adolescente, adulto, gestante, idoso e indígenas que protegem contra doenças imunopreveníveis, assim como "imunobiológicos especiais", indicados para pacientes imunodeprimidos ou portadores de algumas doenças crônicas.

Estas vacinas estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiólogicos Especiais (CRIE). No estado, o quadro das doenças imunopreveníveis tem relação com a implantação do PNI em âmbito municipal, onde, apesar dos índices de cobertura apresentados no estado como um todo encontrarem-se elevados (Tabela 4), não se pode deixar de considerar a falta de homogeneidade destas coberturas, que propiciam a existência de regiões com bolsões de susceptíveis, possibilitando a ocorrência de surtos em populações definidas. Considera-se homogeneidade adequada pelo menos 70% dos municípios com cobertura adequada em cada imunobiológico.

TABELA 4 - COBERTURA VACINAL NA PARAÍBA 2010 A 2014.

IMUNOBIOLÓGICO	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)
BCG	110,46	113,41	108,66	112,51	111,91
Rotavírus Humano	77,09	84,38	79,63	89,73	92,41
Meningocócica C	2,33	82,65	86,87	96,81	92,23
Penta	...	...	29,2	97,61	93,18
Pneumocócica	31,16	82,86	83,48	93,34	89,96
Poliomielite	100,95	101,97	92,08	108,24	100,4
Tríplice Viral D1	119,28	102,34	92,72	114,69	120,35
Influenza	81,71	87,21	85,02	86,92	85,38

FONTE: PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES, 2015
FONTE: SIAPI/SES-PB, 2019
*CRIANÇAS DE 1 ANO DE IDADE.

TABELA 4.1 - COBERTURA VACINAL NA PARAÍBA 2014 A 2018.

IMUNOBIOLÓGICO	2014	2015	2016	2017	2018
BCG	111,91	105,73	97,27	102,58	104,53
Hepatite A	42,16	83,36	74,95	83,14	82,27
Menigocócica Conj.C	92,23	94,18	89,19	85,43	93,92
Pentavalente	93,18	93,55	87,54	82,37	90,71
Pneumocóccica	89,96	92,05	93,52	91,12	99,61
Poliomielite	100,4	96,12	85,46	82,3	91,41
Rotavírus Humano	92,47	92,51	88,9	84,81	95,03
Tríplice Viral - D1	120,35	93,67	96,59	90,59	95,77

Fonte: SIPNI, 2019

Relacionando os dados da tabela acima aos indicadores do SISPACTO e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) referente aos anos de 2013 e 2014, reforça-se a afirmativa de baixa homogeneidade de cobertura no calendário vacinal.

QUADRO 3 - PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS.

ANO	SISPACTO	PQAVS
2013*	47,08%	5,38%
2014	43,04%	8,50%

FONTE: PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES, 2015
*DATA DA IMPLANTAÇÃO

As vacinas são consideradas hoje como um dos principais fatores contribuintes para a redução da morbidade e mortalidade da população mundial, levando a um aumento na expectativa e qualidade de vida, controle de agravos, com grande contribuição para erradicação de várias doenças, sendo as doenças imunopreveníveis aquelas passíveis de imunização.

3.2.3 INDICADORES DE MORBIDADE

a) Tuberculose

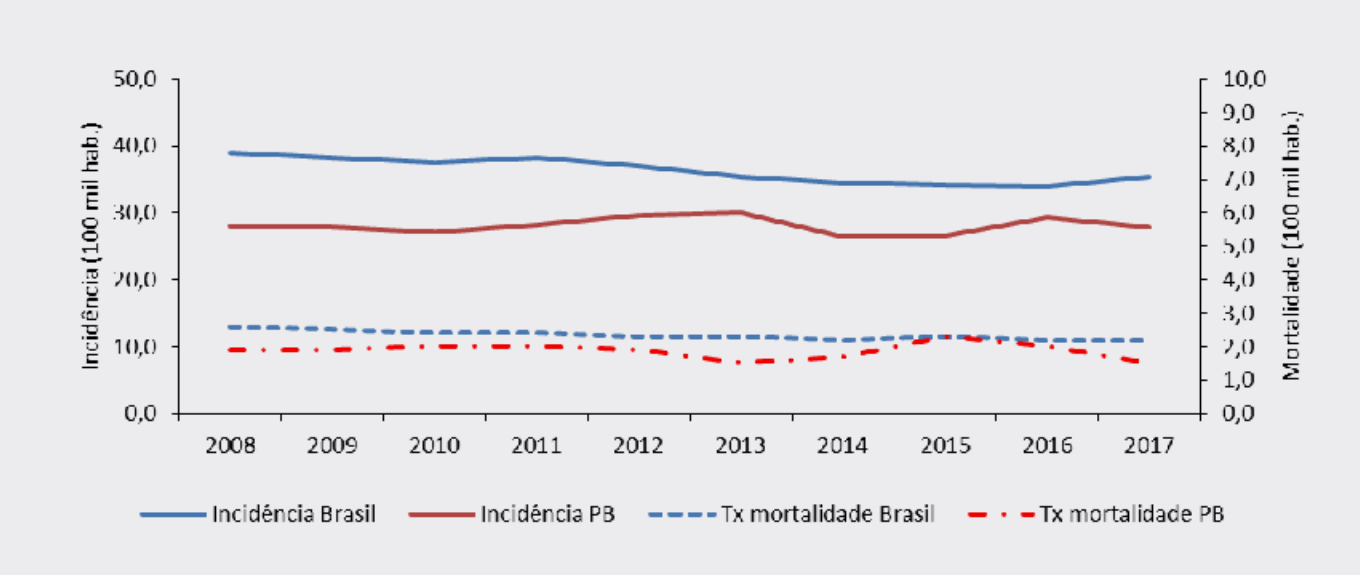
A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo Mycobacterium tuberculosis que afeta prioritariamente os pulmões e é transmitida de pessoa a pessoa. Conhecida por sua grande magnitude, é uma doença que atinge as populações mais vulneráveis com fortes componentes sociais e econômicos, se tornando um sério problema da saúde pública. A coinfecção com o HIV e a presença de bacilos resistentes tornam o cenário ainda mais complexo.

O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. No Brasil, a cada ano, são notificados

aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes.

O estado da Paraíba segue a proposta da OMS e as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT no que diz respeito às prioridades relacionadas à detecção precoce de casos, ao tratamento do paciente e à sua conclusão com desfecho favorável: a cura, compreendendo que a doença possui grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade e tem fortes componentes sociais e econômicos.

GRÁFICO 8 - TAXA DE INCIDÊNCIA E TAXA DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (100.000 HAB.), NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SES-PB, 2019. Fonte: SES-PB, 2019.

No período de 2008 a 2017, o Brasil apresentou uma queda gradativa no coeficiente de incidência com uma média anual de 1,6%, chegando em 2017 a 33,5 casos/100 mil habitantes. No mesmo período, na Paraíba, o coeficiente de incidência apresentou valores flutuantes com uma maior elevação em 2013 com 30 casos/100 mil habitantes, chegando a 2017 com uma leve queda para 27,9 casos/100 mil habitantes. Esse aumento se deve às atividades desenvolvidas para melhora da detecção precoce de casos novos no estado, precisando ser mantidas as ações de fortalecimento para identificação precoce e início imediato do tratamento (Gráfico 8).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2017, a Paraíba foi o terceiro estado do país em retratamento (19,5%) e a capital João Pessoa (23,8%) está entre as capitais com as mais altas proporções de retratamento registrados.

Quando avaliado a taxa de mortalidade de 2008 a 2017, o Brasil apresentou uma redução dos casos de óbitos por tuberculose, semelhante à Paraíba. Em 2017, as regiões Norte e Nordeste apresentaram um maior coeficiente de mortalidade do país, no entanto, a Paraíba é o estado da região Nordeste com a menor taxa apresentada (1,5) para este indicador.

A proporção de cura de tuberculose pulmonar é um dos principais indicadores para o controle da tuberculose e representa o êxito no

tratamento que leva à diminuição da cadeia de transmissão, como também, verifica indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, contribuindo para a orientação e avaliação das ações de controle da tuberculose.

A Paraíba em 2017 alcançou 48,3% referente ao resultado de cura entre as situações de encerramento para a tuberculose pulmonar bacilifera (gráfico 9), apresentando oscilação durante todos os meses do ano de 2017. Esse resultado está abaixo do recomendado pelo PNCT, o qual orienta curar no mínimo 85% dos casos diagnosticados com tuberculose no país. No mesmo período, a XI e VIII Regiões de Saúde apresentaram um melhor desempenho, respectivamente, com resultados superiores a meta nacional e a XIV Região de Saúde com apenas 7,7 dos casos/100.000 habitantes com encerramentos por cura.

Esses dados estão relacionados à necessidade de melhoria, com maior atenção municipal para a qualidade das informações para esta variável no Sistema de Informação de Notificação de Agravos - Sinan. Destaca-se a importância da verificação e vinculação de registros duplicados no Sinan, ou até mesmo a atualização do encerramento, haja vista que a ausência desta informação dificulta a avaliação adequada sobre o êxito do tratamento, qualidade da assistência e situação de transmissibilidade da doença.

GRÁFICO 9 - PERCENTUAL DE CURA DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR POR REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.

Fonte: SES-PB, 2019.

O abandono de tratamento está associado a fatores de vulnerabilidade social, entre eles o consumo de álcool e drogas, baixa escolaridade e doenças crônicas associadas em especial o HIV. Ao avaliar o percentual de abandono na Paraíba, observa-se que durante toda a série histórica os valores encontrados estão muito acima do recomendado pelo PNCT (< 5%), com destaque para o ano de 2013 com maior número de abandonos registrados como situação de encerramentos no Sinan.

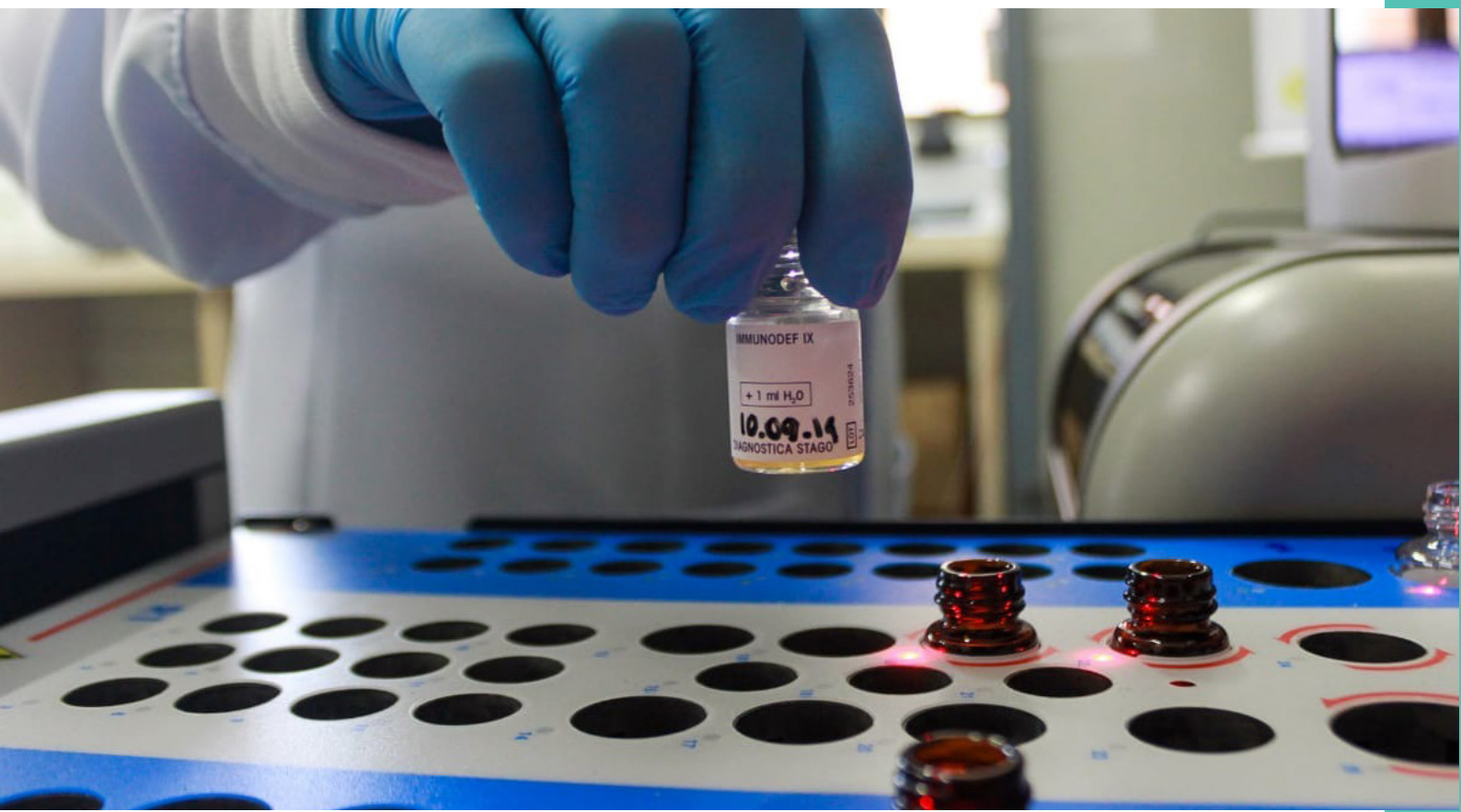
Esses dados refletem a necessidade dos municípios da Paraíba em ampliar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para adesão ao tratamento levando a um desfecho adequado de cura,

na redução do abandono e na mortalidade por tuberculose. O abandono de tratamento está associado a fatores de vulnerabilidade social, entre eles o consumo de álcool e drogas, baixa escolaridade e doenças crônicas associadas em especial o HIV. Ao avaliar o percentual de abandono na Paraíba, observa-se que durante toda a série histórica os valores encontrados estão muito acima do recomendado pelo PNCT (< 5%), com destaque para o ano de 2013 com maior número de abandonos registrados como situação de encerramentos no Sinan.

Esses dados refletem a necessidade dos municípios da Paraíba em ampliar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para adesão ao tratamento levando a um desfecho adequado de cura, na redução do abandono e na mortalidade por tuberculose.

GRÁFICO 10 - PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DE TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE, NA PARAÍBA, EM 2017.

Fonte: SES-PB, 2019



Um grande desafio para o controle da tuberculose tem sido a resistência às drogas antituberculose, que tem aumentado com a Tuberculose Multi-droga Resistente (TB-MDR) que na atualidade está sendo considerada uma epidemia e com os surtos da TB extremamente resistente (TB-XDR). Este tem sido um grave problema possivelmente provocado por: tratamentos inadequados, má absorção das medicações, baixa adesão ao tratamento pelo paciente, diagnóstico e início do tratamento específico tardio, e principalmente pelo elevado número de abandonos de tratamento que favorece a disseminação do bacilo resistente entre a população.

b) Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, transmissível, de notificação compulsória, que tem como agente etiológico o Mycobacterium leprae com a capacidade de infectar grande número de indivíduos, e atinge principalmente a pele e os nervos periféricos. A detecção precoce de casos novos, o tratamento até a cura e a investigação dos contatos domiciliares e sociais das pessoas acometidas pela doença são fundamentais como estratégia para a interrupção da cadeia de transmissão, e, para tanto, é necessário o esforço conjunto de todos os níveis de governo.

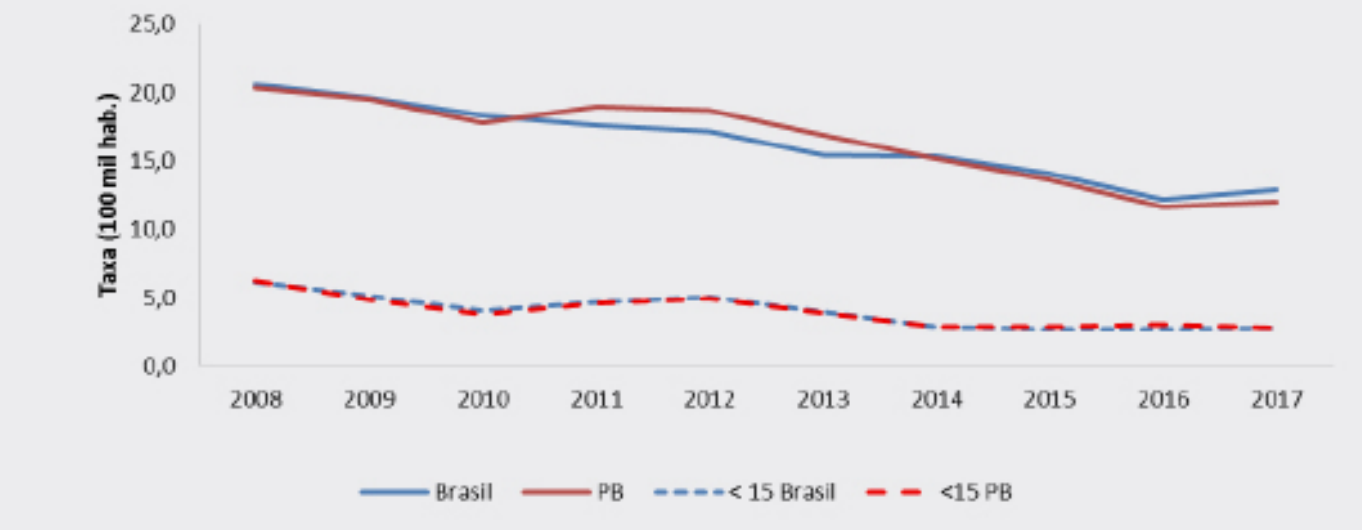
A hanseníase está presente em 24 países das Américas, sendo o Brasil o 2ª mais endêmico do mundo, entre os países que registram casos novos. Em razão da elevada carga, a doença permanece como um importante problema de saúde pública no país. No entanto, os coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos, no Brasil como na Paraíba, apresentaram uma redução contínua.

O coeficiente de detecção é um indicador que avalia a magnitude e tendência da hanseníase ao longo dos anos. Na Paraíba, durante o período de 2008 a 2017, observou-se que a doença apresentou um alto índice de detecção anual atingindo 12 casos/100.000 habitantes, considerando alta endemicidade de acordo com os parâmetros nacionais.

No que se refere ao coeficiente de detecção em < 15 anos, a Paraíba apresentou uma taxa de detecção considerada alta, com 4,9 casos/100 mil habitantes em 2009 classificando o estado de alta endemicidade para hanseníase, porém, em 2017, ocorreu uma diminuição significativa chegando a 2,8 casos/100 mil habitantes. Importante ressaltar que casos novos de hanseníase em menores de 15 anos pode significar a existência de fontes de transmissão ativa da doença.

Esses valores podem ter relação com a política de enfrentamento à doença implantada pelos municípios, o que sugere a necessidade de implementar medidas de controle mais eficazes melhorando a detecção precoce da doença e consequentemente diminuindo o risco para novas infecções, como também, de incapacidades por grau II.

GRÁFICO 11 - COEFICIENTE DE DETECÇÃO GERAL E EM MENORES DE 15 ANOS DE HANSENÍASE (100.000 HAB.), BRASIL E PB, 2008 A 2017.

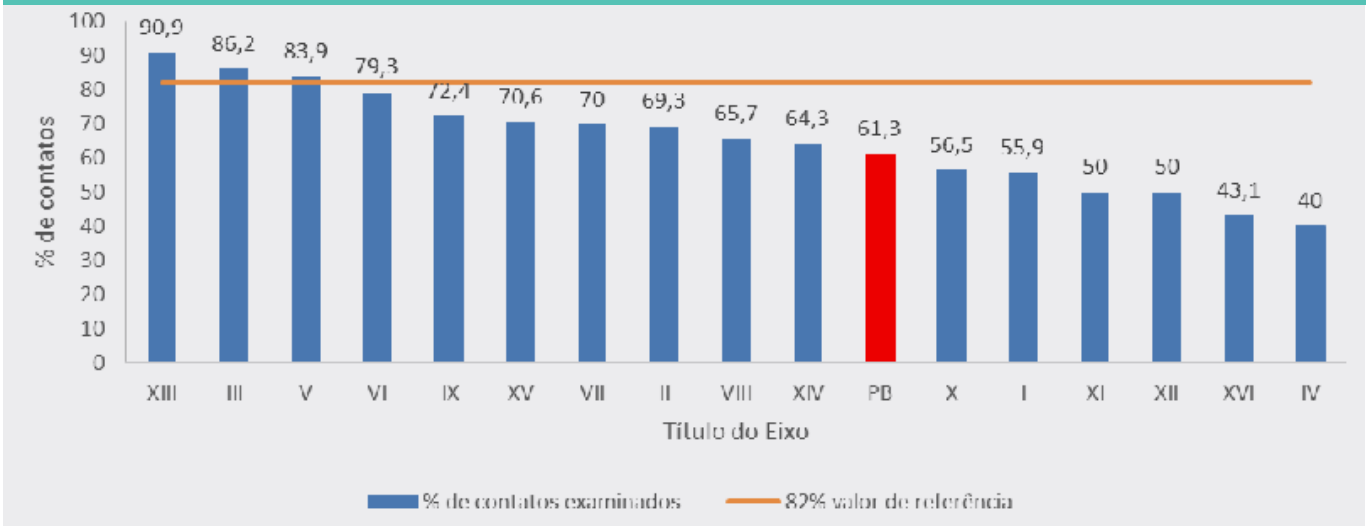


Fonte: SES-PB, 2019.

Ao avaliar os contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de 2017, de acordo com os dados do Gráfico 12, das 16 Regiões de Saúde existentes na Paraíba, apenas a III, V e VIII Regionais de Saúde atingiram a meta de 82% dos contatos examinados. A IV e a XVI Regionais de Saúde apresentaram os menores resultados com 40 e 43,1 respectivamente. A Paraíba está avaliada como precário (< 75%) segundo parâmetro nacional. Esta queda pode estar relacionada a uma diminuição expressiva na busca ativa para examinar contatos intradomiciliares ou, ainda, que esta atividade não tenha sido registrada no Sinan.

As equipes de saúde precisam lançar mão de estratégias que assegurem a realização do exame dos contatos dos casos de hanseníase que estão em tratamento objetivando a quebra da cadeia de transmissão e a detecção de novos casos de forma precoce. Esse indicador está inserido na Portaria MS Nº 1.520 de 2018, que trata o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS.

GRÁFICO 12 - PERCENTUAL DE CONTATOS EXAMINADOS DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SES-PB, 2019.

O percentual de cura é um indicador que avalia os resultados das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta.

É fundamental que sejam somados esforços para o aumento da taxa de cura com percentual acima de 90%. No entanto, no gráfico 13 verifica-se que a Paraíba apresentou 70,9% de cura dos tratamentos de casos de hanseníase no ano de 2017, e apenas as IV, VII, VIII, XI E XII Regiões de Saúde apresentaram resultados próximos ao valor de referência, 100 e 90%, respectivamente. As Regiões de Saúde IV, VII, VIII, XI e XII alcançaram a meta preconizada pelo Ministério da Saúde.

A qualidade da atenção prestada às pessoas acometidas pela hanseníase e a conclusão do tratamento preconizado em tempo oportuno são fatores importantes na atenção integral ao doente e pode significar uma estratégia importante para a redução da carga da doença.

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DE CURA DE TRATAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.

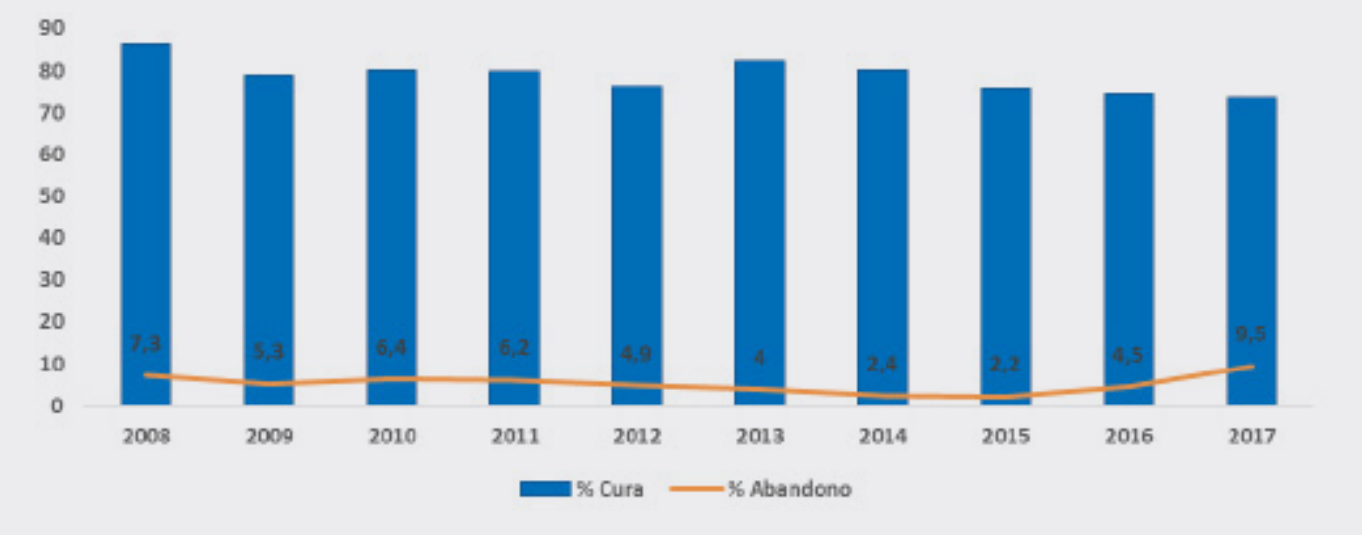
Fonte: SES-PB, 2019.

A proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento na Paraíba teve destaque para o ano de 2015 com o menor índice de abandono (2,2) e para o ano de 2017 com uma elevação significativa dos casos de abandono (9,5).

No entanto, a Paraíba permanece com parâmetro considerado bom para este indicador, pois se encontra abaixo de 10% sugerindo haver uma boa adesão dos pacientes diminuindo, assim, a ocorrência de resistência medicamentosa.

Esses dados demonstram a importância na manutenção das ações de educação permanente que favoreçam o fortalecimento da atenção básica, ao estimular o desenvolvimento de estratégias que visem a integração do processo de trabalho da vigilância e atenção à saúde, com intuito de colaborar na atenção integral dos pacientes de hanseníase, principalmente porque a maioria dos casos devem ser diagnosticados e acompanhados pelas equipes de saúde da família contribuindo positivamente na adesão dos tratamentos devido ao vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes.

GRÁFICO 14 - PERCENTUAL DE CURA E ABANDONO DO TRATAMENTO DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SES-PB, 2019.

c) Doenças imunopreveníveis

- PFA/Poliomielite

O Brasil teve o último caso de poliomielite registrado em Sousa, na Paraíba, em 1989. Apesar de todo o progresso com a iniciativa global para erradicação da pólio, o poliovírus selvagem (PVS) continua endêmico em três países (Afeganistão, Nigéria e Paquistão). Enquanto a poliomielite não for erradicada no mundo todo, continua o risco de reintrodução do vírus por viajantes. O importante é garantir que as gerações futuras fiquem livres da ameaça da paralisia causada pelo poliovírus.

Para a erradicação da poliomielite, o cumprimento da meta de cobertura ≤ 95%, a homogeneidade de 80% e a vigilância sensível de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA são fundamentais. A Paraíba tem atingido os indicadores operacionais: taxa de notificação de casos de PFA, percentual de semanas negativas de casos de PFA, percentual de investigação, coleta de fezes adequada e encerramento oportunos (Quadro 4).

QUADRO 4 - INDICADORES OPERACIONAIS PFA/POLIOMIELITE, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018.

ANO	*Taxa Notificação	Nº Notificação	% Semanas Not.Neg.	% Investigação Oportuna	% Coleta Fezes Adequada	% Encerramento Oportuno	Cobertura Vacinal
2014	2.0	20	97	80	100	100	100
2015	1.9	19	90	95	95	100	90.89
2016	0.8	8	98	100	100	100	85.7
2017	1.7	17	87	100	100	100	82.3
2018	1.9	19	98	100	89	100	91.52

Fonte: SES- PB, 2019
*1 caso por 100.000hab menor de 15 anos.

TABELA 5 - PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL PARA POLIOMIELITE EM MENORES DE 1 ANO POR GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, NA PARAÍBA, NORDESTE E BRASIL, DE 2015 A 2018.

GRS	2015	2016	2017	2018
1 ª	88,61	81,02	75,07	82,91
2 ª	80,92	80,62	83,83	102,3
3 ª	87,65	88,51	89,81	100,02
4 ª	105,37	74,79	83,97	105,75
5 ª	81,25	78,82	86,08	93,00
6 ª	102,5	93,35	81,93	78,15
7 ª	96,72	92,7	91,98	106,84
8 ª	121,69	115,17	91,28	96,42
9 ª	89,75	95,2	80,86	100,14
10 ª	97,73	79,46	75,47	99,45
11 ª	100,87	102,18	96,02	85,19
12 ª	96,09	85,17	84,45	92,16
Paraíba	90,89	85,70	82,30	91,53
Nordeste	93,52	81,56	81,32	88,56

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS), 2019

- Tétano Acidental

O tétano acidental (TA) ocorre, geralmente, pela contaminação de um ferimento da pele ou mucosa, com os esporos do bacilo, e não é transmitido de pessoa a pessoa. Pode acometer homens, mulheres e crianças independentes da idade, quando suscetíveis. Já o tétano neonatal acomete o recém-nascido, nos primeiros 28 dias de vida, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção, irritabilidade e choro constante. Trata-se de doença imunopreveníveel e para a qual existe um meio eficaz de proteção, que é a vacina antitetânica.

No estado da Paraíba, no período de 2008 a 2017, foram notificados 105 casos de tétano acidental, dos quais 68,6% (72/105) foram confirmados. Dos casos confirmados, 20 evoluíram para óbito por TA, sendo a taxa de letalidade de aproximadamente 28%.

A situação vacinal dos casos confirmados foi analisada de acordo com as informações fornecidas via Sinan, e cerca de 45,7% (48) dos casos confirmados não haviam recebido nenhuma dose da vacina antitetânica antes da lesão.

O TA acomete todas as faixas etárias, porém a faixa de 31 a 39 anos concentrou o maior número de casos, e a idade média foi de 45 anos.

Referente aos casos de tétano acidental nos anos de 2015 a 2017, esses residiam nos municípios de Aroeiras (2), Cabedelo (1), Campina Grande (1), Conceição (1), João Pessoa (3), Lagoa Seca (1), Lucena (1), Natuba (1), Piancó (1) e Queimadas (1). “Desses, sete obtiveram alta por cura após o tratamento, três evoluíram para óbito por TA, dois evoluíram para óbito por outras causas e dois com informações ignoradas.

- Difteria

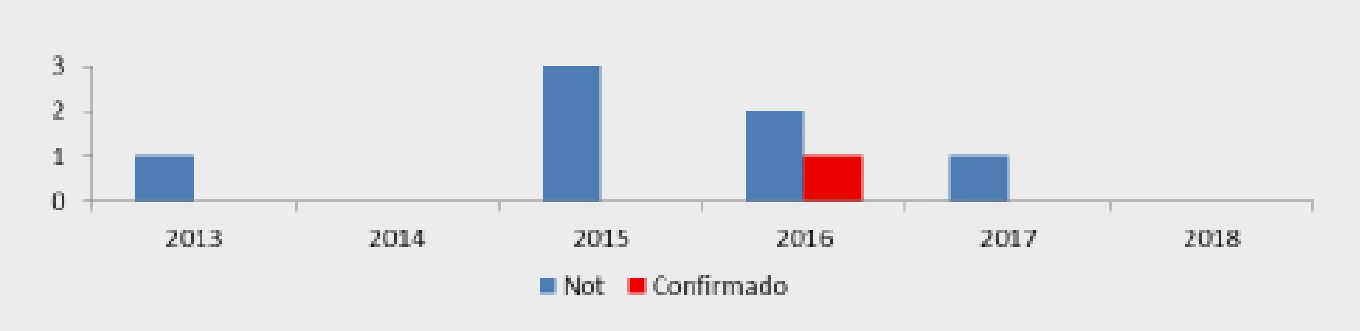
A difteria é uma doença transmissível aguda, toxi-infecciosa e imunopreveníveis, causada por bactéria, que se aloja principalmente nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas do corpo, além da pele.

A prevenção da difteria no Brasil ocorre pela imunização através da Vacina Tríplice Bacteriana (DTP). A cobertura vacinal da Vacina Tríplice Bacteriana (DTP) no estado da Paraíba entre os anos de 2014 a 2018 foi de 93,18%, 93,55%, 87,54%, 82,12% e 90,58%, respectivamente.

A difteria ocorre durante todos os períodos do ano e pode afetar todas as pessoas não imunizadas, de qualquer idade, raça ou sexo. A doença ocorre com maior frequência em áreas com precárias condições socioeconômicas, onde a aglomeração de pessoas é maior e onde se registram baixas coberturas vacinais.

Entre os anos de 2008 e 2017 no estado da Paraíba foram notificados sete casos suspeitos de difteria, destes, um caso foi confirmado em 2016, no município de Alagoa Nova, sendo do sexo masculino, 42 anos, sem história de contato com caso suspeito ou confirmado de difteria nos últimos 14 dias, não havendo histórico de vacina antidiftérica e evoluindo para cura sem sequelas. (Gráfico 15)

GRÁFICO 15 - CASOS NOTIFICADOS E CONFIRMADOS DE DIFTERIA NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017



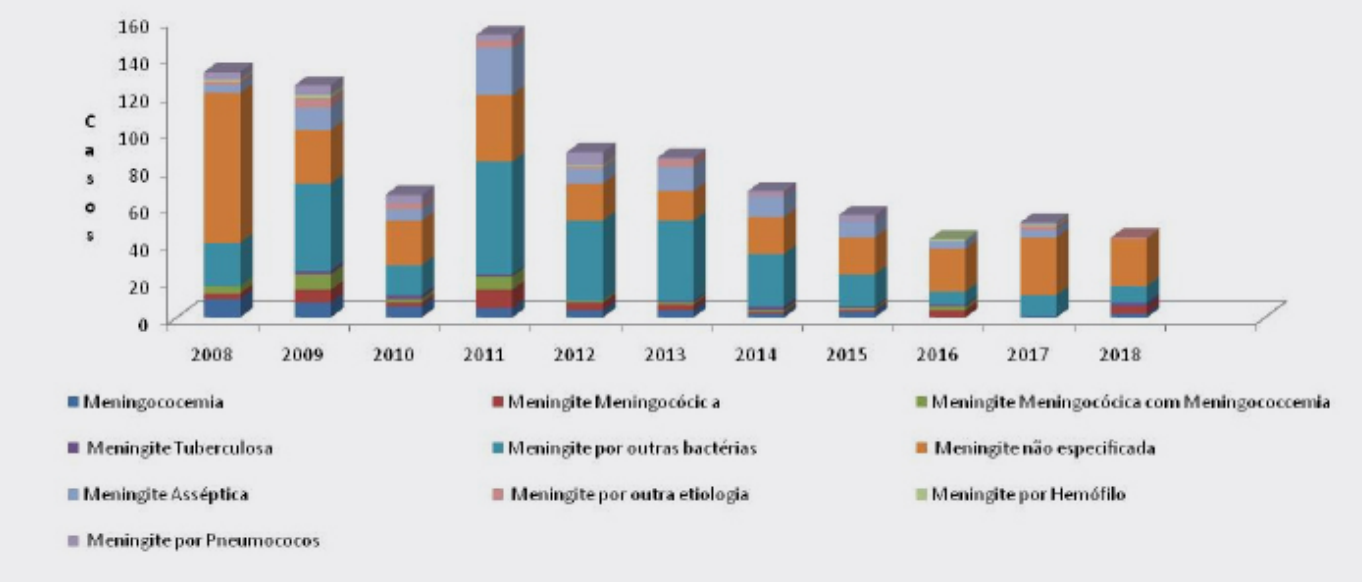
Fonte: SES – PB, 2019

- Meningites

Meningite é um processo inflamatório das membranas que envolvem o cérebro. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos como bactérias, vírus e fungos e também por agentes não infecciosos, como por exemplo traumatismo. Em geral as meningites virais são transmitidas de pessoa a pessoa e a síndrome se apresenta com um quadro clínico grave. As vacinas são específicas para determinados agentes etiológicos e fazem parte do esquema básico de vacinação da criança.

No período de 2008 a 2018, na Paraíba, foram notificados 2.224 casos suspeitos de meningites e destes, menos da metade 40,8% foram confirmados (909/2.224) por critérios diferentes como: cultura, clínico, bacterioscopia, quimiocitológico e clínico epidemiológico. Do total de casos confirmados, a meningite não especificada foi a que mais acometeu a população com 35,8% (325/909) seguida de meningites por outras bactérias com 33,6% (Gráfico 16).

GRÁFICO 16 - CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITES SEGUNDO CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SES – PB, 2019.

A meningococemia e a meningite meningocócica eram consideradas de maior relevância e interesse para a saúde pública, porém ao longo dos anos foram incorporadas a meningite tuberculosa, a meningite por H. influenza e as meningites virais.

Embora a suscetibilidade de meningite seja geral, o grupo mais vulnerável são as crianças menores de 05 anos e a principal forma de prevenir a meningite é por meio da vacinação. De 2008 a 2018, a faixa etária mais acometida por meningococemia e meningite meningocócica, como esperado, foi a faixa de menor de 05 anos, tendo variado de 07 meses a 72 anos (Tabela 6).

TABELA 6 - CASOS CONFIRMADOS DE MENINGOCOCEMIA E MENINGITE MENINGOCÓCICA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.

Faixa etária (anos)	Meningococemia	Meningite Meningocócica
< 1	4	7
01 ├ 5	20	4
5 ├ 10	10	5
10 - 15	5	9
16 - 20	1	3
21 ├ 40	4	6
40 e +	1	5
Total	**45**	**39**

Fonte: SES – PB, 2019.

- Influenza

Influenza ou gripe é uma doença viral febril, aguda, geralmente benigna e autolimitada. O vírus da gripe (Influenza) propaga-se facilmente e é responsável por elevadas taxas de hospitalização. Existem três tipos de vírus influenza circulando no Brasil: A, B e C. As influenza tipo A e C, além do ser humano acometem também vários espécies de animais; já a influenza B infecta exclusivamente os seres humanos.

Idosos, crianças, gestantes e pessoas com doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão, ou imunodeficiência são mais vulneráveis a contrair o vírus influenza.

Por ser uma doença sazonal, é propensa a ocorrer em estações de baixas temperaturas. Na Paraíba, não há inverno e sim estação com chuvas, período em que aumentam os resfriados, gripes e doenças respiratórias. Daí a vacina ser ofertada entre os meses de abril e maio que antecedem as chuvas. A meta é vacinar pelo menos 90% da população alvo: crianças, gestantes, idosos, trabalhadores da saúde, portadores de doenças crônicas, adolescentes, povos indígenas entre outros. De um modo geral, a Paraíba atingiu a meta especialmente no ano de 2018 em todas as Gerências Regionais de Saúde (Tabela 7).

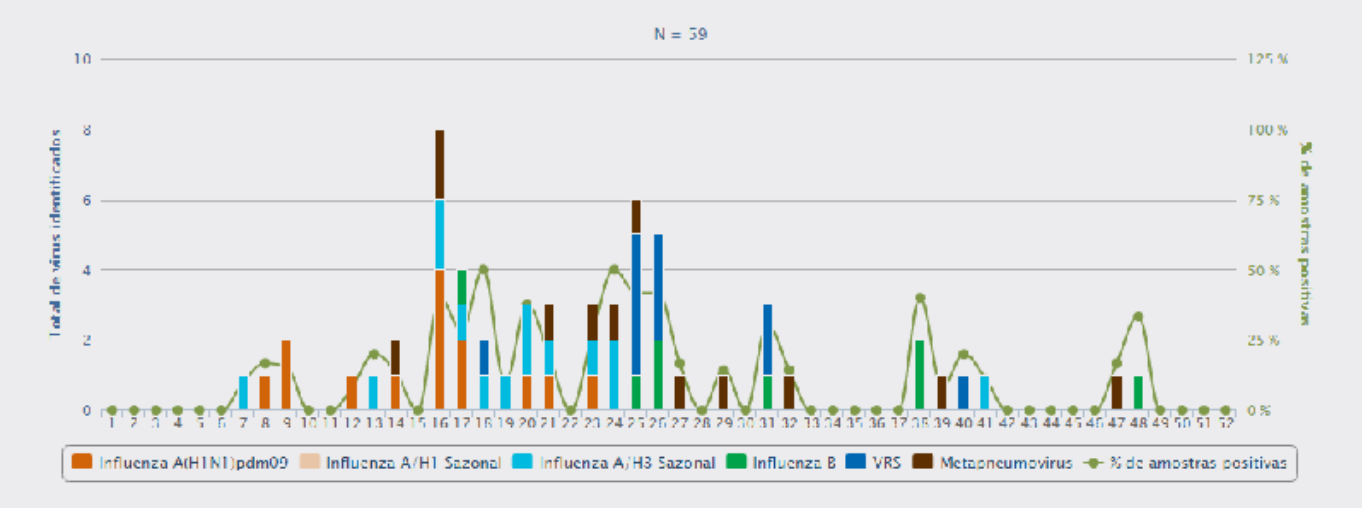
TABELA 7 - PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL PARA INFLUENZA NA POPULAÇÃO ALVO POR GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE, NA PARAÍBA, DE 2015 A 2018.

GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE	ANO			
	2015	2016	2017	2018
1ª Gerência Regional de Saúde	85,14	91,07	81,78	94, 15
2ª Gerência Regional de Saúde	88,72	91,88	95,52	97,67
3ª Gerência Regional de Saúde	84,84	90,8	96,63	96,13
4ª Gerência Regional de Saúde	83,19	88,98	93,48	96,26
5ª Gerência Regional de Saúde	86,18	89,28	92,5	94,57
6ª Gerência Regional de Saúde	84,03	93,37	83,84	90,99
7ª Gerência Regional de Saúde	91,92	95,61	99,19	100,25
8ª Gerência Regional de Saúde	82,00	89,89	86,45	91,76
9ª Gerência Regional de Saúde	83,42	91,11	92,44	98,54
10ª Gerência Regional de Saúde	83,61	89,76	94,26	98,1
11ª Gerência Regional de Saúde	94,16	96,59	97,63	100,39
12ª Gerência Regional de Saúde	85,15	93,51	96,82	101,38
PARAÍBA	**85,48**	**91,4**	**89,95**	**95,78**

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS), 2019

Em 2018, nas Unidades Sentinelas, foram coletadas 529 amostras, dessas foram processadas 77,8% (412/529). A positividade para influenza e outros vírus respiratórios entre as amostras com resultados positivos foi de 14,3% (59 /412) (Figura 3).

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS VÍRUS RESPIRATÓRIOS IDENTIFICADOS NAS UNIDADES SENTINELAS DE SÍNDROME GRIPAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DO INÍCIO DOS SINTOMAS, NA PARAÍBA, EM 2018.



Fonte: SES – PB, 2019.

Em relação à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), foram confirmados para influenza 10,6% (38/357) do total de amostras coletadas, com predomínio do vírus Influenza A(H1N1) pdm09. Entre as notificações dos óbitos por SRAG, 14,3% (18/126) foram confirmados para influenza, com predomínio do vírus Influenza A (H1N1) pdm09 (Tabela 8).

TABELA 08 - CASOS NOTIFICADOS, CONFIRMADOS E ÓBITOS POR SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE- SRAG SEGUNDO AGENTE ETIOLÓGICO E REGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA, EM 2018

REGIÃO DE SAÚDE	NOTIFICADOS	CASOS INFLUENZA			ÓBITOS								
		A /H1N1	A /H3 SAZONAL	INFLUENZA B	A H1N1	A/H3 SAZONAL	INFLUENZA B	OUTROS VIRUS RESPIRATÓRIOS	OUTROS AGENTES ETIOLÓGICOS	NÃO ESPECIFICADOS	OUTROS AGENTES ETIOLÓGICOS	OUTROS VÍRUS RESPIRATÓRIOS	DESCARTADOS
1ª	262	14	6	3	5	3	2	5	3	69	0	1	225
2ª	6	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	4
3ª	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
4ª	6	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	3
5ª	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
6ª	8	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	0	5
7ª	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
8ª	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
9ª	8	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	6
10ª	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11ª	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
12ª	6	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
13ª	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14ª	10	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	9
15ª	6	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4
16ª	32	2	1	0	0	1	0	3	1	6	0	0	24
TOTAL	**357**	**21**	**11**	**6**	**10**	**5**	**3**	**10**	**6**	**89**	**1**	**3**	**293**

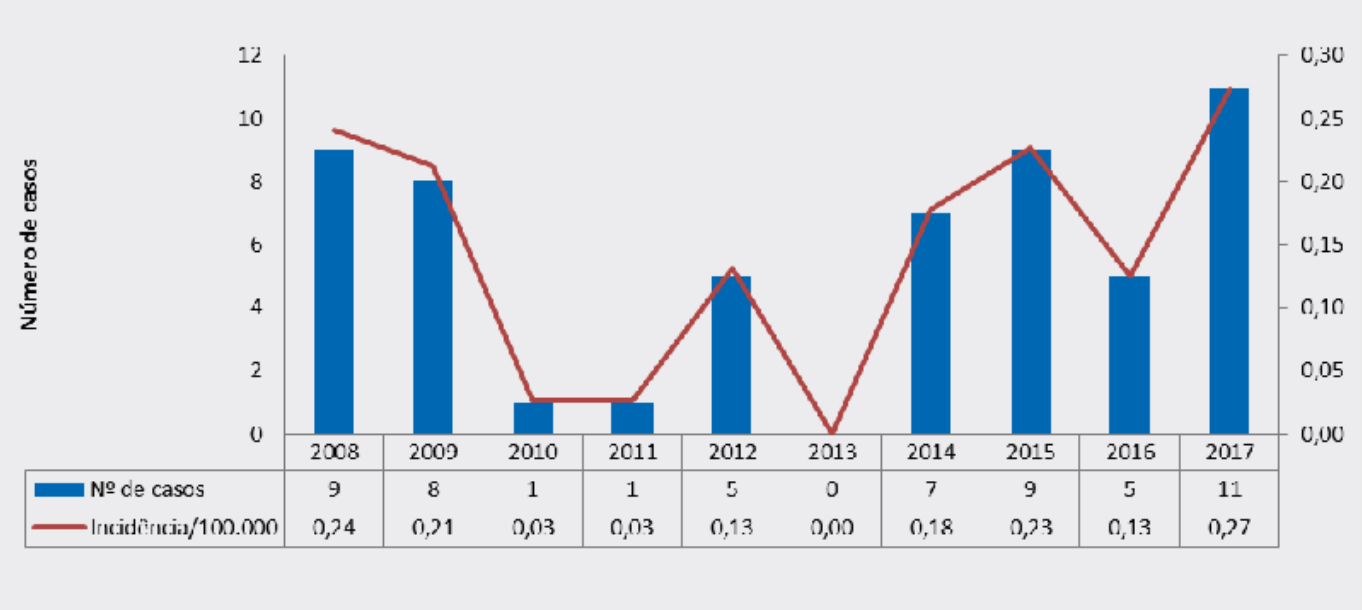
Fonte: SES-PB, 2019.

- Doença de Chagas Aguda

Na Paraíba, entre 2008 e 2017 foram registrados no Sinan 464 casos suspeitos de DCA, sendo 56 confirmados e 408 descartados. A idade média dos casos confirmados foi de 50 anos. A incidência média anual foi de 0,14 casos/100.000 habitantes. A redução de transmissão da Doença de Chagas foi observada entre os anos de 2010 e 2011 (Gráfico 17).

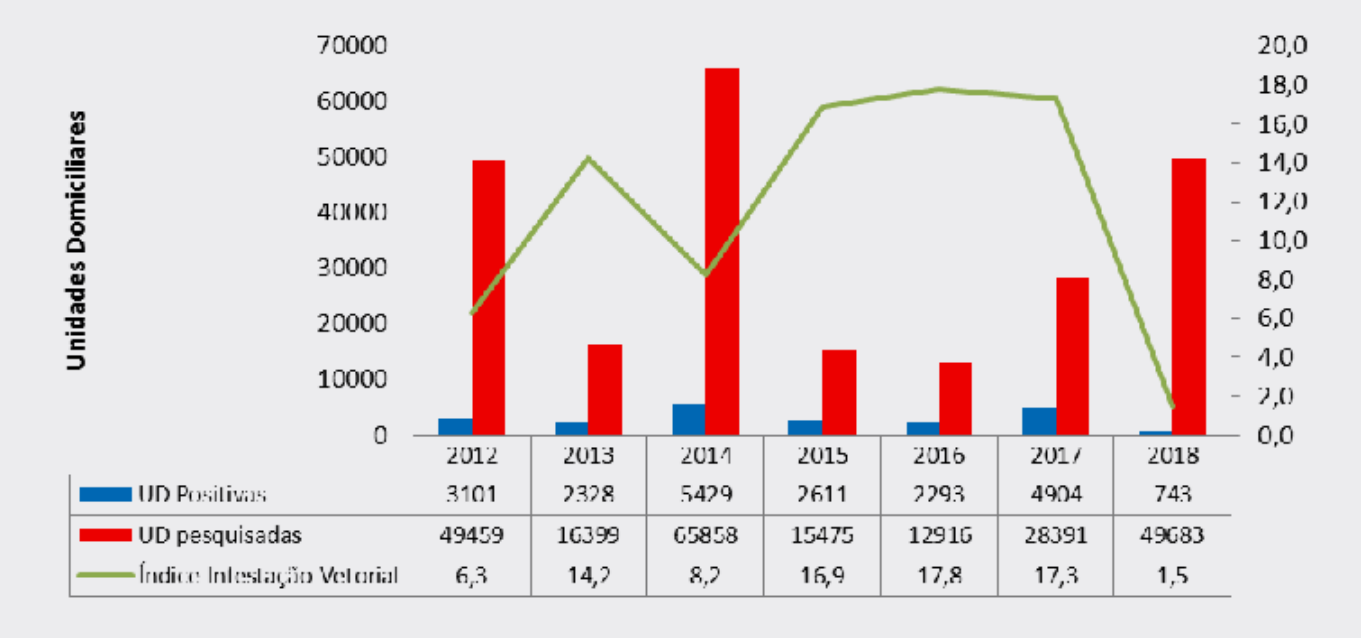
Entre os casos confirmados no Sinan, foram registrado dois óbitos por DCA, ambos do sexo masculino e com idade de 40 anos.

GRÁFICO 17 - NÚMERO DE CASOS E INCIDÊNCIA DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

GRÁFICO 18 - NÚMERO DE UNIDADES DOMICILIARES (UD) PESQUISADAS, POSITIVAS E ÍNDICE DE INFESTAÇÃO VETORIAL PARA DOENÇA DE CHAGAS, NA PARAÍBA, DE 2012 A 2018.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
UD Positivas	3101	2328	5429	2611	2293	4904	743
UD pesquisadas	49459	16399	65858	15475	12916	28391	49683
Índice Infestação Vetorial	6,3	14,2	8,2	16,9	17,8	17,3	1,5

Fonte: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

No gráfico acima, observamos uma redução da positividade e consequentemente do índice de infestação vetorial no ano de 2018.

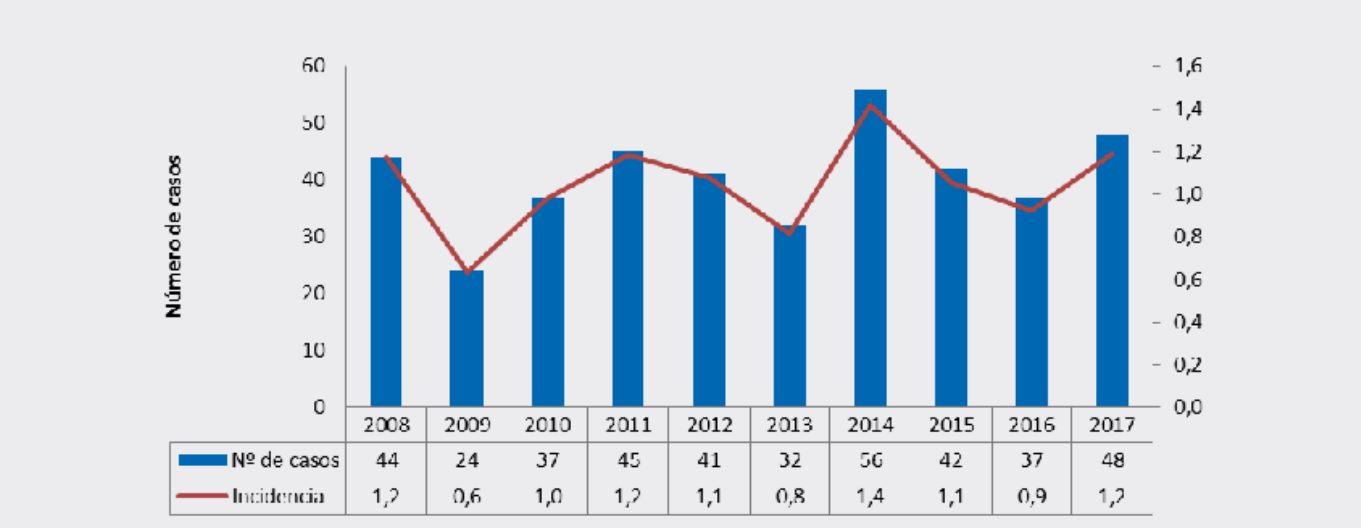
A incidência média anual de DCA no estado da Paraíba encontra-se inferior à incidência média anual do Brasil que é de 0,1 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2019). Essa redução é resultante da melhoria das condições de habitação, às ações de controle, à seleção do sangue para transfusão e à detecção precoce e tratamento de novos casos, incluindo casos de transmissão congênita.

- Leishmaniose Visceral

Na Paraíba, de 2008 a 2017 foram confirmados 406 casos de Leishmaniose Visceral (LV) com uma média de 41 casos por ano. Nesse período, o coeficiente de incidência variou de 0,6 a 1,4 por 100.000 hab. O ano com maior número de casos confirmados foi 2014 com 56 casos (Gráfico 19).

A faixa etária mais acometida foi a de crianças menores de 9 anos correspondendo a 41,6% e o sexo masculino representou mais da metade dos casos 67,2%.

GRÁFICO 19 - DISTRIBUIÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS E INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL NA PARAÍBA, DE 2008 - 2017.

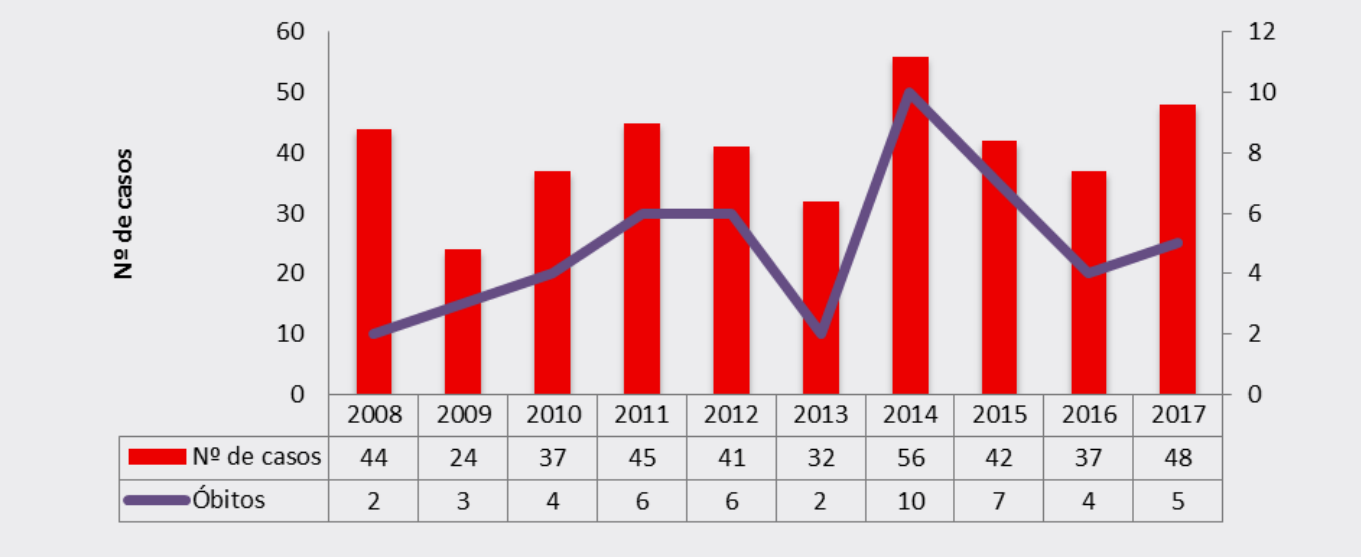


FONTE: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

Em relação ao número de óbitos por Leishmaniose Visceral, entre os anos de 2008 a 2017 foram registrados 49 óbitos no estado da Paraíba, sendo a maior concentração no ano de 2014 com 10 casos.

Na Paraíba, de 2008 a 2017 foram identificados 52 casos de coinfecção dentre os casos confirmados de LV, o que representa um percentual de 12,8%.

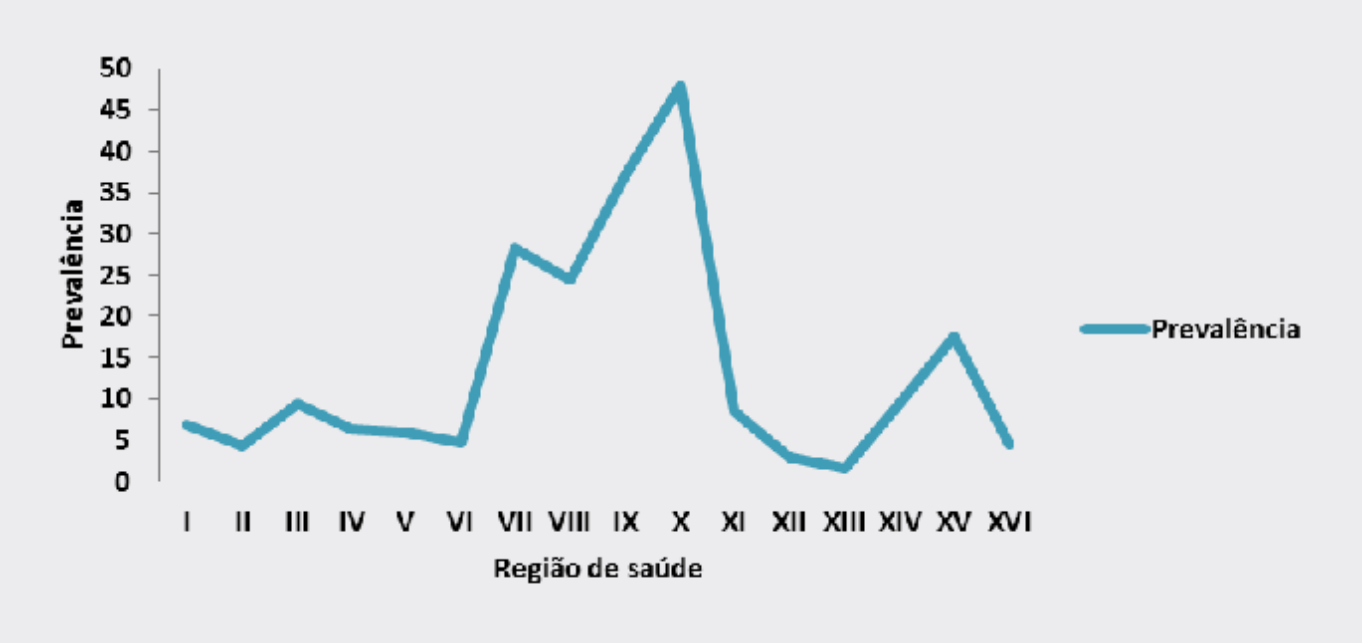
GRÁFICO 20 - CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL, NA PARAÍBA, DE 2008 – 2017.



FONTE: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

A prevalência de LV entre os anos de 2008 a 2017 possuiu média de 14 casos por 100 mil habitantes, sendo a maior concentração na 10ª Região de Saúde, com 48 casos por 100 mil habitantes, seguida da IX Região de Saúde, com 37 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 21).

GRÁFICO 21 - PREVALÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL POR REGIÃO DE SAÚDE POR 100 MIL HABITANTES, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

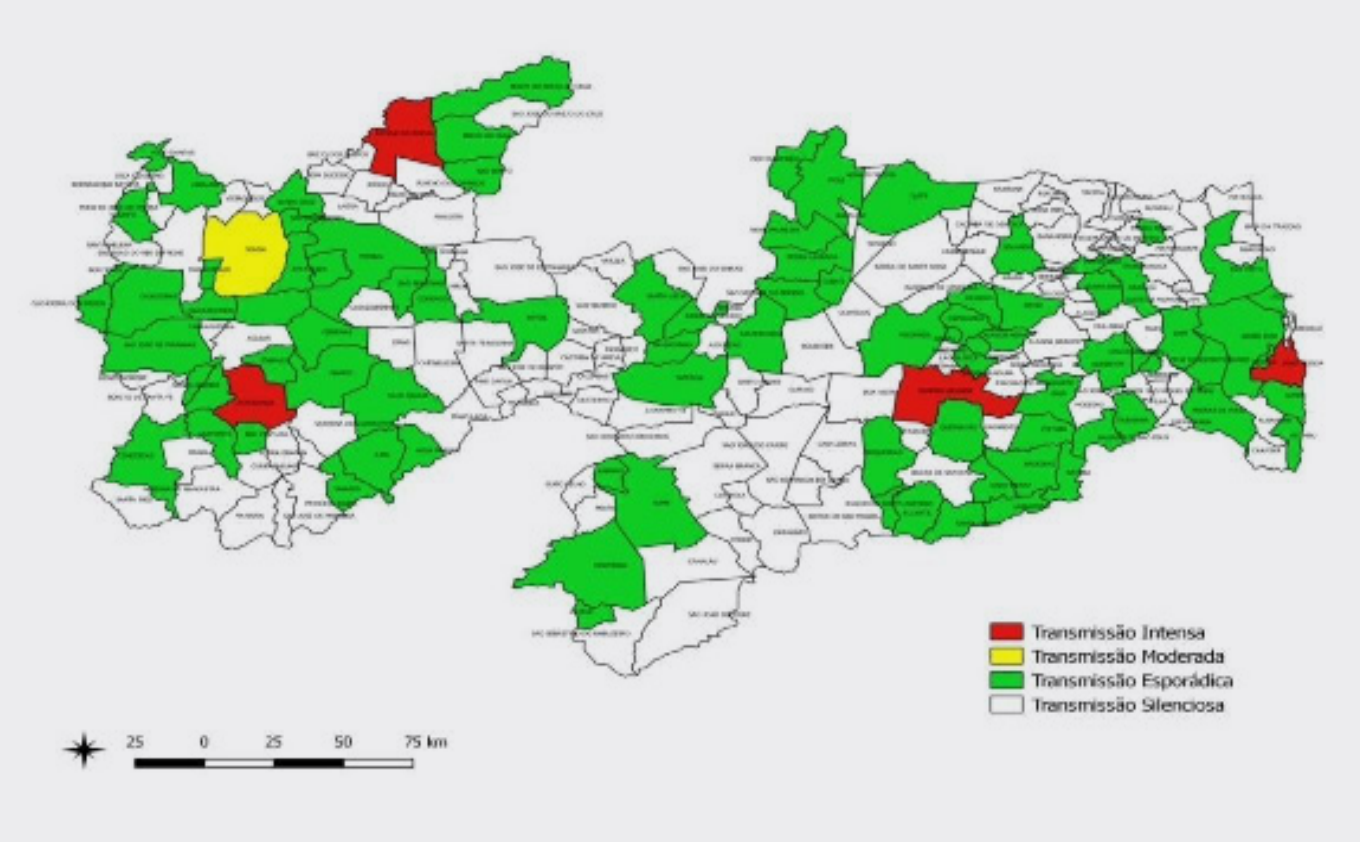
Em maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Informativa Nº 24/2019 CGDT/DEVIT/SVS/MS três anos considerando a estratificação dos municípios segundo a ocorrência de casos confirmados nos últimos 03 (três) anos, ou seja, de 2016 a 2018. Neste período, a Paraíba tem no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan registros de 615 notificações, com 260 casos confirmados. Chama a atenção para 96 municípios silenciosos no período.

De acordo com a estratificação, os municípios da Paraíba foram classificados em três categorias de transmissão:

- Esporádica: média de casos menor que 2,4.
- Moderada: média de casos ≥ 2,4 e < 4.
- Intensa: média de casos ≥ 4,4.

Considerando a média de casos dos últimos três anos da estratificação de risco nos municípios do Estado, a Paraíba apresentou 1,4% (quatro) municípios com transmissão intensa, 1,4% (um) com transmissão intensa, 1,4% (01) com transmissão moderada, 38,1% (85) com transmissão esporádica e 59,6% (133) sem transmissão de casos. Os mesmos são georeferenciados na Figura 4 abaixo.

FIGURA 4 - ESTRATIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MÉDIA DE CASOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL, NA PARAÍBA, DE 2016 A 2018.



Fonte: SES-PB, 2019.

- Leishmaniose Tegumentar Americana

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), no estado da Paraíba, de 2008 a 2017 apresentou 620 casos notificados e 410 casos classificados como autóctones de municípios paraibanos. A forma clínica prevalente nos casos de Lestimaniose Viceral (LV) é cutânea com 586 casos. O sexo masculino foi o gênero com maior prevalência e a idade média dos casos foi de 35 anos. No período de análise não foi registrado nenhum óbito por LTA.

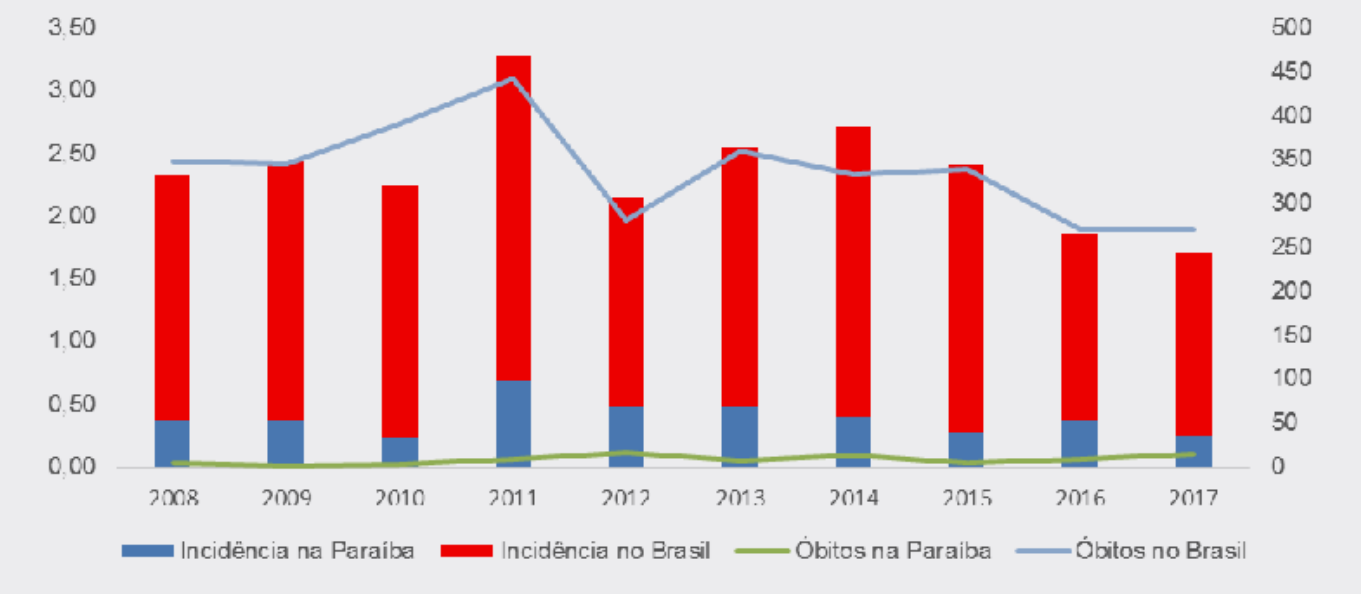
As Regiões de Saúde (RS) que possuem maior número de casos durante o período analisado foram a 3ª RS com 373 casos, seguida da 2ª e 1ª RS com 127 e 49 casos, respectivamente.

As ações de combate a LTA no estado da Paraíba estão relacionadas à vigilância entomológica, principalmente ao controle vetorial do Flebotomíneo, mosquito transmissor da LTA e vigilância de casos humanos com busca ativa em áreas de transmissão e identificação de locais prováveis de infecção.

- Leptospirose

A leptospirose é uma doença de veiculação hídrica e está associada a precárias condições de moradia e presença de roedores no peridomicílio. Na Paraíba, a leptospirose tem se mostrado em condições endêmicas, o que tem contribuído para o aparecimento dos casos em áreas onde há acúmulo de resíduos sólidos e/ou moradias e em locais de inundações/ enchentes. No período de 2008 a 2017, foram notificados no estado 565 casos de leptospirose, sendo 152 destes confirmados. Nesses 10 anos, foram registrados 86 óbitos pelo agravo, distribuídos nas 16 regiões. Em contrapartida, o número de casos notificados de leptospirose no Brasil foi de 38.950 e 3.378 notificações de óbito por leptospirose no país. Percebe-se que os óbitos por este agravo na Paraíba se mantêm linear quando comparados aos do Brasil, entretanto a incidência diferencia-se consideravelmente não somente pela questão populacional de nível nacional, como também de número de casos. Sendo assim, o estado da Paraíba, neste recorte de 10 anos, demonstra um importante aumento de incidência no ano de 2011, com um decréscimo nos anos subsequentes.

GRÁFICO 22 - NÚMERO DE INCIDÊNCIA (100.000 HAB.) E ÓBITOS POR LEPTOSPIROSE, NA PARAÍBA E NO BRASIL, DE 2008 A 2017.



FONTE: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

- Doenças Diarreicas Agudas

As doenças diarreicas agudas se estabelecem como um desafio, pois ainda é uma das principais causas de morte infantil. Apesar de a diarreia atingir muitos idosos, esta doença classifica-se como a segunda causa de morte de crianças em todo mundo, acarretando um total de 9% de morte entre crianças menores de cinco anos de idade, sendo um em cada 10 mortes infantis por diarreia em 2015. No período de 2008 a 2017, no estado da Paraíba, foram notificados 129 óbitos por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos de idade.

Destaca-se maior incidência na regional IV, seguido da XIII e V regionais de saúde. O ano de 2013 teve um crescente no número de casos de diarreias, sendo considerado atípico quando analisado com os demais anos.

Por isso, é importante incentivar a amamentação exclusiva por até seis meses, imunização, administração de soro de reidratação oral, fornecer água potável com tratamento adequado e saneamento básico, lavagem das mãos e alimentos, realizarem as intervenções em áreas de risco, nos locais de difícil acesso, nas comunidades e locais mais precários.

TABELA 9 - INCIDÊNCIA (1000 HAB.) DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.

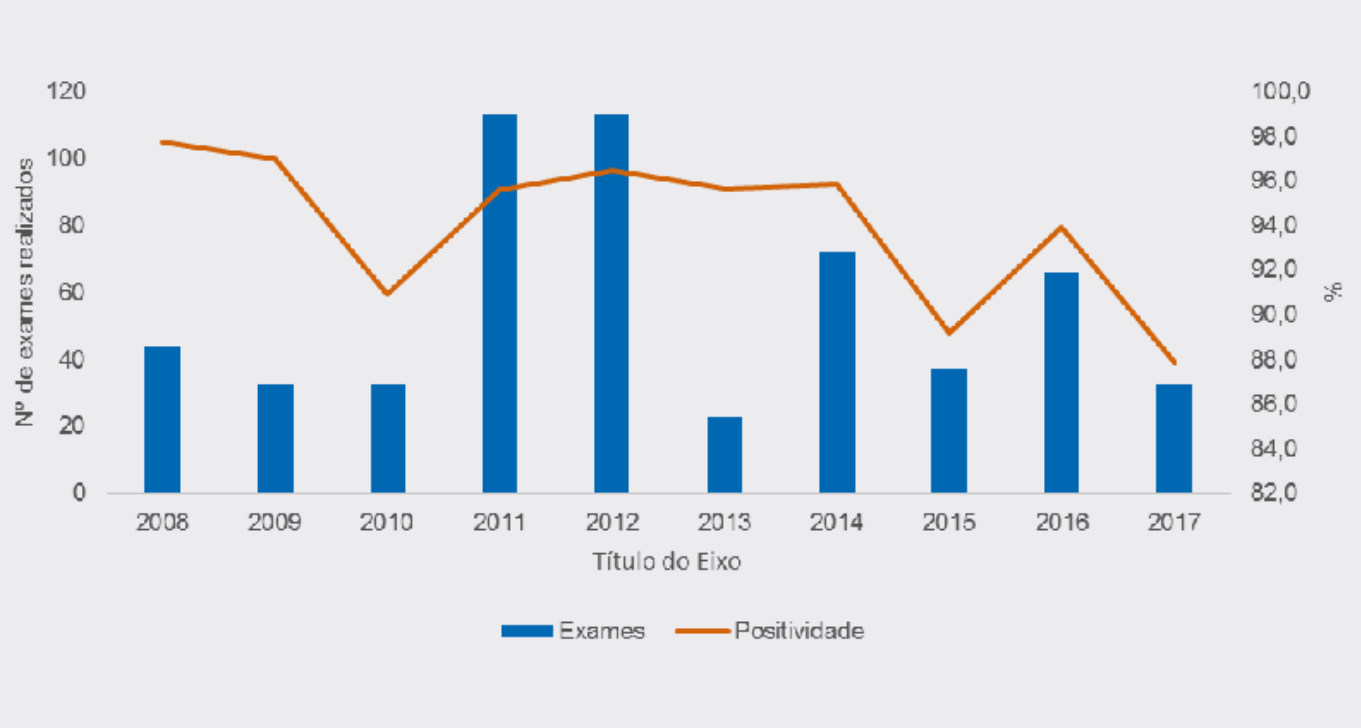
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	19,97	16,75	14,97	13,96	12,87	17,98	16,68	20,54	28,20	31,37
II	19,69	20,22	22,88	19,23	16,90	31,91	26,19	30,88	28,00	30,70
III	28,23	27,35	29,62	36,44	31,20	59,10	29,20	34,22	43,09	50,27
IV	45,53	32,54	30,64	30,01	35,70	98,26	46,81	63,55	66,51	52,06
V	70,77	43,35	37,73	30,24	27,85	49,62	30,45	30,74	51,56	56,49
VI	41,98	38,64	33,37	24,43	27,48	41,45	32,22	30,82	37,13	37,32
VII	31,58	30,83	23,77	21,64	13,72	30,62	29,74	30,70	46,39	36,98
VIII	48,48	60,72	38,12	36,38	28,38	42,84	35,08	23,61	45,58	65,63
IX	29,04	33,17	41,08	29,24	15,51	22,68	31,36	20,22	53,61	34,29
X	16,15	5,77	10,03	10,98	17,93	36,62	22,16	29,89	37,94	38,58
XI	52,82	39,74	26,13	18,28	39,69	51,29	34,60	40,41	68,29	13,92
XII	30,50	31,52	27,71	24,46	24,56	34,29	19,92	21,53	26,07	26,29
XIII	20,47	39,78	44,32	29,35	27,55	48,74	50,99	50,39	59,92	58,62
XIV	22,03	30,67	29,88	29,15	19,95	29,50	20,33	19,51	23,57	28,20
XV	33,34	24,75	24,19	25,71	19,33	36,59	17,79	22,26	34,85	50,72
XVI	26,84	19,52	17,69	16,15	15,51	36,67	28,63	31,25	36,33	0,00003

Fonte: SES-PB, 2019. Dados sujeitos a alterações.

- Esquitossomose

A esquistossomose é uma doença parasitária adquirida pelo contato com água doce que possui caramujos infectados. Uma vez infectado pela larva, essa pessoa poderá liberar ovos de Schistosoma mansoni por meio das fezes. É uma doença prevalente em áreas tropicais e subtropicais, sendo a Paraíba região endêmica para esquistossomose. Os municípios prioritários que apresentam prevalência acima de 5% são: Alhandra, Caaporã, Conde, Lucena, Pitimbu e Santa Rita. No Gráfico 23, observa-se que houve oscilações de casos positivos, com diminuição de positividade no ano de 2017.

GRÁFICO 23 - NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS E PERCENTUAL DE POSITIVIDADE PARA ESQUISTOSSOMOSE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: SINAN NET, 2019. Dados sujeitos a alterações.

- Arboviroses

DENGUE

A dengue é um agravo de grande relevância nacional, constituindo-se sério problema de saúde pública transmitida pelo Aedes aegypti e o Aedes albopictus sendo este último presente em 89 municípios do estado. Pode ser assintomática ou sintomática, e na fase febril aguda pode apresentar um amplo espectro clínico: enquanto a maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e autolimitada, uma pequena parte progride para doença grave.

O indivíduo com suspeita de dengue deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e apresentar duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Na Paraíba, no período de 2008 a 2017, registraram-se 154.952 casos notificados de dengue, destes 119.173 casos prováveis e 67.515 confirmados. Nesses anos, destaca-se 2016 como o ano epidêmico, com 44.522 casos notificados e o ano de 2017 com 4.497 casos notificados apresentando-se como um ano atípico, quando comparado com o ano anterior. O mesmo acontece ao analisar o coeficiente de incidência. Nas Regiões de Saúde, verifica-se que há casos de dengue em todas elas, com destaque para as V e IX, que apresentaram a maior incidência nos últimos dez anos (Tabela 10).

TABELA 10 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR DENGUE SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.

REGIÃO DE SAÚDE	INCIDÊNCIA POR 100.000HAB									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1ª	88,3	14,5	148,3	391,6	478,0	223,7	216,7	696, 0	675,8	204,0
2ª	101,6	51,8	128,7	297,1	87,9	197,9	55,7	380,1	906,5	28,7
3ª	215,0	12,1	82,8	640,3	39,5	539,3	116,5	533,5	608,5	35,9
4ª	647,6	5,6	214,9	328,0	69,3	553,4	170,5	487,0	708,6	30,9
5ª	717,7	70,0	534,6	412,1	127,7	289,3	386,6	3309,9	2316,2	28, 1
6ª	463,8	43,2	175,0	608,2	379,0	440,8	137,7	486,5	993,5	40,8
7ª	414,8	28,3	98,9	221,1	167,9	295,2	61,9	463,8	2053,4	26,2
8ª	700,4	197,4	777,5	325,7	258,1	621,1	114,2	446,2	1886,0	60,7
9ª	780,5	17,7	619,2	429,4	161,5	835,1	193,5	875,0	1590,5	54,1
10ª	86,9	13,2	171,1	340,9	164,5	734,8	224,0	440,8	1889,5	113,1
11ª	135,2	43,6	133,3	330,7	123,7	1379,9	71,5	832,7	2216,1	22,3
12ª	134,5	8,1	45,5	180,1	109,8	57,0	22,4	420,3	1241,6	15,3
13ª	168,3	0,0	34,1	166,9	25,5	383,6	54,9	139,3	446,7	9,9
14ª	97,6	16,1	14,8	114,6	79,8	241,9	28,8	130,3	118,1	11,8
15ª	62,8	8,9	205,2	165,3	72,1	197,9	51,6	203,9	872,2	121,6
16ª	95,0	6,5	88,5	123,3	13,7	323,7	87,6	108,7	117,1	37,1
PB	220,9	25,5	179,4	330,1	231,3	351,1	143,8	582,8	887,0	94,5

Fonte: SINAN ONLINE/NDTA/SESPB, 2019. Dados sujeitos a alteração.

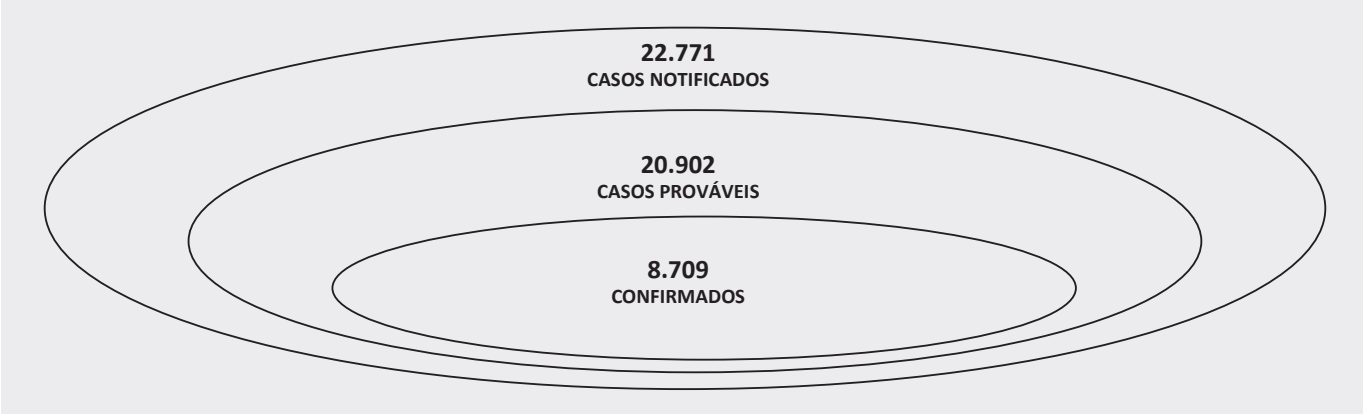
CHIKUNGUNYA

O nome chikungunya deriva de uma palavra do idioma makonde, falado no sudeste da Tanzânia, que significa "curvar-se ou tornar-se contorcido", descrevendo a postura adotada pelos pacientes devido à artralgia intensa. A febre de chikungunya é uma enfermidade endêmica nos países do Sudeste da Ásia, África e Oceania. Emergiu na região das Américas no final de 2013.

A doença produzida pelo vírus chikungunya (CHIKV), transmitida por mosquitos do gênero Aedes, se caracteriza, principalmente, por início súbito de febre alta, cefaleia, mialgias e dor articular intensa, afetando todos os grupos etários de ambos os sexos. As formas graves e atípicas são raras, mas quando ocorrem podem evoluir para óbito.

Na Paraíba, no período de 2016 a 2017, registrou-se 22.771 casos notificados de Chikungunya, sendo 20.902 casos prováveis e 8.709 confirmados. O ano epidêmico foi o de 2016 onde ocorreu maior incidência de casos e óbitos (Figura 5)

FIGURA 5 - CASOS NOTIFICADOS, PROVÁVEIS E CONFIRMADOS POR CHIKUNGUNYA, NA PARAÍBA, DE 2016 E 2017.



Fonte: SINAN ONLINE/NDTA/SESPB, 2019.

Quanto às Regiões de Saúde, verifica-se que no período analisado há casos de Chikungunya em todas as 16 regiões do estado, com destaque para as 9ª e 12ª regiões que apresentaram a maior incidência.

TABELA 11 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR CHIKUNGUNYA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2016 E 2017.

REGIÃO DE SAÚDE	INCIDÊNCIA POR 100.000HAB	
	2016	2017
1ª	388,8	87,7
2ª	595,6	28,3
3ª	502,8	7,6
4ª	1049,2	10,6
5ª	405,8	1,7
6ª	405,9	5,0
7ª	139,1	4,0
8ª	601,8	10,1
9ª	1097,3	104,8
10ª	1224,4	15,3
11ª	504,2	8,2
12ª	1474,7	44,3
13ª	994,3	1,7
14ª	201,9	1,3
15ª	108,8	14,5
16ª	54,8	19,5
PB	**479,6**	**42,8**

FONTE: SINAN ONLINE/NDTA/SESPB, 2019. DADOS SUJEITOS A ALTERAÇÃO

ZIKA VÍRUS

O Zika vírus (ZIKAV) é um RNA vírus, do gênero Flavivírus, família Flaviviridae, transmitido pelo Aedes aegypti. Os pacientes apresentam exantema máculo papular pruriginoso, acompanhado de pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular.

No Brasil, os primeiros casos foram identificados no estado da Bahia, seguido do Rio Grande do Norte e Paraíba, após a realização de inquérito ocorrido nos meses de abril e maio de 2015 da Síndrome Exantemática de etiologia desconhecida. Do inquérito foram enviadas 20 amostras para análise no Instituto Evandro Chagas - IEC no Pará quando 11 foram confirmadas para o Zika vírus detectando a circulação da doença na Paraíba.

Em virtude do aumento de casos de microcefalia na região Nordeste, o Ministério da Saúde confirmou, em 28 de novembro de 2015, a relação entre o vírus Zika e o surto de microcefalia na região. Em amostras de sangue e tecidos, foi identificada a presença do vírus Zika.

Na Paraíba, nos anos de 2016 e 2017, registraram-se 5.291 casos notificados de Zika vírus, sendo 3.816 casos prováveis e 1.364 confirmados. Quanto às Regiões de Saúde, verifica-se que no período analisado há casos de Zika vírus em todas as 16 regiões do estado, com destaque para as 12ª e 13ª regiões que apresentaram a maior incidência.

TABELA 12 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR ZIKA VÍRUS SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2016 E 2017.

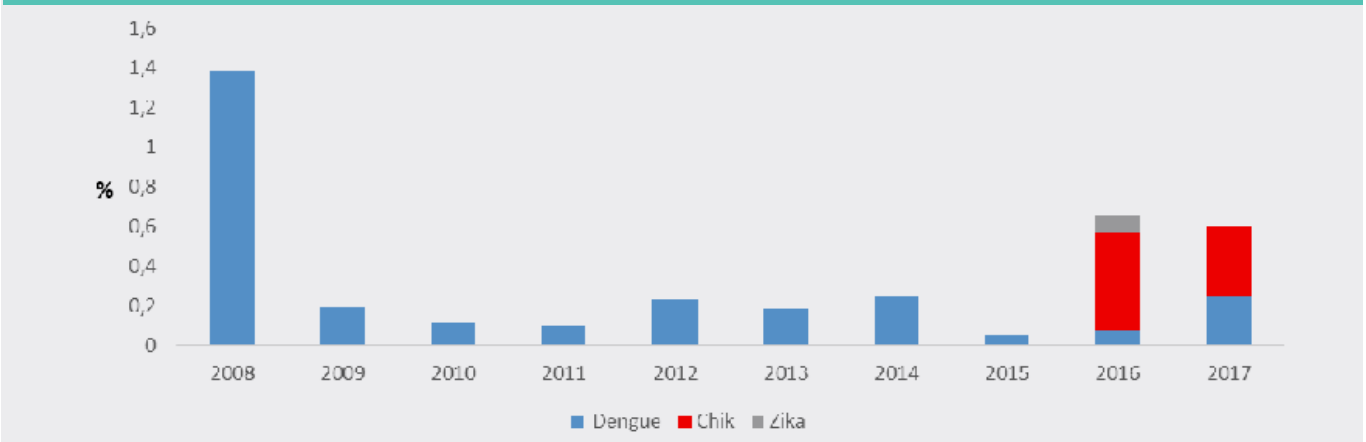
REGIÃO DE SAÚDE	INCIDÊNCIA POR 100.000HAB	
	2016	2017
1ª	66,0	6,2
2ª	7,2	0,0
3ª	141,3	2,0
4ª	63,0	4,4
5ª	8,3	0,0
6ª	34,6	1,7
7ª	2,0	0,0
8ª	268,7	1,7
9ª	233,9	3,4
10ª	60,6	0,0
11ª	8,3	0,0
12ª	606,0	8,0
13ª	332,5	0,0
14ª	1,3	0,7
15ª	41,8	0,7
16ª	42,2	1,3
PB	**92,3**	**3,1**

FONTE: SINAN ONLINE/NDTA/SESPB, 2019. DADOS SUJEITOS A ALTERAÇÃO

- Letalidade das Arboviroses

Referente aos óbitos por dengue, observou-se, nos anos analisados, que o ano de 2008 registrou a maior taxa de letalidade, enquanto que os anos de 2010, 2011 e 2015 apresentaram redução expressiva quando comparados com o ano de 2008. Com a introdução das arboviroses Zica e chikungunya, observamos um acréscimo importante na taxa de letalidade, majoritariamente causado pela chikungunya em 2016 (Gráfico 24).

GRÁFICO 24 - TAXA DE LETALIDADE DAS ARBOVIROSES, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



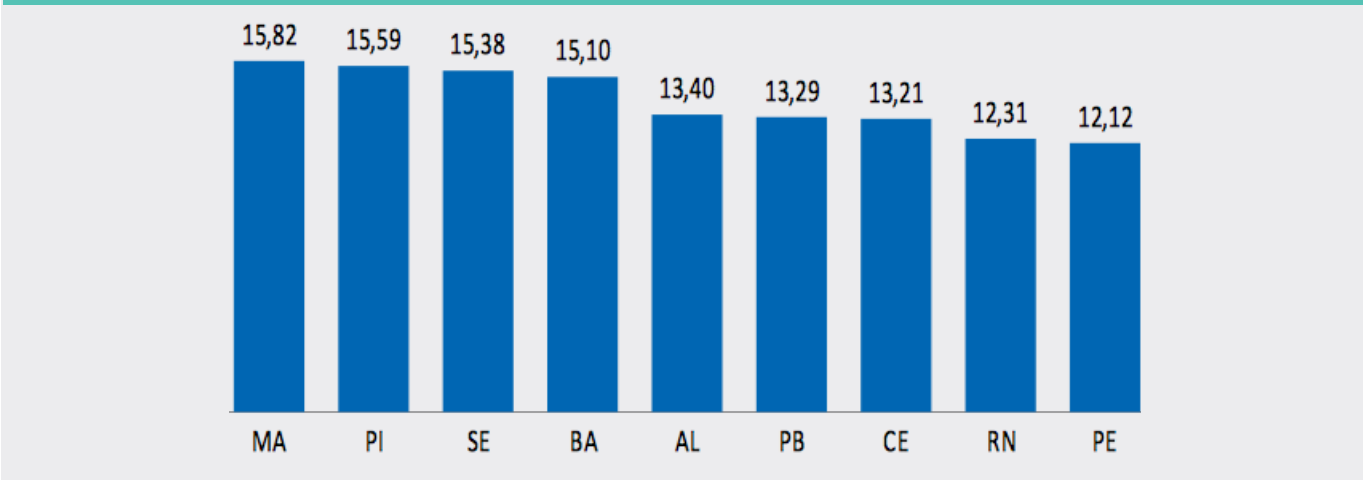
Fonte: SINAN ONLINE/NDTA/SESPB, 2019. Dados sujeitos a alteração

- HIV/AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ainda representa um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. O vírus pode ser transmitido por relações sexuais desprotegidas, por compartilhamento de seringas contaminadas, de mãe para o filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomadas às medidas de prevenção.

Na Paraíba, ao avaliarmos a taxa de detecção da doença no período 2013 a 2017, a qual estima o risco de ocorrência de casos novos de AIDS, observa-se que vem diminuindo, passando de 11,6 para 10,4 casos por 100.000 habitantes. (Gráfico 25).

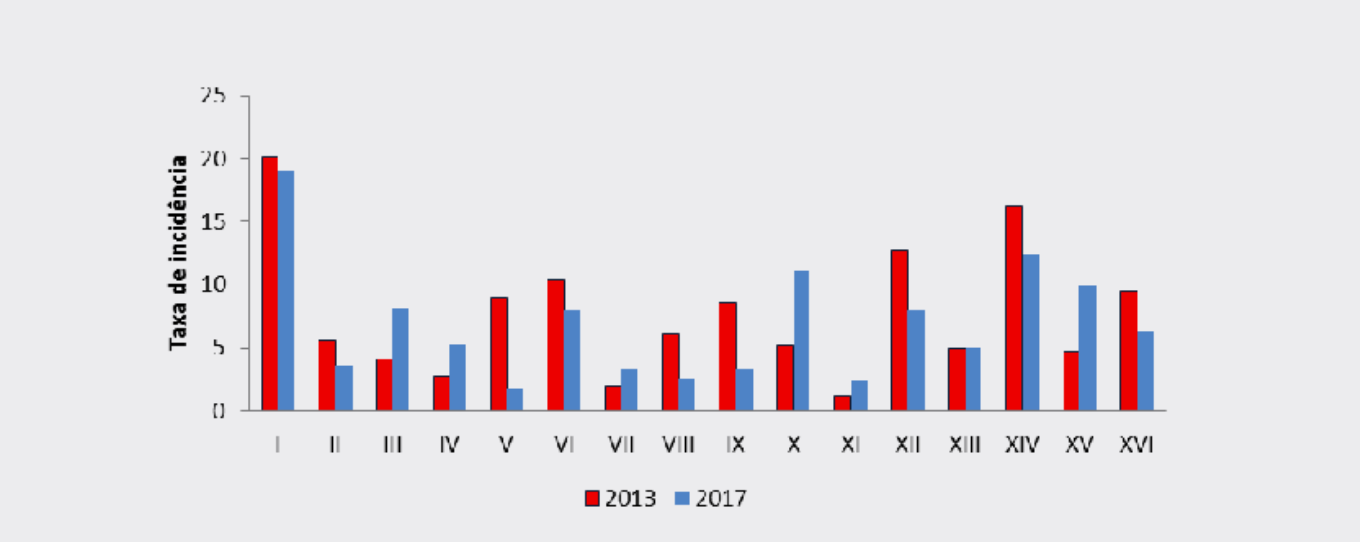
GRÁFICO 25 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL E PARAÍBA, 2013 A 2017.



Fonte: MS e SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Quando distribuímos a detecção de casos de AIDS por Região de Saúde, observamos que no ano de 2013 a maior concentração de casos foi na 1ª região com 20,1/100.000 habitantes, seguida da 14ª região com 16,2 casos por 100.000 habitantes. No ano de 2017 essas mesmas regiões se mantiveram com as maiores detecções do estado, porém houve uma diminuição, a 1ª região com 19,0 por 100.000 habitantes e a 14ª região com 12,4/100.00 habitantes (Gráfico 28).

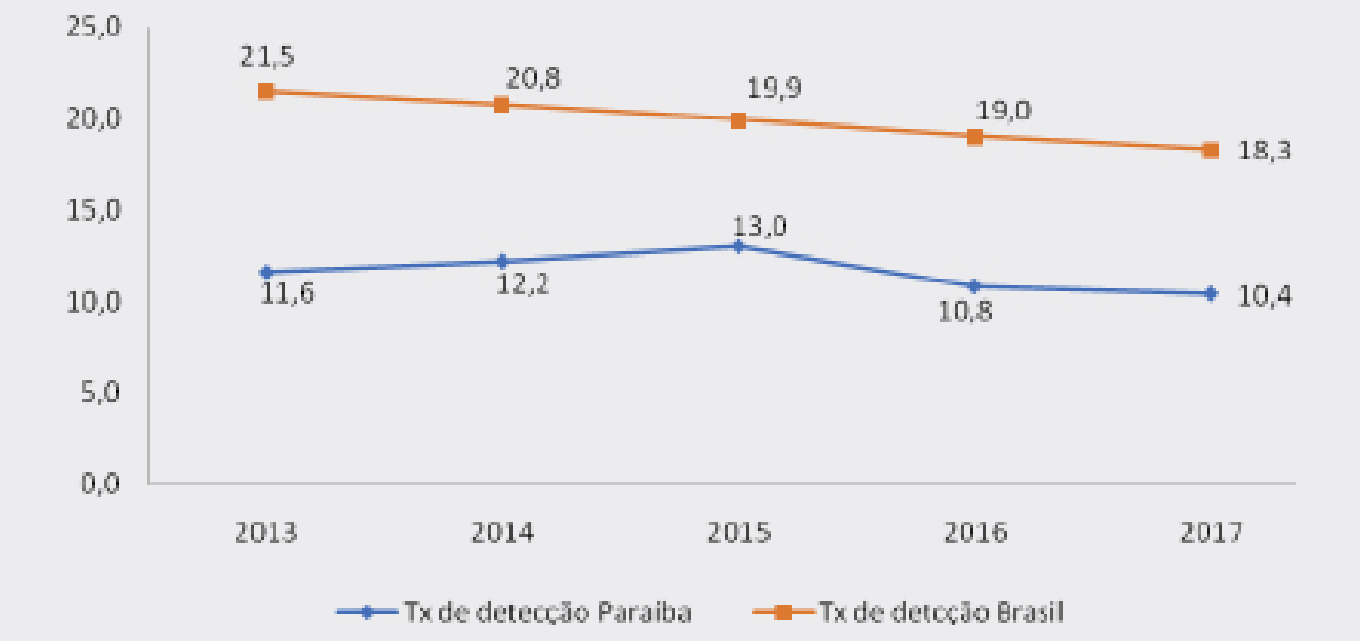
GRÁFICO 26 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO, NA PARAÍBA, DE 2013 E 2017.



Fonte: SES-PB, SINAN NET, 2019.

Entre os anos de 2008 a 2017, observa-se um aumento no coeficiente de mortalidade no estado, que passou de 2,8 para 3,5/100.000 habitantes. Diferentemente do Brasil, que vem sofrendo redução, comparado ao mesmo período. O diagnóstico tardio ainda é um importante fator de manutenção dos números de mortalidade (Gráfico 27).

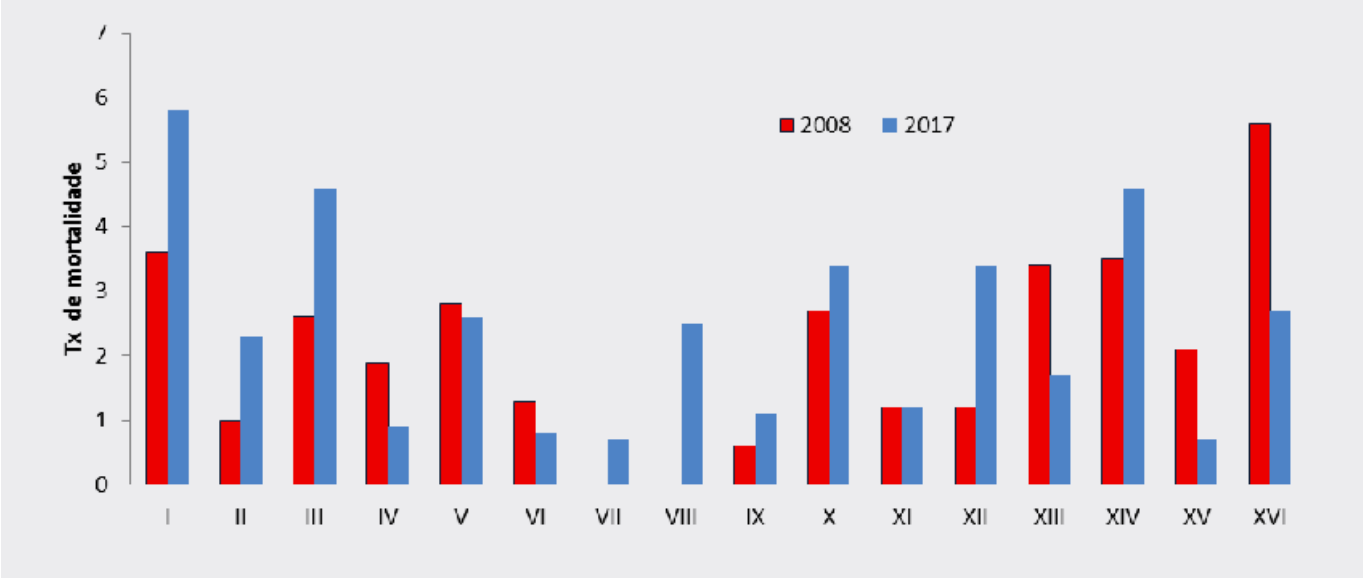
GRÁFICO 27 - TAXA DE MORTALIDADE DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, EM 2008 E 2017.



Fonte: MS e SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Quando distribuímos a detecção de casos de AIDS por Região de Saúde, observamos que no ano de 2013 a maior concentração de casos foi na 1ª região com 20,1/100.000 habitantes, seguida da 14ª região com 16,2 casos por 100.000 habitantes. No ano de 2017 essas mesmas regiões se mantiveram com as maiores detecções do estado, porém houve uma diminuição, a 1ª região com 19,0 por 100.000 habitantes e a 14ª região com 12,4/100.00 habitantes (Gráfico 28).

GRÁFICO 28 - TAXA DE MORTALIDADE DE AIDS POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, 2008 E 2017.

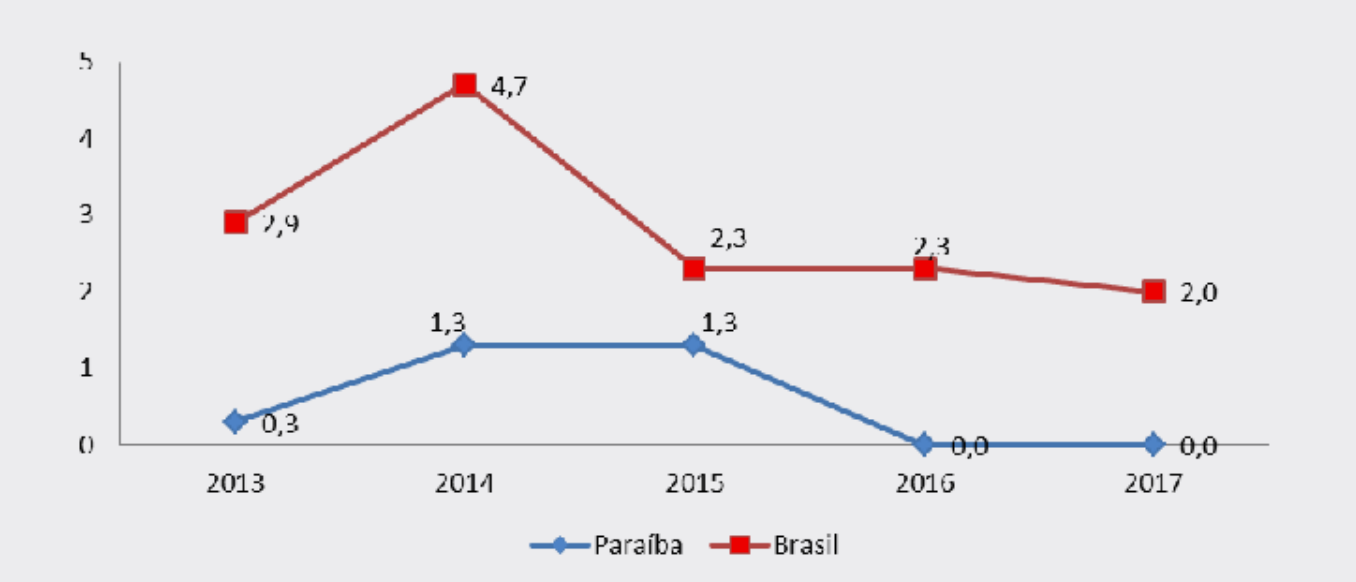


Fonte: SES-PB/ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2019.

O número de AIDS em crianças menores de cinco anos é utilizado como indicador para avaliar a Transmissão Vertical (TV) do HIV. No estado, observa-se que a taxa de TV vem apresentando redução, nos anos de 2013 a 2017, partindo de 0,3 para 0,0/100.000 habitantes (Gráfico 29).

É importante ressaltar que o incremento de testes rápidos distribuídos para as unidades de saúde da família, serviços de referências e maternidades, e o uso do Protocolo de Prevenção de Transmissão Vertical, vêm ajudando nesse processo da diminuição no estado.

GRÁFICO 29 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS EM MENORES DE CINCO ANOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL E PARAÍBA, 2013 A 2017.



Fonte: MS, SES-PB / Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019.

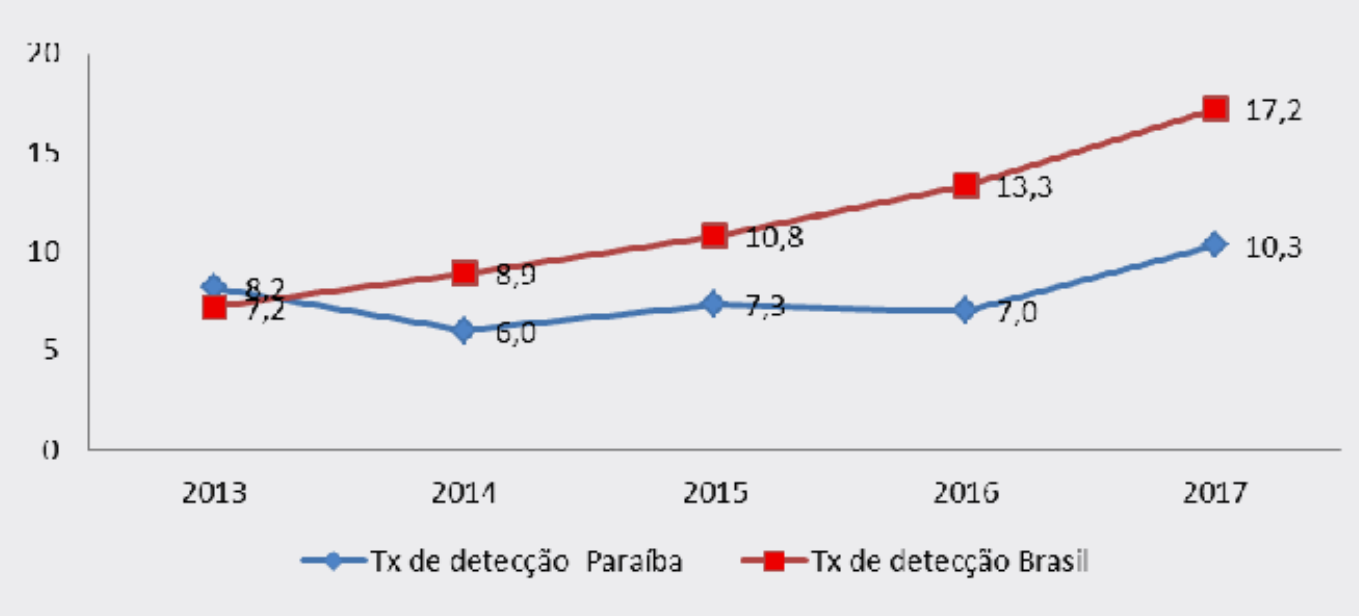
- SÍFILIS

A sífilis é uma doença causada pelo Treponema pallidum. A relação sexual desprotegida, sem camisinha, é a principal via de infecção. Entretanto, a transmissão da mãe para o filho através da disseminação hematogênica da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, tem sido uma importante via, resultando em sífilis congênita que entre tantas outras consequências para criança, pode resultar em aborto, mal-formação ou morte.

A notificação, a investigação, o tratamento adequado e a implementação de medidas preventivas contribuem para redução dos casos, consequentemente para a eliminação da doença.

A Paraíba apresentou as taxas de detecção de sífilis em gestantes de 2013 a 2017 inferiores aos níveis apresentados no Brasil. Em 2013, a taxa na Paraíba apesar de apresentar-se superior ao Brasil, no decorrer dos anos foi decrescendo de forma significativa. Entretanto, mesmo com todos os esforços de sensibilização da população para a prevenção da sífilis, pode-se considerar a possibilidade de subnotificações de sífilis em gestantes na Paraíba, sendo necessário fortalecer a oferta do teste rápido durante o pré-natal (Gráfico 30).

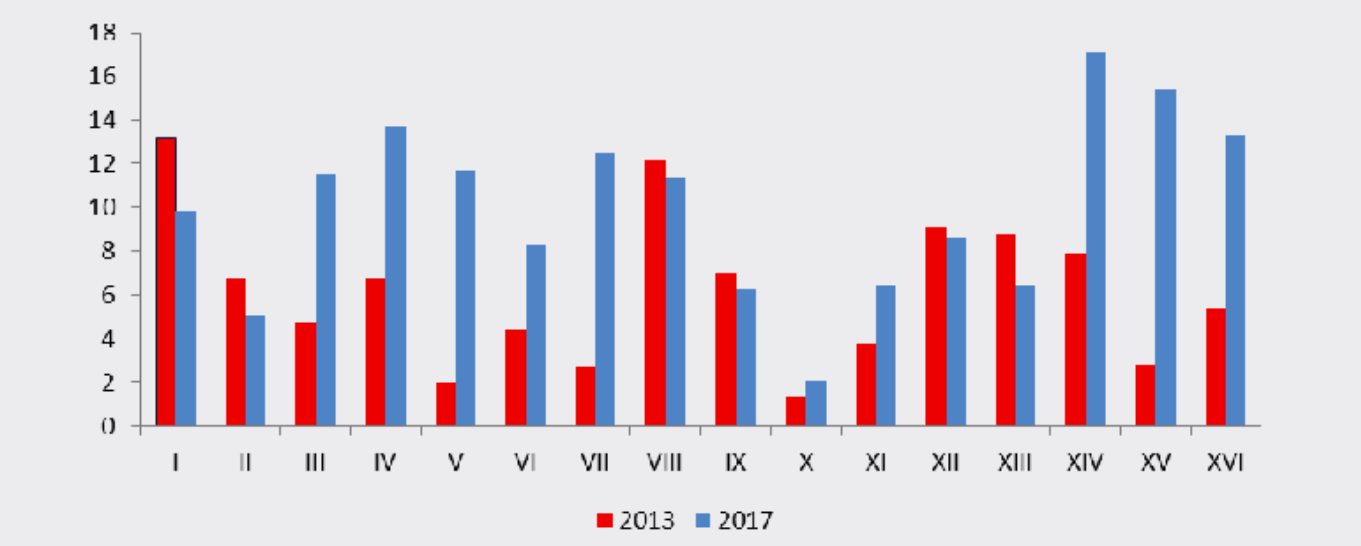
GRÁFICO 30 - TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E PARAÍBA, DE 2013 A 2017.



Fonte: MS, SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019

A taxa de detecção de sífilis em gestante aumentou no período de 2013 a 2017 em dez das dezesseis regiões de saúde. Provavelmente esse aumento está associado à implantação dos testes rápidos em todo país a partir de 2012, através da rede cegonha, o que facilitou o acesso das gestantes ao diagnóstico precoce da sífilis (Gráfico 31).

GRÁFICO 31 - TAXA DE DETECÇÃO SÍFILIS EM GESTANTES POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO, NA PARAÍBA, EM 2013 E 2017

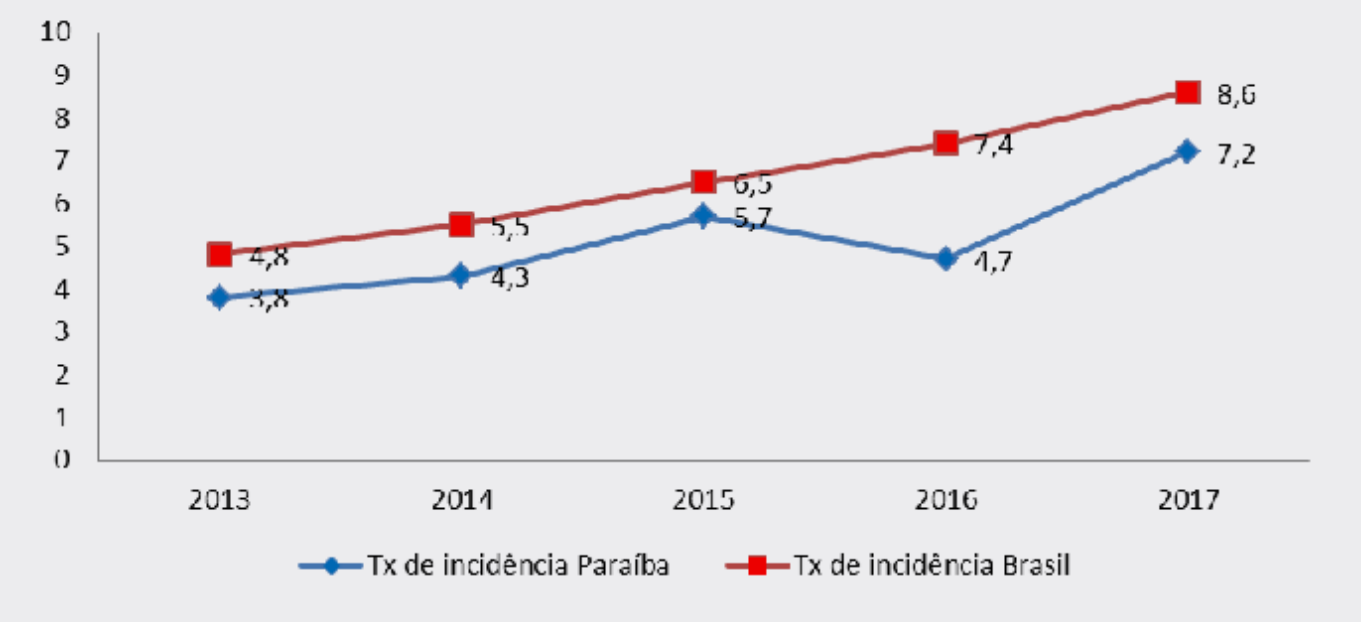


Fonte: SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019.

A taxa de incidência de sífilis congênita no país vem aumentando significativamente durante os anos, na média de 1% ao ano. Na Paraíba, esse aumento foi de 3,4% entre os anos de 2013 e 2017 (3,8 casos por 1.000 NV para 7,2 casos por 1.000 NV), porém manteve-se abaixo da média nacional.

Mesmo os dados apontando uma melhoria do acesso ao diagnóstico precoce no Estado, como resultado da qualificação dos serviços de saúde preconizados para assistência do pré-natal, ainda existem casos detectados tardiamente, ou considerados tratados de forma inadequada por falhas na adesão ao tratamento e ausência de informação sobre o tratamento do parceiro. Associado a esses fatores, ocorreu nos anos de 2014 e 2015 um desabastecimento nacional de penicilina, única medicação eficaz no tratamento das gestantes com sífilis, pois trata mãe e bebê ao mesmo tempo (Gráfico 32).

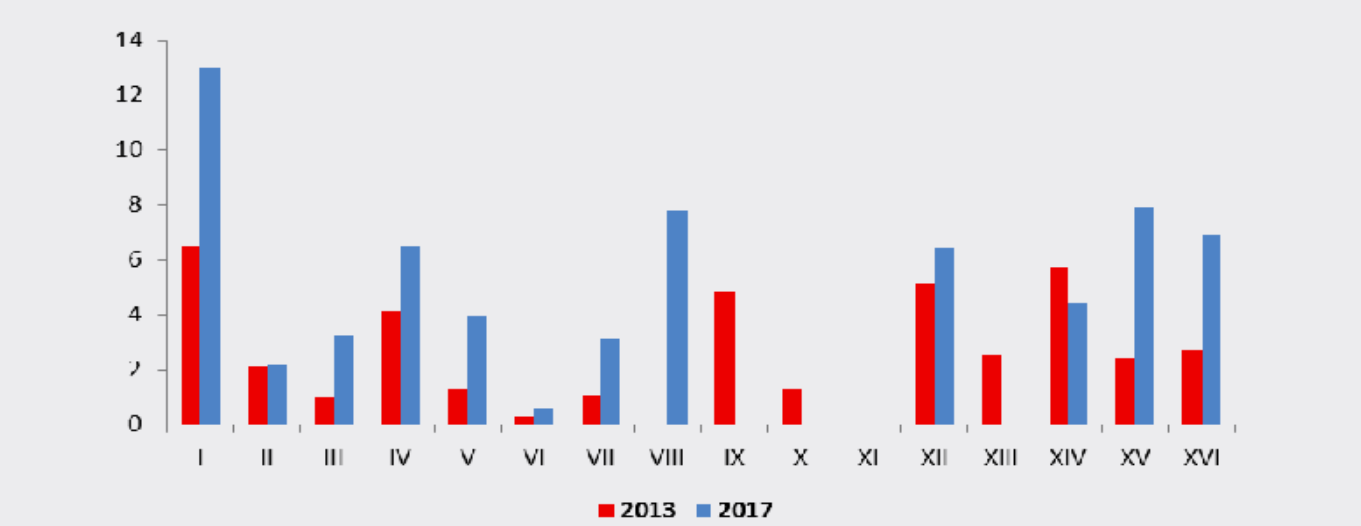
GRÁFICO 32 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E PARAÍBA, DE 2013 A 2017.



Fonte: MS, SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019.

As taxas de incidência de sífilis congênita apresentadas por regiões de saúde confirmam o aumento em quase todas as regiões de saúde e de forma significativa na primeira região, que mesmo tendo um perfil epidemiológico histórico elevado para sífilis deve-se também considerar a definição do município de residência das gestantes no momento do parto, o que pode estar colaborando para supernotificações de casos em alguns municípios e subnotificações em outros. Algumas regiões (VI, IX, X XI e XIII) merecem destaques, pois apresentaram taxas abaixo da média estadual, o que deve estar relacionado à baixa taxa de detecção de sífilis nessas regiões como também às medidas de prevenção da transmissão vertical sendo tomadas adequadamente (Gráfico 33).

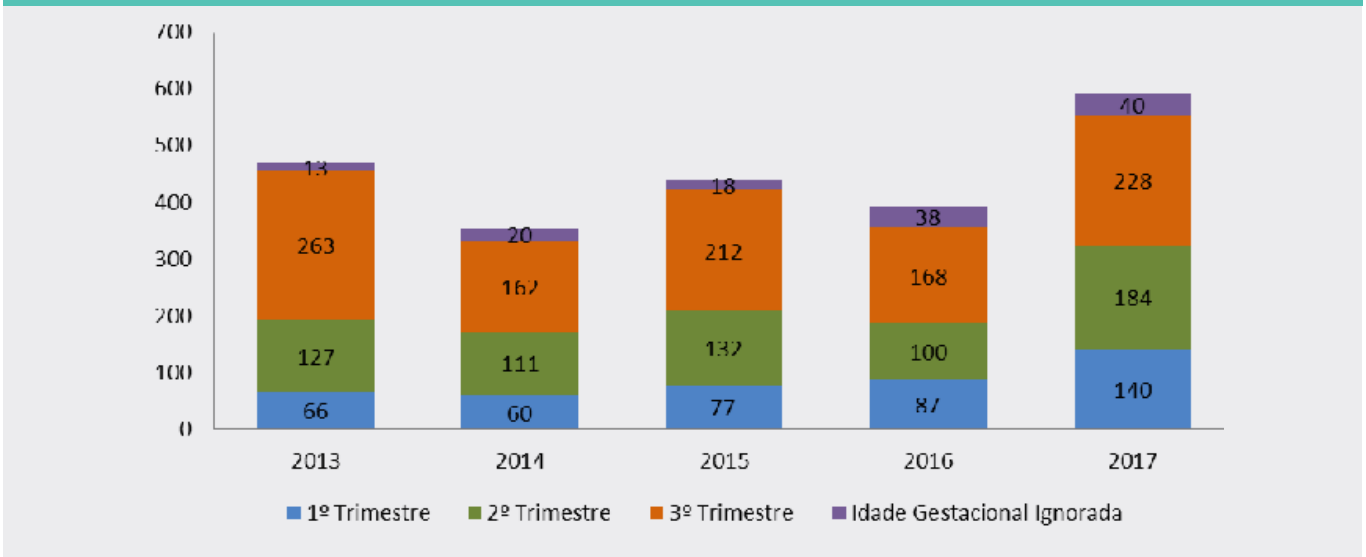
GRÁFICO 33 - TAXA DE INCIDÊNCIA SÍFILIS CONGÊNITA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO POR REGIÃO DE SAÚDE E ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA 2013 E 2017.



Fonte: SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019

Em relação ao período gestacional, tivemos um aumento de diagnósticos feitos no primeiro trimestre de gestação, o que viabiliza as medidas efetivas para prevenção da transmissão vertical da sífilis. Entretanto, o número de diagnósticos no terceiro trimestre apresenta-se com maior número o que é preocupante, pois dificulta o manejo clínico adequado para prevenção da transmissão vertical (Gráfico 34).

GRÁFICO 34 - IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA 2013 A 2017.



Fonte: SES-PB/ Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2019.

O ano com a taxa de mortalidade por 100.000 nascidos vivos na Paraíba foi maior no ano de 2017, o que nos mostra que deve-se fortalecer o diagnóstico de sífilis em gestantes e seu tratamento adequado (Gráfico 35).

GRÁFICO 35 - TAXA DE MORTALIDADE DE SÍFILIS POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PB	1,6	1,7	1,7	5,1	7,1	8,8	1,7	1,7	7,1	1,7
BR	1,9	2,2	3,1	3,8	5,1	5,5	5,9	7,8	6,8	7,6

Fonte: SES-PB/ Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2019.

- HEPATITES VIRAIS

As hepatites virais (HV) vêm se destacando nas últimas décadas como um problema mundial de saúde pública, especialmente a partir dos anos 80, quando passaram a ser melhor estudadas e avaliadas do ponto de vista do impacto econômico.

A hepatite viral é uma doença caracterizada pela inflamação das células hepáticas causada por vírus.

A cada ano, são diagnosticados cerca de 40 mil casos novos de hepatites virais (HV) no Brasil, estima-se, portanto que na Paraíba cerca de 800 novos casos (hepatites B e C) sejam diagnosticados anualmente.

Dados do Boletim Nacional HV 2018 apontam que a hepatite C é responsável pela maior parte dos óbitos por hepatites virais em nosso país, e representa a terceira maior causa de transplantes hepáticos.

Ainda segundo o referido Boletim, “a incorporação, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), das novas terapias para o tratamento da hepatite C vem modificando o panorama epidemiológico dessa doença no Brasil”.

Os altos índices de cura, a facilidade posológica e o perfil de segurança destas novas medicações possibilitaram à Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, a proposição de estratégias globais capazes de atingir a meta de eliminação das hepatites virais como um problema de saúde pública até 2030, reduzindo os novos casos em 90% e em 65% a mortalidade a elas associada.

O Brasil, como signatário desse documento, tem desde então estabelecido linhas próprias de ação, visando ao alcance das metas em nível nacional.

As principais linhas de ação estabelecidas pelo DIAHV a partir de 2017,

nesse contexto, têm como objetivo:

(1) estimar os casos de hepatites em âmbito nacional, com base nos dados epidemiológicos;

(2) estabelecer propostas de metas em relação a números de casos a serem testados, diagnosticados e tratados para atingir a meta pretendida;

(3) avaliar custos necessários para alcançar as metas desejadas.

Como resultado desse trabalho, estimou-se que, em 2016, a soro prevalência de anti-HCV era de 0,7%, o que corresponde a cerca de 657.000 indivíduos com viremia ativa no Brasil.

Por conseguinte, estabelecendo-se essa estimativa nacional como linhas de base, calculou-se para Paraíba o número de casos a serem diagnosticados e tratados anualmente, no sentido de alcançar a meta proposta, conforme detalhado no quadro 5.

QUADRO 5 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS A SEREM TESTADAS, DIAGNOSTICADAS E TRATADAS NA POPULAÇÃO GERAL, NA PARAÍBA, EM 2018.

		2018		2019	2020	2025
		Estimado	Realizado			
Plano de Eliminação	Número de pessoas testadas (pop. geral)	183.838	95.517 (51,95%)	266.966	294.941	576.694
	Novos diagnósticos	560	102 (18,21 %)	759	759	759
	Tratamento	364	72	919	919	599

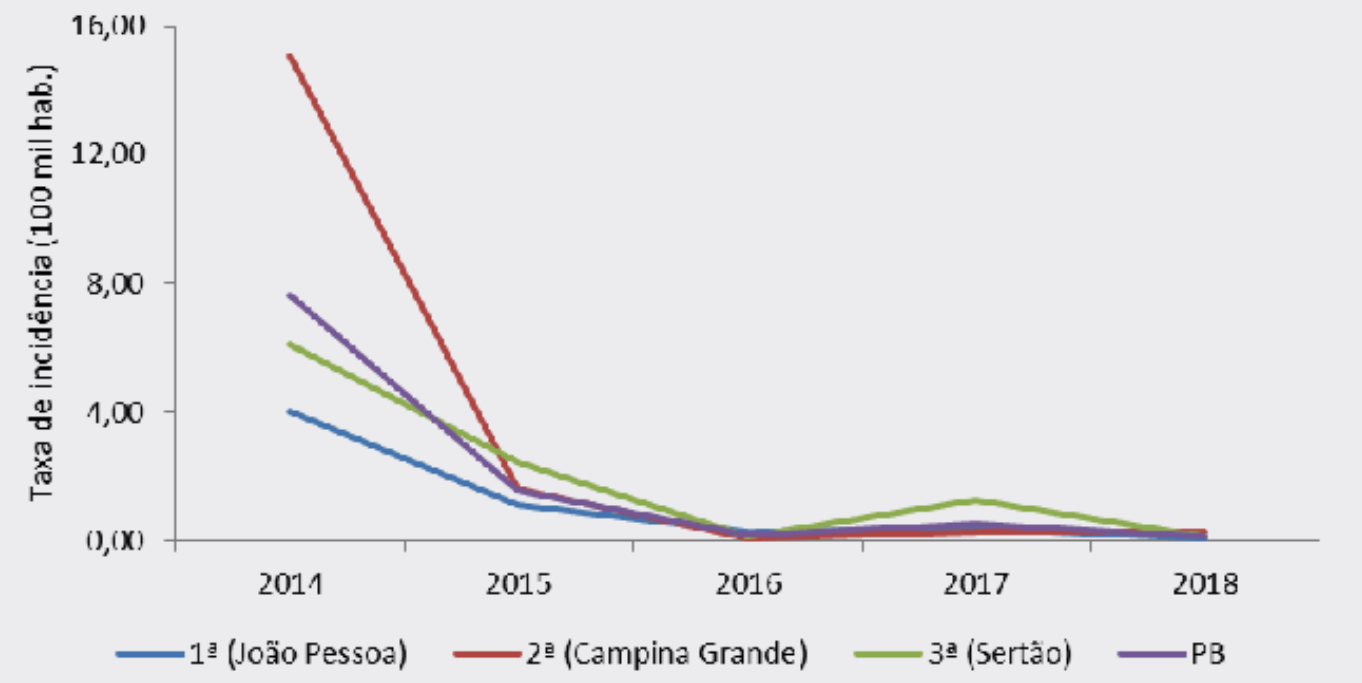
Fonte: SES-PB, 2019.

Dos dados acima, no ano de 2018, observamos que na Paraíba as metas estabelecidas não foram alcançadas em nenhum dos três objetivos. Apenas 51,95% do número de pessoas foram testadas, 18,21% de novos diagnósticos e 19,78% de tratamentos realizados.

De 2014 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 1.391 casos confirmados de hepatites virais na Paraíba. Destes, 398 (28,61%) são referentes aos casos de hepatite A, 522 (37,52%) de hepatite B e 471 (33,86%) de hepatite C.

A distribuição proporcional dos casos varia entre as três macrorregiões de saúde. A 1ª macro concentra a maior proporção das infecções pelas hepatites virais – 926 casos (66,57%) na totalidade – porém destaca-se o maior numero de casos das hepatites virais B e C; já a 2ª macro destaca–se com o maior numero de casos notificados/confirmados para hepatite A, tendo esta macro apresentado a totalidade de 295 (21,20%); a 3ª macro soma 170 casos (12,22%).

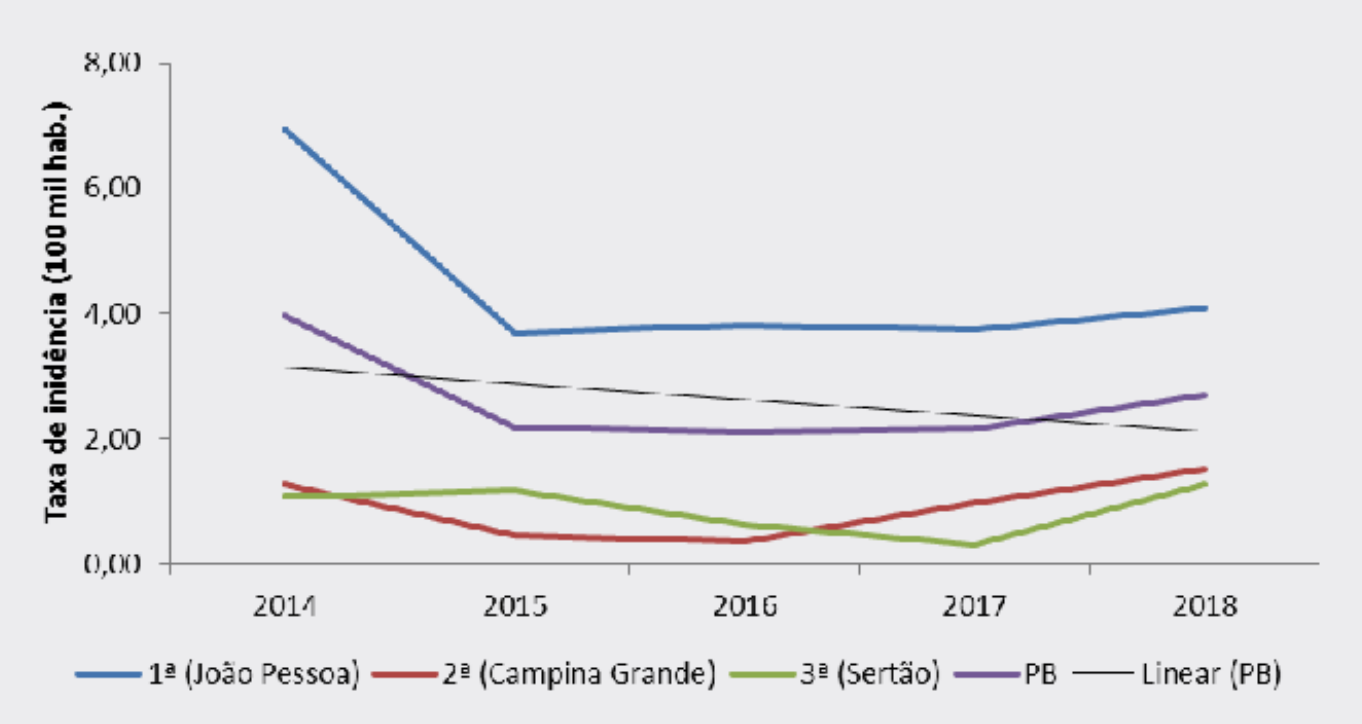
GRÁFICO 36 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE A POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR (PB). PARAÍBA, 2014 A 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e IBGE, 2019.
Nota: Dados exportados em 21/02/2019.

No ano de 2014, na Paraíba, a taxa de incidência de hepatite A era superior a das demais etiologias (B e C); entretanto, após esse período, a proporção do agravo apresentou uma importante queda, atingindo 1,0/100 mil habitantes em 2016.

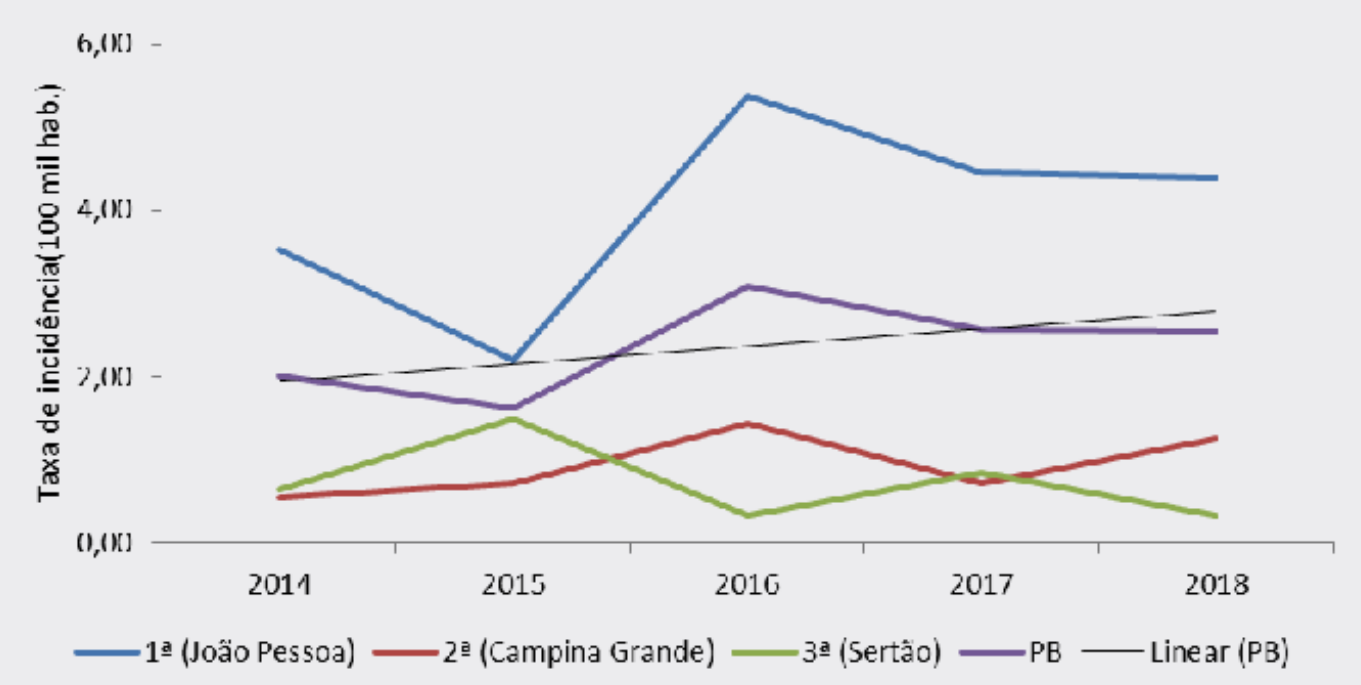
GRÁFICO 37 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE B POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e IBGE, 2019.
Nota: Dados exportados em 21/02/2019.

De 2014 a 2018, foram identificados na Paraíba 522 casos de hepatite B. A 1ª macrorregião de saúde apresenta a maior incidência, cerca de 50% maior que a média do estado, e a 3ª macro apresentou a menor incidência. Quanto à tendência, a Paraíba apresenta tendência decrescente.

GRÁFICO 38 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE C POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E TENDÊNCIA LINEAR, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e IBGE, 2019.
Nota: Dados exportados em 21/02/2019.

De 2014 a 2018, foram identificados na Paraíba 471 casos de hepatite C, apresentando tendência decrescente. A 1ª macrorregião de saúde se destaca apresentando o maior número de casos, consequentemente apresenta a maior incidência.

A 2ª macrorregião apresentou uma incidência crescente no período de 2014 a 2016, caindo em 2017 e voltando a crescer em 2018; já a terceira macrorregião apresentou queda da incidência em 2016 e voltou a crescer em 2017, caindo em 2018.

No ano de 2018 na Paraíba, foram notificados/confirmados 216 casos de hepatites virais (A, B e C) de usuários residentes em 49 municípios, correspondendo a 21,97% do total de municípios/PB. Estes casos pertencem aos 49 municípios, onde destes temos o município de João Pessoa com o maior número de casos - 102, destes 67 (50%) - Hepatite C; Santa Rita em segundo com 23 casos, sendo 19 (11%) dos casos Hepatite B; e Campina Grande somando 20 casos, destes 10 (9%) casos - Hepatite C.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem um sério problema de saúde pública no mundo. Caracterizam-se por ausência de transmissão, longo período de evolução e múltiplos fatores de risco, entre os quais se destacam o tabagismo, o consumo nocivo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação inadequada.

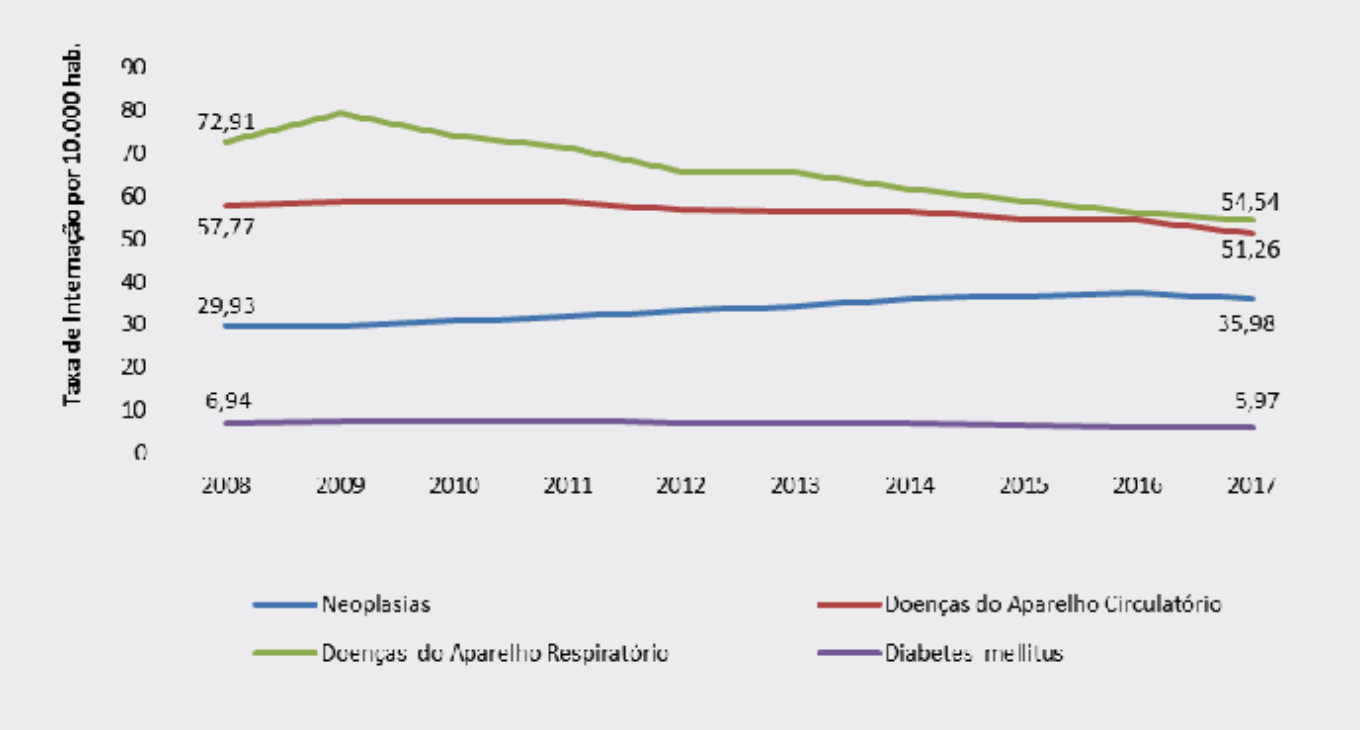
No Brasil, em 2017, dentre as principais DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório - DAC, Doenças do Aparelho Respiratório - DAR, Diabetes Mellitus - DM e neoplasias), as DAR e as DAC apresentaram as maiores taxas de internação hospitalar, de 54,54 e 51,26 por 10.000 habitantes, respectivamente.

Essa realidade foi semelhante na Paraíba, que apresentou taxas de 52,90 para DAR e 31,87 para DAC por 10.000 habitantes (Gráfico 39).

Comparando os anos de 2008 e 2017, observa-se que, no Brasil, houve um aumento na taxa de internação hospitalar por neoplasias (25,83%) e uma redução por doenças do aparelho respiratório (18,89%), por DAC (3,80%) e por DM (6,75%) (Gráfico 39).

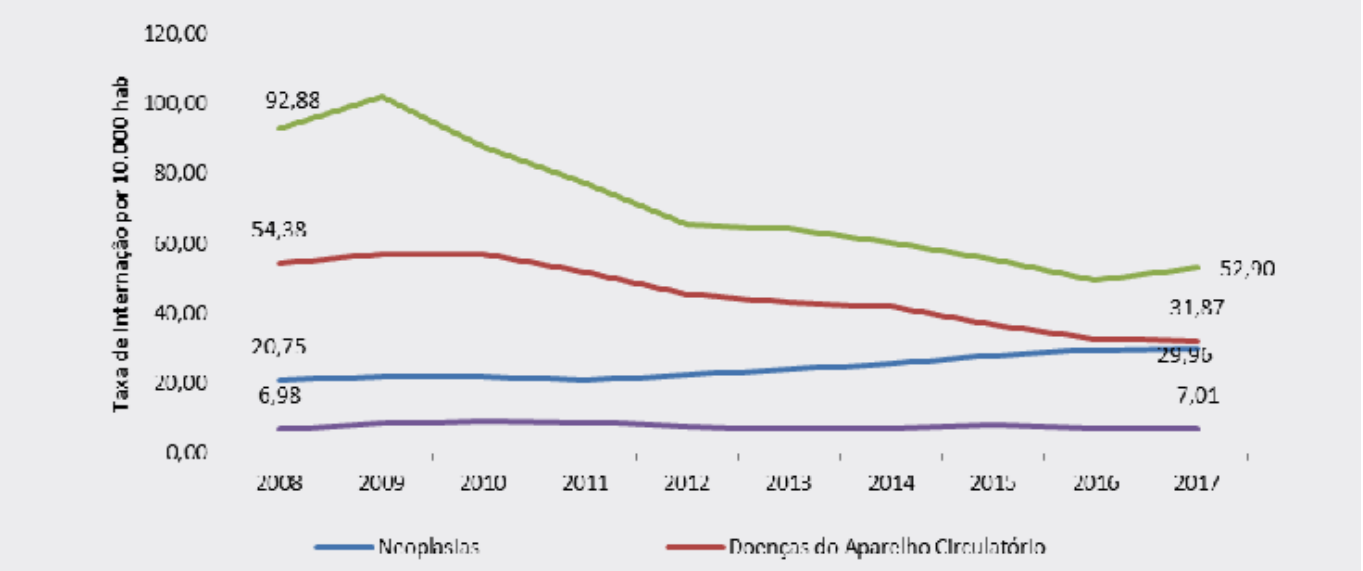
Na Paraíba, as doenças que apresentaram aumento na taxa de internação hospitalar foram as neoplasias (35,43%) e DM (7,16%). As doenças do aparelho respiratório e as DAC reduziram 38,88% e 37,11%, respectivamente (Gráfico 40).

GRÁFICO 39 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS, NO BRASIL, DE 2008 A 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE, 2019

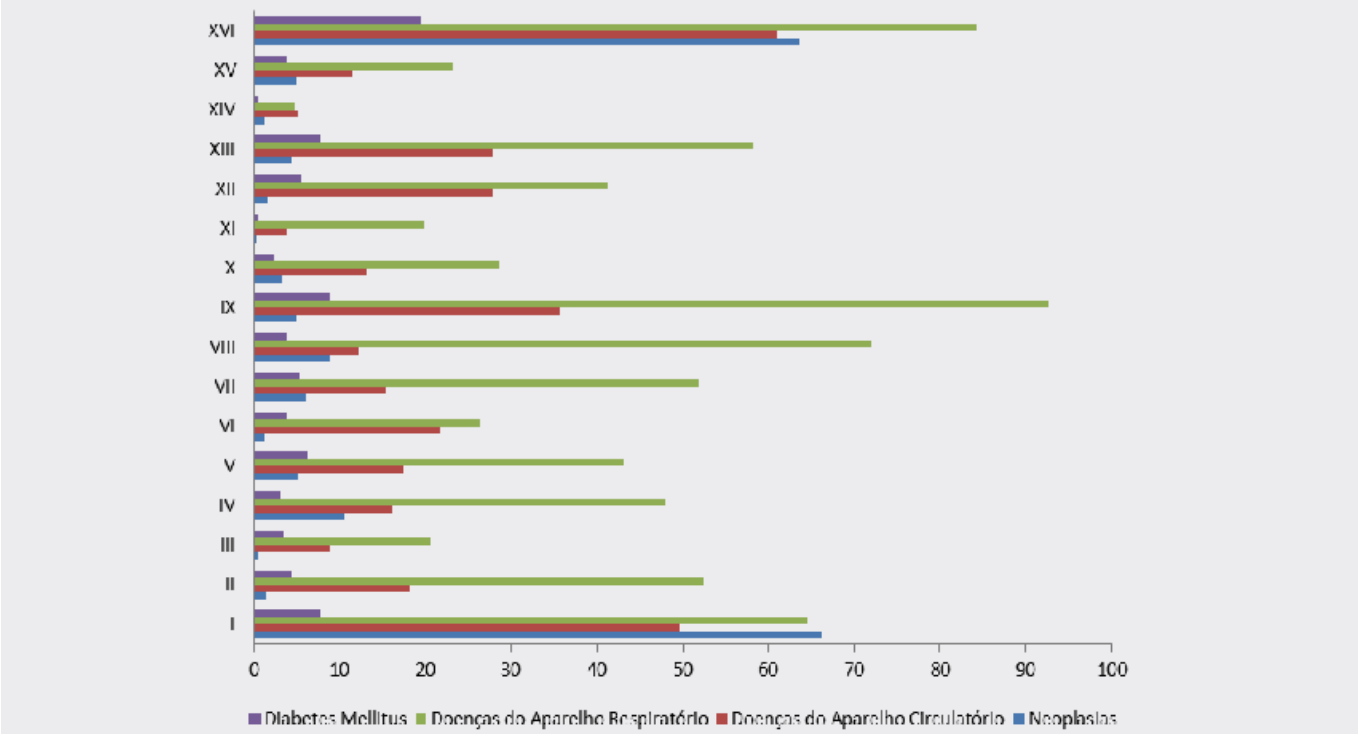
GRÁFICO 40 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE, 2019.

As taxas de internação nas Regiões de Saúde mantêm padrão semelhante ao da Paraíba. As Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) apresentaram maiores taxas de Internação, com exceção da 1ª região de saúde onde as neoplasias foram evidenciadas representando 64,47 da taxa de internação. Entretanto na 14ª região de saúde as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) apresentou a taxa de internação de 5,18/10.000 habitante. Com relação ao Diabetes Mellitus (DM), foram apresentados os menores índices quando comparados ao grupo das principais DCNT, oscilando em terceiro e quarto lugar nas regiões (Gráfico 41).

GRÁFICO 41 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADASPOR REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE, 2019.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou aproximadamente 583 mil casos novos de neoplasias malignas para o Brasil em 2018 (excluindo os casos de câncer de pele não melanoma), sendo cerca de 9 mil na Paraíba. No Brasil, a maioria dos casos estimados concentra-se no sexo masculino, semelhante ao que ocorre na Paraíba (Tabela 13).

Tanto no Brasil como na Paraíba, o tipo de neoplasia mais incidente no sexo feminino são os tumores de mama (56,33 e 42,32 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente), e, no masculino, os tumores de próstata (66,12 e 59,60 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente) (Tabela 13).

TABELA 13 - ESTIMATIVA DO NUMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO, NO BRASIL E NA PARAÍBA, EM 2018.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	MULHERES			
	Brasil		Paraíba	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	59.700	56,33	880	42,32
Colo do Útero	16.370	15,43	370	17,57
Traquéia, Brônquio e Pulmão	12.530	11,81	170	8,21
Cólon e Reto	18.980	17,9	180	8,51
Estômago	7.750	7,32	200	9,41
Cavidade Oral	3.500	3,28	100	4,97
Laringe	1.280	1,2	30	1,29
Bexiga	2.790	2,63	50	2,43
Esôfago	2.550	2,38	50	2,58
Ovário	6.150	5,79	90	4,48
Todas as Neoplasias Malignas	**282.450**	**266,47**	**4.650**	**222,43**

Localização Primária da Neoplasia Maligna	HOMENS			
	Brasil		Paraíba	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.220	66,12	1.170	59,60
Traquéia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	200	10,38
Cólon e Reto	17.380	16,83	140	7,04
Estômago	13.540	13,11	270	13,69
Cavidade Oral	11.200	10,86	140	7,39
Laringe	6.390	6,17	150	7,63
Bexiga	6.690	6,43	70	3,46
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	*	0,75
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	80	4,02
Glândula Tireóide	1.570	1,49	60	3,04
Todas as Neoplasias Malignas	**300.140**	**290,86**	**4.780**	**243,86**

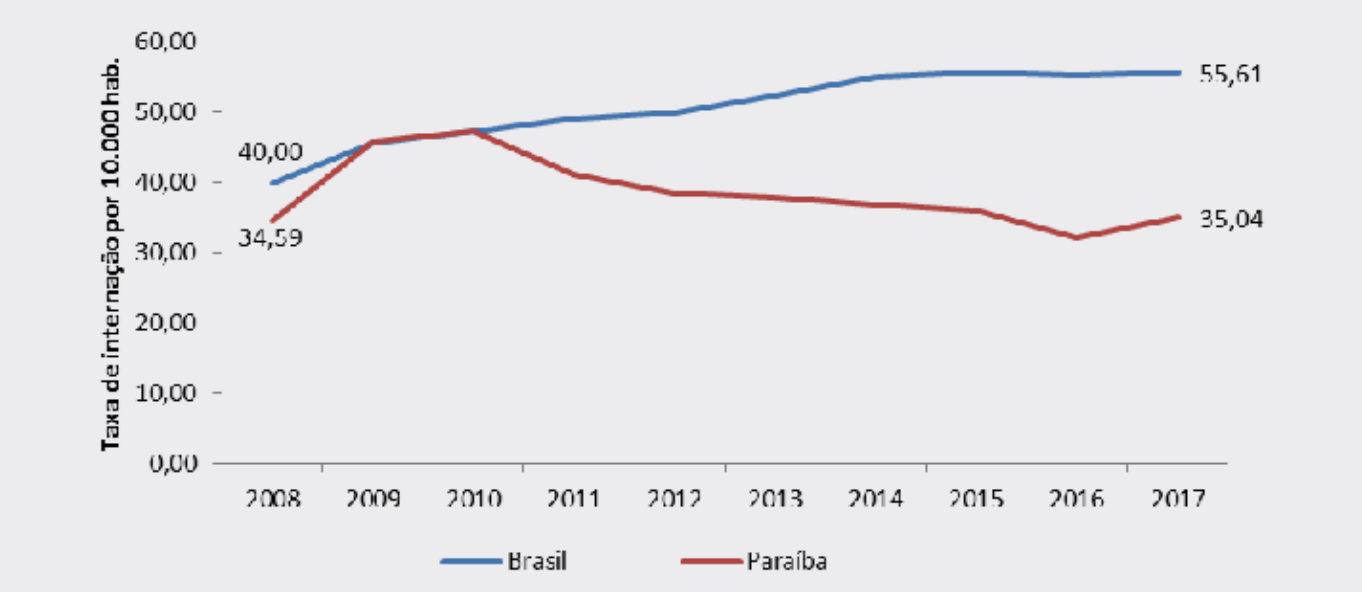
Fonte: INCA, 2019.
*Número de casos menor que 20

- CAUSAS EXTERNAS

As causas externas compreendem os diferentes tipos de violências e acidentes. São causas não naturais que atuam sobre o estado de saúde em nível de adoecimento ou morte. Esses agravos constituem grave problema de saúde pública em função de sua magnitude e por provocarem incapacidades e sequelas físicas e/ou psicológicas que geram elevados custos familiares e sociais.

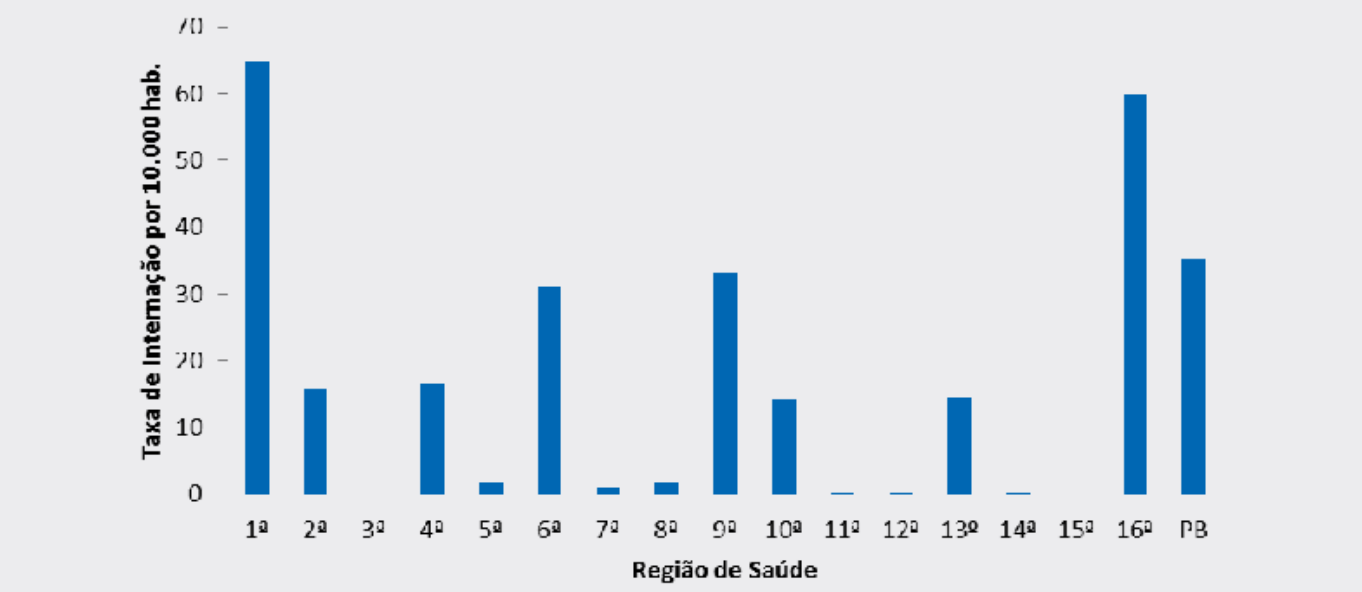
No Brasil, em 2017, a taxa de internação hospitalar por causas externas foi de 55,61 casos por 10.000 habitantes, enquanto a taxa apresentada na Paraíba foi de 35,04 casos por 10.000 habitantes. Entre 2008 e 2017, houve um aumento de 33,66% nesta taxa para o Brasil e um aumento de 7,99% na Paraíba (Gráfico 42).

GRÁFICO 42 - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS POR 10.000 HABITANTES SEGUNDO ANO DE PROCESSAMENTO. BRASIL E PARAÍBA, 2008 A 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE, 2019

GRÁFICO 43 - TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS POR 10.000 HABITANTES SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.

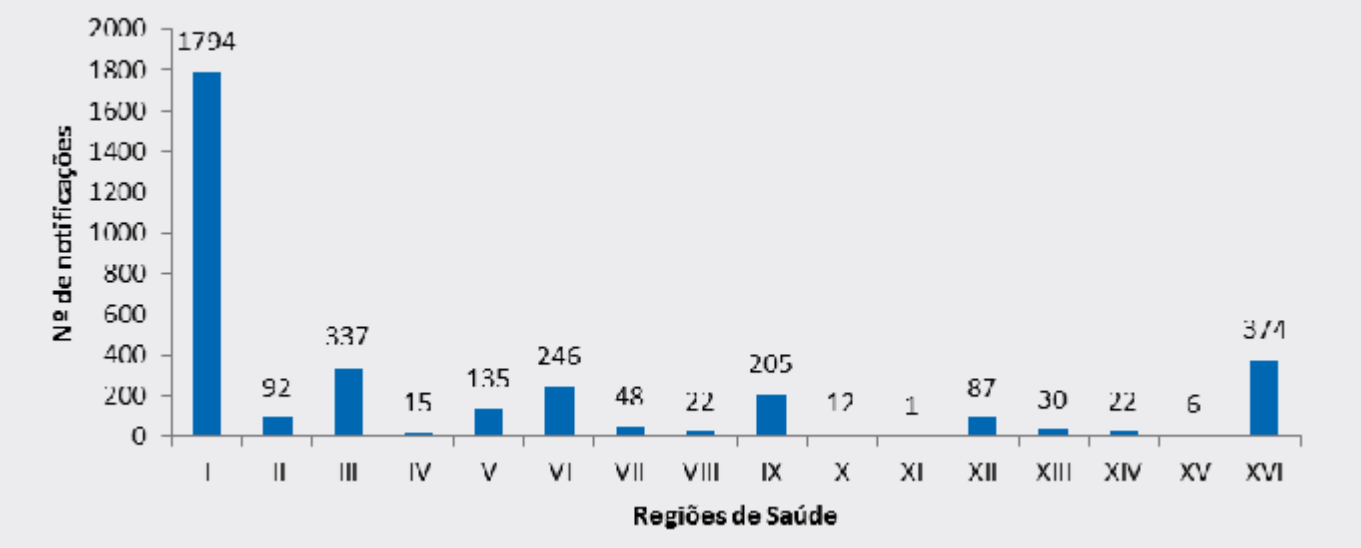


Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE, 2019

- VIOLÊNCIAS

Em 2017, foram notificados 3.426 casos de violência interpessoal/autoprovocada no SINAN. Observa-se que a I Região de Saúde apresentou maior número de notificações, que corresponde a 52,36% (1.794) dos casos registrados de violência no estado (Gráfico 44).

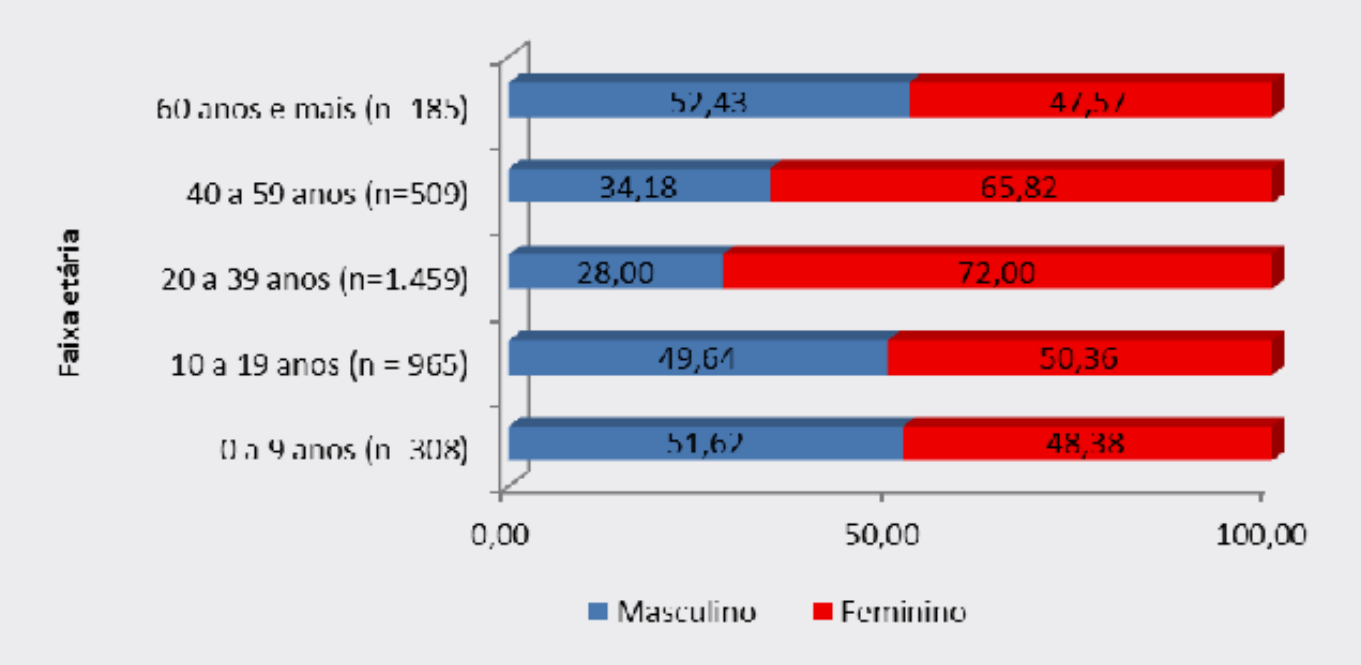
GRÁFICO 44 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SINAN/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.

Quanto à faixa etária, foram registrados 1.459 casos de violência interpessoal/autoprovocada entre 20 a 39 anos, que corresponde a 42,59%. As vítimas do sexo feminino prevaleceram em quase todas as faixas etárias, sobretudo na de 20 a 39 anos (72,00%). Tal resultado pode ser reflexo do fato dos casos da violência urbana nos homens desta faixa etária não serem objeto de notificação (Gráfico 45).

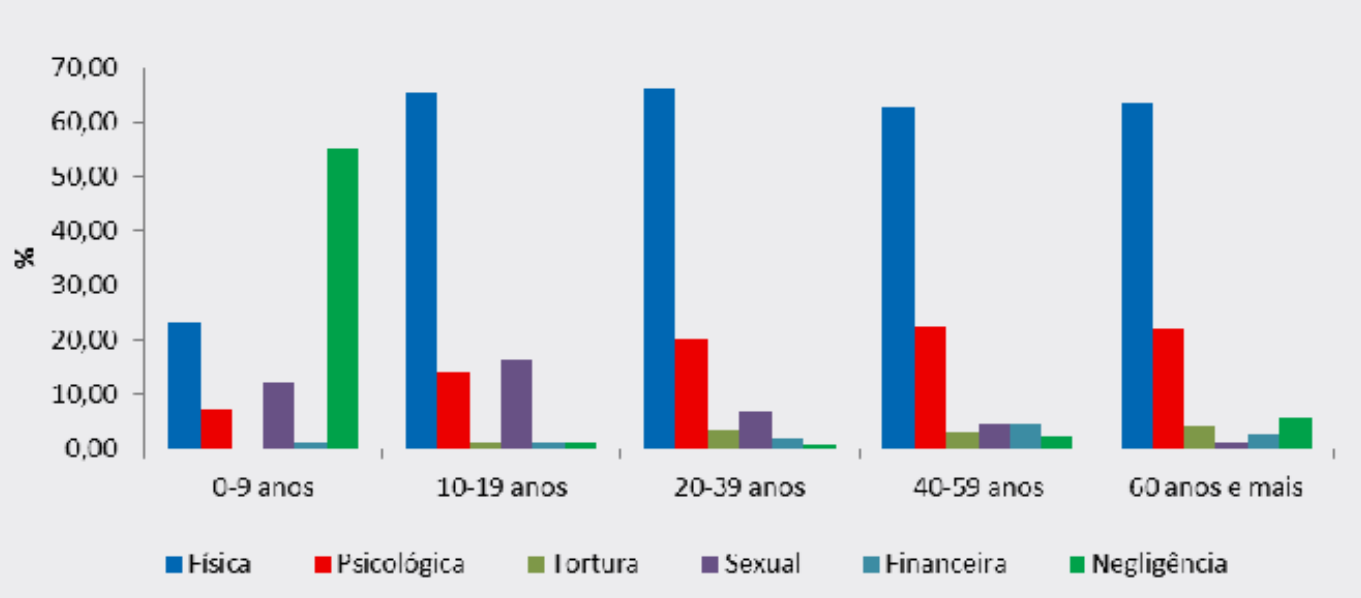
GRÁFICO 45 - PROPORÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SINAN/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.

Do total de casos notificados em 2017, a violência física se destacou em todas as faixas etárias, exceto na de 0 a 9 anos, na qual prevaleceu a negligência. A segunda violência mais frequente foi a sexual, na faixa etária de 10 a 19 anos. Em seguida, a psicológica nos adultos de 20 a 59 anos e nos idosos. (Gráfico 46).

GRÁFICO 46 - PROPORÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA NOTIFICADOS POR TIPO DE VIOLÊNCIA* SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA VÍTIMA, NA PARAÍBA, EM 2017.



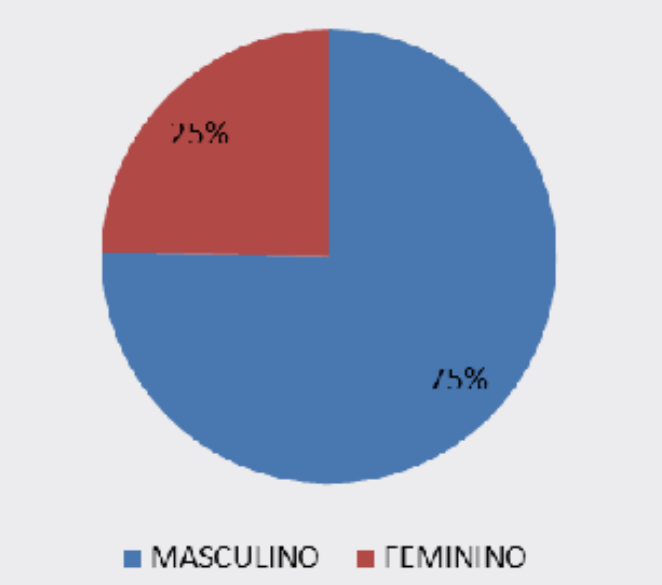
Fonte: SINAN/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.
*Pode ser registrado mais de um tipo de violência por caso notificado

- ACIDENTES

A Paraíba implantou, em meados de 2016, o formulário de Registro de Acidentes de Trânsito através do FORMSUS no qual 30 unidades de saúde, sendo 28 hospitais e duas Unidades de Pronto-Atendimento, realizam a notificação dos Acidentes de Trânsito.

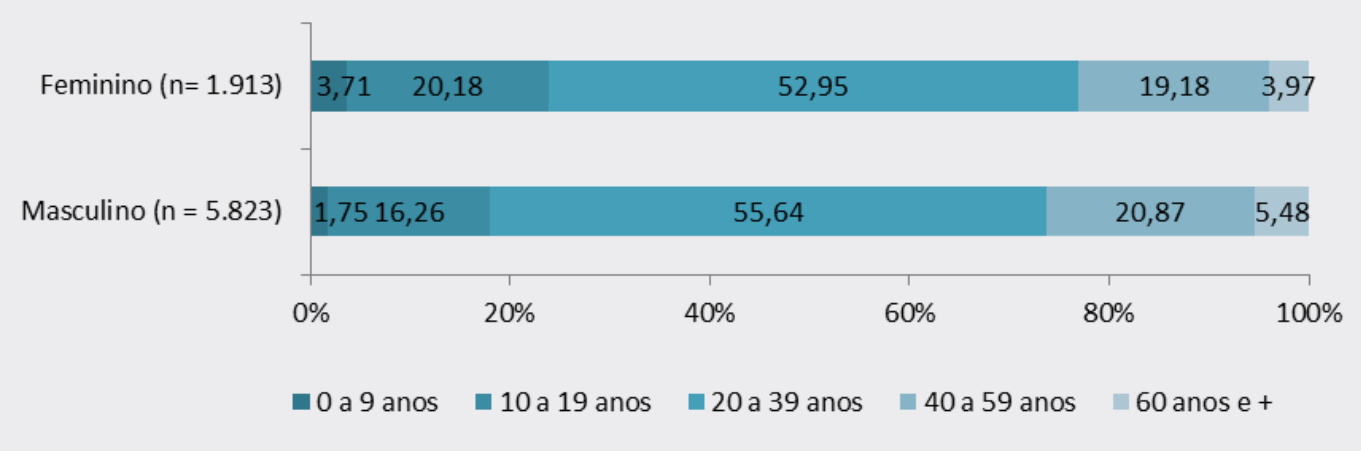
Em 2018, foram notificadas 7.736 vítimas de acidentes de trânsito. Do total das vítimas, 75% foram do sexo masculino (Gráfico 47), sendo que, em ambos os sexos, prevaleceu a faixa etária de 20 a 39 anos (55,64% nos homens e 52,95% nas mulheres) (Gráfico 48). No que diz respeito à natureza do acidente, a queda de moto foi o acidente de trânsito mais frequente (72,78%), seguido de colisão/choque (20,99%) (Gráfico 49).

GRÁFICO 47 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS EM PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO SEXO, NA PARAÍBA, EM 2018.



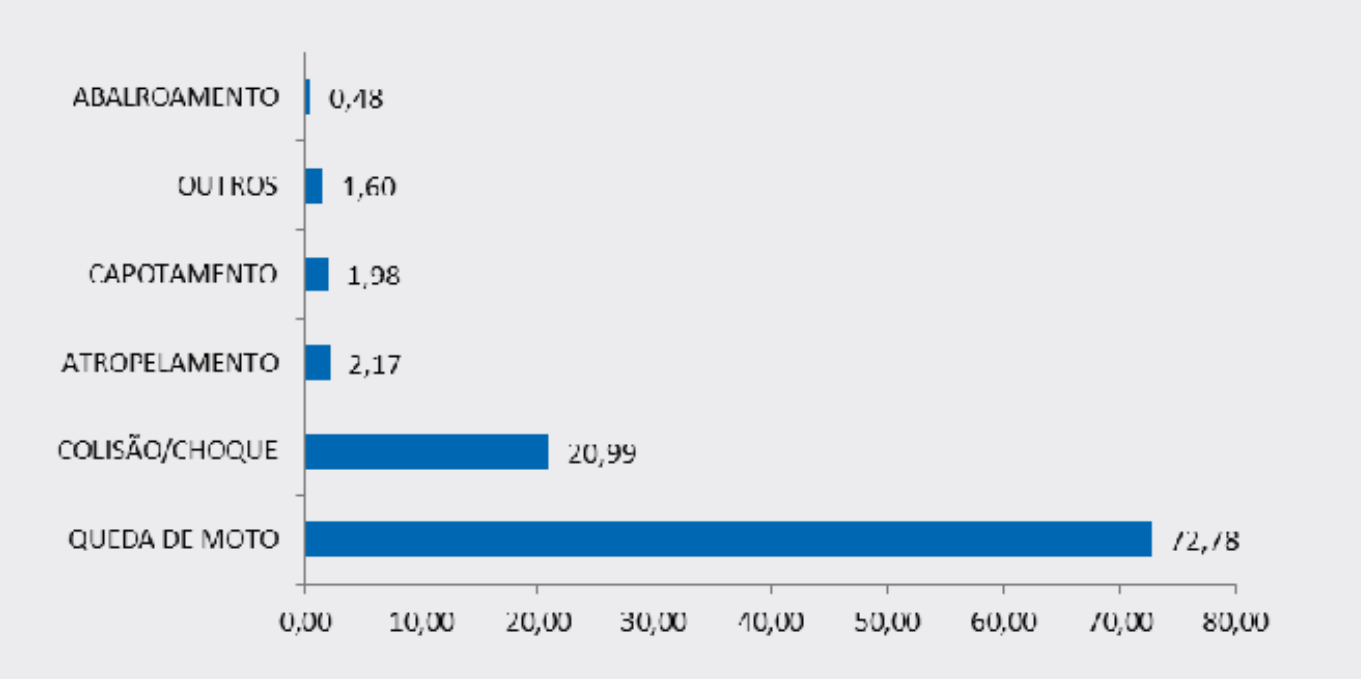
Fonte: SINAN/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.
*Pode ser registrado mais de um tipo de violência por caso notificado

GRÁFICO 48 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS NA PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO, NA PARAÍBA, EM 2018.



Fonte: FORMSUS/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.

GRÁFICO 49 - PROPORÇÃO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS NA PARAÍBA NOTIFICADAS NAS 30 UNIDADES DE SAÚDE SEGUNDO NATUREZA DO ACIDENTE, NA PARAÍBA, EM 2018.



Fonte: FORMSUS/NDANTS/GOVE/GEVS/SES-PB, 2019.

Mortalidade Materna e Infantil

Morte Materna é a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (OMS, 1998).

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da população feminina e, de certa forma, da população em geral. Seus níveis servem, também, como estimador de iniquidades, na medida em que revelam grandes disparidades, ao se compararem áreas ou regiões de diferentes graus de desenvolvimento (LAURENTI & MELLO-JORGE, 2000).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério (SAÚDE, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera aceitável o valor abaixo de 20 por 100 mil nascidos vivos (CARRENO I, 2014).

A maioria das mortes maternas é evitável, pois as soluções de cuidados de saúde para prevenir ou administrar complicações são bem conhecidas. Todas as mulheres precisam ter acesso a cuidados pré-natais durante a gestação, cuidados capacitados durante o parto e cuidados e apoio nas semanas após o parto (OPAS, 2018).

Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%. No Brasil, nesse mesmo período, a redução na RMM foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela OMS, ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde (PORTAL ONUBR, 2014).

Na Paraíba, a mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública. Em 2017, a RMM do estado foi superior ao índice médio apresentado pelo Brasil, mas inferior ao da Região Nordeste (Tabela 14), ocupando o quinto lugar entre os estados dessa Região (Gráfico 50).

TABELA 14 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NO BRASIL, NA REGIÃO NORDESTE E NA PARAÍBA, EM 2017.

LOCALIDADE	RMM/100.000 NV
Brasil	56,65
Nordeste	64,07
Paraíba	62,64

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2019.

GRÁFICO 50 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, EM 2017.

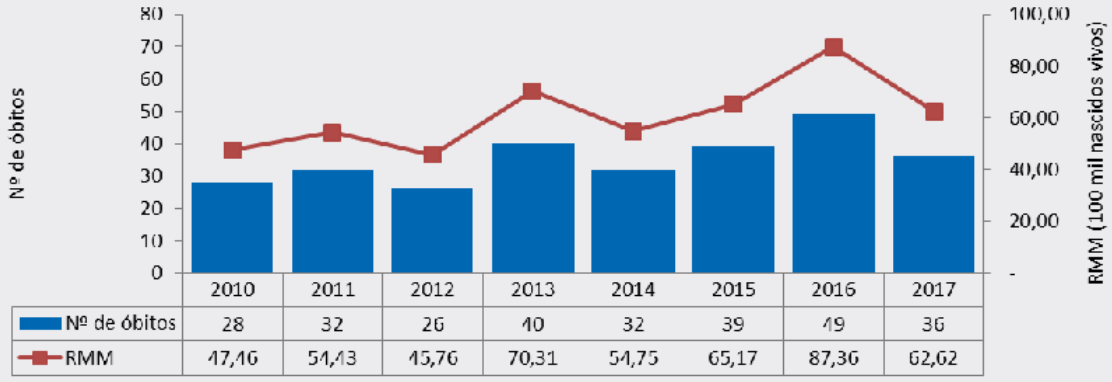
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

No período de 2010 a 2017, foram registrados 282 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), representando 3% do total de óbitos registrados em mulheres em idade fértil (MIF) por causas definidas. Os óbitos maternos ocuparam o quarto lugar no ranking das principais causas de morte de MIF residentes na Paraíba, sendo superados, apenas, pelos óbitos devido aos infartos agudos do miocárdio (5,6%), homicídios por disparo de arma de fogo (5,5%) e neoplasias malignas da mama (4,5%).

No período de 2010 a 2016, a RMM apresentou uma tendência ascendente. Em 2017, houve uma redução de 28% em relação à RMM registrada no ano anterior, quando passou de 87,36 para 62,62 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, com o registro de 49 e 36 óbitos maternos em 2016 e 2017, respectivamente (Gráfico 51).

Em 2017, foram registrados óbitos maternos em 28 municípios do estado (Figura 6). Estratificando os dados pelas Macrorregiões de Saúde/PB, a primeira e a segunda Macrorregião apresentaram comportamentos semelhantes ao do Estado, enquanto que a terceira Macrorregião foi a única que apresentou, em 2017, um aumento de 32% em relação ao ano de 2016, passando de 76,12 para 100,29 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (Gráfico 52). As Regiões de Saúde/PB que apresentaram os maiores índices de mortalidade materna foram: Catolé do Rocha (8ª), Sousa (10ª), Cajazeiras (9ª), Mamanguape (14ª) e Princesa Isabel (11ª), com RMM variando de 106,38 a 142,05 óbitos por nascidos vivos (Tabela15).

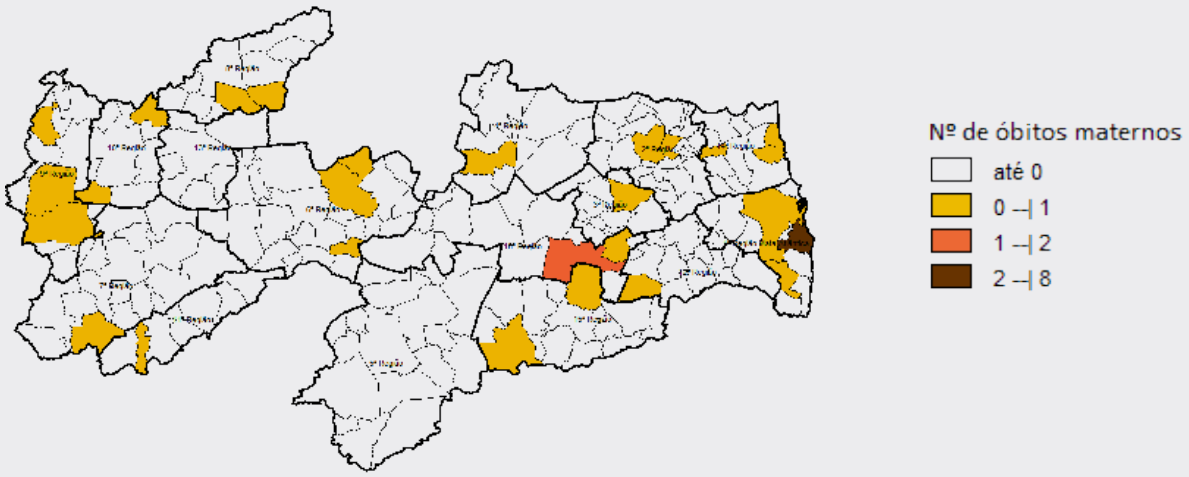
GRÁFICO 51 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de óbitos	28	32	26	40	32	39	49	36
RMM	47,46	54,43	45,76	70,31	54,75	65,17	87,36	62,62

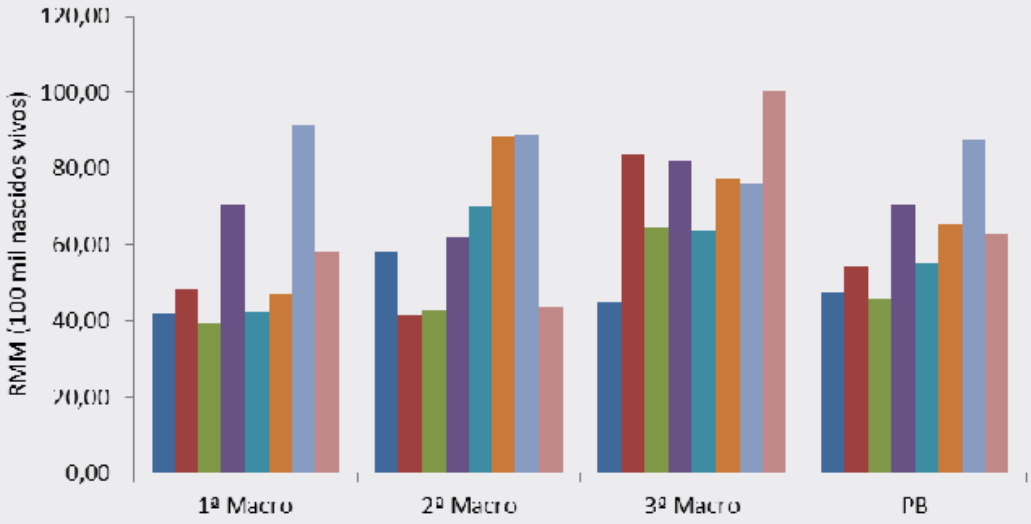
Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

GRÁFICO 52 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

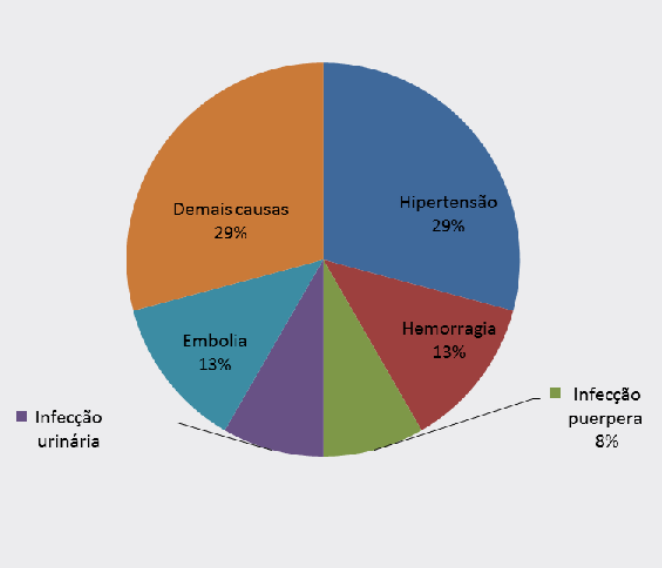
TABELA 15 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017.

REGIÃO DE SAÚDE	RMM (100 MIL NASCIDOS VIVOS)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1ª	46,76	35,67	26,48	66,97	457,29	48,94	71,55	54,67
2ª	44,42	117,48	116,44	94,18	22,74	47,09	122,52	48,45
3ª	129,49	0,00	0,00	0,00	169,89	202,63	145,19	36,06
4ª	0,00	0,00	67,66	67,98	0,00	202,84	0,00	71,94
5ª	0,00	0,00	0,00	123,53	58,93	59,56	122,03	0,00
6ª	57,97	88,39	92,54	93,63	59,63	116,48	32,64	92,79
7ª	0,00	101,52	53,28	107,47	51,39	99,40	108,40	51,98
8ª	58,58	0,00	64,98	0,00	195,19	0,00	137,55	142,05
9ª	41,72	80,06	43,82	87,26	43,55	82,24	135,20	133,75
10ª	0,00	183,82	0,00	64,94	62,58	61,20	0,00	137,55
11ª	0,00	81,57	0,00	95,79	0,00	0,00	0,00	106,38
12ª	0,00	39,29	39,56	118,39	0,00	36,02	156,07	37,61
13ª	262,81	0,00	253,49	125,63	0,00	124,22	138,70	0,00
14ª	42,94	40,62	0,00	0,00	0,00	42,14	128,59	119,57
15ª	42,96	127,28	47,13	47,48	43,27	44,50	45,83	93,50
16ª	59,94	48,85	61,01	74,16	57,42	46,53	89,47	36,83
PB	**47,46**	**54,43**	**45,76**	**70,31**	**55,15**	**65,28**	**87,36**	**62,64**

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINASC, 2019.
Nota: Dados preliminares, sujeitos a alterações. Exportados em 15/02/2019

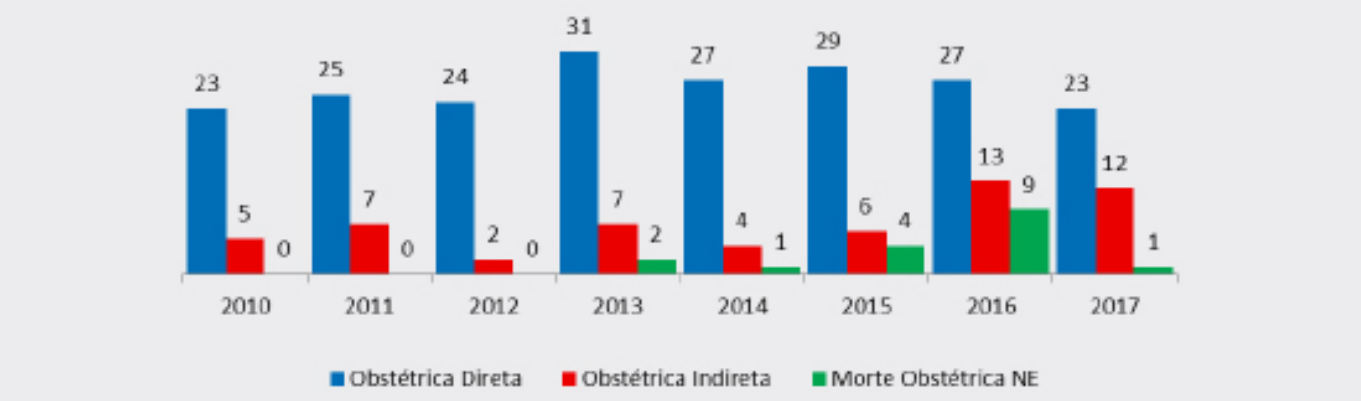
Quanto ao tipo de causas obstétricas, as diretas, que estão diretamente relacionadas à gravidez, parto e puerpério, foram responsáveis por quase 66% de todas as mortes maternas. As principais complicações foram: a hipertensão (29%), as hemorragias graves (13%), as embolias (13%), as infecções puerperais (8%) e as infecções urinárias (8%) (Gráfico 53). Observou-se ainda que houve um aumento importante de óbitos maternos entre as causas obstétricas indiretas, associados às doenças infecciosas maternas e às doenças crônicas pré-existentes da mãe complicando a gravidez e o parto (Gráfico 54). As principais causas de mortes obstétricas indiretas estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório (Tabela 16).

GRÁFICO 53 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2019

GRÁFICO 54 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS POR TIPO DE CAUSA OBSTÉTRICA, NA PARAÍBA, DE 2010 A 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

TABELA 16 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO GRUPO DE CAUSA BÁSICA MATERNA E TIPO DE CAUSA OBSTÉTRICA, NA PARAÍBA, EM 2017.

GRUPO DE CAUSA MATERNA	n	%
OBSTÉTRICAS DIRETAS	**24**	**66,7**
Hipertensão	7	19,4
Hemorragia	4	11,1
Embolias	3	8,3
Infecção puerperal	2	5,6
Infecção urinária	2	5,6
Demais causas	6	16,7
OBSTÉTRICAS INDIRETAS	**12**	**33,3**
Doenças do aparelho circulatório	4	11,1
Doenças do aparelho respiratório	4	11,1
Doenças infecciosas e parasitárias maternas NE	1	2,8
Transtornos mentais	1	2,8
Doenças do aparelho digestivos	1	2,8
Outras doenças e afecções	1	2,8
MORTE OBSTÉTRICA NÃO ESPECIFICADA	-	-

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2019.

As mortes foram mais frequentes em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (47%), com idade mediana de 28 anos (variando de 15 a 42 anos), pardas (83%), donas de casa (22%) e solteiras (39%). As informações sobre a escolaridade das falecidas estão disponíveis em 78% (n=28) das declarações de óbito e 36% tinham de 8 a 11 anos de estudo (n=13) (Tabela 17).

Quanto aos antecedentes obstétricos, verificou-se que 61% (n=22) das mulheres tiveram de uma a três gestações anteriores, 42% (n=15) realizaram sete e mais consultas pré-natais, 75% (n=27) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, e 53% (n=19) tiveram partos cesáreos (Tabela 17). A quase totalidade (89%) dos óbitos maternos ocorreu no ambiente hospitalar (n=32). O período puerperal foi extremamente determinante para a maioria dos casos, 78% (n=28) dos óbitos ocorreram durante o puerpério (Tabela18).

TABELA 17 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ÓBITOS MATERNOS, NA PARAÍBA, EM 2017.

VARIÁVEIS	n	%
FAIXA ETÁRIA		
15-19a	4	11,1
20-29a	17	47,2
30-39a	13	36,1
40-49a	2	5,6
RAÇA/COR		
Branca	3	8,3
Preta	3	8,3
Amarela	0	0,0
Parda	30	83,3
OCUPAÇÃO		
Dona de Casa	8	22,2
Trabalhador volante da agricultura	5	13,9
Estudante	3	8,3
Enfermeiro	2	5,6
Caseiro (agricultura)	2	5,6
Empregado doméstico nos serviços gerais	1	2,8
Empregado doméstico arrumador	1	2,8
Cabeleireiro	1	2,8
Feirante	1	2,8
Trabalhador agropecuário em geral	1	2,8
Costureira	1	2,8
Não informada	10	27,8
ESCOLARIDADE EM ANOS		
Nenhuma	6	16,7
De 1 a 3 anos	0	0,0
De 4 a 7 anos	8	22,2
De 8 a 11 anos	13	36,1
12 anos e mais	1	2,8
Ignorada	8	22,2
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	14	38,9
Casado	7	19,4
União estável	7	19,4
Ignorada	8	22,2

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

TABELA 18 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.

VARIÁVEIS	n	%
PARIDADE		
Primigesta	9	25
De 1 a 3 gestações	22	61,1
De 4 a 6 gestações	4	11,1
De 7 a 9 gestações	1	2,8
INÍCIO DE PRÉ-NATAL (TRIMESTRE)		
Primeiro	27	75
Segundo	3	8,3
Terceiro	2	5,6
Não informado	4	11,1
NÚMERO DE CONSULTAS		
Nenhuma	2	5,6
De 1 a 3 consultas	10	27,8
De 4 a 6 consultas	8	22,2
7 e mais consultas	15	41,7
Não informado	1	2,8
TIPO DE PARTO		
Normal	11	30,6
Cesáreo	19	52,8
Não se aplica	5	16,7

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

TABELA 19 - ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO MOMENTO DO PARTO E LOCAL DE OCORRÊNCIA DO EVENTO, NA PARAÍBA, EM 2019.

VARIÁVEIS	n	%
MOMENTO DO ÓBITO		
Durante a gestação	5	13,9
Após o abortamento	2	5,6
No parto ou até 1 hora após o parto	1	2,8
No puerpério - até 42 dias após o parto	28	77,8
LOCAL OCORRÊNCIA		
Hospital	32	88,9
Domicílio	3	8,3
Outros	1	2,8

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (SAÚDE, 2008).

O Brasil é uma das nações que têm se destacado por reduzir a mortalidade infantil e na infância (ONU, 2017). Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade infantil caiu de 47,1 para 13,3 mortes para cada 1.000 nascidos vivos, de acordo com o Ministério da Saúde. Os avanços fizeram com que o país superasse a meta de redução da mortalidade infantil prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) antes mesmo do prazo estabelecido. Contudo, desde 2015, em meio à crise econômica, o país entrou em um estado de alerta. Em 2016, pela primeira vez em 26 anos, as taxas de mortalidade infantil e na infância cresceram. De 2015 a 2016, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil cresceu 5,3% (MS/SVS/CGIAE – SIM/Sinasc e Busca Ativa) (UNICEF, 2018).

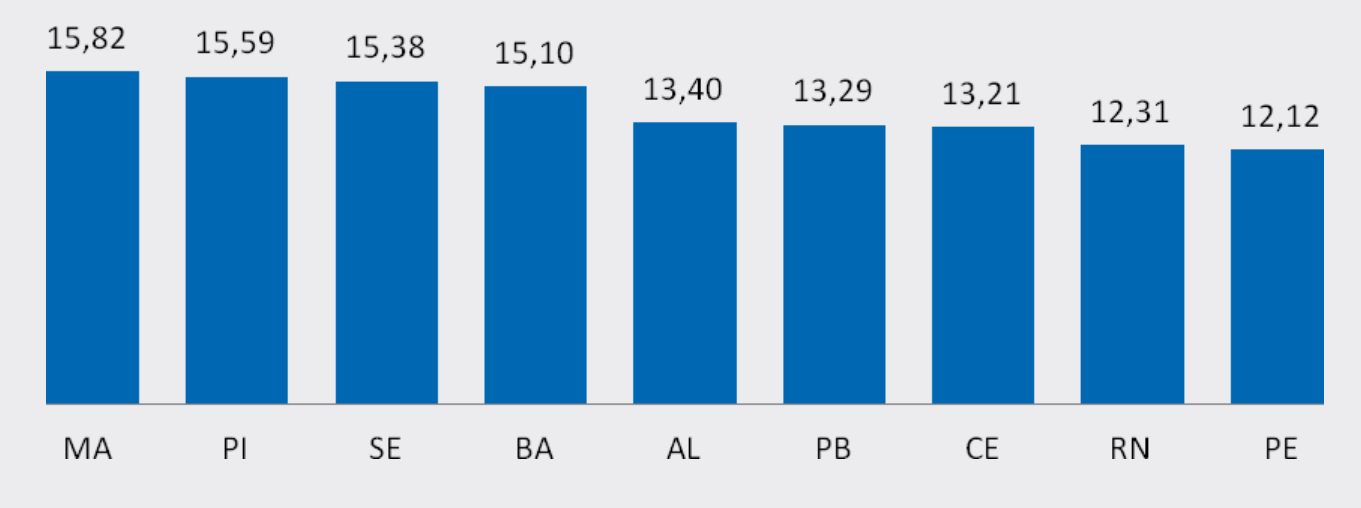
Em 2017, a TMI da Paraíba foi inferior à taxa média da região Nordeste e maior que a média nacional (Tabela 20), sendo a quarta menor taxa entre os estados dessa região, acima apenas dos estados de Ceará (13,21 óbitos infantis por mil nascidos vivos), Rio Grande do Norte (12,31 óbitos infantis por mil nascidos vivos) e Pernambuco (12,12 óbitos infantis por mil nascidos vivos) (Gráfico 57).

TABELA 20 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NO BRASIL, NO NORDESTE E NA PARAÍBA, EM 2017.

LOCALIDADE	TAXA (1.000 NASCIDOS VIVOS)
Brasil	12,39
Nordeste	14,06
Paraíba	13,29

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

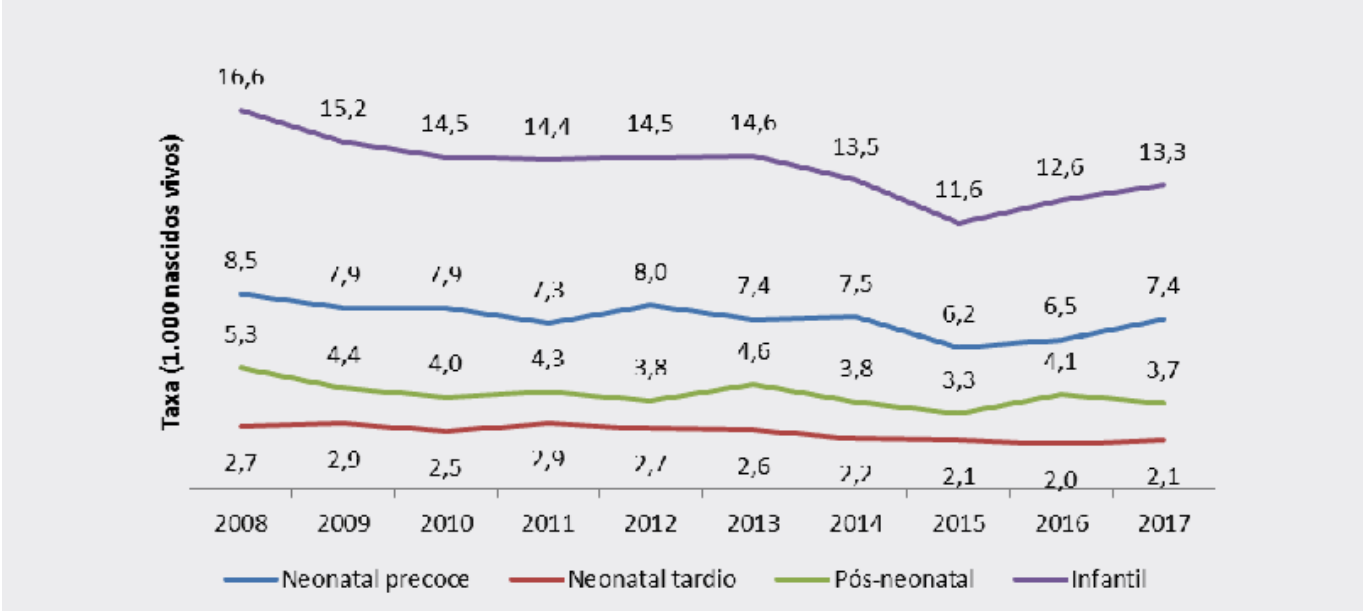
GRÁFICO 55 -TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL, NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE, EM 2017.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

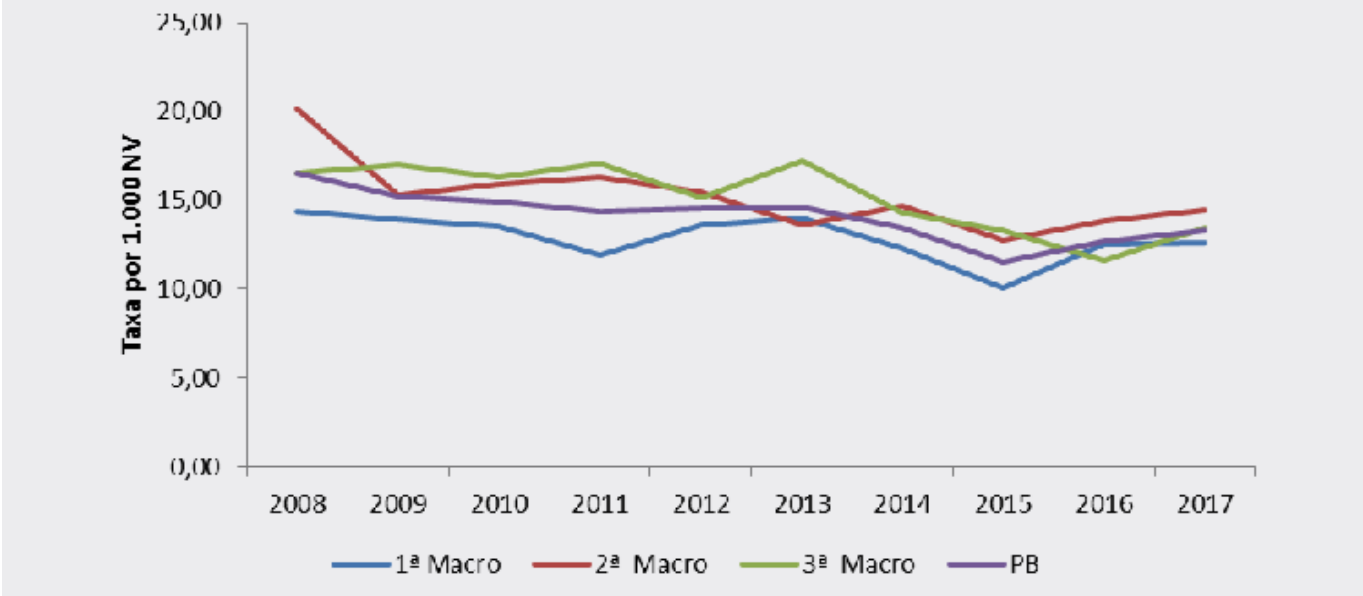
No período de 2008 a 2017, a curva da mortalidade infantil na Paraíba apresentou uma tendência decrescente, com uma redução de 19,7% na TMI. A menor redução foi observada entre os óbitos ocorridos no período neonatal precoce (-13%), que despontou como o principal componente, correspondendo a 53% do total de óbitos infantis. Contudo, assim como foi observado no país, a mortalidade infantil voltou a crescer a partir do ano de 2016. Em 2017, a TMI cresceu 14,1% em relação ao ano de 2015 (Gráfico 56). As Macrorregiões de Saúde/PB apresentaram o mesmo comportamento do estado, com tendência de declínio até o ano de 2015 e aumento nos anos posteriores. A menor TMI foi apresentada pela primeira Macrorregião de Saúde e a maior pela segunda Macrorregião, onde foram registrados 12,61 e 14,46 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos, respectivamente (Gráfico 57). Cerca de 70% dos óbitos infantis registrados no estado são considerados evitáveis (Gráfico 58).

GRÁFICO 56 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (1.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO COMPONENTE ETÁRIO, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



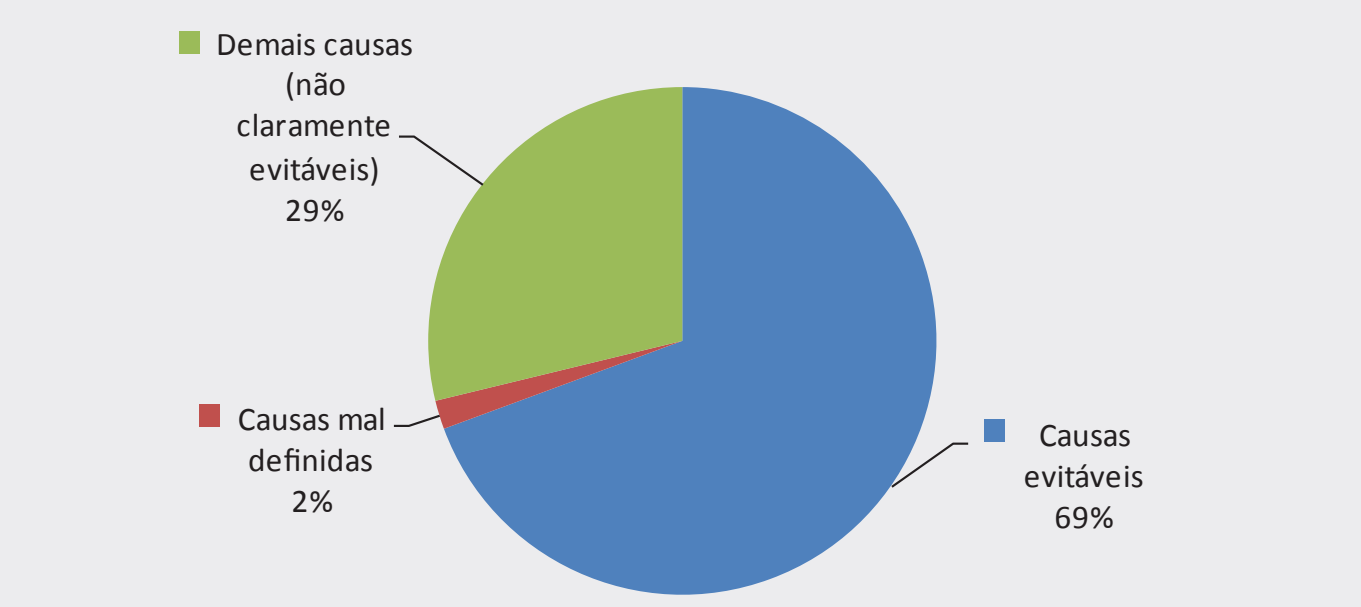
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2019.

GRÁFICO 57 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (1.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO COMPONENTE ETÁRIO, NA PARAÍBA, DE 2008 A 2017.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2019.

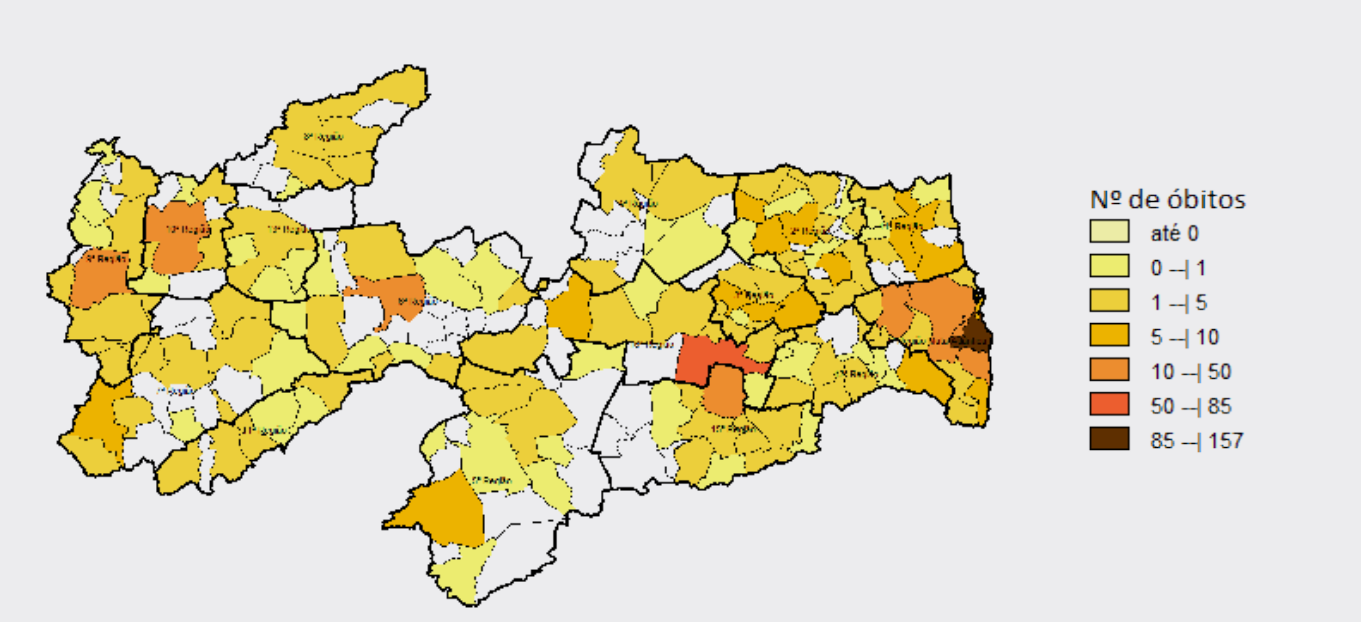
GRÁFICO 58 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO CAUSAS EVITÁVEIS, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

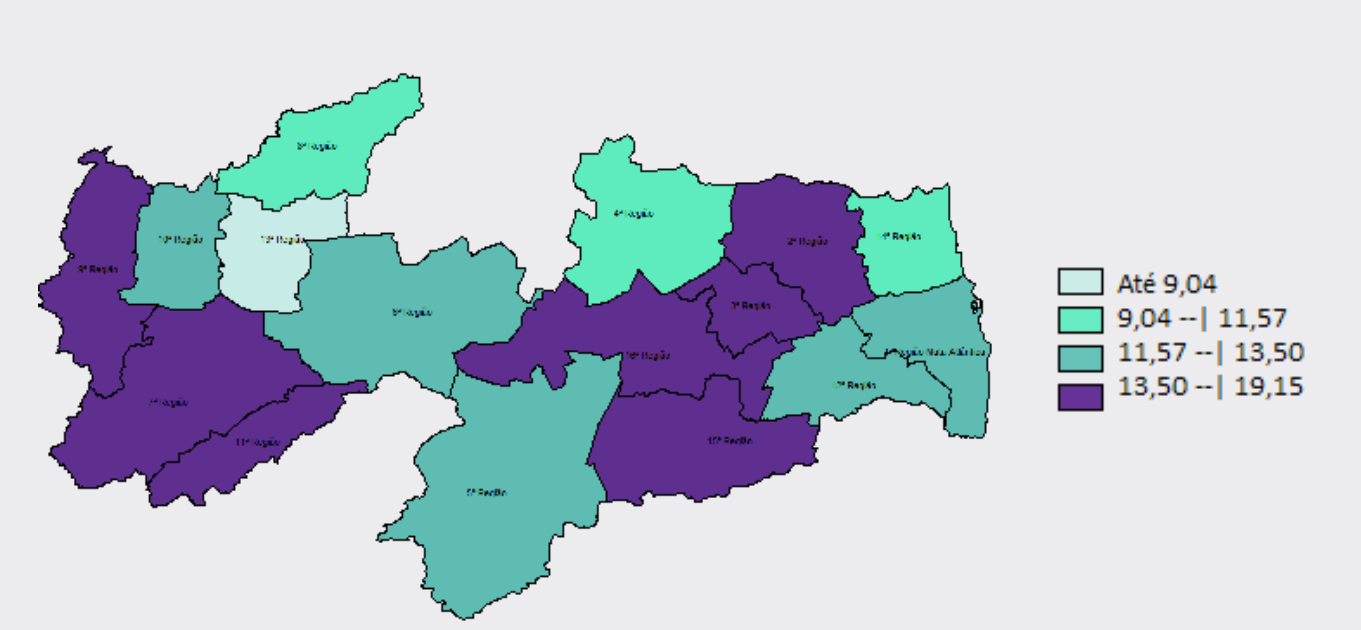
Em 2017, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 764 óbitos infantis, em 157 municípios paraibanos, com taxas variando de 3,62 a 62,50 óbitos por 1000 nascidos vivos. Cerca da metade desses óbitos eram residentes de 12 municípios, foram eles: João Pessoa (n=187), Campina Grande (n=85), Patos (n=23), Santa Rita (n=22), Queimadas (n=17), Sapé (n=16), Cajazeiras (n=14), Bayeux (n=13), Conde (n=11), Sousa (n=11), Guarabira (n=9) e Pedras de Fogo (n=9) (Figura 7). A distribuição das TMI segundo Região de Saúde evidencia as desigualdades regionais existentes, onde as taxas variaram de 6,52 a 19,15 óbitos infantis para cada grupo de 100 mil nascidos vivos, expressando um risco de morrer no 1º ano de vida cerca de três vezes maior entre os residentes da 11ª Região em relação aos da 13ª Região de Saúde (Figura 8).

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS INFANTIS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

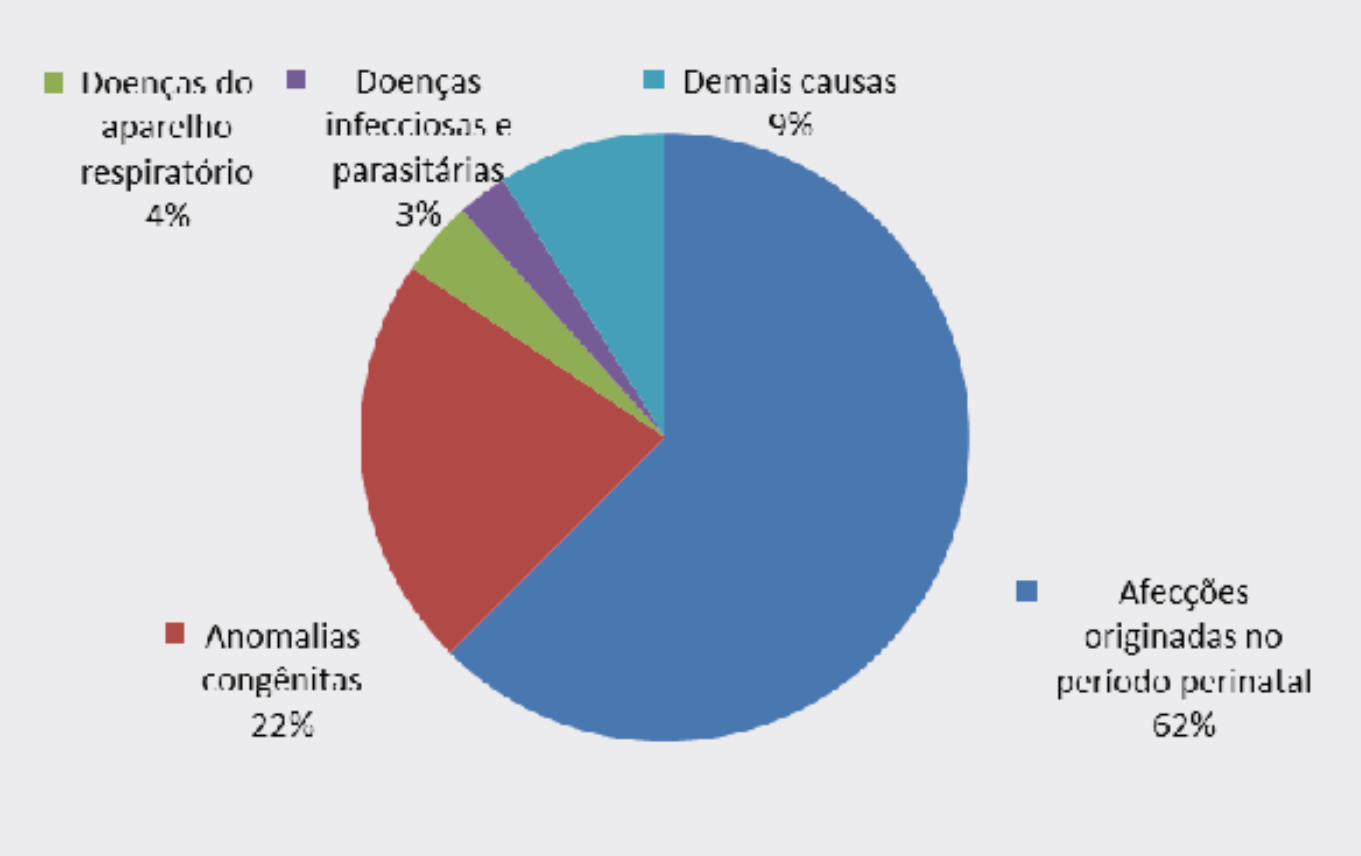
FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc, 2019.

Quanto às principais causas de óbitos infantis na Paraíba, destacam-se afecções originadas no período perinatal, o que explica a prevalência do componente neonatal precoce na mortalidade infantil do estado (Gráfico 59 e Tabela 21).

GRÁFICO 59 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS ÓBITOS INFANTIS POR CAPÍTULO (CID 10), NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

TABELA 21 - PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS INFANTIS, NA PARAÍBA, EM 2017.

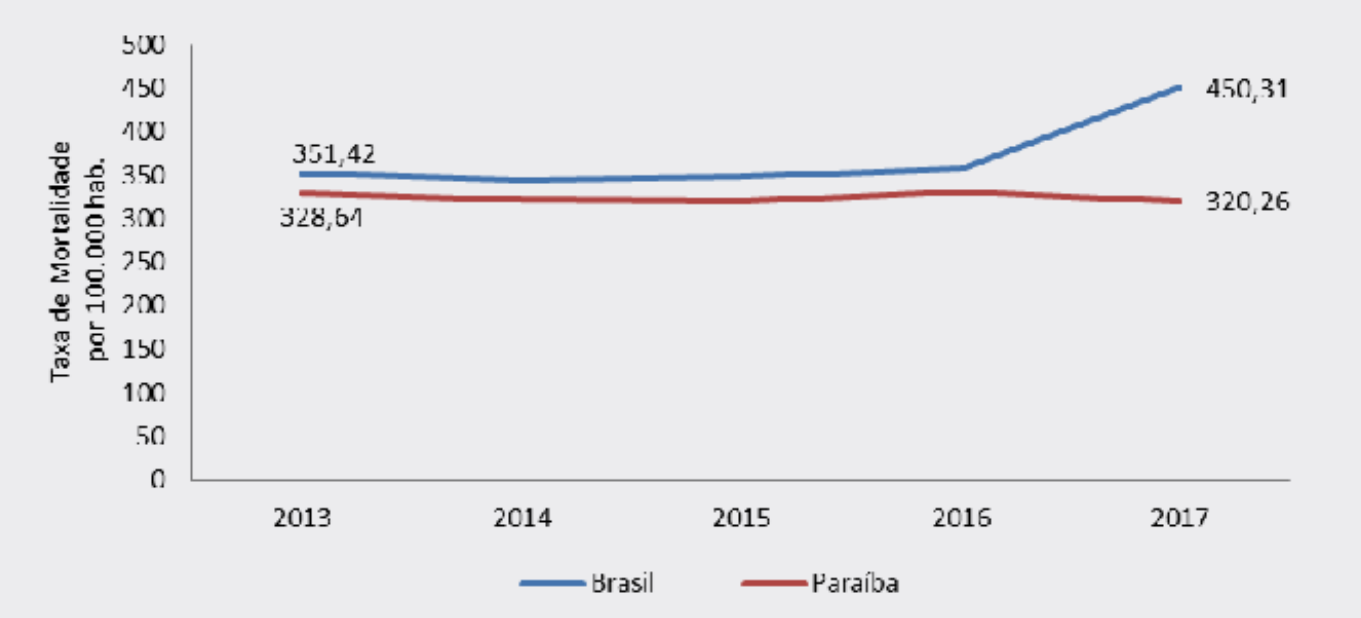
LISTA DE MORTALIDADE CID-10	N	%	%Acum.
Septicemia bacteriana do recém-nascido	91	12,3	12,3
Desconforto (angústia) respiratório (a) do recém-nascido	85	11,5	23,8
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos	76	10,3	34,1
Outras malformações congênitas	66	8,9	43,1
Outras afecções respiratórias do recém-nascido	51	6,9	50,0
Restante das afecções perinatais	51	6,9	56,9
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	48	6,5	63,4
Malformações congênitas do coração	48	6,5	69,9
Transtornos relacionados à duração da gravidez e	43	5,8	75,7
Demais causas	179	24,3	100,0
TOTAL	**738**	**100,0**	

Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.

Mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT

No Brasil, em 2013, a taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório, Diabetes Mellitus e Neoplasias) foi de 351,42 por 100.000 habitantes, maior que a taxa da Paraíba no mesmo ano, que foi de 328,64 por 100.000 habitantes. Comparando os anos de 2013 e de 2017, observa-se que houve um aumento da taxa de mortalidade prematura por DCNT no Brasil (21,96%) enquanto na Paraíba houve uma discreta redução (2,54%) (Gráfico 60).

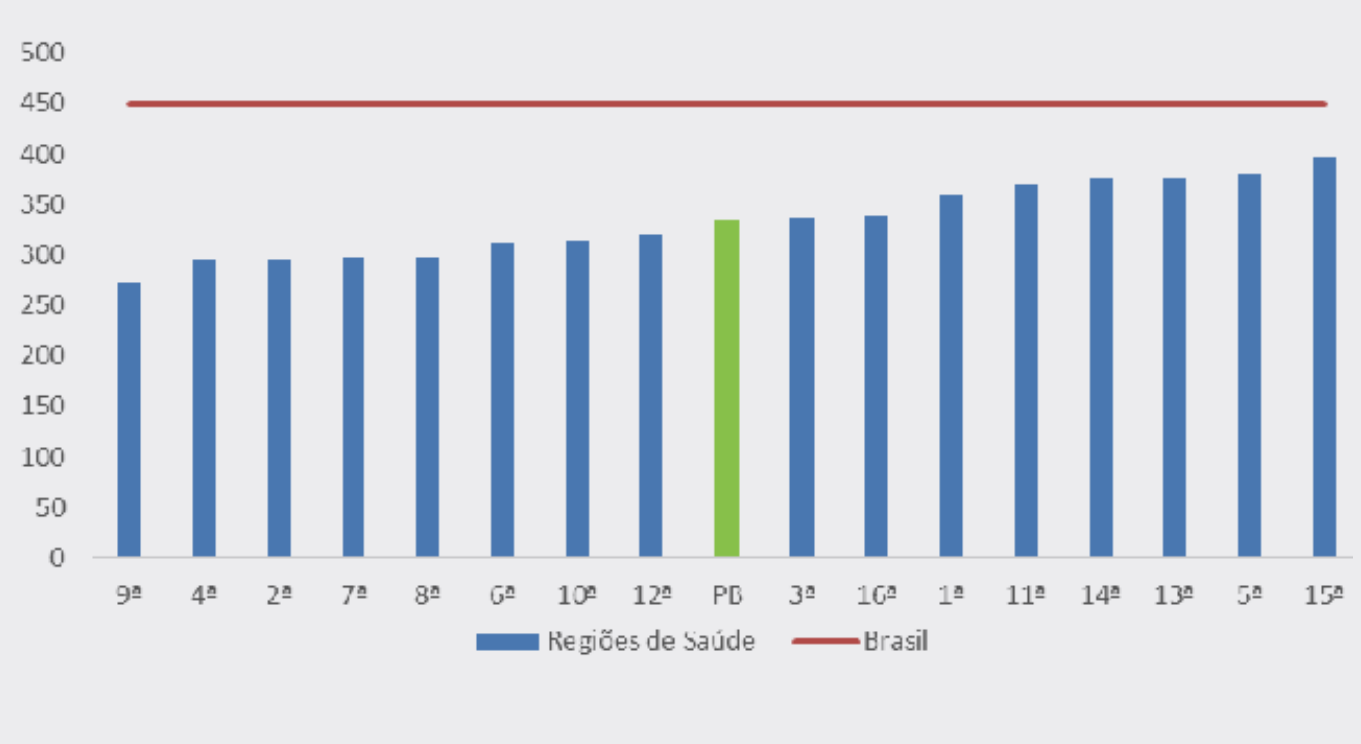
GRÁFICO 60 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DNCT POR 100.000 HABITANTES, NO BRASIL E NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) e IBGE, 2019.

As Regiões de Saúde que se destacaram com as maiores taxas de mortalidade prematura por 100.000 habitantes pelas quatro principais DCNT foram as regiões de saúde 15ª (379,23), a 5ª (379,23) e a 13ª (376,78), superando a taxa da Paraíba (Gráfico 61).

GRÁFICO 61 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT POR 100.000 HABITANTES SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.HABITANTES SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE, NA PARAÍBA, EM 2017.

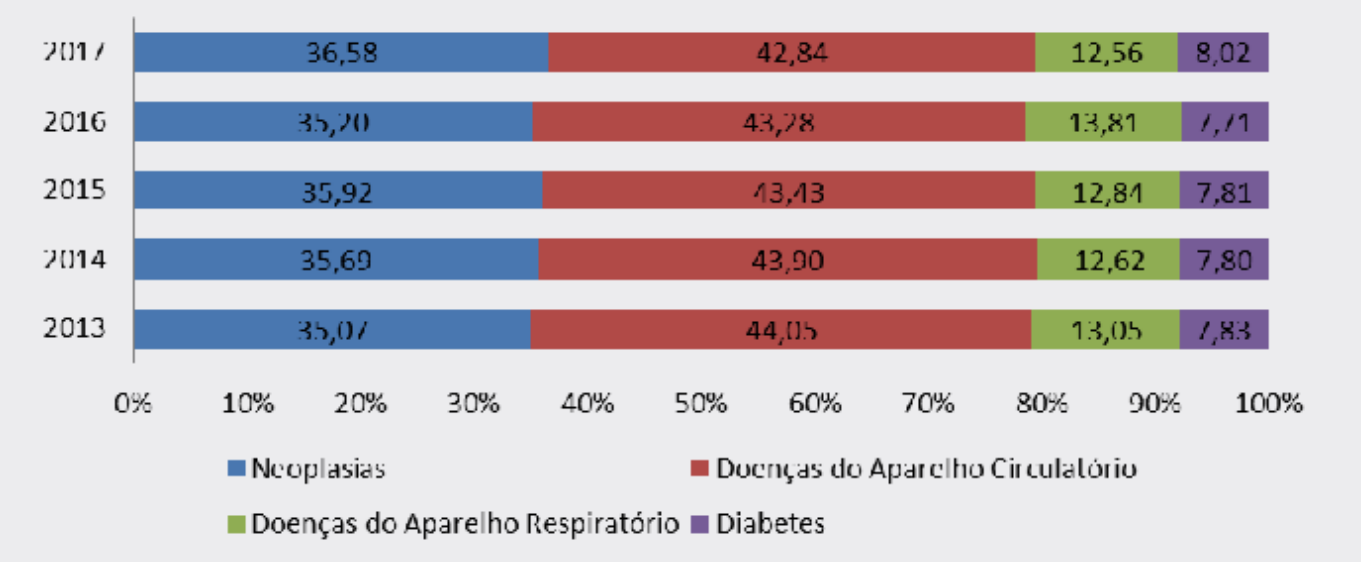


Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) e IBGE, 2019.

No Brasil e na Paraíba, em 2017, as DAC representaram 42,84% e 48,86% do total de óbitos por DCNT respectivamente, enquanto as neoplasias representaram 36,58% e 33,91%, respectivamente (Gráfico 64 e 65).

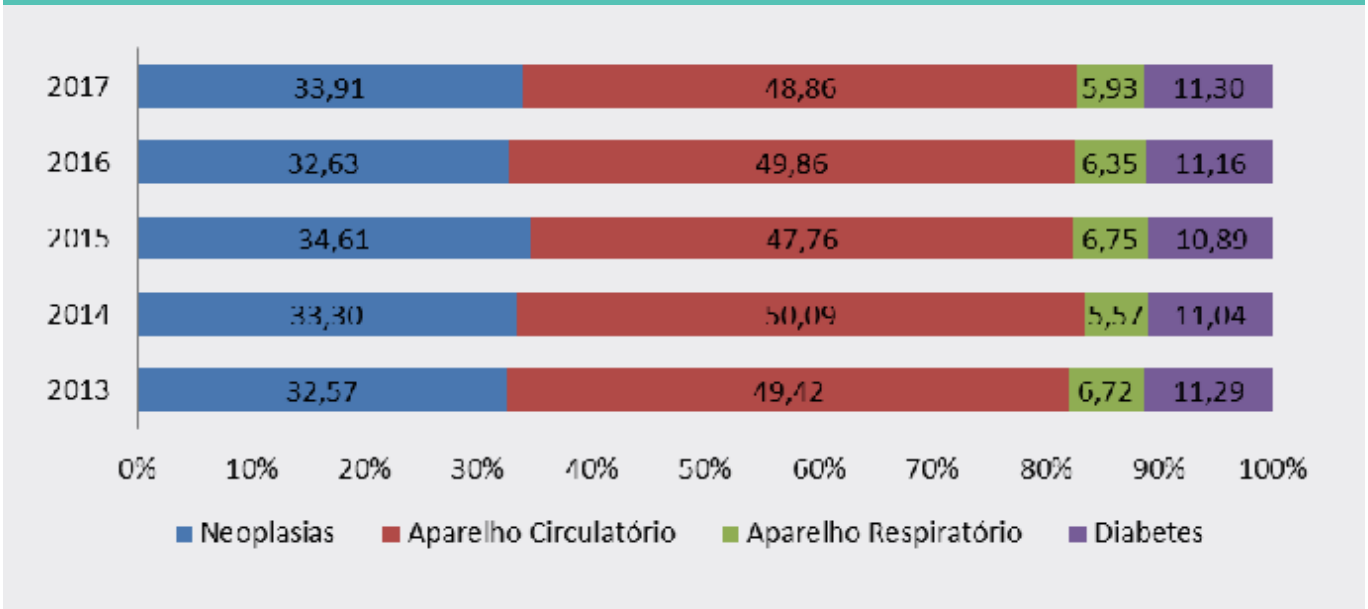
Entre 2013 e 2017, observa-se para o Brasil um aumento de 2,36% na proporção de óbitos por diabetes, de 4,12% na proporção de óbitos por neoplasias e uma redução por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) de 2,74% e 3,25% por Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) (Gráfico 62). Na Paraíba, no mesmo período, houve um aumento na proporção dos óbitos por neoplasias e por diabetes de 3,95% e 0,08%, respectivamente, uma redução na proporção de óbitos por Doenças do Aparelho Respiratórias de 11,75% e de 1,13% por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) (Gráfico 63).

GRÁFICO 62 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO, NO BRASIL, DE 2013 A 2017.



Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), 2019.

GRÁFICO 63 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO, NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017.

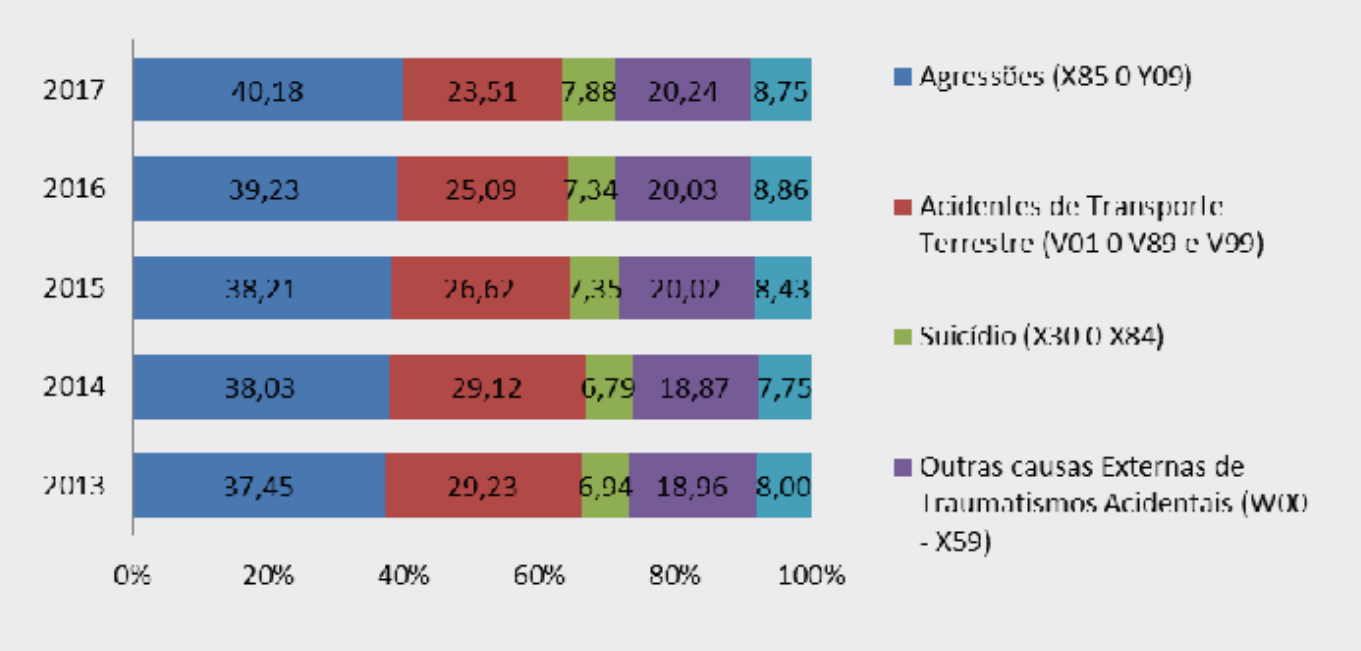


Fonte: DATASUS/ Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), 2019.

Mortalidade por Causas Externas

O Brasil apresentou um aumento de 4,39% no número de óbitos por causas externas, quando comparados os anos de 2013 (N=151.683) e de 2017 (N=158.657). Neste período, conforme observado no gráfico 64, há maior concentração de óbitos por Agressões, seguido de Acidentes de Transporte Terrestre, atingindo em 2017, proporções de 40,17% e 22,96%, respectivamente.

GRÁFICO 64 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS, NO BRASIL, DE 2013 A 2017.



Fonte: SIM/MS, 2019.

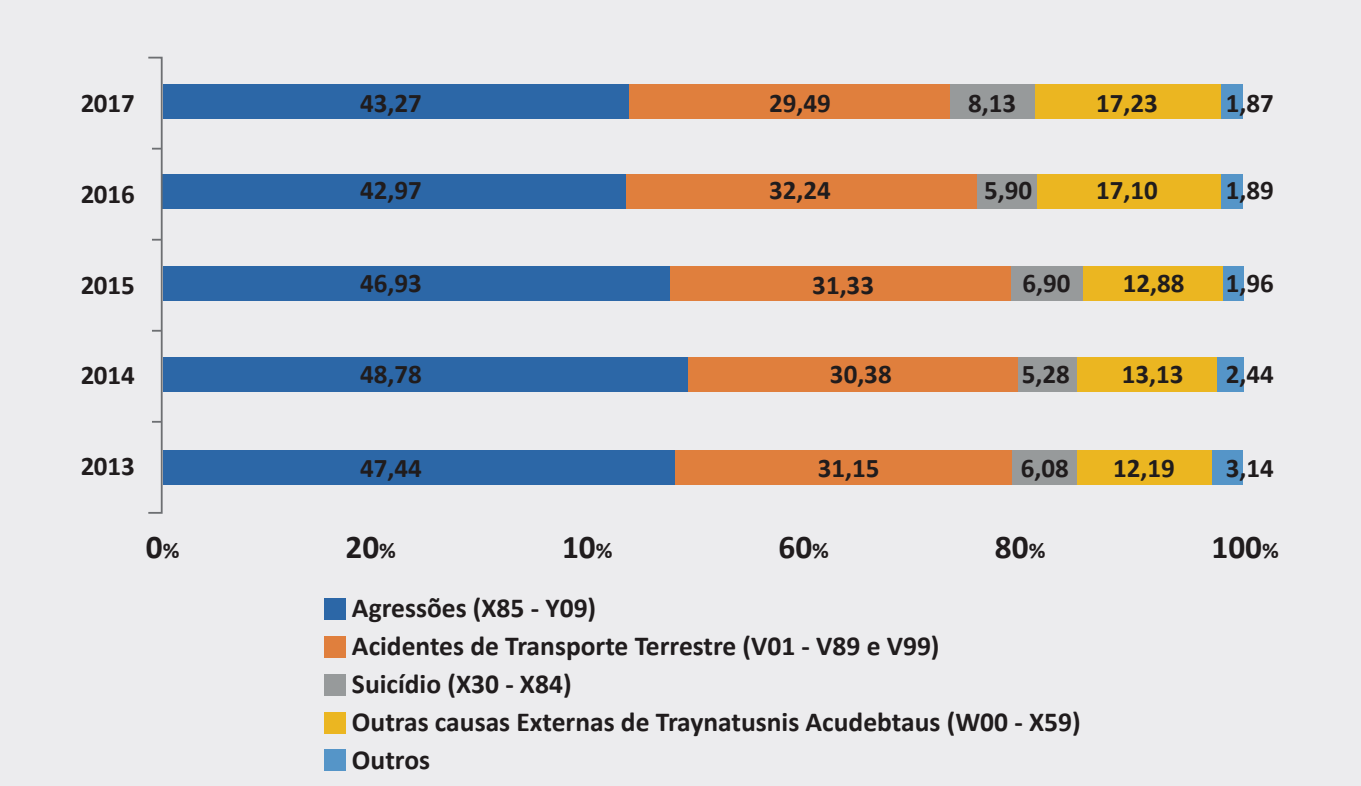
A mortalidade por causas externas na Paraíba assemelha-se a do Brasil no mesmo período, apresentando as maiores proporções nos grupos de causas por agressões e por acidentes de transporte, além de um incremento importante na proporção de eventos cuja intenção é indeterminada (Gráfico 65).

As agressões configuram como as principais causas de óbito dentre as causas externas nas Regiões de Saúde 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 6ª e 12ª, em 2013. Nas demais regiões prevaleceram os acidentes de transporte.

Na Paraíba, houve redução de 6,28% no número de óbitos por causas externas quando se comparam os anos de 2013 (N=3.307) e de 2017 (N=3.099).

Em relação as duas principais causas de óbito por causas externas, observou-se que o número de óbitos por agressões reduziu 14,53% neste período, tendo iniciado a redução em 2014. Já no número de óbitos por acidentes de transporte terrestre a redução foi de 11,51%%, onde o incremento oscilou com discretas reduções e aumentos, desde o primeiro ano da série analisada (Gráfico 65).

GRÁFICO 65 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS, NA PARAÍBA, DE 2013 A 2017.



Fonte: SIM/SES-PB, 2019.

3.2.4 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE: SAÚDE DO TRABALHADOR

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, do Ministério da Saúde, tem como prioridade o trabalho de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), com o objetivo de vigiar o trabalho de modo a impedir o adoecimento dos trabalhadores, bem como aprimorar suas condições de trabalho e vida, através de uma vigilância, de modo a compreender o trabalho, analisá-lo e poder intervir sobre ele, com o objetivo maior de transformá-lo. O sistema de trabalho abrange o conjunto de situações que estão envolvidas na realização do trabalho em si: o processo de trabalho; o local onde ele se realiza – o ambiente de trabalho; e as diversas formas como ele se realiza – as condições de trabalho.

O perfil de produtividade e morbimortalidade são analisados de forma articulada com outras instituições, tais como Ministério Público do Trabalho e Emprego (MPTE) e da Previdência Social.

A Vigilância Epidemiológica dos agravos à saúde do trabalhador de notificação compulsória foi implantada de forma gradual em nosso país, a partir de 2007, com a publicação da portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, em que em seu anexo define os agravos à saúde do trabalhador como: acidente de trabalho fatal; acidente de trabalho com mutilações e acidente de trabalho em crianças e adolescentes. Essas são de notificação compulsória imediata, que deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Os acidentes com exposição a material biológico e Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases

tóxicos e metais pesados) são de notificação semanal, realizada em até sete dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo e será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente.

No caso dos agravos relacionados ao trabalho, a Portaria MS nº 1984 de 12/09/2014 em anexo define que os agravos relacionados à saúde do trabalhador de Notificação Compulsória a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas são: Dermatoses Ocupacionais; Lesões por Esforços Repetitivos (LER); Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e Câncer Relacionado ao Trabalho.

A tabela 22 mostra a situação dos agravos relacionados à saúde do trabalhador de notificação compulsória registrados no SINAN no período de 2014 a 2018 na Paraíba.

Apesar de se observar o crescimento dos acidentes de trabalho grave, acidentes com material biológico e doenças ocupacionais, a exemplo da PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruídos), ao longo dos anos percebe-se que ainda existem subnotificações desses dados. Ao se analisar outras doenças como: Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), Pneumoconioses, Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, a subnotificação é ainda maior chegando a ser, em alguns casos, invisíveis, uma vez que o perfil produtivo do estado da Paraíba contempla atividades econômicas do ramo da agricultura, mineração, indústria, telemarketing, entre outros, e que são atividades que podem levar ao adoecimento dos trabalhadores do nosso estado.

Diante desse cenário, devem ser desenvolvidas estratégias junto à vigilância e à assistência para fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT na Paraíba, sabendo que só haverá uma saúde integral e de qualidade quando houver uma compreensão que o trabalho é um fator condicionante e determinante no processo saúde doença.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA REGISTRADOS NO SINAN, NA PARAÍBA, DE 2014 A 2018.

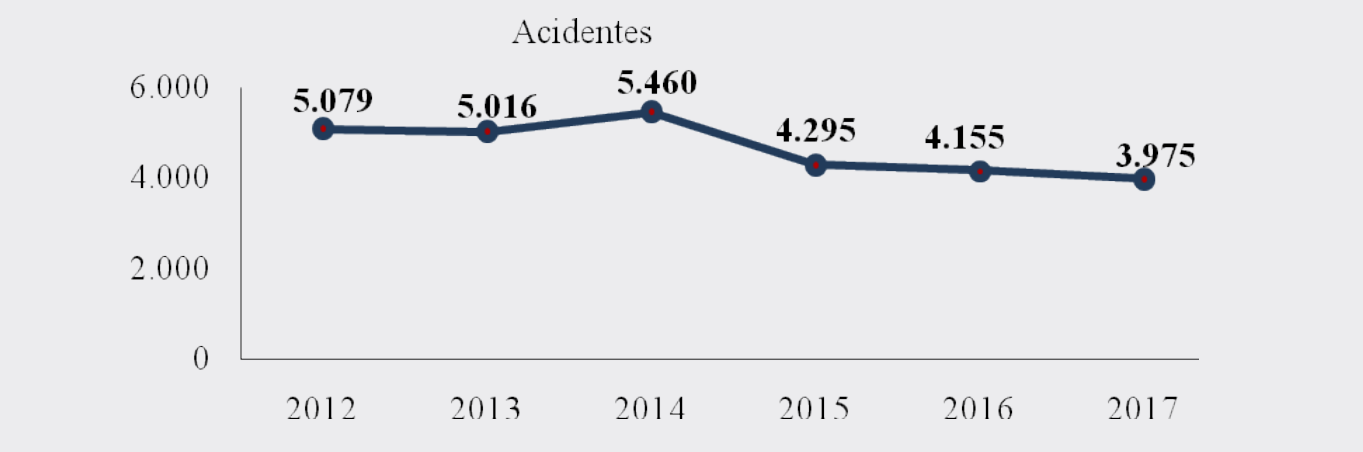
	AGRAVOS	2014	2015	2016	2017	2018
MACRO I	Acidente com material biológico	66% (262)	67% (420)	63% (308)	70% (361)	758% (321)
	Acidente Grave	50% (375)	73% (1619)	81% (1698)	72% (1404)	52% (1135)
	Dermatoses Ocupacionais	33% (1)	0% (0)	0% (0)	100% (4)	100% (1)
	Intoxicação Exógena	52% (41)	52% (33)	34% (17)	48% (32)	33% (30)
	LER/DORT	39% (118)	88% (288)	95% (145)	84% (179)	85% (184)
	Pneumoconioses	33% (1)	100% (1)	100% (1)	0% (0)	100% (1)
	PAIR	0% (0)	37% (3)	40% (2)	0% (0)	50% (2)
	Transtornos Mentais	84% (26)	99% (72)	99% (85)	93% (76)	100% (48)
	Câncer	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	AGRAVOS	2014	2015	2016	2017	2018
MACRO II	Acidente com material biológico	26% (102)	23% (144)	26% (126)	19% (100)	24% (133)
	Acidente Grave	22% (161)	16% (359)	9% (189)	18% (360)	33% (725)
	Dermatoses Ocupacionais	67% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	Intoxicação Exógena	32% (25)	13% (8)	42% (21)	23% (15)	43% (39)
	LER/DORT	59% (175)	10% (33)	3% (5)	15% (32)	13% (28)
	Pneumoconioses	33% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	PAIR	0% (0)	13% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	Transtornos Mentais	16% (5)	1% (1)	0% (0)	2% (2)	0% (0)
	Câncer	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	AGRAVOS	2014	2015	2016	2017	2018
MACRO III	Acidente com material biológico	8% (33)	9% (59)	10% (51)	11% (55)	18% (97)
	Acidente Grave	28% (206)	10% (233)	10% (209)	10% (179)	15% (331)
	Dermatoses Ocupacionais	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	Intoxicação Exógena	15% (12)	35% (22)	24% (12)	29% (19)	23% (21)
	LER/DORT	17% (5)	2% (5)	2% (2)	0,4% (1)	1% (3)
	Pneumoconioses	33% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
	PAIR	0% (0)	50% (4)	60% (3)	0% (0)	50% (2)
	Transtornos Mentais	0% (0)	0% (0)	1% (1)	5% (4)	0% (0)
	Câncer	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Fonte: SINAN, 2019.
*Acidente de trabalho grave são acidentes com: acidente de trabalho fatal, acidente de trabalho com mutilações e acidente de trabalho em crianças e adolescentes.

SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES VINCULADOS À PREVIDÊNCIA SOCIAL

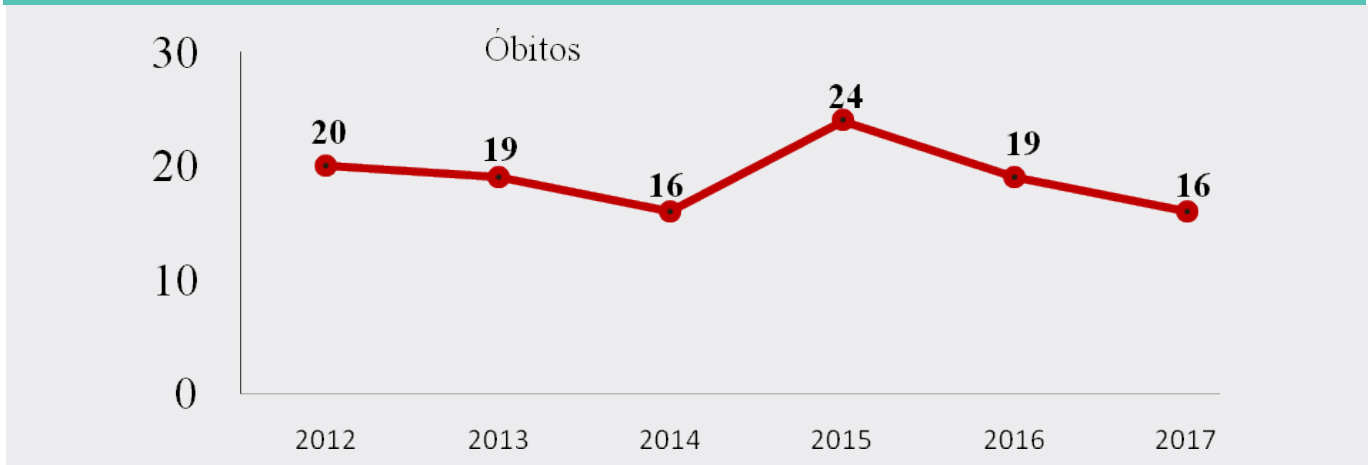
Os Acidentes de Trabalho (AT) são considerados graves problemas socioeconômicos e de saúde pública. De acordo com o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do Trabalho (MPT), cerca de 14 mil pessoas no Brasil morreram no período de 2012-2017 em decorrência de acidentes do trabalho, com estimativa de 1 acidente a cada 3h 7m 50s e 1 morte a cada 18d 10h 30s, desde 2012 até março 2019. Na Paraíba, os acidentes de trabalho acometeram grande parcela da população paraibana no período de 2012-2017 (Gráficos 66 e 67).

GRÁFICO 66 - EVOLUÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA, NO PERÍODO DE 2012 A 2017.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, AEAT 2017

GRÁFICO 67 - EVOLUÇÃO DE ÓBITOS POR ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DA PARAÍBA, NO PERÍODO DE 2012 A 2017.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, AEAT 2017

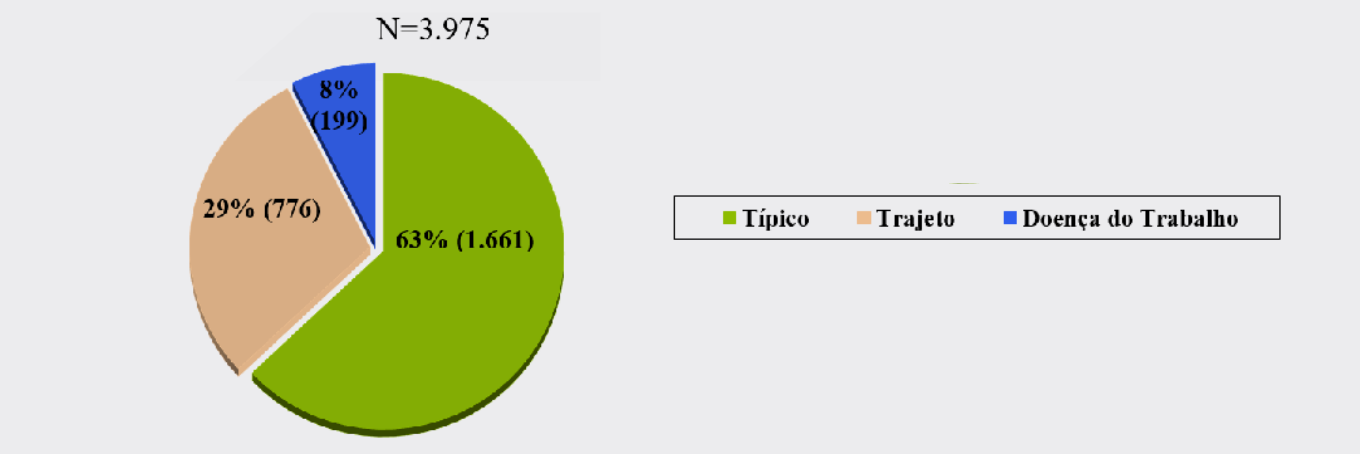
Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social demonstraram que em 2017 a Paraíba registrou em torno de 3.975 mil acidentes do trabalho nas diversas atividades econômicas do estado (Tabela 23). Pouco mais de 63% (1.661) desses casos foram acidentes típicos, ou seja, acidentes que ocorreram no ambiente de trabalho (Gráfico 68). O grupo etário mais afetado foi de 20 a 39 anos (Gráfico 69); o sexo masculino foi o mais prevalente com cerca de 79% (Gráfico 70); e cerca de 55% (2.173) desses casos evoluíram para afastamentos (Auxílios-Doença por Acidente de Trabalho - B91), que acarretaram custos financeiros à Previdência Social de R$ 9.490,600. Além dos custos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) com procedimentos realizados em unidades de média e alta complexidade.

TABELA 23 - AS 15 ATIVIDADES ECONÔMICAS COM MAIS REGISTROS DE ACIDENTES POR MOTIVO NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017.

POSIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE)
1ª	Fabricação de calçados de materiais não especificados anteriormente
2ª	Fabricação de tênis de qualquer material
3ª	Construção de edifícios
4ª	Atividades de atendimento hospitalar
5ª	Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios -hipermercados e supermercados
6ª	Atividades de Correio
7ª	Atividades de teleatendimento
8ª	Distribuição de energia elétrica
9ª	Bancos múltiplos, com carteira comercial
10ª	Fabricação de produtos cerâmicos não-refratários para uso estrutural na construção
11ª	Fabricação de álcool
12ª	Atividades de apoio à gestão de saúde
13ª	Restaurantes e outros estabelecimentos de serviços de alimentação e bebidas
14ª	Incorporação de empreendimentos imobiliários
15ª	Atividades de transporte de valores

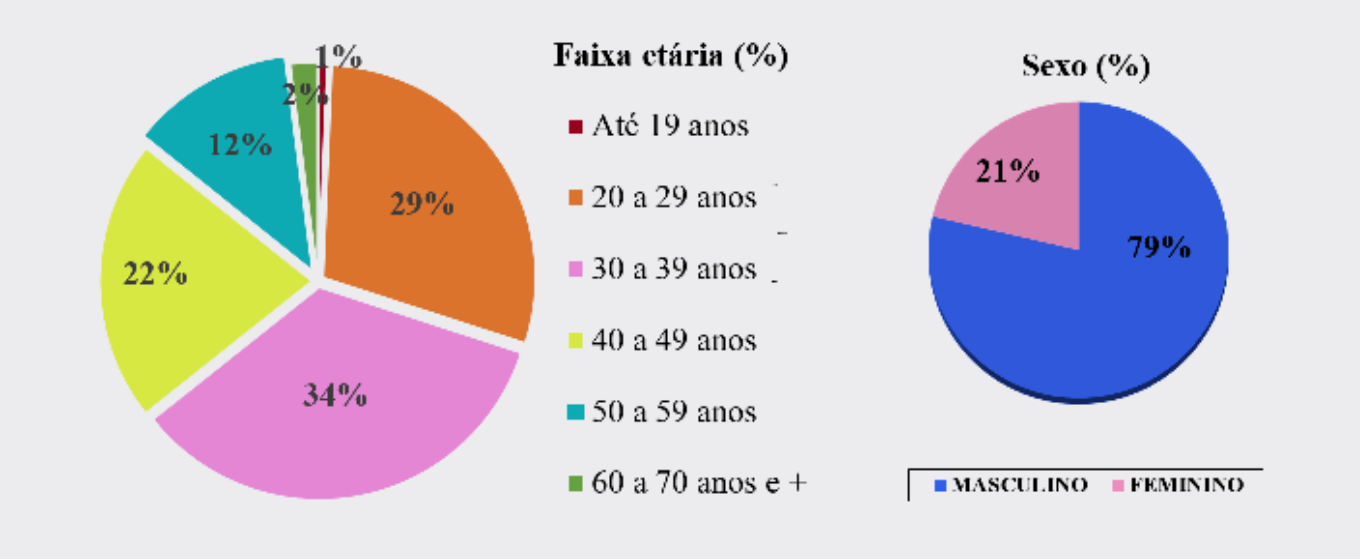
Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, AEAT 2017

GRÁFICO 68 - ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL POR MOTIVO, NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, AEAT 2017

GRÁFICO 69 E 70 - ACIDENTES DO TRABALHO REGISTRADOS COM CAT´S E SEM CAT´S, PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIA E SEXO, NO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, AEAT 2017

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER e TEISBERG, 2007).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde confirma-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e sistema de transporte sanitário); e o sistema de governança.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel de coordenadora do cuidado à saúde da população adstrita e é a ordenadora da RAS, sendo o centro de comunicação com toda a Rede.

O desenho de redes de atenção à saúde na Paraíba está centrado nas Regiões de Saúde, buscando economia de escala e acesso aos serviços de saúde levando em consideração a relativa escassez de recursos.

4.1 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A RUE do estado da Paraíba segue em concordância com as diretrizes estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, Anexo I, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, destacando entre elas a ampliação do acesso, contemplando a classificação de risco no acolhimento em todos os pontos de atenção e garantindo o cumprimento dos princípios do SUS no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas, além das linhas prioritárias (BRASIL,2011).

A atenção às urgências é um tema complexo, que não deve ser tratado de forma pontual e por um único tipo de serviço. Desse modo, no âmbito do SUS as urgências devem ser abordadas a partir da constituição de uma Rede de Atenção que atravesse os diversos níveis de complexidade do sistema, além de comportar vários serviços diferentes, organizados a partir das necessidades dos usuários.

O atendimento às urgências e emergências deverá estar articulado com as diversas redes de atenção de forma humanizada, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, com o acesso regulado aos serviços de saúde.

Será implantado um modelo de atenção de caráter multiprofissional, articulado e integrado aos diversos serviços e equipamentos de saúde, de forma regionalizada, a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção.

Deve-se haver o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, ocorrendo o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção, com participação e controle social dos usuários sobre os serviços.

Baseados nos mapas de risco regionais e locais e na adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos, ocorrerão o fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas.

Através da educação permanente, o estado da Paraíba vem promovendo a qualificação da assistência em Atenção às Urgências e Emergências de todas as equipes de saúde do SUS em todos os pontos de atenção, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

São componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE):

a) Promoção, Prevenção e vigilância à saúde

A gestão estadual irá estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente, juntamente com os gestores municipais. Tais ações serão voltadas à vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis. Elas serão complementadas com ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a vigilância à saúde.

b) Atenção Básica em Saúde (ABS)

Os 223 municípios do estado da Paraíba são habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica. Com o objetivo de ampliar o acesso

e de fortalecer o vínculo e responsabilização com o primeiro cuidado de urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, torna-se necessária a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades e estruturação dos pontos de atendimentos da Atenção Básica de Saúde em todos os municípios do estado da Paraíba que possam tornar as Unidades Básicas de Saúdes aptas às urgências sensíveis à atenção básica que hoje migram para as portas de entrada dos Hospitais de Urgências.

c) Componente hospitalar de urgência e emergência

O hospital é um componente fundamental na integralidade do cuidado, concebido de forma ampliada integrada, respondendo a situações de maior complexidade ou gravidade.

Sabendo que as portas de entrada hospitalares de urgência/emergência constituem-se hoje em um dos graves problemas relacionados à atenção no SUS, foram realizados levantamentos objetivando a construção de uma proposta de investimento e melhoria de custeio destes prontos-socorros/prontos atendimentos que são importantes referências para as redes municipais, regionais ou estaduais de saúde.

Conforme Portaria de Consolidação n°3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, anexo III, arts. 13 ao 18 e arts. 35 ao 38, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, são objetivos do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II - garantir retaguarda de atendimento de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

A mesma norma estabelece diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, quais sejam:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências

II - humanização de atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgências e gravidade do caso;

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Para efeito desta Portaria, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

§1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana.

§2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto desta Portaria, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

§3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgências previsto nesta Portaria.

Os requisitos para que sejam consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências:

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II - ter no mínimo 100 leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

a) cardiovascular;
b) neurologia/neurocirurgia;
c) pediatria;e
d) traumato-ortopedia

O quadro abaixo apresenta os hospitais aprovados como porta de entrada no plano da RUE da 1ª macrorregião.

QUADRO 4 - HOSPITAIS APROVADOS COMO PORTA DE ENTRADA NO PLANO DA RUE DA 1ª MACRORREGIÃO.

HOSPITAL	MUNICÍPIO
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HETSHL	João Pessoa
Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity – CHMGTB	João Pessoa
Hospital Edson Ramalho – HER	João Pessoa
Hospital Municipal Valentina – HMV	João Pessoa
Complexo de Saúde do Município de Guarabira – HRG	Guarabira
Hospital Regional de Itabaiana – HRI	Itabaiana

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB, 2019.

d) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza o atendimento em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível.

As ambulâncias são atribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento os serviços hospitalares de referência. A prioridade é possibilitar a cada vítima um atendimento no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade de caso.

Quando chamar o SAMU 192?

- Na ocorrência de problemas cardio-respiratórios;
- Em casos de intoxicação exógena;
- Em caso de queimaduras graves;
- Na ocorrência de maus tratos;
- Em trabalhos de parto onde haja risco de morte da mãe ou do feto;
- Em casos de tentativas de suicídio;
- Em crises hipertensivas;
- Quando houver acidentes/traumas com vítimas;
- Em casos de afogamentos;
- Em casos de choque elétrico;
- Em acidentes com produtos perigosos.

Em torno de 100% da população do estado (4.018.127 habitantes) tem cobertura do SAMU 192, apresentando a cobertura necessária a um atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. Atualmente, a Paraíba dispõe de sete Centrais de Regulação Médica de Urgência (CRMU) do SAMU 192, instaladas e habilitadas nos municípios de João Pessoa (SAMU Metropolitano), Campina Grande (SAMU Regional), Patos (SAMU Regional), Monteiro (SAMU Regional), Piancó (SAMU Regional), Sousa (SAMU Regional) e Cajazeiras (SAMU Regional), que regulam as 102 bases descentralizadas.

e) Centrais de regulação

Com a Regionalização, há um planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e referenciadas, com a população definida e territórios de atuações delimitados. As CRU são dotadas de mecanismos de comunicação predeterminados que garantem o acesso ao usuário às ações e serviços nos níveis de complexidade necessários e resolutivos aos seus problemas de saúde. Constituem-se, também, em observatório privilegiado da

saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral. De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, terão prioridade os projetos de Regionalização do SAMU - 192 com proposta de agrupamento de centrais municipais já existentes, a fim de configurar centrais regionais; de centrais municipais ou regionais já existentes, com proposta de incorporação de novos municípios; e os projetos novos, de caráter regional, otimizando em todas as situações a utilização de recursos e ampliando a cobertura e o acesso.

A regionalização do SAMU 192 na Paraíba conta com sete centrais de regulação estabelecidas nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos, Piancó, Sousa, Monteiro e de Cajazeiras, as quais darão cobertura às regiões em que estão inseridas. Sendo assim, a Paraíba passa a ter uma conformação de Rede de APH – Móvel em que todos os municípios têm cobertura. Podemos visualizar essa divisão na tabela 24.

TABELA 24 - CENTRAIS DE REGULAÇÃO E MUNICÍPIOS REGULADOS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO	Municípios Regulados
João Pessoa	1ª, 2ª, 12ª e 14ª Regiões de Saúde
Campina Grande	3ª , 4ª, 15ª e 16ª Regiões de Saúde
Patos	6ª Região de Saúde
Monteiro	5ª Região de Saúde
Piancó	7ª e 11ª Regiões de Saúde
Sousa	8ª, 10ª e 13ª Regiões de Saúde
Cajazeiras	9ª Região de Saúde

f) Bases Descentralizadas

As Bases Descentralizadas seguem os preceitos do Barão Larrey, que desenvolveu um sistema de cuidados médicos para o exército francês: rápido acesso ao paciente por profissional treinado; tratamento e estabilização no campo; rápido transporte aos hospitais apropriados; e cuidados médicos durante o transporte, devendo as bases estar estrategicamente localizadas nos municípios, de forma a contemplar os atendimentos da região com um tempo-resposta adequado e respeitando a ordenação dos fluxos das urgências através da grade de serviços regionalizada e hierarquizada (PHTLS, 2012).

Poderão utilizar áreas adjacentes a serviços de saúde já existentes, desde que mantenham sua individualidade no que concerne à área de descanso dos profissionais e banheiros, bem como estacionamento coberto para ambulância em local próximo ao alojamento. Outras áreas de apoio como: refeitório, almoxarifado, farmácia, esterilização de materiais, lavagem e desinfecção das ambulâncias poderão ser compartilhadas com o serviço em questão, através de pactuação prévia entre os serviços.

As bases exclusivamente construídas para o SAMU 192 serão de inteira responsabilidade do município-sede e deverão apresentar as estruturas elencadas abaixo para uma composição mínima:

- Sala de repouso para descanso dos profissionais;
- Banheiro, com chuveiro;
- Sala de Estar;
- Copa (pode ser conjugada ao estar);
- Estacionamento coberto para Unidade Móvel;
- Depósito para material de limpeza com tanque (DML);
- Sala de recepção;
- Sala de recepção e limpeza (Sala de utilidades/expurgo);
- Local de limpeza das ambulâncias;
- Central de Material Esterilizado (CME);

• Almoxarifado;
• Área para Armazenagem e Controle - CAF (Distribuição de Medicamentos);
• Local para armazenamento de resíduos sólidos.

O quadro 07 abaixo demonstra o quantitativo de Unidades do SAMU 192 por Central de Regulação.

QUADRO 07 - CENTRAIS DO SAMU.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	BASES DESCENTRALIZADAS	USA	USB
1ª	João Pessoa	28	13	36
2ª	Campina Grande	27	10	33
2ª	Monteiro	06	1	6
3ª	Patos	08	3	11
3ª	Piancó	14	5	16
3ª	Sousa	11	5	15
3ª	Cajazeiras	08	2	8
		102	**39**	**125**

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB, 2019.

Abrangência do SAMU:

1º Macrorregião (65 Municípios) - 28 Bases; 13 Unidades de Suporte Avançado (04 em João Pessoa); 36 Unidades de Suporte Básico (10 em João Pessoa).

2º Macrorregião (70 Municípios) - 33 Bases; 11 Unidades de Suporte Avançado; 39 Unidades de Suporte Básico.

3º Macrorregião (89 Municípios) - 41 Bases: 08 em Patos, 14 em Piancó, 08 em Cajazeiras e 11 em Sousa; 15 Unidades de Suporte Avançado e 50 Unidades de Suporte Básico.

g) Unidades de pronto atendimento - UPA 24H

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas são estruturas do componente pré-hospitalar fixo, de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, uma vez que organiza o fluxo de atendimento, encaminhando o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

g) Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24H

As Unidades de Pronto Atendimento deverão ser implantadas em locais estratégicos para configurar a rede de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências. As suas ações estão incluídas no Plano de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado, conforme determina o Pacto pela Saúde e a Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, arts. 70 a 93, anexo 10 do anexo III.

Entre as ações desenvolvidas pelas unidades de pronto atendimento – UPA, podemos citar:

• Realizar atendimento 24 horas todos os dias da semana;

• Fazer acolhimento dos usuários que buscarem atendimento, através da classificação de risco de modo a identificar o que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica;

• Garantir atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
• Adotar protocolos de atendimentos clínicos, de triagem e de procedimentos administrativos;

• Realizar articulação com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde;

• Construir fluxo coerente e efetivo de referência e contrarreferências ordenando-os através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e Complexos Reguladores instalados;

• Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica;

• Prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando-os e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo em todos os casos a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

• Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;

• Estabilizar os usuários atendidos pelo SAMU 192;

• Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

• Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

• Prestar apoio diagnóstico realizando exames de Raios X, de laboratório, eletrocardiograma, e terapêutico nas 24 horas do dia;

• Manter paciente em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

• Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação;

• Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
• Contrarreferências para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

• Solicitar retaguarda do SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade, e;

• Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, como raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

Na Paraíba, todas as propostas de Upas foram aprovadas antes de 2014. Sendo assim, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, art. 73 a 93, ainda é definida de acordo com a descrição abaixo:

UPA Porte I: tem sete leitos de observação e dois leitos de urgência. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

UPA Porte II: 11 leitos de observação e tres leitos de urgência. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

UPA Porte III: 15 leitos de observação e quatro leitos de urgência. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Demonstramos abaixo o quantitativo de UPAs em funcionamento (Q uadro 08).

QUADRO 08 - UPAS EM FUNCIONAMENTO.

MUNICÍPIO	NOME DA UPA	PORTE	GERÊNCIA	SITUAÇÃO
Cajazeiras	Upa Dra Valeria Macambira Guedes	I	Estadual	em funcionamento
Guarabira	Upa de Guarabira	I	Estadual/OS	em funcionamento
Monteiro	Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	I	Municipal	em funcionamento
Pombal	Upa de Pombal	I	Municipal	em funcionamento
Princesa Isabel	Upa de Pricesa Isabel	I	Estadual/os	em funcionamento
Santa Rita	Upa Sta Rita	I	Estadual/os	em funcionamento
João Pessoa	Upa Oceania	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Celio Pires De Sa	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Cruz das Armas	II	Municipal	em funcionamento
João Pessoa	Upa Bancários	II	Municpipal	em funcionamento
Bayeux	Upa Bayeux	II	Municipal	em funcionamento
Piancó	Upa 24 Horas	II	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	Upa 24 Horas Dr Maia	III	Municipal	em funcionamento
Campina Grande	UPA 24HS Dinamerica	II	Municipal	em funcionamento
Sousa	Upa Sousa	II	Municipal	em funcionamento
Patos	Upa 24hs Patos – Bairro de Jatobá	I	Municipal	em funcionamento
Ingá	Upa Ingá	I	Municipal	em funcionamento

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB, 2019.

h) Serviço de Atendimento Domiciliar- SAD

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às demais estruturas da Rede, caracterizada por um conjunto de ações de saúde prestadas no domicílio, destinadas ao paciente cujo quadro clínico exija cuidados e tecnologias passíveis de assistência no domicilio, por equipe de saúde específica para este fim.

A proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, porém o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26/01/2006, é referência obrigatória para o monitoramento desses serviços.

A AD é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evitam-se hospitalizações desnecessárias e se diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Atualmente, estão habilitados

no estado 17 Serviços de Atenção Domiciliar-SAD. Demonstramos abaixo o quantitativo de SAD no estado da Paraíba.

QUADRO 09 - SAD EM FUNCIONAMENTO.

MUNICÍPIO	MUNICÍPIO AGRUPADO	ESTABELECIMENTO	EMAD tipo 1	EMAD tipo 2	EMAP
Conceição	Serra Grande	Centro de Especialidades Medicas de Conceição	0	1	1
Conde		Unidade de Saúde da Família N S da Conceição	0	1	0
Conde		Centro Municipal de Saúde Dr Jarbas Maribondo Vinagre	0	0	1
Cabedelo		Serviço de Atenção Domiciliar	1	0	1
Boqueirão	Cabaceiras/Caturité/ São Domingos do Cariri	Serviço de Atenção Domiciliar			0
Cuité		Hospital Municipal de Cuité	0	1	1
Guarabira		Complexo Neurofuncional Maria Moura de Aquino	1	0	1
Itaporanga		Centro Medico Dr Manoel Medeiros Maia Itaporanga	0	1	1
João Pessoa		Serviço de Atenção Domiciliar SAD João Pessoa	7	0	3
Monteiro		Upa Joaquina Pires Barbosa Henrique	0	1	1
Pombal		Centro de Saúde Avelino Queiroga	0	1	1
Queimadas		Nasf Tataguassu	1	0	1
Areia		Centro de Saúde/Unidade Básica	0	1	1
Caaporã		Usf Centro II	0	1	1
Cajazeiras		Centro de Saúde/Unidade Básica	1	0	1
Pedras De Fogo		Nasf Integrar	0	1	1
Piancó	Igaracy	Centro de Apoio a Saúde da Família	0	1	1
Sousa		Secretaria Municipal de Saúde de Sousa	1	0	1

Fonte: Plano da Rede de Urgência e Emergência/SES-PB, 2019.

4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Para o atendimento à saúde materno-infantil, é utilizada a estratégia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que visa implementar ações para garantir atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. A Rede Cegonha se propõe a oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É estruturada a partir de quatro componentes:

• Pré-Natal - realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

• Parto e Nascimento - "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

• Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança - acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; orientação e oferta de métodos contraceptivos.

• Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação - implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

A Rede Cegonha tem como objetivos:

• Novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança;
• Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
• Redução da mortalidade materna e neonatal.

São diretrizes da Rede Cegonha:

• Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

• Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

• Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

• Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;

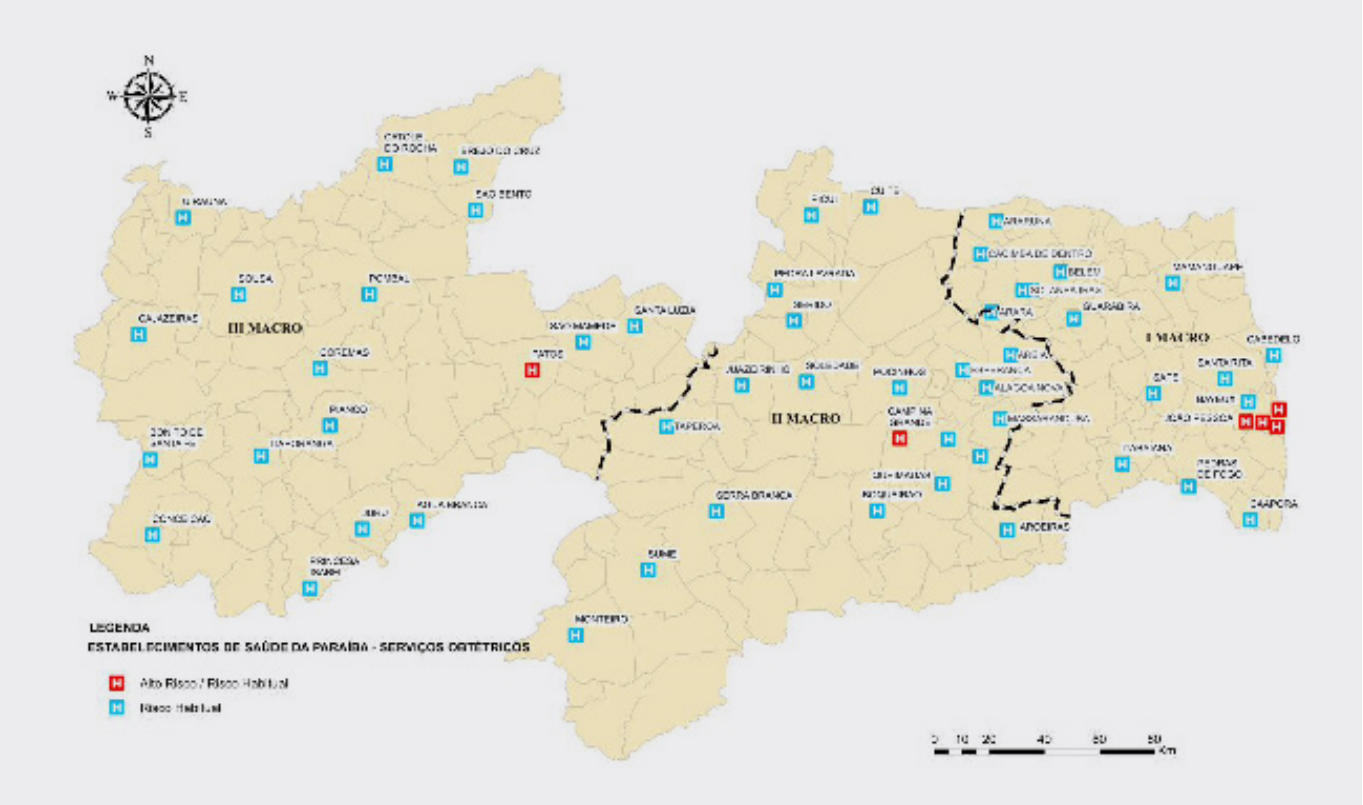
• Garantia da ampliação do acesso ao planejamento produtivo.

Na Paraíba, todos os 223 municípios fizeram adesão à Rede Cegonha em 2012, por meio de Planos de Ação Regional (PAR) que foram discutidos e pactuados na Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com as necessidades das regiões de saúde.

Inicialmente, sete maternidades, localizadas em João Pessoa (Frei Damião, Instituto Cândida Vargas, Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital Edson Ramalho), Campina Grande (ISEIA), Patos (Peregrino Filho) e Cajazeiras (Hospital Regional de Cajazeiras) ficaram como referência para o parto de alto risco.

No ano de 2018, aconteceram partos em 56 estabelecimentos de saúde, no entanto, apenas 24 deste realizaram acima de 300 partos no ano.

FIGURA 9 - REDE MATERNO INFANTIL.



Fonte: CNES, 2019

A Paraíba conta hoje com um Centro de Parto Normal (CPN), localizado em Campina Grande e duas Casas da Gestante, Bebê e Puerpera(CGBP), localizados em Campina Grande e João Pessoa. Está prevista a construção de quatro CPN, sendo dois em João Pessoa, um em Patos e um em Cajazeiras, e quatro CGBP que serão distribuídas da seguinte forma: duas em João Pessoa, uma em Patos e uma em Cajazeiras.

Por meio da Rede Cegonha, a assistência materno-infantil está sendo reorganizada no estado, a fim de garantir acesso, resolutividade, acolhimento e novas práticas na assistência à mulher em todo o seu ciclo gravídico puerperal e à criança até 24 meses.

4.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Paraíba dispõe hoje de uma rede que se amplia a cada dia e visa garantir boa assistência a usuários com transtornos e sofrimento mental, incluindo também os com problemas de saúde decorrentes do uso compulsivo de crack, álcool e outras drogas. As ações neste campo têm como foco atual o tratamento regionalizado, ou seja, o usuário pode ser atendido na região onde mora, evitando o desgaste do deslocamento e o acúmulo de atendimentos na Capital.

O usuário pode contar com a Unidade de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, SAMU, além dos serviços específicos da RAPS para o atendimento, conforme preconiza a Portaria nº 3088, Republicada em 21 de Maio de 2013 (Inclusa na Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de Setembro de 2017).

A RAPS tem o intuito de criar, ampliar, articular e diversificar os serviços do SUS destinados ao cuidado ampliado de pessoas em situação de sofrimento mental e/ou uso abusivo de crack, álcool e outros drogas. Trata-se de um modelo de atenção aberto e comunitário da Política Nacional de Saúde Mental, cuja proposta é de assegurar a livre circulação e acesso pelos serviços da comunidade e pela cidade.

Especificamente os dispositivos da RAPS são:

a) O Consultório na Rua: Equipes que realizam atividades de forma itinerante às demandas das pessoas em situação de rua, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais; usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos. Atuam em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (USB) do território, desenvolvendo ações com as equipes dessas unidades.

b) Os CAPS I e II: Serviços para os municípios de menor porte - que além dos demais usuários portadores de transtorno mental, também atendem pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias no horário diurno, no período das 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O CAPS II pode ainda comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

c) O CAPS III: Serviço que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD quando necessário.

d) O CAPS Infantojuvenil: Serviço de atenção diária destinado especificamente ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e aos que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Funcionam de segunda à sexta, no horário diurno das 8 às 18 horas, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas.

e) Os CAPS AD e AD III: São serviços específicos para o cuidado, atenção integral e continuada para adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mas também podem atender crianças e adolescentes com essa demanda, desde que observadas às orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Estes CAPS oferecem atendimento à população, realizam atendimento em seus momentos de crise, o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento

dos laços familiares e comunitários. O CAPS AD oferece cuidado no horário diurno, no período de 08 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana e o CAPS AD III deve funcionar 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, devendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias.

f) As Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil: Serviços que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Funcionam 24 horas do dia e nos sete dias da semana e têm caráter residencial transitório. Os usuários acolhidos nestes serviços são referenciados pelo CAPS (AD III e Infantojuvenil especificamente) nos quais são acompanhados.

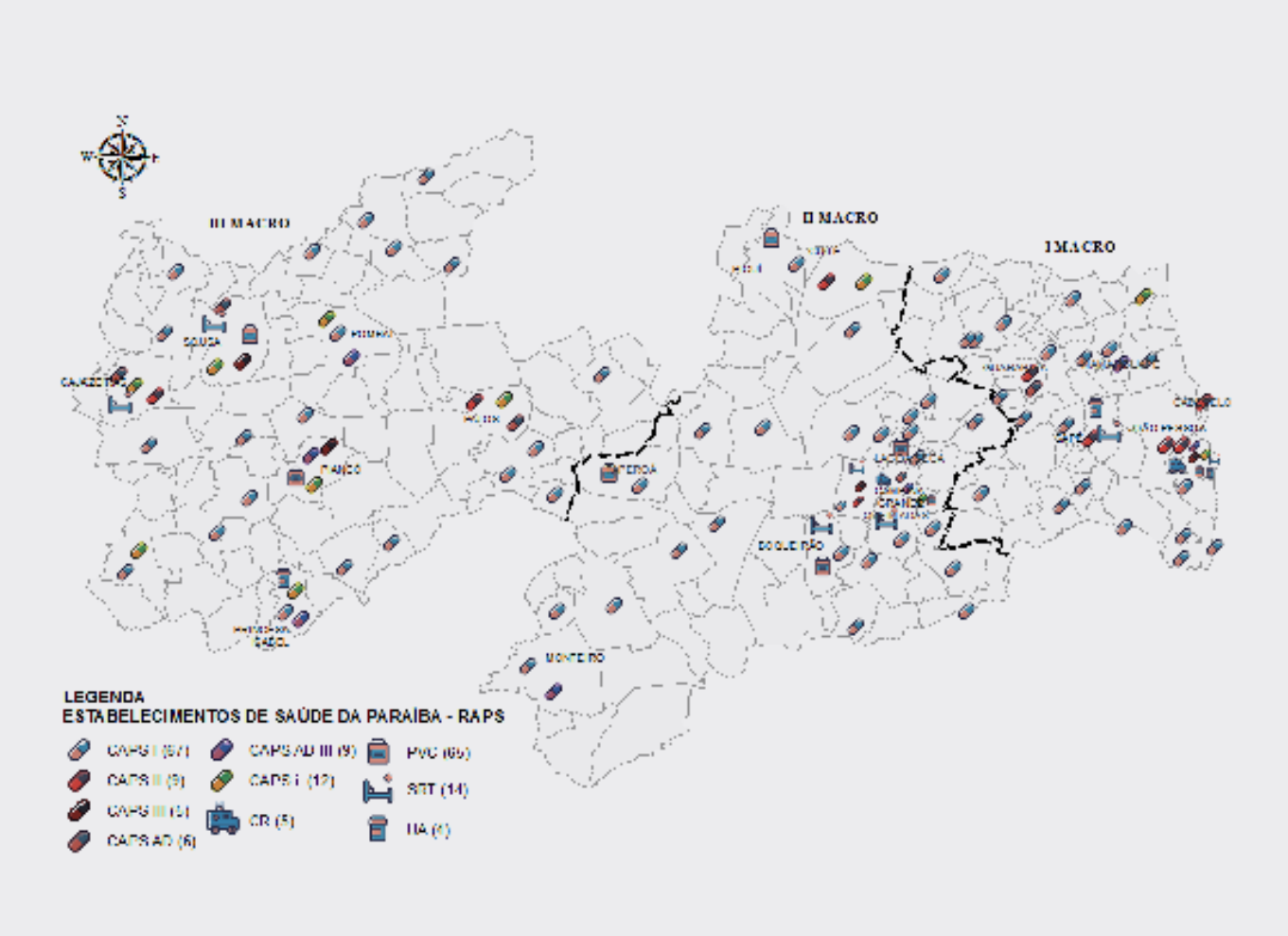
g) Os Serviços Residenciais Terapêuticos: São moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.

h) Os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: Oferecem tratamento hospitalar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime

integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

i) Programa de Volta pra Casa (PVC): É um programa destinado à reintegração social de pessoas acometidas por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica, que têm direito a um auxilio reabilitação para contribuir e fortalecer seu processo de desinstitucionalização, em conjunto com a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

FIGURA 10 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAIBA - 2019.



Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental – SES PB, 2019.

4.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Governo do Estado da Paraíba vem trabalhando com o compromisso de efetivar as diretrizes do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limite, criado por meio do Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011f).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi instituída pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (referência em seu Anexo IV a Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012), e organiza-se em três componentes que são: I) Atenção Básica; II) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e III) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012b).

a) Atenção Básica

A Atenção Básica (AB), a partir do processo de regionalização e da estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é estabelecida como a principal porta de entrada do SUS. Por ela é possível ordenar as demandas de cuidado a partir da integração entre os diversos pontos assistenciais do estado. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como pontos de atenção, neste componente, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver, e com a Atenção Odontológica, e prioriza as seguintes ações estratégicas:

I - Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II - Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III - Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV - Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

V - Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VI - Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

VII - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e

VIII - Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

b) Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências

A reorganização da rede de cuidados à pessoa com deficiência inclui a reestruturação, ampliação e criação de serviços. Dentro dos eixos estruturantes desta rede, tem-se a rede especializada em reabilitação, seja ela permanente ou temporária. Nesse componente, identificam-se, no estado da Paraíba, serviços no âmbito governamental e de outras instituições que atendem às demandas da pessoa com deficiência. Este componente da rede conta com os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação; os Centros Especializados em Reabilitação (CER); os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas, que se constituem em serviços de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM).

Atualmente, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está em processo de implantação em basicamente todas as regiões de saúde do estado,

com alguns serviços já implantados (habilitados) como: 03 CER IV, sendo referências macrorregionais (1ª macro: FUNAD/ João Pessoa, 2ª Macro: CER IV de Campina Grande e 3ª macro: Reabilita/ CER IV de Sousa), 01 CER III (Físico, Intelectual e Visual) em Princesa Izabel (11ª Região), 01 CER II (Físico e Auditivo) no Conde (1ª Região), e 05 CER II (Físico e Intelectual) em João Pessoa (1ª Região), Monteiro (5ª Região), Patos (6ª Região), Piancó (7ª Região) e Catolé do Rocha (8ª Região). Há também uma Oficina Ortopédica Fixa vinculada ao CER IV de Campina Grande habilitada, que está em processo de implantação pelo município.

Todos esses serviços recebem custeio federal, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, de acordo com o mapa abaixo:

FIGURA 11 - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO/OFICINAS ORTOPÉDICAS HABILITADOS NO ESTADO DA PARAÍBA.

Fonte: Área Técnica de saúde da Pessoa com Deficiência/SES-PB, 2019.

Há, no estado da Paraíba, alguns serviços já aprovados e que estão aguardando apenas a publicação da Portaria de Habilitação pelo Ministério da Saúde, sendo: dois CER II (Físico e Intelectual) Instituto dos Cegos da Paraíba Adalgisa Cunha em João Pessoa (1ª Região) e Cajazeiras (9ª Região), um CER II (Físico e Visual) em Santa Rita (1ª Região), um CER II (Físico e Auditivo) em Araruna (2ª Região) e um CER III (Físico, Visual e Intelectual) em Guarabira (2ª Região). Há outros serviços que ainda estão em discussão para inclusão nos planos regionais e que poderão compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Além disso, temos a proposta de construção de uma Oficina Ortopédica Fixa vinculada a FUNAD e outra no Reabilita - CER IV de Sousa.

FIGURA 12 - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO/OFICINAS ORTOPÉDICAS QUE ESTÃO APROVADOS PARA IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA.

Fonte: Área Técnica de saúde da Pessoa com Deficiência/SES-PB, 2019.

Além dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), o estado custeia, com recursos próprios, o Centro de Referência em Esclerose Múltipla da Paraíba (CREM/PB) que funciona na FUNAD, referência para todo a Paraíba, e tem como objetivos a identificação de novos casos de esclerose múltipla, atuar na prevenção de incapacidades motoras e orientar o paciente e seus familiares sobre a doença e tratamentos.

c) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Atenção Hospitalar no campo da Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência buscará ofertar um atendimento integral ao paciente. Essa integração acontecerá a partir do momento em que os Centros de Reabilitação (CER) estiverem funcionando. Serão contratualizados os serviços, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

I - Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

II - Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;

III - Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;

IV - Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e

V - Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob

sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

Na Paraíba, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é bem recente, e, até o ano de 2016, só a FUNAD era habilitada como Centro Especializado - CER IV, quando em dezembro deste mesmo ano houve a habilitação dos demais serviços apresentados. Atualmente, a rede de cuidados conta com 10 serviços em funcionamento e outros cinco serviços estarão em funcionamento em breve. As ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visam ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com qualquer tipo de deficiência, pela articulação dos serviços existentes, inserção de novos serviços e qualificação da assistência prestada à população, desde a Atenção Básica até as ações de âmbito Hospitalar.

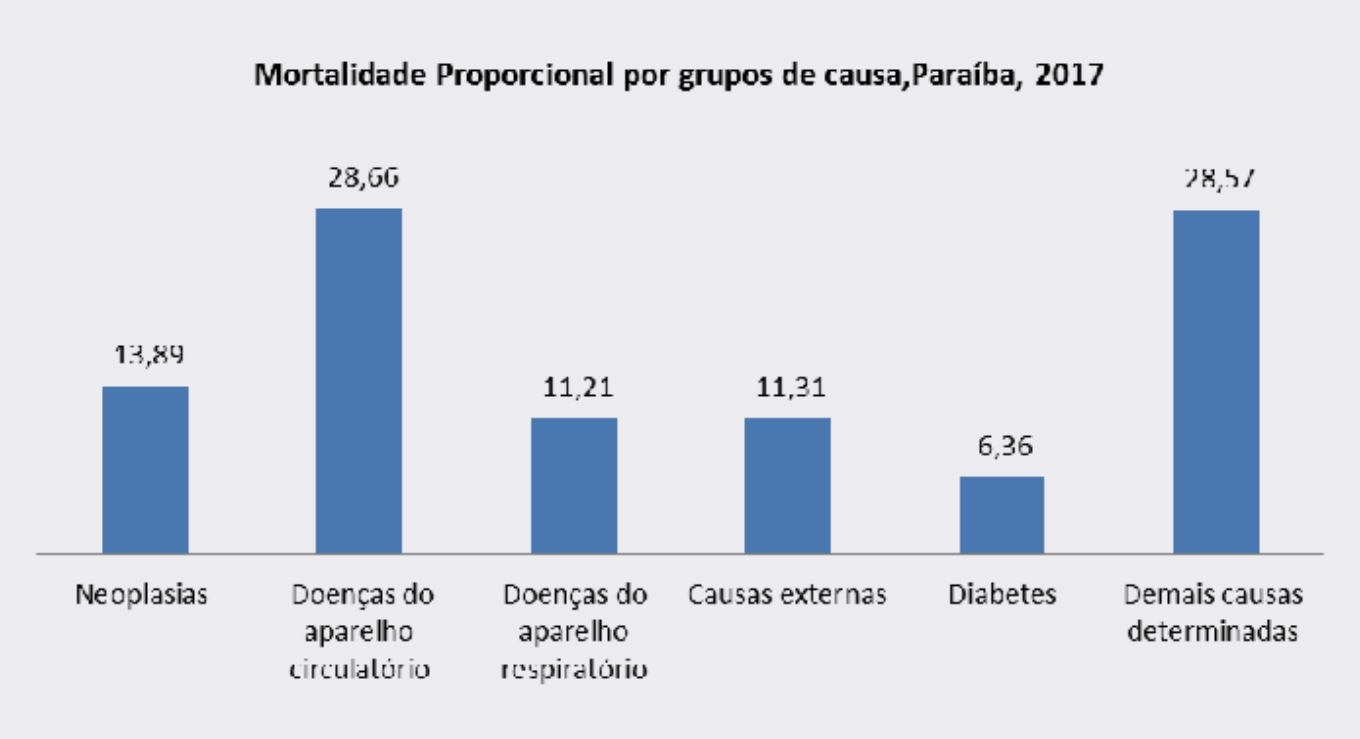
4.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

No intuito de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, o Anexo I da Portaria de Consolidação n° 3, de 28 de setembro de 2017, estabelece as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde – RAS, propondo um novo conceito na organização dos serviços para o avanço na qualidade da Atenção e da Gestão em Saúde. Compondo o escopo das Redes Temáticas de Atenção à Saúde está a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

As condições crônicas englobam um amplo universo de doenças que requer o cuidado integral e organizado em redes, ou seja, compreende estrutura organizativa de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, estando sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde.

As mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos no Brasil e no mundo, o processo de urbanização, industrialização e dos avanços da ciência e tecnologia, aliados às práticas de hábitos, estilo de vida e exposições a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo, além do aumento da expectativa de vida da população e suas transformações nas relações entre as pessoas e o ambiente que se vive, tem acarretado alterações importantes no perfil de morbimortalidade do indivíduo, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônicas no centro de atenção (Gráfico 71). De certo modo, esse aumento também se justifica por uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos anos. Somado a isso, a queda nas taxas de natalidade contribui para gerar o envelhecimento populacional no mundo inteiro.

GRÁFICO 71 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE, NA PARAÍBA, EM 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2019.
Nota: Dados gerados em 19/09/2017.

A maior expressão das condições/ doenças crônicas transporta desafios para a organização do Sistema Único de saúde – SUS e para o processo de trabalho em saúde, tendo em vista a necessidade de transposição do modelo predominante de tratamento agudo para o tratamento de problemas de saúde de longo prazo. Desta forma, essas doenças apresentam-se de modo mais ou menos persistentes, exigindo respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Essa nova categorização se mostra mais adequada para descrever o espectro dos problemas de saúde e referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A situação de saúde no Brasil se destaca por uma transição demográfica acelerada e caracterizada por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, sendo analisada a partir de vertentes como:

a) Mortalidade: aumento de mortes causadas por doenças crônicas;

b) Carga de doenças: as condições crônicas representam 75% da carga global das doenças do país;

c) Fatores de riscos: determinantes sociais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida respondem pelo predomínio das situações crônicas.

Os principais determinantes das doenças crônicas na última pesquisa VIGITEL apontam o excesso de peso e obesidade mórbida como indicadores que tiveram um incremento significativo ao longo dos anos. Neste ínterim, configura-se iminente a elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas na Paraíba, como forma de preparar o estado para o confronto e para deter o avanço dessa problemática de grande magnitude no Brasil e também na Paraíba, responsável pelos altos índices de mortalidade prematura e perda da qualidade de vida das pessoas, além de causar relevante impacto econômico nas famílias, comunidade e sociedade em geral, ocasionando ônus significativo no Sistema Financeiro da Saúde.

A eficácia na produção de saúde e eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional perpassa pelo avanço do processo de efetivação do SUS, pautado na integralidade das ações de atenção integral à saúde. Neste caso específico, das pessoas com doenças crônicas, perpassa em todos os pontos (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde). Fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias, para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações fortalece este processo de consolidação da Rede.

Neste cenário, configura-se como estratégico, na garantia da integralidade do cuidado, o papel da Atenção Primária como ponto de atenção de maior capilaridade, com potencial para identificar as necessidades de saúde da população e capacidade realizadora da estratificação de riscos. Subsidiando a organização do cuidado em toda a rede que, para seu bom funcionamento, requer práticas de trabalho compartilhado entre os profissionais da APS, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar, de modo complementar e integrado, superando a atuação fragmentada e isolada. Os sistemas de apoio, diagnóstico e terapêutico são acrescidos dos subcomponentes: sistemas logísticos, de regulação e governança completam este ciclo.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), por si, organiza o funcionamento da RAS, ao definir a forma como a atenção é realizada na rede e como os

diversos pontos comunicam-se e articulam-se. Podemos inferir que, de acordo com as diretrizes para a implementação da Rede, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas.

As linhas de cuidado apontam as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma Rede (níveis primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, levando em consideração a estratificação dos riscos. Elas delimitam o percurso terapêutico dos usuários na rede, considerando não somente protocolos estabelecidos, mas também o potencial de gestores dos serviços em pactuar fluxos, de modo a reorganizar o processo de trabalho e facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita e também orientam todo o processo da condição de saúde incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença. Para tanto, a definição clara de papéis e tarefas e sistematização de pactos e contratos e suas conexões viabilizará o fluxo contínuo operacional.

O objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, para a prevenção, o controle e o cuidado das Doenças Crônicas e seus fatores de risco.

Neste sentido, encontra-se em fase de elaboração o Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis com abordagem, notadamente, nos cinco principais grupos de Doenças e seus fatores de risco em comum modificáveis. A proposta de criar um Plano de Ação para monitorar a implementação dessa linha de cuidado, acompanhado pela Secretaria Estadual de Saúde, Grupo Condutor das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Comissões Intergestores Regionais - CIR e Secretarias Municipais de Saúde certamente viabilizará o alcance de padrões de acesso com equidade, bem como a redução da incidência/ prevalência das Doenças Crônicas no estado.
A proposta é utilizar-se da infraestrutura posta nas três Macrorregiões de Saúde no estado, de maneira articulada, identificando suas potencialidades, melhorando e ampliando serviços, estabelecendo fluxos capazes de resolver os problemas com qualidade e oportunamente.

O grande objetivo enquanto articulador desta Política no âmbito estadual prevê a cultura de novas práticas de comportamentos saudáveis na sociedade paraibana onde a vigilância em saúde, o monitoramento das ações voltadas, em especial, aos escolares, e o apoio aos municípios, corresponsáveis na execução e fortalecimento das linhas de cuidado integral, notadamente às pessoas com Doenças Crônicas, compreende o verdadeiro sentido para garantia de sua efetividade.

4.6 REDE CUIDAR

O estado da Paraíba desenvolve desde 2011 um trabalho de assistência em rede com as linhas de cuidado em cardiologia pediátrica, neonatologia e obstetrícia. Inicialmente o trabalho passou a ser desenvolvido em cardiologia pediátrica, diante da necessidade de criar uma linha de cuidado para o tratamento e acompanhamento das crianças portadoras de cardiopatia congênita. Considerando a ocorrência do aumento do número de óbitos, observou-se a necessidade de ampliar as ações da rede, direcionadas à neonatologia e obstetrícia, respectivamente.

Para tanto, foram incorporadas estratégias visando assegurar o princípio da equidade na assistência às crianças, neonatos e mulheres em período gravídico e puerperal que se encontram em situações especiais. Além dessas ações, a rede também presta cuidado às crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus.

A fim de executar as ações supracitadas, o Estado da Paraíba passa a adotar regulamentou a Rede Cuidar como Política, conforme portaria nº 207/GS de 07 de maio de 2019. A mesma utiliza a telemedicina como ferramenta principal de trabalho onde integra as ações de triagem, diagnóstico precoce e assistencial integral com as linhas de cuidados, além de suporte técnico aos profissionais que compõe a rede de serviços de saúde no âmbito estadual. Estima-se por ano o nascimento de 600 crianças com cardiopatias, sendo que destas 20% necessitam de intervenção cirúrgica.

A estrutura da rede se baseia em cinco eixos integrados que são os seguintes:

Eixo 1 - Cardiologia Pediátrica, composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial, exames como Ecocardiograma e Holter, avaliação clínico-cirúrgica e treinamentos em serviço.

Eixo 2 - Neonatologia, composto de médicos plantonistas com consultoria online em serviços de difícil acesso geográfico, otimização da utilização de leitos de UTI neonatal e pediátrica usando a equidade como estratégia principal.

Eixo 3 - Saúde materna, composto de médicos plantonistas, atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios que atendem o pré-natal de alto risco na mesma linha de cuidado integral para fazer valer a equidade para as mulheres em período gravídico e puerperal em situação de risco, exames de ecografia obstétrica com triagem fetal para anomalias congênitas e treinamentos em serviço.

Eixo 4 - Enfermagem, composto pelo suporte na assistência aos profissionais da rede, interação e administração das salas de ambulatórios virtuais, ambulatórios de pré-natal de alto risco, reuniões clínicas-cirúrgicas, acompanhamento, monitoramento e rastreamento dos pacientes na Rede.

Eixo 5 - Sistemas, Telecomunicações e Estatística, composto por equipe de suporte técnico e desenvolvimento que é responsável pelo atendimento online dos profissionais da rede, administração e monitoramento de dados, prontuário eletrônico, acompanhamento e rastreamento de pacientes, e monitoramento dos equipamentos, além do treinamento, qualificação dos profissionais da saúde e o gerenciamento da produção técnico-científica.

Os serviços que integram a Rede Cuidar se caracterizam como centro especializado regional, dois complexos especializados e 20 maternidades de nível 1 e 2.

Maternidade nível I - referência em baixa complexidade e têm competência de realizar o teste de triagem por oximetria de pulso, dar assistência inicial aos neonatos e mulheres em período gravídico e puerperal em situação de risco.

Maternidade nível II - realiza as atividades desenvolvidas nas maternidades nível I e abrangem também a realização de ecocardiograma de triagem pelo neonatologista, atendimento aos neonatos e às mulheres em período gravídico e puerperal em situação de risco na assistência de média e alta complexidade.

Hospital Especializado de referência - Complexo de Pediatria Arlinda Marques: sede da Rede Cuidar e referência no seguimento ambulatorial de crianças portadoras de cardiopatia congênita. Tem a competência de diagnóstico inicial, seguimento de casos não cirúrgicos de baixa e média complexidade. Implementa uma estrutura física e logística de comunicação entre os centros participantes; desenvolve ensino e pesquisa para produzir protocolos entre os centros; propõe protocolos de triagem fetal, neonatal e pediátrico das doenças cardíacas na infância e na obstetrícia; desenvolve atividades de capacitação e busca ativas e identificação dos pacientes em situações de risco nos eixos estruturais. Sede da estrutura de suporte da tecnologia da informação para executar as ações em rede.

Centro de Referência em Cirurgia Cardíaca Pediátrica - Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires: dispõe de uma estrutura física e uma logística do complexo especializado local e realiza cirurgias cardíacas e tratamento clínico especializado das crianças com cardiopatias de alta complexidade do estado.

5 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

5.1.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Política da Atenção Básica é ordenadora do cuidado, provendo ações individuais, familiares ou coletivas, envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada por equipe multiprofissional, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção. Há anos vem sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde que objetiva apontar, de forma regionalizada e sistematizada, as necessidades de saúde da população.

O Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso à Atenção Básica, formada por equipes multiprofissionais compostas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiro, técnico de enfermagem, médico de família e comunidade, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, que compõe a equipe de saúde bucal (ESB). Por vezes, a depender da demanda da população, a equipe pode ser incrementada por serviços específicos como o combate de endemias, através do Agente Comunitário de Endemias (ACE) e profissionais multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pensando em atender os usuários integralmente e de forma equânime, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD / EMAP) foi pensada para prestar o serviço domiciliar.

As Equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população adscrita está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

Na Paraíba, a cobertura de atenção básica é de 97,34% (SISAB, 2019), distribuída na tabela abaixo, sendo 1.417 equipes; 8.267 agentes comunitários de saúde; 2.125 agentes de endemias, 1.279 equipes de saúde bucal, modalidade I; 19 equipes de saúde bucal, modalidade II; 152 equipes de NASF AB, modalidade I; 56 equipes de NASF AB, modalidade II; e 79 equipes de NASF AB, modalidade III. São 9 regiões de saúde com 100% de cobertura.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA POR REGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2019

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO	COBERTURA AB
1ª Região Mata Atlântica	1.300.465	95,47%
2ª Região	306.587	97,90%
3ª Região	196.646	100%
4ª Região	112.691	100%
5ª Região	113.074	96,23%
6ª Região	236.621	99,97%
7ª Região	148.836	99,90%
8ª Região	117.893	100%
9ª Região	176.520	100%
10ª Região	117.083	100%
11ª Região	84.666	100%
12ª Região	175.405	99,17%
13ª Região	60.448	100%
14ª Região	151.394	100%
15ª Região	150.743	100%
16ª Região	547.424	97,25%

a) Programas e Estratégias

Para subsidiar as ações sistemáticas em diferentes linhas de cuidados, alguns programas e estratégias foram propostos, entre eles estão a Academia da saúde, Programa de Saúde na Escola, Requalifica USB, PlanificaSUS.

PlanificaSUS

Como estratégia de fortalecimento da atenção primária em saúde, a Secretaria de Estado da Saúde fez a adesão ao projeto "A organização da Atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS - PROADISUS)", que tem como objetivo a reorganização da redes de atenção à saúde. A SES fez adesão em fevereiro de 2019, iniciando o processo de planificação na 14ª região de saúde e tendo a rede materno infantil escolhida considerando o perfil de mortalidade materna e infantil apresentada na região. Para os anos seguintes o projeto será expandido para as demais regiões de saúde.

Academia da Saúde

Academia da Saúde é uma importante estratégia de promoção e prevenção que funciona com a implantação de espaços públicos, conhecidos como polos do programa, dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementa o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde, de acordo com os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. A Paraíba possui 79 polos credenciados, dados de junho/2019.

Requalifica UBS

O Programa de Requalificação de UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS propõe uma estrutura física para as unidades básicas de saúde – acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade – que facilite a mudança das práticas nos processos de trabalho das equipes. Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, a ampliação e a construção de Unidade Básica de Saúde (UBS), provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e promovendo melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados pelo Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob). A Paraíba até junho de 2019 dispunha de 1.786 UBS cadastradas no SCNES.

Programa Saúde na Escola - PSE

O Programa Saúde na Escola - PSE vem a contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças. A escola, como um espaço de relações, é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. Na Paraíba, em 2019, 222 municípios aderiram ao programa, fator importante, uma vez que os escolares serão acompanhados pelo Programa, visando contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA), áreas estratégicas para executar ações que influenciam diretamente os indicadores de morbimortalidade neste público.

A Atenção Básica também envolve outras iniciativas que buscam alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades a partir das Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua, de atendimento domiciliar, do Programa Brasil Sorridente.

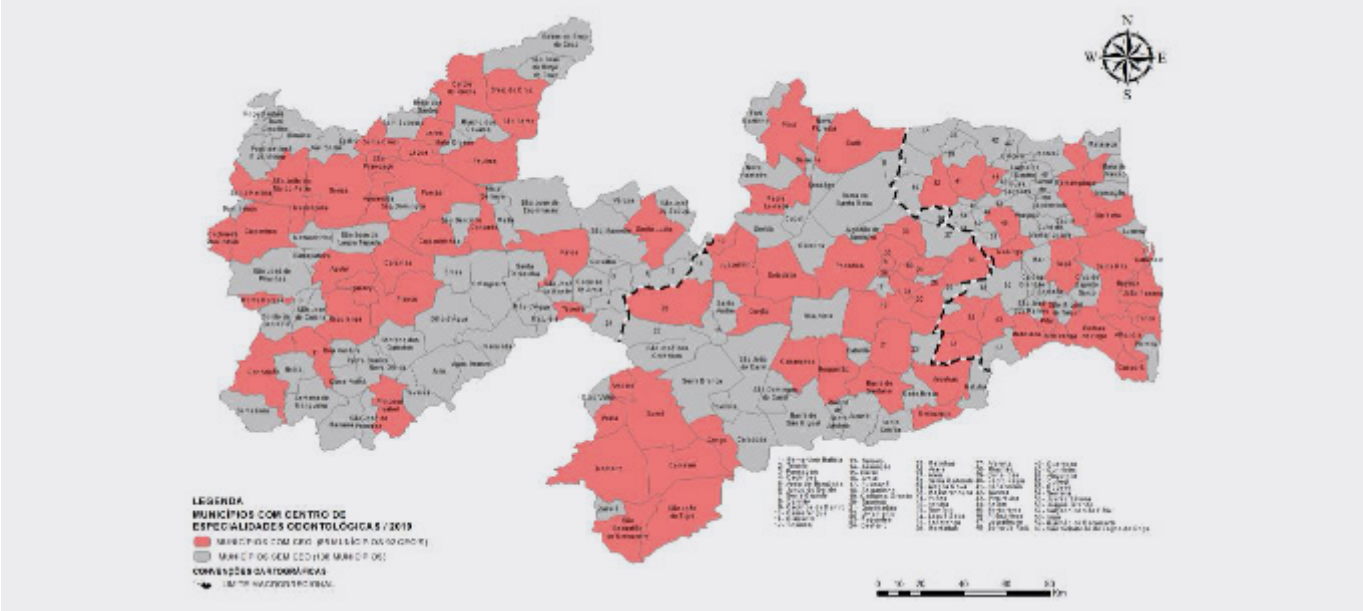
5.1.2 SAÚDE BUCAL

A Rede de Saúde Bucal do estado da Paraíba visando o cuidado integral organiza-se em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária.

Na Atenção Primária à Saúde a organização da rede se dá prioritariamente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, apresentando uma cobertura estimada de 93,2% dos paraibanos. Dos 223 municípios do estado, apenas três, dentre eles a capital João Pessoa, apresentam uma estimativa de cobertura abaixo de 100% da população, entretanto, todos possuem no mínimo uma ESB em seu território. Ao total são 1.283 Equipes de Saúde Bucal na modalidade I, composta por um cirurgião dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal, e 17 Equipes de Saúde Bucal na modalidade II, composta por um cirurgião dentista, um técnico em saúde bucal e por uma auxiliar ou outro técnico em saúde bucal.

A Atenção Secundária em Saúde Bucal é composta por 91 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que atuam como serviços de referência para as equipes de saúde bucal da atenção primária. São 69 (75,8%) do Tipo I (com três cadeiras odontológicas), 18 (19,8%) do Tipo II (de quatro a seis cadeiras odontológicas) e quatro (4,4%) do Tipo III (com mais de seis cadeiras odontológicas). Todos devem ofertar minimamente as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, estomatologia com ênfase no diagnóstico bucal e atendimento a pacientes com necessidades especiais (Figura 13).

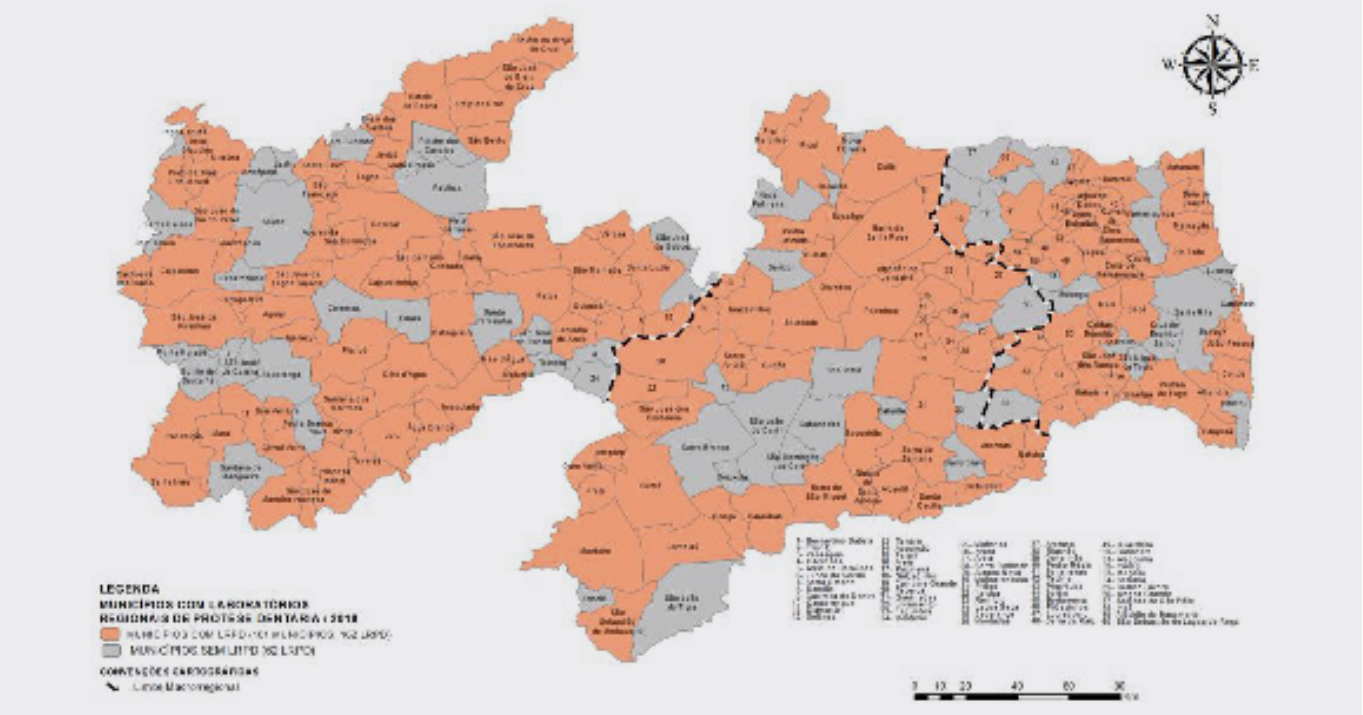
FIGURA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, PARAÍBA, JULHO 2019.



Fonte: CNES, 2019

Do total de CEO no Estado, apenas 28 (31%) fizeram adesão junto ao Ministério da Saúde a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e recebem um adicional de 20% no custeio mensal. Quanto aos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que são estabelecimentos que realizam o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/ intrarradiculares e fixas/adesivas, na Paraíba existem 162 (Figura 14).Vale destacar que todas as Regionais de Saúde estão contempladas com no mínimo um CEO e LRPDR, sendo o estado com maior número de serviços do Brasil, proporcionalmente, em relação à população.
Sob gestão estadual temos um CEO, Tipo III, e um LRPD, funcionando no Centro de Especialidades de Cruz das Armas – COCA.

FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS COM LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS, NA PARAÍBA, EM JULHO DE 2019.



Fonte: CNES, 2019

Na Atenção Terciária, o estado dispõe de serviços especializados para o diagnóstico e tratamento do câncer bucal, sendo a assistência prestada no Centro de Diagnóstico do Câncer (CDC), na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Hospital Laureano em João Pessoa, na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e FAP campus de Campina Grande, e na UEPB campus Araruna. A assistência de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial é ofertada nos hospitais de Emergência e Trauma de João Pessoa, de Campina Grande e nos Hospitais Regionais de Patos e Monteiro.

A gestão estadual de saúde bucal, no seu papel de coordenadora da política estadual, realiza e disponibiliza mensalmente os resultados do monitoramento e avaliação dos serviços de saúde bucal, e por meio de e-mails e grupos de whatsapp os instrumentos técnicos e pedagógicos são disseminados para todos os gestores municipais.

Visando contribuir com as transformações do processo de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população, a Coordenação Estadual vem promovendo parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de ações de educação permanente focando os gestores municipais e profissionais de saúde bucal as quais têm viabilizado mudanças e avanços no cuidado em saúde bucal.

Dentre as parcerias, estão a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) e o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH), através dos quais foi lançado em agosto de 2019 o Ciclo de Atualização em Saúde Bucal no SUS direcionado a gestores e profissionais de saúde bucal, com temas voltados à prática clínica e de gestão.

Em parceria também com a UFPB e CEFOR-RH, está previsto para 2020 a Residência nas Especialidades Odontológicas – CEO tipo III para profissionais do COCA nas especialidades de atendimento básico em portadores de necessidades especiais, periodontia, endodontia, cirurgia/estomatologia e prótese dentária, proposta cadastrada no sistema de informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação (MEC).

Em novembro de 2019, a SES realizou o I Fórum de Coordenadores Municipais de Saúde Bucal, espaço de discussão com os gestores de saúde bucal das potencialidades e dificuldades locais, pactuando uma agenda de atividades e projetos a serem desenvolvidos no período de 2020 a 2023.

5.1.3 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Paraíba conta com uma população infantil estimada (menores de 10 anos) de 611.875 (DATASUS, 2012), e de 710.392 a população de adolescentes (10 a 19 anos).

No que se refere à morbidade de crianças e adolescentes nos anos de 2017 e 2018 destaca-se gravidez, parto e puerpério como primeira causa (24%) na faixa etária de 15 a 19 anos, seguida por doenças do aparelho respiratório (21%) e doenças infecciosas e parasitárias (14%), sendo a faixa etária mais acometida de 0 a 9 anos em ambas. Já em 2019, destacam-se as doenças do aparelho respiratório (35,7%), doenças infecciosas e parasitárias (18,1%), na faixa etária de 0 a 9 anos , e afecções do período perinatal (15,4%), na faixa etária de 15 a 19 anos (DATASUS, 2019).

Diante dos dados apresentados, observamos que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança precisa ser intensificada no estado, considerando os objetivos de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância (0 a 5 anos) e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da mordimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Entretanto, os dados refletem a necessidade de ações efetivas direcionadas à faixa etária de 15 a 19 anos, considerando principalmente as linhas de cuidado.

A Paraíba está habilitada em todas as Fases da Triagem Neonatal Biológica, conhecida como teste do pezinho, cujo objetivo geral é o diagnóstico precoce (do 3º ao 5º dia) de doenças genéticas, metabólicas e hormonais, entre elas a fenilcetonúria, hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às crianças com diagnóstico positivo.

Atualmente contamos com 238 postos de coleta distribuídos em 187 municípios do Estado, com perspectiva de ampliação para os 223 municípios do estado. O Programa Estadual dispõe, ainda, do Sistema de Triagem Neonatal (SISTNN) que proporciona aos municípios o acesso aos laudos com maior agilidade. A rede assistencial da Triagem Neonatal é composta pelos serviços listados abaixo:

a) Postos de Coletas dos municípios cadastrados no programa;

b) LACEN (Laboratório de referência para análise das amostras);

c) Hospital Arlinda Marques (Serviço de Referência de Triagem Neonatal para o Estado – SRTN/PB) – Crianças com resultado positivo são tratadas e acompanhadas;

d) Rede Complementar para Doença Falciforme: Hemocentro da Paraíba e CEDMEX (garantindo medicação e Dieta Especializada para os pacientes com fenilcetonúria);

e) SES/PB (Coordenação Estadual do Programa de Triagem Neonatal).

Na Paraíba, ações estratégicas para a garantia do cuidado estão contempladas nas Redes de Atenção à Saúde - RAS: Rede Cegonha, Pessoa com Deficiência, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Doenças Crônicas, além das ações desenvolvidas pela Rede Cuidar.

Para além do cuidado, se faz necessário garantir a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Nesse sentido, a saúde tem o papel de estimular a promoção da alimentação saudável e adequada às necessidades desta população.

A Secretaria de Saúde do Estado desenvolve suas atividades em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que integra a Política Nacional de Saúde inserindo-se ao mesmo tempo no contexto da SAN. O aleitamento materno é o primeiro alimento com que temos contato e é comprovadamente uma estratégia de maior impacto na morbimortalidade infantil. Dentre as ações de promoção do Aleitamento Materno destacamos a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Paraíba, a política de aleitamento materno apresenta avanços significativos com o fortalecimento da IHAC, contando com 15 Hospitais credenciados: Maternidade Frei Damião, Instituto Cândida Vargas, Hospital General Edson Ramalho, Hospital Universitário Lauro Wanderley – HU, Hospital de Guarnição de João Pessoa, Maternidade Governador Flévio Ribeiro Coutinho, Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida – ISEA, Clínica e Pronto Socorro Infantil e Hospital Geral- CLIPSI, Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, Complexo de Saúde do Município de Guarabira, U. M. Hospitalar de Solânea, Hospital Regional de Bananeiras, Hospital Regional de Belém, Maternidade Dr. Peregrino Filho e Hospital Geral de Mamanguape e com a Rede de Banco de Leite Humano, maior rede de Bancos de Leite Humano da Região Nordeste.

Existem seis bancos de leite no estado, distribuídos da seguinte forma: João Pessoa (Anita Cabral e Zilda Arns), Campina Grande, Guarabira, Patos e Cajazeiras. Há também vinte e dois postos de coleta: João Pessoa (Maternidade Frei Damião, Instituto Cândida Vargas, Hospital da Unimed, Hospital Universitário, CLIM Hospital e Maternidade e Hospital Edson Ramalho), Santa Rita, Mamanguape, Itabaiana, Guarabira, Solânea, Campina Grande (ISEA, FAP, CLIPSI), Santa Luzia, Patos, Pombal, Souza, Taperoá, Bonito de Santa Fé, Bayeux, Galante, com pespectivas de ampliação de postos de coleta de leite humano para os anos seguintes.

Com toda essa expansão, a Paraíba, nos últimos anos, aumentou a coleta de leite materno do estado, saindo de 4.734 litros de leite coletado, em 2010, para 7.350 litros coletado, em 2018. Aumentou, também, o número de bebês beneficiados com leite pasteurizado pelo banco. Em 2018 foram atendidos 10.431 mil crianças que receberam esse produto.

Uma importante estratégia de promoção do aleitamento materno é o Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, a qual consiste em criar, nas empresas públicas e privadas,

uma cultura de respeito e apoio à amamentação como forma de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu bebê, trazendo benefícios diretos para a empresa e para o país. Na Paraíba, 14 salas foram inauguradas em serviços privados e públicos. Enfatizamos a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012, que tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar a importância e incentivar o aleitamento materno e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Secretaria de Saúde do Estado já qualificou mais de 400 profissionais desde 2013, sensibilizando-os para o fomento da alimentação saudável e do aleitamento materno.
Em relação às ações de suplementação de micronutrientes como a vitamina A, o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A consiste na profilaxia medicamentosa para crianças de 06 a 59 meses de idade. A megadose de vitamina A é distribuída trimestralmente para os 223 municípios do estado por meio das Gerências Regionais de Saúde.

Esses dados são consolidados através do e-SUS, que é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde, facilitando e contribuindo com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. Contamos também com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), implantado em todo o estado.

Destaca-se, ainda, que o SISVAN permite o registro dos dados da população atendida na atenção básica, com destaque para os beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF). Na Paraíba, o PBF é realizado intersetorialmente com as Secretarias Estaduais da Educação, Saúde e Desenvolvimento Humano. O percentual de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF (pré-natal, avaliação antropométrica, vacinação e aleitamento materno), nas últimas vigências, tem sido o maior do nordeste, com média de 79% (acima da média do Brasil, que é de 73%). Tal resultado é fruto de um trabalho intersetorial de apoio contínuo aos municípios desde a qualificação dos profissionais até o acompanhamento das condicionalidades de saúde exigidas.

Destacamos também a necessidade de fortalecer a atenção à Saúde do Adolescente, pautando a Diretriz Nacional para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, visto que os dados anteriormente refletem uma alta taxa de adoecimento das adolescentes no período perinatal, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. Estas diretrizes trazem os instrumentos legais de proteção aos direitos de adolescentes e jovens que garantem o pleno exercício do direito fundamental à saúde. Como estratégias de garantir a execução das ações direcionadas a esse público, temos o Programa de Saúde nas Escolas, Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica e IST/AIDS-Hepatites Virais, numa visão biopsicossocial desenvolvidas de forma intersetorial pelas secretarias de estado e municípios.

5.1.4 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira totaliza 10,8% da população total do país. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida é reflexo da conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais. De acordo com os dados apresentados na análise de situação de saúde, há um crescimento contínuo da população idosa paraibana e aumento das condições crônicas, segundo o IBGE (IBGE, 2010).

Os dados apresentados reforçam a necessidade do fortalecimento das ações nos municípios, objetivando o envelhecimento ativo e a participação social neste processo. É crescente o número de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, fazendo uso contínuo de medicamentos, com maior risco de descompensações clínicas, gerando internamentos frequentes, e consequentemente aumento de comorbidades e mortalidade nesta faixa etária.
Muito embora as orientações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as de atenção básica, e as demandas específicas dessa população, o que exige um esforço maior para ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes.

O MS define como prioridade o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos a essa população já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Primária como coordenadora e ordenadora do cuidado.

Dessa forma, é notório e necessário uma articulação intersetorial na busca de ações compartilhadas entre a gestão estadual e municipais para a construção de iniciativas com prioridade nas seguintes temáticas: atenção domiciliar, centros-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e a qualidade do cuidado oferecido em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A Paraíba fez adesão pelo PROADISUS ao projeto Qualificação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). O projeto visa a qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa em consonância com a Política Nacional de Saúde Pessoa Idosa - PNSPI, no âmbito da atenção primária e hospitalar, com ações que contribuam para a manutenção, recuperação, promoção, do envelhecimento saudável, organização dos cuidados integrais e integrados, reabilitação, habilitação física e nutricional, capacitação de equipes de atenção básica como multiplicadores do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa, e implementação do Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa, contribuindo para o desenvolvimento de melhorias no percurso assistencial desta população.

Na Paraíba, fizeram a adesão à caderneta do idoso 161 municípios e serão capacitados 330 profissionais da atenção primária que já utilizam a caderneta da pessoa idosa como ferramenta do cuidado. O hospital Padre Zé em 2019 fez adesão ao projeto Hospital Seguro para a Pessoa Idosa em virtude do seu perfil assistencial direcionado a essa população.

5.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

5.2.1 AMBULATORIAL ESPECIALIZADO

A Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde tem a função de promover o ordenamento dos serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno. O processo de regionalização em saúde e implementação de redes de atenção prioritárias, bem como o investimento em serviços públicos de saúde e em um mecanismo de regulação tornam-se essenciais para otimização desta oferta.

No que se refere à atenção ambulatorial de média e alta complexidade no estado da Paraíba, houve, em 2018, a oferta de 5.218.710 de procedimentos de média complexidade e 12.967.039 de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, que correspondem a 28,7% e 71,3% respectivamente do total de procedimentos ambulatoriais especializados. No entanto, quanto ao aspecto de distribuição regionalizada, ainda observa-se uma concentração desses serviços na 1ª e 16ª regiões de saúde.

Sob o ponto de vista macrorregional, a atenção ambulatorial de média complexidade na 1ª macrorregião é representada por 73,9%, seguido da 2ª macrorregião com 13,9%, e na 3ª macrorregião tem-se 12,2% dos serviços. Na alta complexidade ambulatorial, do total de procedimentos, 45,1% foram realizados na 1ª macrorregião, 29,8% na 2ª macrorregião e 25,1% na 3ª macrorregião.

Quanto à cobertura de serviços laboratoriais, o estado dispõe de um Laboratório Central de Saúde Pública. e 20 laboratórios de análises clínicas credenciados ao SUS. Ainda, dispõe-se de 39 Policlínicas e 84 Centros de Especializadades.

A respeito da cobertura de equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico, tem-se 96 mamógrafos, sendo 34 na 1ª, 26 na 2ª e 36 na 3ª macrorregião. Dispõe-se de 46 tomógrafos assim distribuídos: 20 na 1ª macrorregião; 13 na 2ª; e 13 na 3ª macrorregião. A cobertura de aparelhos de Ressonância Magnética se apresenta de forma mais equitativa: 11 na 1ª macro, 09 na 2ª e 03 na 3ª macrorregião. Quanto à cobertura de aparelho de ultrassonografia, verifica-se que há 158 aparelhos na 1ª macrorregião, 112 na 2ª e 118 na 3ª macrorregião.

Na atenção especializada hospitalar, a frequência de internações de média complexidade foi da ordem de 176.419, e 10.660 internações de alta complexidade. Dispõe-se, atualmente, de 94 hospitais. Destes, 70 são hospitais gerais e 06 hospitais dia, com leitos classificados em 34 especialidades.

No tocante ao quantitativo de leitos, tem-se o equivalente a um total de 7.413 leitos, sendo 423 leitos habilitados para terapia intensiva. No cenário de distribuição, observa-se que os leitos de UTI estão

localizados em sete das 16 regiões de saúde. Percebe-se que há uma maior concentração desses leitos na 1ª região de saúde, sendo a maioria localizada em João Pessoa, representando 58,4 % do total de leitos de UTI. Em segundo lugar vem a 16ª região, com maior expressão em Campina Grande que, somando-se aos demais municípios da macrorregião, contém 28,8% do total de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em relação à distribuição por tipo, dispõe-se de 268 leitos de UTI adulto, 66 de UTI pediátrica, 63 de UTI neonatal, 20 de UTI coronariana e 06 de UTI queimados.

A Paraíba não difere dos demais estados no que tange à oferta de serviços especializados que atendam às demandas e necessidades de saúde da população. O contingenciamento da União sobre os recursos SUS reflete sobremaneira no processo de habilitação de novos serviços. O apelo do mercado por novas tecnologias não contempladas no SUS impõe ao estado e aos municípios responder às demandas judiciais com procedimentos extra-tabela, com valores estratosféricos, comparados aos valores tabelados no SUS.

Esta sendo instituida a cultura voltada à segurança do paciente, o que traz práticas eficientes como implantação de indicadores na gestão da clínica com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes. Tais práticas são as linhas guias e os protocolos clínicos que normalizam todo o processo e o padrão de atenção no cuidado em saúde, orientando a equipe de saúde quanto ao planejamento local e fornecendo indicadores e parâmetros para a construção de um sistema de informação para monitoramento e avaliação das ações. A gestão baseada em evidências promoverá o protagonismo da atenção básica na produção do cuidado e a redução dos encaminhamentos à atenção especializada. A reorientação na implantação e implementação das redes de atenção a partir das linhas de cuidado potencializa o acesso dos usuários e dá qualidade ao Sistema Único de Saúde no estado da Paraíba.

5.2.2 PRÉ-HOSPITALAR FIXO

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24 horas são estruturas do componente pré-hospitalar fixo, de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares. Funcionam de modo ininterrupto nas 24h do dia e todos os dias da semana, incluindo feriados, com o objetivo de dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução e de reduzir o fluxo de usuários para as portas de entrada hospitalares.

O estado da Paraíba possui quatro Unidades de Pronto Atendimento 24h nos municípios de Cajazeiras, Santa Rita, Princesa Isabel e Guarabira, todas porte I, opção III, implantadas em locais estratégicos para a configuração da Rede de Atenção às Urgências.

5.2.3 HOSPITALAR

A Portaria GM nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito SUS e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), enuncia que:

> A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso, atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. Com as Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas (BRASIL, 2013a).

Nessa perspectiva, a discussão sobre a organização da atenção à saúde em nível hospitalar é tão complexa quanto a própria origem e o desenvolvimento deste equipamento dentro da rede de serviços de saúde. Os serviços hospitalares devem ser entendidos como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população. De acordo com o desenho da RAS loco-regional, hospitais são vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

De fato, cabe à atenção primária a estruturação da rede de atenção à saúde, a partir de um acesso amplo, descentralizado, com oferta de serviços diversos, permitindo um alto grau de resposta às necessidades de saúde de seus usuários, de forma coordenada e integrada ao restante da rede de serviços.

A Paraíba conta com redes de serviços sob gerência estadual que, de acordo com o perfil, configuram-se como referência na atenção hospitalar nas regiões onde estão inseridas, produzindo ações e serviços de saúde de qualidade para os usuários do SUS. Estes serviços também se constituem em campo de prática para o ensino, a pesquisa e a incorporação tecnológica em saúde, desempenhando um importante papel na formação, tanto para suas equipes, como também sendo campo de estágios para estudantes e residentes em cursos voltados para a saúde.

A rede de serviços hospitalares sob gerência estadual é composta por 32 hospitais que estão distribuídos em 14 das 16 regiões de saúde do estado da Paraíba, com perfis bastante heterogêneos, seja pela capacidade instalada, complexidade, ou especificidade assistencial. A rede conta com as principais portas de urgência e emergência em traumato-ortopedia de média e alta complexidade na primeira e segunda macrorregião e de referência secundária na terceira macrorregião. Conta também com a principal referência ao paciente adulto e infantil de média e alta complexidade em neurocirurgia e cardiologia, localizada na primeira macrorregião de saúde, além do principal equipamento hospitalar e única referência estadual para o tratamento de pacientes com AIDS, tuberculose e hanseníase, igualmente localizado na primeira macrorregião, como referência em oncologia de média e alta complexidade na terceira macrorregião. O quadro abaixo demonstra os serviços hospitalares do estado.

QUADRO 10 - SERVIÇOS HOSPITALARES DO ESTADO DA PARAÍBA, EM 2019.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	UNIDADE HOSPITALAR
1ª Região	João Pessoa	Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira
		Hospital Infantil Arlinda Marques
		Complexo de Doenças Infecto-contagiosas Clementino Fraga
		Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena/Hospital HTOP
		Maternidade Frei Damião
		Hospital General Edson Ramalho
	Santa Rita	Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires
2ª Região	Belém	Hospital Distrital de Belém
	Guarabira	Complexo de Saúde do Município de Guarabira
	Lagoa de Dentro	Hospital Distrital de Lagoa de Dentro
	Serraria	Hospital Dr. Ouvidio Duarte
	Solânea	Hospital Dr. Francisco Assis de Freitas
4ª Região	Picuí	Hospital Regional de Picuí
5ª Região	Monteiro	Hospital Regional Santa Filomena
6ª Região	Patos	Maternidade Dr. Peregrino Filho
		Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro
		Hospital Infantil Noaldo Leite
	Santa Luzia	Hospital e Maternidade Sinha Carneiro
7ª Região	Aguiar	Hospital Francisco Bento Cabral
	Coremas	Hospital Estevam Marinho
	Itaporanga	Hospital Distrital de Itaporanga
	Piancó	Hospital Wenceslau Lopes
8ª Região	Catolé do Rocha	Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
9ª Região	Cajazeiras	Hospital Regional de Cajazeiras
10ª Região	Sousa	Hospital Distrital Dep. Manoel Gonçalves de Abrantes
12ª Região	Itabaiana	Hospital Regional de Itabaiana
13ª Região	Pombal	Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro
14ª Região	Mamanguape	Hospital Geral de Mamanguape
	Itapororoca	Hospital Geral de Itapororoca
15ª Região	Queimadas	Hospital Geral de Queimadas
16ª Região	Campina Grande	Hospital Regional de Emergência Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
	Taperoá	Hospital Distrital de Taperoá

Fonte: Núcleo de Assistência Hospitalar-NAH/ SES-PB, 2019.

5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) é definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) como um

> grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001)

No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), cabe às secretarias estaduais de saúde a coordenação da política estadual de assistência farmacêutica. Com relação ao fornecimento de medicamentos, os medicamentos que devem ser fornecidos pela gestão estadual são aqueles elencados no Componente Especializado da AF. Esses medicamentos correspondem a segunda linha de tratamento de diversos problemas de saúde. Os medicamentos que não constam nessa relação não podem ser financiados pelas secretarias estaduais, a não ser que por motivos epidemiológicos o estado incorpore esses medicamentos em seu elenco estadual de medicamentos.

Nacionalmente, a AF está dividida em 3 componentes: Básico; Estratégico e Especializado.

O componente básico tem o objetivo de ofertar medicamentos para tratamentos no âmbito da atenção primária em saúde, ou seja, destina-se a tratar mais dde 70% dos problemas de saúde de uma comunidade. O financiamento para aquisição desses medicamentos é tripartite, mas a aquisição é realizada de forma descentralizada. No estado da Paraíba, foi pactuado, no âmbito da CIB, a descentralização da execução do componente básico da AF, no qual o estado é responsável pelo repasse de R$ 2,36/ habitante/ano e distribuição dos medicamentos de compra centralizada pelo MS, como insulinas humanas, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher;

O componente estratégico tem como objetivo disponibilizar medicamentos dos programas para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas, como controle da hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, alimentação e nutrição, controle do tabagismo, influenza e saúde da criança. Esses medicamentos são financiados e adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, cabendo à gestão estadual a responsabilidade de fazer o armazenamento e a distribuição aos municípios.

O componente especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em publicados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem parte do Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. Estes grupos são definidos de acordo com os seguintes critérios:

I - complexidade do tratamento da doença;

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

Grupo 1:
I - maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente;

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o CEAF;

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Este grupo subdivide-se em:
Grupo 1A: medicamentos financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde;

Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Grupo 2:
I - menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1;

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

Estes medicamentos são financiados e adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Grupo 3:
I - fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente, considerados como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas no CEAF.

Estes medicamentos estão sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

No ambito da SES-PB, a AF tem uma estrutura segmentada com relação à gestão das políticas e serviços. O Núcleo de Assistencia Farmaceutica (NAF) fica vinculado à Gerência Executiva de Atenção à Saúde, enquanto o Centro de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX) está vinculado diretamente ao Gabinete da Secretaria.

O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) tem a missão de coordenar a política de assistência farmacêutica do estado da Paraíba. Tem papel de apoiar regiões de saúde e municípios e qualificar as ações da AF, visando ampliar o acesso a medicamentos previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

O NAF é responsável em articular, junto ao Ministério da Saúde (MS), a programação e distribuição de medicamentos, referentes ao componente básico e estratégico. Esses medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos municípios via Secretarias Estaduais de Saúde.

O CEDMEX é responsável pela dispensação de 272 medicamentos usados para o tratamento de 79 patologias, na sua grande maioria crônicas. Para garantir a integralidade do tratamento dessas doenças, estes medicamentos estão definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

O órgão hoje dispõe de uma unidade de dispensação central, localizada em João Pessoa, e de um centro de dispensação para crônicos renais e transplantados, localizado na Central de Transplantes para atendimento aos municípios que fazem parte da 1ª Gerência Regional de Saúde. Para os demais municípios, existem mais 11 centros de dispensação localizados no prédio de cada Gerência Regional de Saúde. O CEDMEX ainda dispõe de um Serviço de Tratamento Assistido em Hepatites, localizado no Hospital Clementino Fraga, e de um Centro de Referência em Esclerose Múltipla, localizado na Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD). Estas unidades, além do acesso mais rápido ao medicamento, incluem um centro de aplicação de medicamentos e toda uma assistência multiprofissional.

Além dos três componentes que fazem parte da estrutura da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, cabe também ao Núcleo de Assistência Farmacêutica a responsabilidade

pelo atendimento e cumprimento das Demandas Judiciais oriundas de todo o estado no que se refere a medicamentos, suplementos alimentares e produtos para a saúde (produtos utilizados em procedimentos médicos, odontológicos e fisioterápicos).

Durante os últimos anos, o crescimento de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos modificou a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo NAF. Com relação às demandas judiciais de âmbito coletivo, existe atualmente, no estado da Paraíba, quatro Ações Civis Públicas que definem a responsabilidade dos entes federativos para o fornecimento de determinados medicamentos, são eles:

1. Diabetes: Garantir o fornecimento de insulinas análogas: Glargina (Lantus®); Lispro (Humalog®); Asparte (Novorapid®)

2. Doenca Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):Tiotrópio (Spiriva®),

3. Neoplasias (Câncer): Abiraterona, Bevacizumabe, Bortezomibe, Erlotinibe, Exemestano, Sorafenibe, Sunitinibe, Rituximabe, Tamoxifeno, Temozolomida, Tirotrofina, Trastuzumabe.

4. Osteoporose: Ácido Zoledrônico (Aclasta®), Teriparatida (Forteo®), Denosumabe (Prolia®)

Para esses medicamentos, a SES atende administrativamente os usuários. No fluxo atual, o usuário deverá realizar a abertura de um processo administrativo na SES, ou em cada uma das Gerências Regionais de Saúde - GRS e solicitar os formulários para solicitação do medicamento. Para cada grupo de doenças são exigidas algumas documentações para composição do processo.

O quadro abaixo apresenta os valores financeiros de produtos adquiridos pela SES-PB para o atendimento de demandas judiciais, individuais e coletivas:

QUADRO 11 - VALORES FINANCEIROS DE PRODUTOS ADQUIRIDOS PELA SES-PB PARA O ATENDIMENTO DE DEMANDAS

LINHAS DE CUIDADO	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL GERAL	%
ONCOLOGIA	R$ 15.597.825,27	R$ 25.883.523,66	R$ 13.127.021,48	R$ 21.460.261,56	R$ 31.055.267,24	**R$ 107.123.899,20**	**48,0%**
DIABETES	R$ 8.588.735,17	R$ 10.956.701,70	R$ 11.401.148,17	R$ 12.980.995,42	R$ 5.898.334,06	**R$ 49.825.914,51**	**22,3%**
OSTEOPOROSE	R$ 1.645.748,84	R$ 4.383.186,00	R$ 1.834.335,40	R$ 4.126.664,00	R$ 3.799.061,90	**R$ 15.788.996,14**	**7,1%**
OFTALMOLOGIA	R$ 1.804.869,58	R$ 1.486.413,74	R$ 1.614.849,36	R$ 2.458.700,92	R$ 2.384.026,70	**R$ 9.748.860,30**	**4,4%**
DPOC	R$ 1.188.477,80	R$ 2.976.665,20	R$ 4.620,00	R$ 1.550.208,62	R$ 3.352.265,78	**R$ 9.072.237,40**	**4,1%**
BIOLOGICOS - DIVERSOS	R$ 821.689,44	R$ 1.537.149,94	R$ 659.455,96	R$ 1.209.652,03	R$ 1.410.094,04	**R$ 5.638.041,41**	**2,5%**
EPIDERMÓLISE BOLHOSA	R$ 2.084.700,00	R$ 907.200,00	R$ 410.220,00	R$ 1.298.089,20	R$ 776.230,56	**R$ 5.476.439,76**	**2,5%**
OUTROS	R$ 1.810.222,30	R$ 1.345.829,50	R$ 342.247,02	R$ 423.922,37	R$ 706.627,96	**R$ 4.628.849,15**	**2,1%**
PSORÍASE	R$ 143.884,14	R$ 263.422,64	R$ 381.557,63	R$ 1.149.530,58	R$ 1.485.799,52	**R$ 3.424.194,51**	**1,5%**
SUPLEMENTOS ALIMENTARES	R$ 640.858,16	R$ 881.486,46	R$ 301.067,92	R$ 447.058,58	R$ 653.596,28	**R$ 2.924.067,40**	**1,3%**
DOENÇAS RARAS	R$ 277.865,88	R$ 554.312,40	R$ 48.921,60	R$ 245.382,84	R$ 1.017.026,97	**R$ 2.143.509,69**	**1,0%**
ALZHEIMER	R$ 251.922,90	R$ 496.409,70	R$ 621.267,00	R$ 549.113,40	R$ 185.780,00	**R$ 2.104.493,00**	**0,9%**
IMUNOSSUPRESSORES	R$ 64.546,20	R$ 641.691,20	R$ 154.815,60	R$ 285.092,20	R$ 406.666,70	**R$ 1.552.811,90**	**0,7%**
SAÚDE MENTAL	R$ 229.911,14	R$ 476.770,80	R$ 63.613,20	R$ 164.919,46	R$ 578.470,96	**R$ 1.513.685,56**	**0,7%**
ASMA	R$ 74.266,80	R$ 450.159,06	-	R$ 116.020,08	R$ 290.050,20	**R$ 930.496,14**	**0,4%**
ESCLEROSE MULTIPLA	R$ 58.739,24	R$ 25.300,80	-	R$ 365.547,29	-	**R$ 449.587,33**	**0,2%**
ATENÇÃO BÁSICA	R$ 74.456,28	R$ 95.246,84	R$ 34.076,30	R$ 180.757,45	R$ 12.433,05	**R$ 396.969,92**	**0,2%**
ANTITROMBOTICOS	R$ 52.599,76	R$ 120.115,86	R$ 28.280,00	R$ 84.212,64	R$ 35.405,04	**R$ 320.613,30**	**0,1%**
PRODUTOS PARA SAÚDE	R$ 52.020,20	R$ 68.468,52	R$ 5.769,60	R$ 101.139,30	R$ 33.622,00	**R$ 261.019,62**	**0,1%**
CARDIOLOGIA	-	-	-	-	R$ 16.064,16	**R$ 16.064,16**	**0,0%**
TOTAL GERAL	R$ 35.463.339,10	R$ 53.550.054,02	R$ 31.033.266,24	R$ 49.197.267,94	R$ 54.096.823,12	R$ 223.340.750,41	100,0%

Fonte: SES-PB, 2019.

Em análise das aquisições para atendimento de demandas judiciais, destacam-se as linhas de cuidado para o tratamento de doenças com alta prevalência, tais como: diabetes, osteoporose, oftalmologia e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); já as neoplasias, emboram não sejam tão prevalentes, têm um impacto orçamentário considerável, representado aproximadamente 50% do custeio dos medicamentos demandados via judicial.

Essa forma de acesso deve ser observada com muita atenção pela gestão estadual e é fundamental o desevolvimento de estratégias e ações potencialmente mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde e, também, para a redução da demanda judicial.

Na busca de qualificação dessa política é necessário seguir investindo, não apenas em aquisição de medicamentos, mas também na reestruturação dos serviços e desenvolvimento de açoes focadas no cuidado farmacêutico de forma a qualificar o atendimento dos usuários, articulando com as redes de Atenção a saúde.

5.4 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE

A Secretaria da Saúde do Estado, na política de incentivo aos transplantes e visando aumentar o número de doações de órgãos e tecidos para tais procedimentos, neste primeiro ano, inicia uma nova fase com uma reestruturação e redirecionamento na forma de gerir, com ações de impacto para obter atitudes de todos os envolvidos no processo.
Nessa perspectiva, e respeitando a legislação em vigor, a Central Estadual de Transplante, com todo o apoio da SES/PB, abriu espaço para novas equipes e hospitais cadastrados para realizar transplantes. E já no painel atual, a população da Paraíba conta com dois Hospitais da Rede Privada cadastrados para realizar transplantes de rim, coração, fígado e medula óssea, assegurando o livre acesso de pacientes SUS que aguardam transplantes, garantindo a realização dos exames necessários que os mantenham aptos para recebimento do órgão quando contemplados com a doação.

Igualmente, para realização de transplantes de córneas, realizados nas Clínicas Oftalmológicas cadastradas com as respectivas equipes de transplantes, a CET/SES-PB estão melhorando o acesso SUS para tais procedimentos.

Enquanto aguarda a implantação do laboratório de histocompatibilidade no estado, a SES/PB mantém a pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, através do envio de suas cotas para a realização dos exames de compatibilidade sanguínea (HLA, Cross Match e PRA), entre receptores e doadores, viabilizando a realização destes exames, tanto de órgãos (rim e coração), quanto de medula óssea.

São competências da CET/PB:
a) Receber notificação de óbitos da rede hospitalar pública e privada, colaborar com o processo de manutenção, doação, captação, e distribuição de órgãos e tecidos para transplante;

b) Gerenciar a Lista Única para transplante de órgãos e/ou tecidos;

c) Manter Programa de Educação Continuada junto aos Hospitais, aos Estabelecimentos de Ensino Superior e Escolas, das redes pública e privada;

d) Participar de feiras e eventos estaduais promovendo e incentivando os participantes o tema da doação;

e) Promover campanhas em prol da doação de órgãos e/ou tecidos para transplante;

f) Promover cursos de capacitação para diagnóstico de morte encefálica junto à sociedade médica de intensivistas e neurologistas;

g) Promover cursos de capacitação em comissão intra hospitalar para doação de órgãos e/ou tecidos para transplante;

h) Promover cursos para o corpo clínico das áreas de risco (UTI, Vermelha, Laranja) dos hospitais;

i) Manter parceria com o Projeto Reentrans (Rede Nacional de Transplante) do Ministério da Saúde e Hospital Sírio-Libanês, para capacitação de profissionais dos estados que desenvolvem atividades ligadas ao transplante;

j) Acompanhar as atividades exercidas pelas Comissões Intra-Hospitalares de Transplante para Doação de Órgãos e/ou Tecidos (CIHDOTTS), com incentivo à criação de outras Comissões nos hospitais que ainda não as possuem;

k) Credenciar e recredenciar junto ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT) / Ministério da Saúde, equipes e estabelecimentos para realização de Transplantes;

l) Acompanhar os serviços de diálise, com a coleta trimestral e envio do soro dos pacientes, para o Laboratório Histocompatibilidade, em Recife/PE;

m) Gerenciar as Unidades de Captação de João Pessoa, Campina Grande, para acompanhamento das doações, captações e atividades administrativas por elas desenvolvidas;

n) Capacitar equipes de transplante para utilização do programa SNT "SIG -6.0".

Perspectivas da CET/PB:

A CET/PB recebe mensalmente recursos financeiros do Ministério da Saúde, e, para tanto, precisa cumprir metas pré-estabelecidas. A SES/PB está empenhada em viabilizar as ações para incremento da política de transplante no estado, buscando alcançar todas as Regionais de Saúde, esclarecendo àquele cidadão do mais longínquo município que necessitar dos serviços de transplantes, que aqui na Paraíba são realizados transplantes de rim, fígado, coração, córnea e medula óssea, evitando o

seu deslocamento para outro estado em busca de tais serviços. A nova gestão de maneira eficaz e eficiente tem como objetivo principal trazer a Paraíba para o cenário nacional no aumento de doações de órgãos e tecidos para transplantes, bem como atingir as metas pactuadas, visando exclusivamente melhorar a qualidade de vida de muitos paraibanos que aguardam por um transplante, e também daqueles que nem sequer sabem que aqui é possível ter acesso no SUS a estes serviços. Seus maiores desafios são o aumento do número de notificação de óbitos, a abertura e a conclusão do processo de diagnóstico de Morte Encefálica, e a eficiência no processo de doação-captação-transplante.

5.4 HEMORREDE

O Hemocentro da Paraíba foi criado em 1990, como parte da ação do Governo do Estado da Paraíba em face da necessidade do estado em relação à questão do sangue. Constitui um centro de referência na coleta, processamento e distribuição de sangue abrangendo os 223 municípios, com aproximadamente 4 milhões de habitantes. É responsável por 100% da hemoterapia do estado.

A Hemorrede é composta por: um Hemocentro Coordenador, de natureza pública, localizado em João Pessoa, sendo referência no estado na área de Hemoterapia e Hematologia, com a finalidade de prestar assistência e apoio à rede de serviços de saúde; um Hemocentro Regional, também de natureza pública, que coordena e desenvolve as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do estado para uma macrorregião de saúde, de forma hierarquizada; sete Núcleos de Hemoterapia (Patos, Sousa, Cajazeiras, Piancó, Itaporanga, Guarabira e Catolé do Rocha); e 29 Agências Transfusionais, entidades de âmbito regional, de natureza pública e privada, que desenvolvem as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no estado, com localização intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realiza-se por meio dos serviços de hemoterapia de maior complexidade. A rede dispõe, ainda, de um laboratório de Biologia Molecular e Paternidade com a finalidade de armazenar dados de pessoas dispostas a doar medula óssea para transplante e desenvolver atividades de captação de pessoas para cadastro no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME). Este laboratório realiza também testes de paternidade oriundos de demanda judicial a partir de parceria firmada com o Tribunal de Justiça do Estado e o Ministério Público, por meio do Projeto Nome Legal. A rede também conta com um extenso e permanente programa educacional que inclui o treinamento e desenvolvimento de profissionais médicos, enfermeiros, biólogos, bioquímicos, biomédicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem e de laboratório, dentre outros. Estas atividades são estendidas a especialistas e pesquisadores da área, dentre eles alunos de graduação e pós-graduação. Levando em consideração a missão da organização, visão de futuro, os fatores críticos para a melhoria dos processos e as diretrizes nacionais, os objetivos e metas estabelecidos no Plano Estadual de Saúde visam reestruturar a Hemorrede para garantir maior qualidade nos produtos e serviços oferecidos à população paraibana. Esse plano será um instrumento orientador das ações do período, a partir de investimentos na qualificação dos serviços oferecidos pela Hemorrede Estadual, procurando dar legitimidade à assistência à saúde, como preconiza a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Os quadros a seguir mostram um panorama da Hemorrede:

QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO DAS AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS INTRA-HOSPITALARES POR MUNICÍPIO, SEGUNDO A NATUREZA

AGÊNCIAS TRANFUSIONAIS (INTRA-HOSPITALAR)	MUNICÍPIO	NATUREZA
Hospital Edson Ramalho	João Pessoa	Pública Estadual
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa	Pública Estadual
Maternidade Frei Damião	João Pessoa	Pública Estadual
Maternidade Cândida da Vargas	João Pessoa	Pública Municipal
Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity	João Pessoa	Pública Municipal
Hospital Universitário Lauro Wanderley	João Pessoa	Pública Federal
Hospital da UNIMED	João Pessoa	Privada
Hospital São Vicente de Paula	João Pessoa	Filantrópica
Hospital Napoleão Laureano	João Pessoa	Filantrópica
Hospital da Fundação Flávio Ribeiro Coutinho	Santa Rita	Filantrópica
Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro	Pombal	Pública Estadual
Hospital Samaritano	João Pessoa	Privado
Hospital Santa Izabel	João Pessoa	Pública Municipal
Hospital Memorial São Francisco	João Pessoa	Privado
Hospital Dom Rodrigo	João Pessoa	Privado
Hospital Nossa Senhora das Neves	João Pessoa	Privado
Hospital Universitário Nova Esperança	João Pessoa	Privado
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires	Santa Rita	Pública Estadual
Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	Campina Grande	Pública Estadual
Hospital Universitário Alcides Carneiro	Campina Grande	Pública Federal
Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba	Campina Grande	Filantrópica
Hospital Antônio Targino	Campina Grande	Privado
CLIPSI – Hospital Geral	Campina Grande	Privado
Clínica Santa Clara	Campina Grande	Privado
Hospital Pedro I	Campina Grande	Privado
Hospital João XXIII	Campina Grande	Privado
Instituto Elpidio de Almeida (ISEA)	Campina Grande	Privado
Hospital Regional de Itabaiana	Itabaiana	Público
Hospital Regional Santa Filomena	Monteiro	Público
Hospital Regional de Princesa Isabel	Princesa Isabel	Público
Hospital Regional Felipe Tiago Gomes	Picuí	Público

Fonte: Hemocentro-PB, 2019

5.6 CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER - CEDC/PB

O Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC) está localizado no município de João Pessoa – 1ª Macrorregional, na Avenida Duarte da Silveira, 590 – Centro, sob Gestão Estadual e Municipal. Fundado em 2002, é referência estadual para a detecção precoce do câncer de colo de útero e mama e foi criado para atender à demanda da Campanha Nacional de Intensificação das Ações contra o Câncer de Colo de Útero do Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, dentro do Programa Viva Mulher, implantando, assim, o Laboratório de Citopatologia. Contudo, com o passar dos anos, foi-se integrando vários serviços, como:

1) Ginecologia – com oferta de biópsia de vulva e vagina, biópsia de colo de útero, exérese de zona de transformação (CAF), colposcopia e consulta médica especializada;

2) Mastologia – realizando consulta médica especializada, punção aspirativa por agulha fina e punção aspirativa por agulha grossa (Core Biopsy);

3) Laboratório de Citopatologia e Anatomia Patológica – realizando exame cito e histopatológico de colo de útero, mama, tireoide e anatomopatológico geral por parafina;

4) Serviço de Imagem – ofertando mamografias diagnóstica e rastreamento, ultrassonografia abdome total, mamária bilateral, tireóide, transvaginal e procedimentos intervencionistas guiados por ultrassom.

Em 2011, o CEDC passou por diversas reestruturações, sempre visando oferecer um melhor e diferenciado atendimento médico e laboratorial à população nas mais diversas áreas, com resolutividade.

Considerado um serviço modelo entre as unidades especializadas de saúde da Paraíba, com objetivo de prestar serviço de excelência à população paraibana no âmbito da rede SUS e avançar no diagnóstico precoce das lesões precursoras do câncer de colo uterino e câncer de mama, o CEDC almeja tornar-se referência nacional como unidade especializada.

Além de todos os serviços já descritos, o Laboratório de Patologia do CEDC absorve toda a demanda de exames anatomopatológicos provenientes do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL).

O CEDC foi habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Monitoramento Externo de Qualidade dos exames citopatológicos realizados na rede pública de toda a Paraíba, com previsão de iniciar sua atuação no estado no ano de 2020.

Média anual de procedimentos realizados:

- Mais de R$ 770.000,00 investidos em exames para detecção precoce do câncer;
- Mais de 58.000 atendimentos;
- Mais de 45.000 exames registrados no SISCAN (colo de útero);
- Mais de 500 biópsias percutâneas de mama;
- Mais de 120 cirurgias ambulatoriais (CAF);
- Mais de 12.000 exames anatomopatológicos.

5.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

5.7.1 LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA (LACEN)

O Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba Dra. Telma Lobo (LACEN-PB) foi fundado em 1978. Ele integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), instituído pela Portaria Ministerial nº 280, de 21 de junho 1977 (BRASIL, 1997) que é um conjunto de redes nacionais de laboratórios. Essas redes estão organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, e de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à Vigilância em Saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica de média e alta complexidade, conforme o disposto na Portaria MS nº 2.031 de 23 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004c).

O LACEN-PB é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, com área geográfica de abrangência estadual, executando atividades no âmbito dos 223 municípios do estado da Paraíba, e tem como finalidade a realização de ações de vigilância em saúde realizando diagnósticos clínicos e epidemiológicos a partir de amostras oriundas de pacientes suspeitos de doenças de interesse sanitário (no diagnóstico de doenças de notificação compulsória, na vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis, no monitoramento de resistência bacteriana).

No cumprimento de suas funções, o LACEN-PB atende à demanda analítica de produtos afetos à vigilância sanitária como alimentos, medicamentos e saneantes domissanitários, na vigilância da qualidade da água para consumo humano, na vigilância de fatores ambientais físicos e químicos, no monitoramento de populações humanas expostas aos fatores ambientais biológicos, químicos e físicos, nas análises de produtos, de alimentos e contaminantes biológicos em produtos relacionados à saúde e na execução de análises complementares ao diagnóstico de doenças e outros agravos à saúde, relacionados à assistência de média e alta complexidade. Portanto as condições populacionais, epidemiológicas, sanitárias e ambientais da área de abrangência do laboratório determinarão seu perfil de atuação e suas consequentes atribuições.

No laboratório de saúde pública, as atribuições fim são: biologia médica, produtos e ambiente e ensino e pesquisa. Já as atribuições meio são: apoio técnico, apoio administrativo e apoio logístico.

A atribuição biologia médica compreende as atividades de bacteriologia, virologia, parasitologia, micologia e biologia molecular, resposta às emergências de risco à saúde (surto).

A atribuição produtos e ambiente realiza as atividades de: Segurança de Produtos (ensaios analíticos de físico-químicas, incluindo as cromatográficas e de absorção atômica, as microbiológicas, as microscópicas e contaminantes químicos), saúde ambiental e resposta às emergências de risco à saúde (surtos de doenças transmitidas por alimentos e água).

A atribuição ensino e pesquisa realiza as atividades capacitação e educação continuada, de cursos e treinamentos; atualização técnico-científica; e pesquisas relacionadas à saúde pública, promovendo a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios em sua área de abrangência. O LACEN-PB pode também realizar cursos com escolas técnicas, universidades e outras instituições de ensino.

A atribuição apoio técnico realiza as atividades de recepção, coleta e triagem de amostras biológicas e produtos para análise; o preparo de meios de cultura e soluções; a lavagem e esterilização de materiais; o armazenamento de amostras de contraprova; e biotério de experimentação.

A atribuição apoio administrativo compreende as atividades de estatística e informação; gestão documental; administração

do patrimônio; administração de pessoal; compras, orçamento e finanças; faturamento e convênios; chefia e planejamento; padronização de metodologias analíticas; aperfeiçoamento e regulamentação laboratorial; desenvolvimento de plano de ação; gerenciamento integrado de dados, coordenação da rede de laboratórios da área de abrangência; e encaminhamento ao Laboratório de Referência Regional de amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica.

A **atribuição apoio logístico** realiza as atividades de comunicação, segurança e vigilância; biossegurança, qualidade e boas práticas de laboratório; conforto e higiene pessoal; limpeza e zeladoria; manutenção; transporte; infraestrutura predial; almoxarifado; e higienização da roupa.

A estrutura organizacional do LACEN-PB contempla três níveis hierárquicos: o político, o estratégico e o operacional, cuja autoridade e atribuições de cargos estão descritas no Regimento Interno da Instituição.

O LACEN-PB possui ainda uma rede de unidades descentralizadas nas diversas regiões do estado que realizam exames específicos, a saber:

• Municípios com laboratórios para diagnóstico de saúde pública: João Pessoa, Campina Grande, Patos, Cajazeiras e Cabedelo.

• Municípios com laboratórios para análise da água: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Piancó, Sousa e Cajazeiras.

• Municípios com laboratórios para diagnóstico de Leishmanioses: João Pessoa, Guarabira, Patos, Cajazeiras, Alagoa Grande, Areia e Alagoa Nova.

• Municípios com laboratórios para diagnóstico de Doença de Chagas: João Pessoa, Guarabira, Patos e Cajazeiras.

QUADRO 13 - ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DRA. TELMA LOBO.

ATRIBUIÇÃO	ATIVIDADE
1.BIOLOGIA MÉDICA: MATERIAL BIOLÓGICO	1. BACTERIOLOGIA: Realiza ensaios analíticos para isolamento e identificação de bactérias, por meio de colorações, esfregaços, culturas e testes de sensibilidade a antibióticos, provas bioquímicas e tipagem: coprocultura (cultura de fezes); urocultura (cultura de urina); hemocultura; coqueluche; difteria; cultura de secreção em geral; antibiograma (teste de sensibilidade antibacteriana); cultura de liquor (LCR); controle de infecção hospitalar. 2. REAÇÃO ANTÍGENO-ANTICORPO: Peste 3. MICROBACTERIOLOGIA: Tuberculose: Baciloscopia (Pesquisa de BAAR); Cultura para Bacilos de Koch (BK); Teste de Sensibilidade para Bacilos de Koch (BK); VIROLOGIA: Realiza testes e ensaios analíticos para o diagnóstico laboratorial das viroses. 1. HEPATITES VIRAIS: Sorologia HBSAg (Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B); sorologia anti-HAV (anticorpos contra o vírus da Hepatite A) - HAV IgM e IgG; sorologia anti-HBC (anticorpos contra o vírus da Hepatite B) - HBC Total e IgM; sorologia Anti-HBS (anticorpos contra o antígeno de superfície da Hepatite B); sorologia HBEAg; sorologia anti-HBE; sorologia anti-HCV (anticorpos contra o vírus da Hepatite C); PCR RNA HVC qualitativo; PCR RNA HVC quantitativo; genotipagem do HCV; PCR RNA HBV quantitativo; HBV DNA carga viral do vírus da Hepatite. 2. HERPES: anti herpes (anticorpos anti-vírus do Herpes, HSV l e 2, Herpes vírus Humano HVH). 3. CITOMEGALOVÍRUS: sorologia IgM; sorologia IgG. 4. RUBÉOLA: sorologia IgM; Sorologia IgG. 5. SARAMPO: sorologia IgM. 6. DENGUE: sorologia IgM; NS1; Isolamento Viral. 7. HIV: anticorpo Anti-HIV I e II; Westem Blot; teste rápido; carga viral subpopulação dos linfócitos CD4 e CD8. 8. LEPTOSPIROSE: sorologia IgM 9. MONONUCLEOSE - R. Paul Bunell Davidson: sorologia IgM; sorologia IgG. 10. PSA - Antígeno Prostático Específico: total. 11. SÍFILIS: VDRL; FTA-ABS. 13. INFLUENZA: sazonal; H1N1. 14. ROTAVÍRUS: pesquisa de antígeno – ELISA. BIOLOGIA MOLECULAR - realiza técnicas de biologia molecular para auxiliar no diagnóstico laboratorial das doenças transmissíveis, nos estudos epidemiológicos e nas pesquisas. PARASITOLOGIA - realiza ensaios analíticos para identificação de agentes parasitas e vetores biológicos. 1. LEISHMANIOSE: anticorpo anti-Leishmaniose - Leishmaniose Visceral (Calazar) Humano e Canino; Reação de Montenegro; Pesquisa Direta (Escarificação da Lesão) - Leishmaniose Tegumentar. 2. TOXOPLASMOSE: sorologia IgM; Sorologia IgG. 3. CHAGAS: anticorpo Anti-Chagas. 4. MALÁRIA: pesquisa Direta (Gota Espessa). 5. FILARIOSE: pesquisa Direta (Gota Espessa). 6. ESQUISTOSSOMOSE: pesquisa Direta (Kato-Katz).
2. PRODUTOS E MEIO AMBIENTE: **- Alimentos** **- Bebidas e águas** **- Medicamentos** **- Saneantes domissanitários** **- Cosméticos** **- Materiais ambientais**	1. FÍSICO-QUÍMICA: realiza ensaios analíticos físico-químicos em amostras de alimentos, bebidas, águas (água mineral; água adicionadas de sais; água de abastecimento), medicamentos, saneantes, cosméticos e materiais ambientais. 2. MICROBIOLOGIA: realiza ensaios microbiológicos em amostras de alimentos, bebidas, águas (Monitoramento do cólera ambiental), medicamentos, saneantes, cosméticos, correlatos e materiais ambientais. 3. MICROSCOPIA DE ALIMENTOS E MEDICAMENTOS: realiza ensaios microscópicos em amostras de alimentos, bebidas, águas, medicamentos, saneantes, cosméticos, correlatos e materiais ambientais. 4. CONTAMINANTES QUÍMICOS: realiza ensaios de resíduos de pesticidas e solventes, micotoxinas, metais pesados e minerais em amostras de alimentos, bebidas, águas, medicamentos, embalagens, cosméticos, correlatos, materiais biológicos e amostras ambientais.

ATRIBUIÇÃO	ATIVIDADE
3. FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH E PESQUISA	1. CURSOS E TREINAMENTO: organiza e promove cursos de aperfeiçoamento técnico, estágios e treinamento. 2. ATUALIZAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA: organiza a documentação técnico-científica e promove o desenvolvimento científico. 3. PESQUISAS: realiza investigações científicas e intercâmbio com outras instituições.
4. APOIO TÉCNICO	1. COLETA, RECEPÇÃO E TRIAGEM DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS: realiza coleta de amostras biológicas, procede à recepção, triagem e distribuição de amostras para as diversas áreas laboratoriais. Entregar os resultados dos ensaios analíticos realizados. 2. RECEPÇÃO E TRIAGEM DE AMOSTRAS DE PRODUTOS: recebe e realizar triagem e distribuição de amostras de produtos para as diversas áreas laboratoriais, guarda as amostras de contraprovas e entrega os resultados dos ensaios analíticos. PREPARO DE MEIOS DE CULTURA: prepara os meios de cultura. 3. LAVAGEM E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS DE CONTRAPROVA: lava e esteriliza os materiais
5. APOIO ADMINISTRATIVO	1. ESTATÍSTICA E INFORMAÇÃO: realiza serviços de expediente, comunicação, informação e estatística. 2. GESTÃO DOCUMENTAL: cuida dos documentos do laboratório. 3. ADMINISTRAÇÃO DO PATRIMÔNIO: zela pelo patrimônio do laboratório. 4. ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL: executa administração de pessoal. 5. COMPRAS, ORÇAMENTO, FINANÇAS: realiza compras, orçamento, finanças, faturamento e convênio. 6. FATURAMENTO, CONVÊNIOS: realiza compras, orçamento, finanças, faturamento e convênio. 7. CHEFIA E PLANEJAMENTO: chefia, planeja e coordena as atividades do laboratório. 8. COORDENAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS: coordena a rede de laboratórios.
6. APOIO LOGÍSTICO	1. COMUNICAÇÃO, SEGURANÇA E VIGILÂNCIA: presta informações ao público, externo e interno: Proporciona condições de segurança e vigilância do edifício, instalações e áreas externas. 2. BIOSSEGURANÇA, QUALIDADE E BPL: promove programa de biossegurança, qualidade e boas práticas de laboratório. 3. CONFORTO E HIGIENE PESSOAL: proporciona condições de conforto e higiene pessoal. 4. LIMPEZA E ZELADORIA MANUTENÇÃO TRANSPORTE: zela pela limpeza e higiene do edifício, instalações e áreas externas, materiais, instrumentos e equipamentos, bem como pelo gerenciamento dos resíduos sólidos. 5. MANUTENÇÃO: executa a manutenção do edifício, instalações, equipamentos, instrumentos e móveis. 6. INFRA-ESTRUTURA PREDIAL: proporciona condições de infra-estrutura predial para o funcionamento adequado do laboratório. 7. ALMOXARIFADO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E REAGENTES: armazena os materiais, equipamentos e reagentes; recepciona, inspecionar e controlar os equipamentos, mobiliário, utensílios e reagentes; distribui os materiais, equipamentos e reagentes. 8. HIGIENIZAÇÃO DA ROUPA: proporciona roupa limpa para o uso dos trabalhadores do laboratório. 9. TRANSPORTE: mantém os veículos do laboratório; organiza e mantém as atividades de transporte do laboratório.

Fonte: SES-PB, 2019.

5.7.2 SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS – SVO

O Serviço de Verificação De Óbitos - SVO é um órgão de saúde pública subordinado à Gerência Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Tem por atribuição promover ações que proporcionem, via necropsia, o esclarecimento da causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem elucidação diagnóstica, e em especial aqueles sob investigação epidemiológica, em plena observância ao que dispõem no Capítulo III, do Art. 14 da Portaria MS/GM Nº. 183, de 30 de janeiro de 2014.

O Serviço de Verificação de Óbitos - SVO de João Pessoa/PB foi fundado em 31 de Dezembro de 2002. Em meados de 2006 este serviço passou a integrar, por força da Portaria 1.405 do Ministério da Saúde, a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento das Causas Mortis, tendo como objetivo promover ações que proporcionem o esclarecimento das causas mortis de todos os óbitos sem elucidação diagnóstica, e em especial aqueles de investigação epidemiológica.

Diferente do Instituto Medicina Legal, que funciona para esclarecer morte por causas violentas e/ou acidentais, o SVO tem a função de pesquisar as causas de óbito por morte natural, em consequência de alguma patologia que não pôde ser identificada pelos métodos clínicos habituais ou em óbitos ocorridos sem assistência médica. A criação do serviço foi fundamental para a comunidade e gera um impacto positivo na saúde e na proteção social, já que, a partir da informação correta da "causa mortis", os gestores da saúde terão subsídios para traçar diretrizes e políticas de saúde, aumentando a eficiência das ações e, por conseguinte, o combate e controle das doenças que ameaçam a vida da população.

O serviço funciona 24h em um espaço físico que se localiza na UFPB, próximo ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Trabalha em parceria com o Centro de Ciências Medicas e o Centro de Ciências da Saúde, o que permite à comunidade acadêmica ter um contato mais íntimo com os aspectos macroscópicos e microscópicos das patologias. Conta ainda com parcerias com os demais órgãos estaduais da Paraíba como NUMOL/PB (Núcleo de Medicina e Odontologia Legal/PB), CEDC/PB(Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer) e o LACEN-PB (Laboratório Central de Saúde Pública). Na impossibilidade de um diagnóstico, o SVO envia as amostras para o Instituto Evandro Chagas (IEC) no Pará, serviço de referência no estado.

O SVO – Paraíba tem como área de abrangência todo o estado que atende a uma população de 3.996.496 com cobertura no serviço.

Dessa forma, o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) tem por objetivo detectar as emergências epidemiológicas, o diagnóstico isolado ou surtos de doenças emergentes e pré emergentes e ainda agravos inusitados. Além disso, orientar a tomada de decisões para o controle de doenças, bem como permitir o aprimoramento da qualidade da informação de mortalidade para subsidiar as políticas de saúde do estado da Paraíba.

Criados a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), juntamente com as áreas técnicas de Saúde do Trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais de saúde, têm o papel de prover retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS (BRASIL, 2002).

Em 23 de agosto de 2012, por meio da Portaria nº 1.823, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, destacando como princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; descentralização; hierarquização; equidade; e precaução. Este último aspecto é específico à referida política, que considera que medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde (BRASIL, 2012d).

Esses Centros de Referência desempenham, enquanto instâncias da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), a função de prestar suporte técnico, de oferecer educação continuada e de coordenar projetos de assistência, além da promoção e da vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito de sua abrangência, assumindo papel de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde no estado.

O CEREST estadual atua de forma a possibilitar o apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador no que diz respeito à atenção primária em saúde, aos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como à promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Já os CEREST regionais desenvolvem ações voltadas principalmente ao acolhimento e à assistência aos trabalhadores.

Atualmente, o estado da Paraíba possui quatro CEREST, sendo um estadual e três regionais, localizados nos municípios de João Pessoa, responsável pela 1ª Macrorregional de Saúde; no município de Campina Grande, que atua na 2ª Macrorregional de Saúde; e em Patos, município responsável pela 3ª Macrorregional. É importante destacar, ainda, que a 4ª Macrorregional de Saúde não possui CEREST regional, o CEREST estadual é o responsável por desenvolver as ações em saúde do trabalhador.

Além dos referidos centros, o estado possui quatro núcleos municipais de saúde do trabalhador nos municipios de Cabedelo, Bayeux, Santa Rita e Sousa, distribuídos na 1ª e 3ª Macrorregiões de Saúde com o papel de apoiar os CEREST estadual/regionais no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. A RENAST possui ainda no estado 48 unidades que compõem a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador que faz parte do dispositos da RENAST para realização de diagnóstico e notificação de agravos à saude relacionados ao trabalho. Também fazem parte de suas competências a realização de identificação de casos e investigação epidemiológicas. Os serviços que compõem essa rede pode ser qualquer unidade de saúde, desde as Unidades de Atenção Primária à Saúde até as referências especializadas.

QUADRO 14 - CENÁRIO DOS CEREST S NO ESTADO DA PARAÍBA, COM RESPECTIVOS MUNICÍPIOS COBERTOS POR CADA CENTRO

CEREST	ABRANGÊNCIA	MUNICÍPIO SEDE	Nº DE MUNICÍPIOS COBERTO
Estadual	Estadual	João Pessoa	223
Regional João Pessoa	I Macro	João Pessoa	64
Regional Campina Grande	II Macro	Campina Grande	70
Regional Patos	III Macro	Patos	88

Fonte: MS, 2009.

QUADRO 15 - UNIDADES SENTINELAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DA PARAÍBA.

Nº DE UNIDADES SENTINELAS	MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICIPIO
24	1ª, 2ª, 3ª	16ª Regiões de Saúde	João Pessoa Campina Grande Patos

Fonte: CIB, 2007.

5.7.4 Agência Estadual de Vigilância Sanitária – AGEVISA

A AGEVISA-PB é uma Autarquia Especial criada pela Lei n° 7.069, de 12 de abril de 2002, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, e atua em consonância às diretrizes da política estadual de saúde e aos objetivos do Sistema Único de Saúde. Tem como competência implantar, executar e desenvolver as ações de vigilância sanitária estabelecidas pela referida lei, abrangendo as atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização de produtos e serviços de interesse para a saúde. É responsável pela coordenação de ações ligadas ao Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, de forma integrada com outros órgãos públicos relacionados direta ou indiretamente ao setor de saúde. Sua MISSÃO é promover a proteção à saúde da população, por meio do controle sanitário e controle dos riscos oriundos de produtos e serviços oferecidos à população e agir educativamente e preventivamente, intervindo nos riscos, em ação conjunta com os municípios e com os órgãos parceiros para a melhoria da qualidade de vida da população paraibana.

Ações Necessárias

a) Atuar na prevenção de riscos, considerando o grau de importância na proteção à saúde do consumidor;

b) Realizar parcerias com os diversos órgãos do setor de saúde e também fora do setor de saúde;

c) Promover ações de capacitação e educação permanente para qualificação das atividades gerenciais e técnicas da Agevisa;

d) Promover ações de capacitação para os municípios visando fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária;

e) Promover ações de capacitação para os regulados tendo como objetivo a redução dos riscos sanitários;

f) Ampliar o processo de pactuação com os municípios, ampliando a realização de inspeções sanitárias nos serviços sujeitos ao controle sanitário;

g) Mudanças de cultura, de processos de trabalho e de organização do processo decisório buscando maior eficiência e efetividade em suas ações;

h) Atendimento às denúncias vindas da Ouvidoria;

Quatro Eixos Integrados contemplam as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária. São eles:

a) EIXO 1 – EFICIÊNCIA
b) EIXO 2 – RECURSOS HUMANOS
c) EIXO 3 – INOVAÇÃO
d) EIXO 4 – INTERSETORIALIDADE

5.8 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

A Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV), parte integrante da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, é a responsável por propor, coordenar e desenvolver a Política Estadual de Regulação, além do monitoramento, controle das ações e serviços de saúde e Avaliação da Gestão do SUS do estado da Paraíba em conjunto com as demais áreas da SES.

Tal gerência regula o fluxo entre necessidade, demanda e oferta das ações e serviços de saúde. Outra função é subsidiar os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento da função regulatória na gestão do SUS/PB.

O estado da Paraíba apresenta uma particularidade determinante para o processo de regulação, visto que os seus 223 municípios possuem Gestão Plena do Sistema Municipal, com comando único, através do qual se recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Em 2007, foi publicada uma Resolução CIB nº 356/SES-PB, em conformidade com a Portaria nº 3.072 de 29 de Novembro de 2007, que qualificou o estado da Paraíba e os municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, enquanto Sedes de Macrorregionais, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação dos seus Complexos Reguladores.

O sistema utilizado para tal operacionalização é o SISREG III, que possui os dois módulos: ambulatorial e hospitalar, cuja configuração e oferta de treinamento são responsabilidades do Complexo Regulador Estadual, além do monitoramento e apoio ao funcionamento das referidas centrais. A Gerência Operacional do Complexo Regulador (GEROREG) é subordinada diretamente à GERAV.

Nesse contexto, tendo em vista a condição de gestão e gerência do sistema e a regulamentação da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Capítulo II, Seção I, Anexo XXVI, os municípios regulam o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do município, e garantem o acesso da população referenciada, conforme pactuação. Ainda de acordo com a referida portaria, cabe aos estados:

> § 2º Cabe aos Estados: I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação. II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal (BRASIL, 2017).

Entretanto, com a implantação recente dos serviços de Alta Complexidade em Cardiologia e Neurologia, através da abertura do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires - HMDJMP, localizado no município de Santa Rita, e de Alta Complexidade em Oncologia, através da abertura do Hospital do Bem, no município de Patos, cujas unidades estão sob gestão e gerência do estado, o Complexo Regulador Estadual vem implementando o processo regulatório para o acesso às referidas unidades, através da Central de Regulação Estadual, na qual integram: a Central Estadual de Regulação Ambulatorial e a Central Estadual de Regulação Hospitalar.

O controle da oferta neste segmento é feito conjuntamente entre as Centrais Estaduais de Regulação e os Estabelecimentos de Saúde – EAS supracitados, tendo como base os planos de regulação construídos para cada hospital, mediante definição de fluxos de comunicação e encaminhamentos, implantados sob a orientação de protocolos clínicos, de acesso e linhas de cuidados previamente definidos.

Para efeitos de regulação do acesso aos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, os EAS são classificados como: unidades solicitantes e unidades executantes.

• Unidades Solicitantes: são definidas como estruturas responsáveis pelas solicitações de atendimentos à Central de Regulação Estadual. Compreendem as Secretarias Municipais de Saúde que recebem os pedidos dos estabelecimentos de saúde e da rede de serviços dos SUS existentes em seus territórios (Unidade de saúde da família – USF, Unidade Básica de Saúde – UBS, Unidade Móvel, UPAS.).

• Unidades Executantes: constituem os estabelecimentos de saúde públicos com gestão estadual que ofertam serviços especializados, incluindo o HMDJMP e o Hospital do Bem.

Para regular o acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares, a Central de Regulação Estadual se responsabiliza pela coordenação efetiva das consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade, bem como das internações eletivas nos unidades executantes, dentro de suas respectivas abrangências, sendo os 223 municípios para o HMDJMP, conforme Fila Única de Acesso, e a 3ª Macrorregião de Saúde para o Hospital do Bem.

A Central de Regulação Estadual regula o acesso através da intervenção no processo de consultas, internações eletivas, exames e procedimentos especializados ficando a disponibilidade de agenda e o registro de confirmação do procedimento executado sob inteira responsabilidade do estabelecimento executante.

A urgência terá condução baseada em normativos estabelecidos pelo Núcleo Interno de Regulação - NIR. A efetivação da ação regulatória em caráter eletivo ocorre através da utilização de agenda ofertada pelos estabelecimentos de saúde executantes, as quais seguem registradas no Sistema Nacional de Regulação - SISREG, a fim de proceder o agendamento, ou mediante solicitação encaminhada via contato eletrônico, através do e-mail: regulacaoestadual.pb@gmail.com.

Para o paciente ser submetido a consultas e exames, observa-se um check-list da documentação. No caso da consulta, o usuário deverá se direcionar ao local agendado para avaliação com o especialista, o qual certamente fará a solicitação dos exames necessários. Ato contínuo, o usuário deverá levar a solicitação do exame ao local destinado pela sua Secretaria Municipal de Saúde - SMS para requisitar o agendamento mediante inserção no Sistema de Regulação – SISREG e/ou junto à Central de Regulação Estadual, via e mail. Após realização do exame no local agendado, o usuário deverá acionar novamente a SMS para solicitar agenda de retorno à unidade hospitalar seguindo o fluxo regulatório supracitado. Por fim, o usuário será submetido à nova consulta para definição de conduta terapêutica mediante avaliação dos resultados de exames, e sendo indicado o procedimento cirúrgico, deverá seguir o fluxo para agendamento da cirurgia.

Não obstante, para o paciente ser submetido à cirurgia observa-se um check-list da documentação e exames necessários. O usuário deverá se direcionar ao local agendado para a consulta com cirurgião portando os exames pré-operatórios realizados, realizará o eletrocardiograma e, se tiver necessidade, será avaliado

pelo cardiologista. Sendo confirmada a necessidade da realização da cirurgia, o usuário deverá levar o laudo de solicitação de cirurgia para o local destinado pela sua Secretaria Municipal de Saúde para inserir a cirurgia no Sistema de Regulação – SISREG para que a mesma seja agendada.

O usuário com a confirmação do local onde será realizada a cirurgia deverá se direcionar ao hospital no dia e horário agendado. No dia anterior ao procedimento cirúrgico, o paciente realizará a avaliação pré-operatória anestésica na unidade e diante do estado geral do mesmo será realizada a cirurgia. Após o procedimento, o paciente será acompanhado pela equipe cirúrgica no pós-operatório e será realizado o agendamento da consulta de revisão da cirurgia.

A Gerência Operacional de Controle das Ações e Serviços (GEOCAS), vinculada a GERAV, é responsável por planejar, coordenar e supervisionar trabalhos de controle das ações e serviços em processos de regulação e avaliação da assistência; subsidiar protocolos de regulação e avaliação da assistência; participar de estudos e pesquisas que tratem de controle das ações e serviços em processos de regulação e avaliação da assistência; observar normas e diretrizes o Ministério da Saúde que regulamentem o controle e as ações e serviços; e registrar e monitorar atividades, ocorrências e estatísticas no controle das ações e serviços em processos de regulação e avaliação da assistência.

Desenvolve atividades diretamente vinculadas ao processamento e monitoramento das produções ambulatoriais e hospitalares realizadas pelos Estabelecimentos de Saúde da Rede Estadual, como também de monitoramento e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), e de acompanhamento e monitoramento de processos de solicitação de Habilitações no Sistema Único de Saúde (SUS) de serviços e procedimentos do estado da Paraíba.

Nesse sentido, algumas dificuldades precisam ser enfrentadas para avançarmos na construção de processos de regulação e avaliação da assistência cada vez mais eficazes, tendo como eixos prioritários: a diminuição das glosas presentes na produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde; a atualização da capacidade instalada dos estabelecimentos e recursos humanos da rede estadual de saúde; e o fortalecimento do monitoramento das habilitações dos serviços obedecendo aos critérios e normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), respeitando as 05 (cinco) redes de atenção prioritárias, trabalhando de forma articulada com a equipe de auditoria da SES.

5.9 AUDITORIA

> Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição, para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado (TCU, 2011).

A Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba está inserida no Sistema Nacional de Auditoria/SNA como Componente Estadual. Ela compõe a estrutura organizacional da Secretaria, através da Gerência Operacional de Auditoria – GOAUD.

Auditoria é um processo documentado, todos os seus procedimentos e produtos (papéis de trabalho, relatórios) devem ser registrados, segundo determinados padrões, de modo a assegurar sua revisão e a organização das constatações e evidências obtidas. Todos os auditores estaduais, que compõem a GOAUD/SES/PB, possuem cadastro no Sistema de Auditoria do SUS/SISAUD-SUS, para registro e monitoramento de suas atividades.

A Auditoria em Saúde funciona como instrumento de gestão para o fortalecimento da saúde pública, avaliando de forma preventiva e operacional, sob os aspectos técnico-científicos, contábeis, da aplicação dos recursos, das atividades de desempenho e dos resultados, contribuindo com o aprimoramento das políticas públicas de saúde, cujo objetivo é sempre verificar em que medida uma situação encontrada se distancia do que deveria ser, segundo algum critério estabelecido nas leis, normas, ou princípios. Desta forma, as ações da Auditoria da SES/PB se refletem na melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem estar social, no acesso e na humanização dos serviços, em conformidade com os atos de gestão do SUS.Patos e Sousa, enquanto Sedes de Macrorregionais, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação dos seus Complexos Reguladores.

O sistema utilizado para tal operacionalização é o SISREG III, que possui os dois módulos: ambulatorial e hospitalar, cuja configuração e oferta de treinamento são responsabilidades do Complexo Regulador Estadual, além do monitoramento e apoio ao funcionamento das

5.10 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi implementada no Brasil em 2003, quando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução para "aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/ RH-SUS)".

A política é voltada para o trabalhador do SUS a partir da valorização das relações de trabalho necessárias ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. O "Trabalho no SUS" refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados).

Ela está voltada também ao desenvolvimento do trabalhador para o SUS, assegurando o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a partir de um processo de educação com aquisição de informações, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. A gestão do trabalho e educação na saúde compreende-se pela formação profissional, qualificação, requalificação, especialização, aperfeiçoamento e atualização.

Na Paraíba, a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde vem sendo executada pela Gerência Administrativa (GA) e pelo Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB).

A Gerência Administrativa atua na gestão das relações de trabalho por meio da subgerência de RH e o Núcleo de Gestão do Trabalho (NGT-RH) com projetos voltados para a valorização do servidor e melhorias para o processo de trabalho no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Por sua vez, a gestão da educação na saúde no estado é realizada pelo CEFOR-RH/PB, responsável por gerir a área técnica de educação na saúde, executando a Política de Educação Permanente em Saúde no estado.

5.10.1 NÚCLEO DE GESTÃO DO TRABALHO (NGT-RH)

O Núcleo de Gestão do Trabalho é vinculado à Subgerência de Recursos Humanos da Gerência de Administração da Secretaria de Saúde do Estado. Ele foi constituído pela Lei Estadual n.º 8.186, em 16 de março de 2007, que define a Estruturação Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual.

Considerando como diretriz a contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na rede estadual de saúde, o Núcleo de Gestão do Trabalho vem atuando com o objetivo de colaborar para que sejam garantidas as condições necessárias para a qualidade do serviço prestado à população, em consonância com a satisfação e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam nas unidades de saúde do estado.

Assim sendo, ele tem elaborado e colaborado com o desenvolvimento de propostas de aprimoramento da gestão de pessoas e processos de trabalho; com projetos que promovam a melhoria do clima institucional nas unidades; com instrumentos e ações que corroborem com a redução de conflitos entre as unidades de serviço e profissionais de diferentes áreas; com a modernização e otimização de processos de trabalho e na qualificação dos profissionais para o enfrentamento das mudanças quanto ao trabalho, inclusive da aposentadoria. O foco de suas propostas tem sido a consolidação de uma dinâmica de trabalho assertiva, promotora da qualificação do quadro de servidores da SES, em conformidade com as novas demandas postas no âmbito da saúde do estado da Paraíba.

Inúmeros são os desafios a serem enfrentados para o alcance dos objetivos e metas inerentes à ação do Núcleo de Gestão do Trabalho e, dentre eles, destacam-se os problemas gerados pela precarização dos vínculos de trabalho em contrapartida com as exigências crescentes de contratação de profissionais qualificados. Assim, faz-se necessário garantir um processo permanente de adequação às novas demandas e novos desafios postos pela sociedade hodierna, onde as transformações do trabalho, das suas relações e de seus processos são rápidas e permanentes, propulsoras de uma urgente política de qualificação e valorização dos trabalhadores da saúde.

Em 2019, foram apontadas as demandas mais relevantes para a SES implicando a atuação do setor de Gestão do Trabalho em Saúde resumidas em dois objetivos estratégicos: dimensionar e qualificar o quadro técnico da SES e qualificar os processos de trabalho e comunicação interna dos serviços da SES. A fim de alcançar esses objetivos estratégicos, foram propostos objetivos específicos, dentre eles: atualizar o organograma da SES e instituir seu regimento interno de acordo com a realidade estrutural desta secretaria e redes de atenção à saúde, sendo fundamental para compreensão das relações de trabalho inter e intrassetoriais e definição de perfis de trabalhadores alocados nestas unidades; mapear e redefinir os fluxos de processos de trabalho; e dimensionar e qualificar os quadros técnicos da SES, mapeando as necessidades de qualificação dos trabalhadores e propondo formações que atendam essas demandas.

5.10.2 CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS – CEFOR-RH)

O CEFOR-RH/PB, Escola Técnica do SUS, ao longo de sua história tornou-se responsável por gerir a área técnica de Educação na Saúde. Articula a Política de Educação Permanente em Saúde no estado, realizando formações para os trabalhadores do SUS em seu território, bem como contribuindo com o desenvolvimento da Política de Educação Popular em Saúde da Paraíba.

Na qualidade de Escola Técnica, o CEFOR-RH/PB atua no sentido de formar e qualificar os trabalhadores e seu respectivo processo de trabalho nos serviços de saúde do estado da Paraíba, realizando cursos de nível técnico (cursos técnicos em hemoterapia, saúde bucal, vigilância em saúde e enfermagem, dentre outros), de curta e média duração (aperfeiçoamentos, qualificações e capacitações), e ainda pós-graduações lato sensu, em parceria com instituições de ensino superior com ênfase nas linhas de cuidado e necessidades do estado da Paraíba, considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como norteadora destas ações.

Além disso, o CEFOR-RH/PB também atua na coordenação geral das Residências Médicas, Multiprofissionais e Uniprofissionais do estado, fortalecendo o ensino nos serviços da rede estadual de estabelecimentos de saúde.

Sendo assim, a projeção para o próximo quadriênio é transformar o CEFOR-RH/PB em Escola de Saúde Pública da Paraíba – ESP-PB, visando a ampliação da oferta de cursos técnicos, de acordo com o catálogo nacional de cursos e a necessidade de formação e qualificação dos trabalhadores do estado, como também ampliação dos programas de residência; ofertar cursos de pós-graduação (lato sensu e stricto sensu) nas áreas de saúde pública, saúde coletiva e saúde da família. Além disso, outra prioridade é fortalecer as parcerias para qualificações e pós-graduações com instituições de ensino conveniadas.

Ainda vinculado ao CEFOR-RH está a coordenação do Apoio Institucional da SES-PB, estratégia de qualificação que tem conseguido, por meio da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, qualificar os trabalhadores e gestores do SUS das 16 regiões de saúde do estado, como também ofertar uma estrutura de apoio institucional às regiões de

saúde, o que tem impulsionado a regionalização e a ampliação das redes prioritárias de atenção à saúde e melhorado as ações de planejamento, vigilância e atenção à saúde.

Nesse sentido, o CEFOR-RH/PB tem forte atuação nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instituídas na Paraíba de forma macrorregional; participa da elaboração e execução dos Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS); organiza as atividades da Rede Escola SUS-PB (RESUS-PB); e, ainda, auxilia na implementação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) em todos os serviços de saúde da gestão estadual. Para tal, neste quadriênio, espera-se repactuar junto às CIES e às Comissões Intergestoras Regionais (CIR) as ações referentes aos PMEPS das quatro macrorregiões, apoiar os NEP's dos serviços da gestão estadual e implantar NEP's regionais de modo a fortalecer a RESUS-PB e descentralizar as ações de EPS no Estado, contribuindo para a conformação de uma rede estruturada de Educação Permanente em Saúde no Estado.

A perspectiva para os próximos quatro anos, no que se refere ao fortalecimento da RESUS-PB, é de promover encontros formativos para provocar debates e, consequentemente, um maior conhecimento e melhor funcionamento desta rede, tendo como prioridade a realização de um Encontro Estadual da RESUS-PB. Outra proposta é firmar novos termos de convênio com as Instituições de Ensino Técnico e Superior e atualizar os já existentes, de acordo com a necessidade das SES e das instituições.

Outra política desenvolvida pelo CEFOR-RH/PB é a de Educação Popular em Saúde, incentivada pelo lançamento, em 2013, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS – SUS), pela Portaria Ministerial nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, que orienta a PNEPS pelos princípios do diálogo, da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação, e do compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 2013e).

No ano de 2015, iniciou-se a organização do Comitê Estadual de Educação Popular em Saúde da Paraíba (CEEPS-PB), instituído em 30 de janeiro de 2018 a partir da publicação do seu Regimento Interno no Diário Oficial do Estado e da Portaria 023/2018 de 31 de janeiro de 2018, do Núcleo Estadual de Educação Popular em Saúde. Essa política integra as ações de educação em saúde do estado, dialogando com a gestão e os serviços de saúde, assim como se articula com a Política de Educação Permanente em Saúde e o Controle Social.

O CEEPS-PB tem por missão reunir instituições educacionais, agentes públicos do SUS, movimentos sociais e populares que atuam no SUS e trabalham com a Educação Popular em Saúde, para construir, instituir, apoiar e monitorar a Política Estadual de Educação Popular em Saúde (PEEPS).

Diante do exposto, fomenta-se para os próximos quatro anos uma proposta de Escola de Saúde Pública do estado cuja missão é ampliar a educação na saúde por meio dos cursos técnicos, de curta e média duração, pós-graduações (lato sensu e stricto sensu), fortalecimento da Educação Popular em Saúde, da Rede Escola do SUS, e do Apoio Institucional e da Educação Permanente em Saúde no estado da Paraíba.

5.10 OUVIDORIA

As ouvidorias da saúde são canais democráticos de comunicação entre os (as) cidadãos (ãs) e os órgãos e entidades do SUS como espaço de cidadania. Instrumento de gestão, recebem as manifestações dos (as) cidadãos (ãs) no que concerne a: reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e informação, aumentando a participação deles como fiscalizadores (contribuindo assim com o controle social) na luta constante pela garantia do direito aos serviços de saúde. Desta forma, a Ouvidoria SUS torna-se um canal aberto e democrático entre o cidadão e a gestão.

O que elas são?

a) Unidades de intermediação do acesso aos serviços do SUS.

b) Intermedeiam as relações entre os (as) cidadãos (ãs) e os órgãos e entidades do SUS para assegurar o equilíbrio e a qualidade da comunicação entre eles.

c) Instrumento de disseminação de informações em saúde assegurando encaminhamento e tratamento adequado das manifestações.

O que elas não são?

a) Serviço de atendimento ao consumidor e assessoria de comunicação social.

b) Estruturas de marcação de consulta, nem de solução de problemas dos(as) cidadãos(ãs).

c) Unidades de solução de conflitos internos ou externos.

d) Unidades de auditoria, assessoria jurídica, corregedoria ou instrumento de investigação e/ou de fiscalização.
Fonte: Doges/SGEP/MS.

As manifestações dos usuários do SUS são recebidas na Ouvidoria pelos acessos de telefone, email, presencial, carta e são registradas em formulários para os devidos encaminhamentos.

Na perspectiva de melhorar o número de Ouvidorias SUS instaladas na Paraíba, como também estimular sua descentralização, a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde vem dialogando com os gestores no intuito de formar a rede de Ouvidoria SUS e assim indicar caminhos para o fortalecimento da participação popular na administração pública.

As metas para implantação e implementação das Ouvidorias nos municipios e nos hospitais da rede estadual estão sempre num processo contínuo de debates, desmistificando e esclarecendo aos gestores o papel das ouvidorias.

Entre outras atividades desenvolvidas, destaca-se a participação mensal das Ouvidorias SUS no ciclo anual de reuniões do Fórum Paraibano de Ouvidorias (FOPO) criado em 16 de março de 2011. Esta participação favorece a interatividade na rede de Ouvidoria SUS, tendo a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde atuado no primeiro mandato da coordenação do FOPO à frente da secretaria geral.

Aconteceu em 2019 o Terceiro Encontro Estadual das ouvidorias públicas e Privadas da Paraíba, onde a ouvidoria da SES/PB participou da costrução e facilitação das oficinas com ouvidores de todo o estado. A ouvidoria também se fez presente no Encontro das Ouvidorias Estaduais que aconteceu em Brasilia, onde foram debatido assuntos relacionados ao novo sistema Ouvidor SUS, que será implantado em substituição ao sistema atual.

As perspectivas para 2020-2023 continuam a ser as que foram elencadas e aprovadas pelos ouvidores, assistentes técnicos e pela coordenação da Ouvidoria Geral do Estado (OGE), são elas:

1 - Melhoria das estruturas físicas e condições de trabalho nas Ouvidorias;

2 - Sensibilização dos gestores, para haver o melhoria e apoio aos objetivos da Ouvidoria;

3 - Divulgação da Ouvidoria nos setores internos e externos das secretarias correspondentes;

4 - Capacitação e qualificação das equipes das ouvidorias;
5 - Visitas técnicas;

6 - Implantação e implementação de ouvidorias nas 12 Gerências Regionais de Sáude do Estado;

7 - Estruturar todos os espaços de ouvidorias da rede hospitalar a nível estadual, para que o serviço funcione a contendo e com condições para o ouvidor realizar seu trabalho de forma adequada.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o aprimoramento da gestão democrática, por meio da atuação da ouvidoria com certeza vem se tornando fator importante na consolidação da participação da sociedade. Esta participação é uma diretriz constitucional no campo da saúde pública e as ouvidorias auxiliam na efetivação do controle social a cada ano. A ouvidoria da SES/PB vem se empenhando para que haja de forma contínua a qualificação dos trabalhos das atividades laborais de todas as Ouvidorias SUS no estado da Paraíba.

6 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Houve, portanto, vinculação de recursos ao setor saúde (BRASIL, 2000).

A referida Emenda foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, que também 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 três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências1.

A Lei Complementar 141 preconiza, para os estados, um investimento mínimo em ações e serviços de saúde de 12% da receita líquida de impostos de natureza estadual (BRASIL, 2012a). No tocante ao investimento previsto, a Paraíba superou esse índice, atingindo o mínimo de 12,27% e o máximo de 13,69% (Quadro 16).

QUADRO 16 - PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO PELO ESTADO DA PARAÍBA DE ACORDO COM A LC 141. ANOS 2014 A 2018.

ESTADO	PERCENTUAL MÍNIMO A SER APLICADO	PERCENTUAL APLICADO				
		2014	2015	2016	2017	2018
Paraíba	12,00	13,69	13,00	12,50	13,65	12,27

Fonte: SIOPS, 2019

Por sua vez, o quadro 17 traz o demonstrativo da Receita Corrente Líquida do Estado da Paraíba – 2014/2018.

QUADRO 17 - DEMONSTRATIVO DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA E DESPESAS COM SAÚDE PUBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. ANOS 2014 A 2018

ANO	RECEITA LIQUIDA ARRECADADA	% Aplicado - EC 29 / LC 141	DESPESAS COM AÇÕES E SAÚDE	RESTOS A PAGAR CANCELADOS
2014	7.305.185.814,29	13,69	1.000.343.453,56	0,00
2015	7.606.671.979,72	13,00	988.913.933,52	0,00
2016	8.391.075.774,55	12,50	1.049.360.829,71	0,00
2017	8.491.284.223,47	13,65	1.159.692.236,39	0,00
2018	9.143.132.382,44	12,27	1.122.012.178,00	0,00

Fonte: SIOPS, 2019

Conforme o quadro 17, dentre os cinco anos apontados, a saúde apresenta crescimento no tocante à evolução da despesa. No período analisado, houve crescimento substancial dos recursos aplicados em saúde no estado.

QUADRO 18 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2014 A 2018.

ANO	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS - VALOR LIQUIDADO	OUTRAS DESPESAS CORRENTES - VALOR LIQUIDADO	DESPESAS DE CAPITAL - VALOR LIQUIDADO	TOTAL
2014	543.261.504,91	497.078.824,74	70.635.634,42	1.110.975.964,07
2015	543.519.217,97	517.201.989,19	63.136.538,18	1.123.857,745,34
2016	573.677.706,51	483.875.894,87	112.527.521,73	1.170.081.123,11
2017	569.309.851,70	579.565.186,80	113.564.935,02	1.262.439.973,52
2018	586.563.014,16	732.434.760,52	80.345.949,54	1.399.343.724,22

Fonte: SIOPS, 2019

O quadro 19 apresenta a evolução dos repasses federais oriundos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde da Paraíba, no período de 2014 a 2018.

QUADRO 19 - RECURSOS FEDERAIS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, POR BLOCO DE FINANCIAMENTO. PARAÍBA. PERÍODO 2014 A 2018.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	2014	2015	2016	2017	2018
Vigilância em Saúde	12.655.045,81	13.068.446,07	14.786.216,46	12.991.054,25	15.625.638,57
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	77.391.633,51	113.947.195,13	62.874.560,26	65.045.333,21	150.259.404,89
Investimento	4.957.300,71	3.833.649,13	794.989,99	3.142.088,00	14.896.804,00
Gestão do SUS	466.512,00	60.500,00	398.160,00	110.000,00	730.000,00
Atenção Básica	200.340,00	283.500,00	362.880,00	283.500,00	1.939.124,97
Assistência Farmacêutica	8.155.769,91	8.382.523,21	10.408.461,77	12.063.099,72	11.059.738,02
TOTAL - R$	**103.826.601,94**	**139.575.813,54**	**89.625.268,48**	**93.635.075,18**	**194.510.710,45**

Fonte: SIOPS, 2019

O Orçamento Público, em sentido amplo, é um documento legal contendo a previsão de receitas e a estimativa de despesas a serem realizadas por um Governo em um determinado exercício, geralmente compreendido por um ano. No entanto, para que o orçamento seja elaborado corretamente, ele precisa ser baseado em estudos e documentos cuidadosamente tratados que irão compor todo o processo de elaboração orçamentária do governo.

Existem princípios básicos que devem ser seguidos para a elaboração e o controle dos Orçamentos Públicos, que estão definidos, no caso brasileiro, na Constituição Federal de 1988, na Lei 4.320/64, no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei de Responsabilidade Fiscal.

QUADRO 20 - PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. ANOS 2020 A 2023.

ESFERA	2020	2021	2022	2023
Pessoal e Encargos	381.830.000,00	396.148.625,00	410.013.827,00	424.364.311,00
Fiscal e Seguridade Social	1.028.793.000,00	1.067.372.738,00	1.104.730.783,00	1.143.396.361,00
TOTAL - R$	1.410.623.000,00	1.463.521.363,00	1.514.744.610,00	1.567.760.671,00

Fonte: SIOPS, 2019

Diante destas considerações, a SES apresenta em linhas gerais a projeção orçamentária para os anos 2020, 2021, 2022 e 2023 (Quadro 20).

Vale ressaltar que a linha de projeção orçamentária configura-se em um aumento de 3,50% ao ano do valor total da Receita Líquida Arrecadada do Estado.

7

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1

Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade, atendendo às necessidades de saúde, considerando os determinantes sociais, implementando a política de atenção primária em saúde e a atenção especializada com o fortalecimento da rede de atenção à saúde, de forma regionalizada, com ênfase nas ações de promoção e prevenção;

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
1.1 Melhorar a qualidade e a resolutivid ade da assistência à saúde	Reduzir em 1,2% o número de internações por causas sensíveis na Atenção Primária	Proporção de internações por causas sensíveis a atenção primaria	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
	Aumentar em 40% o número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento por ano	Percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da atenção básica por ano	10%	10%	10%	10%
	Ampliar para 0,60 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,47	0,51	0,55	0,6
	Ampliar para 0,36 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 e população da mesma faixa etária	0,22	0,26	0,31	0,36
	Reduzir em 5% ao ano a mortalidade materna no Estado	Razão de mortalidade materna	5%	5%	5%	5%
	Redução em 10% os partos cesáreos no Estado	Percentual de partos cesáreos	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
	Ampliar para 99% a cobertura da Atenção Básica	Percentual de ampliação da Cobertura de Atenção Básica	98,9 %	98,92%	98.95%	99%
	Ampliar para 97% a cobertura de Saúde Bucal	Percentual de ampliação da Cobertura de Saúde Bucal	94%	94.7 %	95.5 %	97%
	Ampliar para 0,7 a razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0,5	0,55	0,65	0,7
	Reduzir em 20 % o número de solicitações de hemocomponentes não atendidas na hemorrede.	Proporção de solicitações de hemocomponentes não atendidas na hemorrede.	5%	5%	5%	5%
	Aumentar em 3% ao ano o número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	3%	3%	3%	3%
	Aumentar em 10% a coleta de leite humano na rede estadual de bancos de leite humano	Percentual de volume de leite humano coletado	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
	Ampliar o número de hospitais Amigos da Criança - IHAC em três serviços.	Número de Hospitais com Adesão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC	-	1	1	1
	Ampliar em 16% o número de municípios com Postos de coleta da Triagem Neonatal biológica (teste do pezinho) implantados.	Número de municípios com Postos de Coleta da Triagem Neonatal Biológica (teste do pezinho) implantado	4%	4%	4%	4%

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
	Aumentar em 20% o numero de doadores de tecidos oculares humanos	Percentual de doadores de tecidos oculares humanos	5%	5%	5%	5%
	Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por IAM	Taxa de mortalidade por IAM	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
	Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por AVC	Taxa de mortalidade por AVC	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
	Aumentar em 50% o numero de doadores efetivos de órgãos	Percentual do número de doadores efetivos de órgãos	12,5 %	12,5 %	12,5 %	12,5 %
	Aumentar em 20% as notificações de morte encefálica	Percentual de notificações de morte encefálica	5%	5%	5%	5%
	Ampliar em 83%, com progressão de 3% a mais a cada ano consecutivo, a satisfação dos doadores de sangue, usuários e demais partes interessadas (hospitais, agências transfusionais e serviços de saúde);	Índice de satisfação do serviço de hematologia e hemoterapia;	83%	86%	89%	92%
	Ampliar em 3% as doações de sangue;	Índice de doações de sangue;	3%	3%	3%	3%
	Qualificar os profissionais da Hemorrede com carga horária de 300 h/ano.	Índice de Qualificação Profissional da Hemorrede;	300h	300h	300h	300h
	Organizar 100% das unidades da rede assistencial de saúde definidas como referência para a Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19)	Percentual de unidades da rede assistencial de saúde de referencia, organizadas para a Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19)	100 %	-	-	-
1.2 Implantar e/ou implementar as redes de atenção e linhas de cuidado prioritárias	Garantir 100 % do tratamento cirúrgico eletivo referente à demanda reprimida, a serem realizadas nos estabelecimentos da Rede Estadual.	Percentual de tratamentos cirúrgico eletivo realizados	70%	80%	90%	100%
	Implantar 74 leitos de saúde mental nos Hospitais Regionais	Número de leitos de saúde mental implantados nos Hospitais Regionais	34	54	74	94
	Implantar em 20% os serviços pactuados nos planos regionais da RAPS.	Percentual de implantação dos serviços pactuados nos planos regionais da RAPS	30%	35%	40%	45%
	Reduzir 2% a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT	270,64 /100000	269,28 /100000	267,92 /100000	266,56 /100000
	Ampliar em até 60% a assistência ambulatorial aos pacientes acometidos com Doença Renal Crônica - DRC nos estabelecimentos gerenciados pelo Estado.	Percentual de pacientes em atendimento nos serviços ambulatoriais de TRS	38%	42%	50%	60%
	Construção de duas Oficinas Ortopédicas Fixas nos Centros Especializados em Reabilitação (CER IV em Sousa e FUNAD em João Pessoa) destinados à confecção de órteses e próteses e outros	Numero de Oficinas Ortopédicas Fixas construídas	-	1	1	-
	Implantar oficinas ortopédicas fixas nos dois Centros Especializados em Reabilitação – CER IV da Gerência Estadual	Número de Oficinas Ortopédicas fixas implantadas	-	-	-	2
	Garantir a finalização de 80% dos diagnósticos (laudos) das pessoas que acessam os Centros Especializados em Reabilitação (CER) de gerência estadual, anualmente.	Proporção de pessoas que acessam os Centros Especializados em Reabilitação (CER) com diagnósticos finalizados (laudos)	80%	80%	80%	80%
	Aumentar para 378 o número de usuários acompanhados no Centro de Referência de Esclerose Múltipla da Paraíba - CREM/PB	Número de usuários acompanhados pelo CREM/PB	333	348	363	378
	Garantir a realização de 100% das cirurgias em crianças cardiopatas com indicação cirúrgica.	Percentual de cirurgias em crianças cardiopatas com indicação cirúrgica.	100%	100%	100%	100%
	Elaborar o Plano Estadual da Rede de Atenção a Saúde - RAS	Plano Estadual da Rede de Atenção a Saúde – RAS elaborado.	-	01	-	-
1.3 Reformar e equipar os estabelecimentos de saúde e administrativos da SES	Ampliar estrutura física de sete dos hospitais da rede de atenção estadual.	Número de hospitais da rede de atenção estadual ampliados	1	2	2	2
	Executar 100% da ampliação da área administrativa do Hemocentro Coordenador	Percentual de execução de ampliação da área administrativa do Hemocentro coordenador	20%	30%	40%	-
	Readequar 24 hospitais da rede estadual.	Número de hospitais da rede estadual readequados	6	6	6	6
	Readequar os 15 prédios administrativos da SES.	Número de Prédios administrativos da SES readequados	4	4	4	6
	Equipar 10 hospitais da rede estadual com equipamentos médico-hospitalares.	Número de hospitais da rede estadual que serão equipados.	2	2	3	3

DIRETRIZ 2

Garantia da atenção integral e humanizada, em todos os ciclos da vida, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida e no envelhecimento ativo e saudável, bem como às populações em situação de maior vulnerabilidade social (população em situação de rua, negra, campo, quilombolas, indígena, LGBTQI+, ciganos e privada de liberdade);

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
2.1 Implementar a política nacional de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS (PNAISP)	Tornar as 11 equipes de saúde prisional de gerência estadual passiveis de habilitação conforme Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP	Número de equipes de saúde prisional habilitadas conforme PNAISP	1	3	3	4
2.2 Reduzir a mortalidade infantil	Reduzir em 1,2% os índices de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	0,3	0,3	0,3	0,3
	Reduzir em 0,95% os índices de mortalidade neonatal precoce	Taxa de mortalidade neonatal precoce	0,23	0,24	0,24	0,24
2.3 Fortalecer as ações de saúde integral em todos os ciclos da vida	Reduzir em 2% os casos de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	0,5	0,5	0,5	0,5
2.4 Fortalecer as ações de saúde integral e humanizada para as populações de maior vulnerabilidade.	Ampliar em 10% a Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	2,5	2,5	2,5	2,5
	Ampliar em 28% o número de municípios com a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	Percentual de municípios com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada	7%	7%	7%	7%
	Ampliar em 40% o número de municípios com Unidades de Saúde da Família que registram o procedimento "Consulta Pré - Natal do Parceiro".	Percentual de municípios com Unidades de Saúde da Família registrando o procedimento "Consulta Pré-Natal do Parceiro"	10%	10%	10%	10%
	Reduzir em 1% a taxa de mortalidade por causas externas	Taxa de mortalidade por causas externas	0,25%	0,5 %	0,75%	1%
	Incluir a temática étnico-racial em 10% das qualificações prevista no plano estadual de educação permanente	Número de qualificações realizadas no plano de educação permanente com a temática étnico -racial.	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
	Implantar em 80% dos serviços pré - hospitalares protocolos clínicos direcionados as pessoas com anemia falciforme.	Percentual de serviços pré-hospitalares com protocolos clínicos direcionados as pessoas com anemia falciforme implantados.	20%	20%	20%	20%
	Aumentar o quantitativo de 240 atendimentos realizados a mais no serviço do ambulatório Travestis e Transexuais do Clementino Fraga	Número de atendimentos realizados no ambulatório TT do Clementino Fraga	60	120	180	240
	Realizar intervenções técnicas nos 223 municípios para implantação do plano de ação da saúde da população negra.	Número de municípios com intervenções técnicas para implantação do plano de ação da saúde da população negra	64 (1ª macro)	89 (3ª macro)	70 (2ª macro)	-
	Realizar intervenções técnicas nos 27 municípios com comunidades quilombolas para o acesso à atenção básica para essa população.	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades quilombola com acesso à atenção básica realizadas	27	27	27	27
	Realizar intervenções técnicas nos quatro municípios com comunidades indígenas para o acesso à atenção a saúde desta população	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades indígenas com acesso à atenção a saúde desta população	4	4	4	4
	Realizar intervenções técnicas nos quatro municípios com comunidades ciganas para o acesso à atenção a saúde desta população	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades ciganas com acesso à atenção a saúde desta população	4	4	4	4
	Realizar intervenções técnicas nos 15 serviços de referência no atendimento de mulheres vitima de violência.	Número de serviços de referência no atendimento de mulheres vitimas de violência com intervenções técnicas realizadas	15	15	15	15

DIRETRIZ 3

Garantia da Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância em saúde.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
3.1 Reduzir os riscos e agravos da saude da população	Implantar Núcleos de Segurança do Paciente -NSP em seis hospitais sob gerência estadual	Número de hospitais sob gerência estadual com Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implantados	2	2	1	1
	Implementar os Núcleos de Segurança do Paciente - NSP em 16 hospitais sob gerência estadual	Número de hospitais sob gerência estadual com Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implementados	4	4	4	4
3.2 Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde	Implantar e implementar Núcleos de Segurança do Paciente - NSP em 8% das unidades básicas de saúde do estado.	Percentual de Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implantados e implementados nas unidades básicas de saúde .	1%	3%	5,5%	8%
	Aumentar para 75% a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	45%	55%	65%	75%
	Aumentar em 15% a taxa de detecção de hanseníase na população geral	Taxa de detecção de hanseníase na população geral por 100.000hab	13,5	14	14,5	15
	Reduzir em 2% ano a mortalidade por arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya)	Número absoluto de óbitos por arbovirose (Dengue, Zika e Chikungunya)	2%	2%	2%	2%
	Investigar anualmente 80% dos óbitos por arboviroses	Proporção de óbitos por arbovirose investigados	80%	80%	80%	80%
	Elaborar anualmente um plano de contingência estadual para arboviroses	Número de Planos de contingência estadual para arboviroses implantado	1	1	1	1
	Atingir 75% das análises preconizadas de cloro residual livre na água para consumo humano	Percentual de amostras, para cloro residual livre na água tratada (CRL), analisadas.	30%	45%	60%	75%
	Aumentar para 100% o número de municípios com a realização de teste rápido de forma mensal para auxiliar no diagnóstico precoce por leishmaniose visceral animal.	Número de municípios realizando o teste rápido leishmaniose visceral animal.	60	70	90	100
	Implementar 100% das ações estabelecidas no plano de contingência para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus	Percentual de ações implementadas no plano de contingência para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus	100	-	-	-
3.3 Fortalecer o Programa Estadual de Imunizações (PNI) visando contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis.	Aumentar para 70% a proporção de Municípios com homogeneidade de cobertura vacinal nas vacinas Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 - valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).	Proporção de Municípios com cobertura adequada para os imunobiológicos Pentavalente (3ª dose), Pneum ocócica 10 -valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose)	42%	50%	60%	70%
3.4 Reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis	Reduzir para 250/100.000 habitantes a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto d as quatro principais DCNT	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT	267/ 100000	261/ 100000	256/ 100000	250/ 100000
	Ampliar para 90% o número de serviços de saúde hospitalares e de pronto atendimento notificando acidentes de transporte terrestre.	Proporção de serviços de saúde hospitalares e unidades de pronto atendimento que realizam notificações de acidente de transporte terrestre.	84%	86%	88%	90%
	Aumentar em 8% as Unidades de Saúde que notificam violência interpessoal e autoprovocada	Proporção de serviços de saúde que realizam notificações de violência interpessoal e autoprovocada	15%	17%	19%	21%
3.5 Implementar as ações de prevenção, detecção e tratamento das DST/Aids, hepatite virais, HTLV e sífilis congênita nos municípios	Aumentar 40% do número de casos novos diagnosticados de HIV	Número de casos de HIV diagnosticados em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.	612	666	721	776
	Reduzir em 50% os casos de sífilis congênita notificados em menores de um ano de idade.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade	5,9 %	5%	4,2 %	3,35%
	Reduzir em 10% a taxa de Mortalidade por Hepatite C	Taxa de Mortalidade por Hepatite C	2%	2%	3%	3%
	Ampliar para 100% dos municípios o teste rápido (TR) DST/AIDS, hepatite virais, HTLV e sífilis	Proporção de municípios com Teste Rápido implantado	92,5 %	95%	97,5 %	100%

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
3.6 Fortalecer ações de vigilância em saúde do trabalhador	Ampliar para 34 os Núcleos de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios.	Número de Núcleos de Saúde do Trabalhador implantados nos municípios.	10	17	25	34
	Ampliar para 48 o número de Unidades Sentinelas de Saúde do Trabalhador nos Municípios.	Número de Unidades Sentinelas implantadas pactuado nos municípios.	30	36	42	48
	Implantar em cinco municípios que apresentam perfil e suporte da rede assistencial a linha de cuidado de Saúde Mental em Saúde do Trabalhador.	Número de municípios com a linha de cuidado de saúde mental implantados	1	1	1	2
	Implantar em cinco municípios que apresentam perfil e suporte da rede assistencial a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador com atividade econômica de mineração.	Número de municípios com a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador com atividade econômica de mineração implantados.	1	1	1	2
	Implantar em cinco municípios que apresentam perfil e suporte da rede assistencial a linha de cuidado dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos.	Número de municípios implantados com a linha de cuidado dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos.	1	1	1	2
3.7 Fortalecer o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN/PB, ampliando sua capacidade instalada	Construir nova sede do LACEN/PB	Número de sede do LACEN/PB construída.	-	1	-	-
	Executar 100% dos ensaios analitticos	Percentual de ensaios analiticos realizados	100	100	100	100
	Ampliar 20% do número de ensaios analíticos na área de vigilância sanitária e meio ambiente.	Proporção de novos ensaios analíticos na área de vigilância sanitária e meio ambiente realizados.	5%	5%	5%	5%
3.8 Fortalecer a vigilância em saúde no monitoramento dos agravos e sistemas para auxilio na tomada de decisão	Implantar uma sala de situação para monitoramento e avaliação das doenças e agravos através da análise de dados locais utilizando Business Inteligence (BI)	Número de salas de situação implantadas.	-	1	-	-
	Manter em 95%, no mínimo, a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95%	95%	95%	95%
	Encerrar a investigação de pelo menos 80% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI), registrados no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	75%	76%	78%	80%
	Investigar 90% dos óbitos infantis	Proporção de óbitos infantis investigados	85%	86%	88%	90%
	Investigar 90% dos óbitos fetais	Proporção de óbitos fetais investigados	84%	86%	88%	90%
	Investigar 100% dos óbitos maternos	Proporção de óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%
	Investigar 90% dos óbitos em mulheres em idade fértil - MIF	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	84%	86%	88%	90%
3.9 Desenvolver as ações de vigilância sanitária par a o gerenciamento de risco sanitário	Manter 80% das inspeções sanitárias realizadas pela AGEVISA	Proporção de inspeções realizadas pela AGEVISA	80%	80%	80%	80%
	Aumentar para 100% o número de municípios realizando ações de vigilância sanitária descentralizada	Percentual de municípios que realizam ações de vigilância sanitária descentralizada	85%	90%	95%	100%

DIRETRIZ 4

Garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho no Estado;

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
4.1. Fortalecer a política de assistência farmacêutica, assegurando e qualificando o acesso a medicamentos contemplados nas políticas públicas	Adesão de 100% dos municípios elegíveis ao Qualificar SUS	Percentual de municípios elegíveis com adesão ao Qualifica SUS	100%	100%	100%	100%
	Garantir em 100% o repasse dos recursos financeiros referentes à contrapartida estadual do CBAF (ver PPA)	Percentual de municípios que receberam recursos da contrapartida estadual	100%	100%	100%	100%
	Apoiar as 16 regiões de saúde na adoção de novos modelos de gestão para compra de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, pelos municípios	Número de regiões de saúde apoiadas para adoção de novos modelos de aquisição	4	4	4	4
	Ampliar em 5% ao ano a distribuição e dispensação de unidades farmacêuticas (comprimidos, capsulas, frascos-ampolas, bisnagas, etc.) de insumos padronizados pela SES, nos estabelecimentos sob responsabilidade estadual	Percentual de ampliação da distribuição e dispensação de medicamentos para os estabelecimentos de saúde	5,%	5,%	5,%	5,%
	Implantar oito protocolos clínicos estaduais.	Número de protocolos clínicos estaduais implantados	2	2	2	2
4.2 Diminuir os gastos consequentes à judicialização	Implantação do Núcleo Técnico de Assessoramento aos Tribunais de Justiça (NATJUS)	Número de NATJUS implantados	1	-	-	-
	Desenvolver um solftware para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento	Número de solftware para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvido	1	-	-	-
4.3 Garantir o acesso aos medicamentos de forma mais rápida e segura.	Descentralizar a dispensação dos medicamentos especializados para 56 municípios.	Número dos municípios que aderiram a descentralização da dispensação dos medicamentos especializados.	14	14	14	14
	Implantar o cuidado farmacêutico aos usuários cadastrados com doença de Crohn, Acromegalia e esclerose múltipla na unidade de dispensação da 1° gerência regional de saúde e no centro de referência da esclerose múltipla	Número de unidades de dispensação com cuidados farmacêuticos para doença de Crohn, Acromegalia e esclerose múltipla implantados	1	-	-	-

DIRETRIZ 5

Fortalecimento das ações de regulação da atenção, controle, avaliação e auditoria de gestão e serviços de saúde;

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
5.1 Fortalecer as ações de monitoramento, avaliação da qualidade e resolutividade da assistência à saúde .	Atualizar o CNES de 59 estabelecimentos de saúde sob gerência estadual	Número de estabelecimentos de saúde sob gerência estadual com CNES atualizados	14	15	15	15
	Ampliar para 97 % a produção ambulatorial processada aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual da produção ambulatorial processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	94%	95%	96%	97%
	Ampliar para 80 % a produção hospitalar processada aprova da dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual da produção hospitalar processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	75%	76,5 %	78%	80%
5.2 Implantar e/ou implementar de forma integrada as centr ais de regulação macrorregionais	Implementar 100% dos módulos ambulatorial e hospitalar nos cinco complexos reguladores	Percentual de módulos ambulatorial e hospitalar implementados nos cinco complexos reguladores	25%	50%	75%	100%
	Implantar o SISREG III em 100% das Centrais de Regulação Municipais	Percentual de Centrais de Regulação Municipais operando com SISREG III	25%	50%	75%	100%
5.3 Regular a referência interestadual e garantir o deslocamento e ajuda de custo para tfd	Garantir 100 % de acesso de usuários cadastrados no Tratamento Fora do Domicílio -TFD	Percentual de atendimentos de usuários TFD	100%	100%	100%	100%
	Garantir 100 % de acesso de usuários cadastrados na Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade -CERAC	Percentual de atendimentos de usuários CERAC	100%	100%	100%	100%
5.4 Auditar as instituições de saúde com foco na qualidade dos processos funcionais e de estrutura física, fortalecendo a conformidade dos atos de gestão do SUS garantindo a qualidade, e evitando desperdícios nos serviços, de forma a contribuir para a universalização do acesso e qualidade da atenção à saúde do SUS.	Realizar 100% das Auditorias para verificar a adequação das ações e serviços de saúde, públicos e complementares do SUS	Percentual de Processos Internos da SES - PB auditados	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das Auditorias de Cooperação Técnica, para avaliar a implementação de medidas saneadoras.	Percentual de Auditorias de Cooperação Técnica realizadas	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das Auditorias de verificação de denúncias de irregularidades, vistorias nos projetos de credenciamento de novos serviços e ou descredenciamento.	Percentual de Auditorias de Verificação de Denúncias realizadas.	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das atividades de Visita Técnica, verificando por meio do exame sistemático aprofundado e independente, os encaminhamentos auditados.	Percentual de Visitas Técnicas realizadas.	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das auditorias de avaliação para verificar a evolução de desempenho das entidades auditadas pelo DENASUS/MS.	Percentual de processos auditados com registro no SISAUD -SUS	100%	100%	100%	100%
5.5 Fortalecer a gestão pública de saúde, avaliando de forma preventiva e operacional, sob os aspectos técnico -científicos, contábeis, da aplicação dos recursos, das atividades de desempenho e dos resultados, contribuindo com o aprimoramento das políticas públicas de saúde, refletindo na melhoria dos indicadores epidemiológico e de bem estar social, no acesso e na humanização dos serviços em conformidade com os atos de gestão do SUS.	Participar em 100% das demandas solicitadas pelos GTs das áreas técnicas da SES - PB, contribuindo com informações técnicas de auditoria, apoiando a gestão no planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS na Paraíba.	Percentual de participação da Auditoria nas demandas solicitadas pelos GTs das áreas técnicas da SES-PB	100%	100%	100%	100%
	Formular Pareceres Técnicos em 100% dos processos de demanda Judicial e outros órgãos de controle.	Percentual de Pareceres Técnicos emitidos.	100%	100%	100%	100%
	Participação de auditores nas 11 assembleias anuais das instancias colegiadas CT e CIB na Paraíba	Numero de participação da auditoria em reuniões de CT e CIB/PB	11	11	11	11
	Realizar 100% das atividades de acompanhamento e avaliação em unidades de gestão estadual quanto aos aspectos técnico -científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS;	Percentual de serviços de gestão estadual auditados.	100%	100%	100%	100%
	Realizar 80% das atividades de acompanhamento e Avaliação em unidades de gestão municipal quanto aos aspectos técnico -científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS;	Percentual de serviços de gestão municipal auditados.	80%	80%	80%	80%
	Implementação das Auditorias Regionais nas três Sede de Macrorregiões de Saúde	Número de Auditorias Regionais implementadas.	_	1	1	1

DIRETRIZ 6

Contribuição para a adequada formação, qualificação e valorização dos trabalhadores que atuam na área da saúde, otimizando a alocação destes profissionais e de recursos, favorecendo a democratização das relações de trabalho;

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
6.1 Executar a política de educação na saúde	Implantar uma Escola de Saúde Pública do Estado	Número de Escolas de Saúde Pública implantadas	-	1	-	-
	Instituir 12 Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde	Número de Núcleos Regionais de Educação Permanente instituídos	6	6	-	-
	Implantar um Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, em parceria com uma Instituição de Ensino Superior	Número de Programas de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, em parceria com IES	-	-	-	1
	Implantar um Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família	Número de Programas de Mestrado Profissional em Saúde da Família	-	-	-	1
	Implantar cinco Programas de Residência Médica	Número de Programas de Residência Médica implantados	3	2	-	-
	Ampliar em mais quatro vagas o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	Número de vagas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ampliadas	4	-	-	-
	Implantar três Programas de Residência Multiprofissional/Uniprofissional em Saúde	Número de Programas de Residência Multiprofissional/Uniprofissional em Saúde implantados	2	1	-	-
	Qualificar 75 trabalhadores da Saúde do Estado em Educação Permanente em Saúde	Número de cursos de qualificação em EPS realizados	25	-	25	25
	Qualificar, em Direito Sanitário, 40 trabalhadores em nível de pós -graduação lato sensu (especialização).	Número de trabalhadores qualificados.	-	-	40	
	Realizar 16 oficinas regionais para construção dos Núcleos Municipais de EPS de acordo com as diretrizes do PEEPS	Número de Oficinas regionais sobre EPS realizadas	8	8	-	-
	Instituir uma Política Estadual de Educação Popular em Saúde	Política Estadual de Educação Popular em Saúde instituída	-	1	-	-
	Qualificar, por meio de cursos técnicos, 160 trabalhadores de nível médio da saúde.	Número de trabalhadores qualificados.	40	40	40	40
	Qualificar 40 Enfermeiras Obstetras da rede materno -infantil do estado por meio do curso de aperfeiçoamento	Número de enfermeiras obstetras qualificados por meio do curso de aperfeiçoamento	40	-	-	-
	Realizar oito cursos de curta e média duração para servidores dos estabelecimentos de saúde da SES	Número cursos de curta e média duração realizados para funcionários dos estabelecimentos da SES	2	2	2	2
6.2 Dimensionar e qualificar o quadro técnico da SES	Realizar um dimensionamento do quadro técnico da SES – Administração Central	Número de dimensionamentos realizados	-	1	-	-
	Realizar um curso de qualificação em EPS para o quadro técnico da SES	Número de cursos em EPS realizado para o quadro técnico das Gerências Executivas da SES	1	-	-	-
	Destinar, no mínimo, 30% das vagas de cada turma aberta dos cursos de especialização e mestrado para o quadro técnico da SES.	% de servidores da SES matriculados nos cursos de especialização e mestrado ofertados	-	-	30%	30%
	Realizar 32 Encontros de qualificação do processo de trabalho dos gerentes regionais de saúde, apoiadores regionais e apoiadores institucionais	Número de Encontros de qualificação do processo de trabalho dos gerentes regionais de saúde, apoiadores regionais e apoiadores institucionais realizados	8	8	8	8
6.3 Implementar a política de gestão do trabalho com ênfase na valorização e democratização das relações dos profissionais	Realizar nove oficinas Macrorregionais para formação de gestores e RHs das unidades estaduais sobre conceitos, princípios e práticas da Gestão do Trabalho	Número de Oficinas Macrorregionais sobre Gestão do Trabalho realizadas	-	3	3	3
	Realizar nove oficinas do Programa de Preparação para Aposentadoria - PPA as Macrorregiões de Saúde em parceria com o Programa de Saúde do Trabalhador	Número de oficinas do Programas de Preparação para a Aposentadoria - PPA, em parceria com o Programa de Saúde do Trabalhador	-	3	3	3

DIRETRIZ 7

Fortalecimento e estruturação da gestão estadual para desenvolvimento de sistemas estratégicos que contribuam para a tomada de decisão, considerando a relação interfederativa, participação e controle social.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
7.1 Fortalecer a regionalização da saúde	Ampliar o quantitativo de apoiadores institucionais nas regiões de saúde de 12 para 16	Número de apoiadores institucionais	1	1	1	1
	Qualificar em gestão da saúde 320 gestores e técnicos dos municípios	Número de gestores e técnicos qualificados em gestão da saúde	-	320	-	-
	Realizar 16 Encontros Centralizados para qualificação do processo de trabalho do Apoio Institucional	Número de Encontros Centralizados para qualificação do processo de trabalho do Apoio Institucional realizados	4	4	4	4
	Implantar três Comitês Executivos de Governança Macrorregional	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregional implantados	-	1	1	1
	Atualizar a Programação da Assistência em 100% dos municípios	Percentual de municípios com Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade atualizada	100%	-	-	-
	Implantar o Planejamento Regional Integrado - PRI nas três Macrorregiões de Saúde	Número de Macrorregiões com Planejamento Regional - PRI implantado	3	-	-	-
7.2 Ampliar as parcerias intersetoriais	Formalizar um Termo de protocolo entre o CEFOR - RH e a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba (ESPEP)	Número de Termos de protocolo firmados entre o CEFOR-RH e a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba (ESPEP)	1	-	-	-
7.3 Qualificar os processos de trabalho e comunicação interna da SES	Reestruturar um Organograma para a SES	Número de organograma reestruturado	1	-	-	-
	Estabelecer um Regimento Interno	Número de regimento interno estabelecido	1	-	-	-
	Realizar um diagnóstico dos Fluxos e entraves dos processos de trabalho e comunicação interna da SES	Número de diagnósticos realizados	1	-	-	-
	Sistematizar 100% dos fluxos de processos de trabalho e comunicação interna da Administração Central da SES	Percentual de fluxos de processos de trabalho e comunicação interna sistematizados	-	20%	50%	30%
7.4 Ampliar a incorporação de recursos de tecnologia da informação à gestão da Rede Estadual de Saúde;	Implantar um Plano Diretor de Tecnologia da Informação - PDTI	Número de PDTI Implantado	1	-	-	-
	Executar um projeto de cabeamento estruturado.	Quantidade de pontos de rede instalados	8000	-	-	-
	Implementar o software de gestão hospitalar nas 32 unidades hospitalares e nas quatro unidades de pronto atendimento da rede estadual	Número de unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento da rede estadual com software de gestão hospitalar implantados	11	10	10	5
	Aquisição de equipamentos para melhoria de infraestrutura de TI (quatro servidores, dois storages, dois appliances de backup e dois NG FIREWALL)	Número de equipamentos adquiridos.	10	-	-	-
	Renovação de parque computacional da sede, gerências regionais e unidades hospitalares através de aquisição de 1500 computadores	Número de computadores adquiridos	500	500	500	-
	Melhoria da comunicação de rede de computadores da sede da SES, gerências regionais e unidades hospitalares através de aquisição de 210 ativos de rede (switches e access point)	Número de ativos de rede adquiridos	70	140	-	-
	Implantação de política de segurança através de aquisição de solução integrada de segurança endpoint (Antivirus)	Número de licenças adquiridas	1500	-	-	-
	Atender 80% das gerências da Secretaria de Saúde na implantação e suporte dos sistemas de informação em saúde que atendam as demandas para melhoria continuada do trabalho	Percentual de gerências da SES atendidas com a implantação e suporte dos sistemas de informação em saúde	20%	20%	20%	20%

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
7.5 Qualificar o planejamento e a execução orçamentária e a utilização de recursos;	Executar 100% das ações orçamentárias planejadas	Percentual de execução das ações orçamentárias planejadas	90%	93%	97%	100%
	Qualificar a elaboração do PPA e LOA por meio da realização de quatro oficinas	Número de Oficinas de qualificação (PPA e LOA) realizadas	1	1	1	1
	Operacionalizar o PES 2020 - 2023 através da elaboração de uma programação anual de saúde - PAS a cada ano	Número de PAS elaborada	1	1	1	1
	Apresentar prestação de conta quadrimestral através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA	Número de RDQA apresentado	3	3	3	3
	Apresentar os resultados da execução da PAS através de quatro Relatórios Anuais de Gestão - RAG	Número de RAG elaborado	1	1	1	1
	Aprimorar o PPA 2020 - 2023 por meio de revisão para os anos de 2021 e 2022	Número de revisão do PPA 2020 -2023 realizada	1	1	-	-
	Definir um Plano Plurianual - PPA 2024 - 2027	PPA 2024 - 2027 elaborado	-	-	-	1
7.6 Otimizar a captação de recursos financeiros;	Reestruturar um Núcleo de Economia da Saúde - NES para a SES	Número de NES reestruturado	1	-	-	-
	Instituir um banco de projetos para captação de recursos financeiros	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos	1	-	-	-
7.7 Fortalecer a gestão participativa e descentralizada do SUS	Garantir 100% do repasse financeiro em 12 parcelas para a manutenção do Conselho Estadual de Saúde - CES	Percentual de recursos financeiros repassados ao CES .	100%	100%	100%	100%
	Atender 100% das demandas do CES que visem o fortalecimento da gestão democrática e participativa do SUS.	Percentual de demandas atendidas	100%	100%	100%	100%
	Implantar ouvidorias em 12 hospitais da rede própria do estado	Número de hospitais da rede própria do estado com ouvidorias implantadas	12	-	-	-
	Implementar ouvidorias em 30 hospitais da rede própria do estado	Número de hospitais da rede própria do estado com ouvidorias implementadas	4	8	9	9
	Implantar ouvidorias nas 12 gerências Regionais de Saúde	Número de GRS com ouvidorias implantadas	6	6	-	-
	Implantar o ouvidor SUS em pelo menos 40 municípios	Número de municípios com ouvidoria SUS implantados	10	10	10	10

8

GESTÃO DO PLANO

Os diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria de Consolidação nº 01, Título IV, Capitulo I, Art.94 a 101 apresentam a base para o processo de planejamento. A citada Portaria Consolidada, além de institucionalizar o processo de planejamento, indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Conforme determinação normativa, o Plano de Saúde configura-se em um instrumento base para a execução, o acompanhamento e a avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), afirma a sua condição de referencial para os demais instrumentos de planejamento, incluindo aqueles de monitoramento e avaliação, e estabelece a sua prerrogativa de dinamizador do processo de gestão do SUS, em um período quadrienal.

Desta forma, o Plano Estadual de Saúde (PES) é um instrumento relevante para a efetivação da política de saúde no estado, sendo base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. O monitoramento e acompanhamento da execução do PES são momentos importantes de um processo de planejamento. Devem ser sistemáticos, contínuos e dispor de ferramentas específicas que subsidiem os técnicos e a sociedade para a sua consecução.

A periodicidade orientadora da gestão do PS indica a necessidade de monitoramento no decorrer de cada exercício, além de avaliações anuais, de forma a assegurar transparência e visibilidade, acompanhar a dinâmica de implementação e propiciar a possibilidade de revisões periódicas.

Assim, o PES tem sua execução desdobrada por meio da PAS, instrumento essencial para a operacionalização das intenções expressas no PES a cada ano da sua vigência - é elemento

fundamental para promover a eficiência da gestão. A PAS tem como principais funções explicitar a anualização das metas propostas e a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício. A Gerência de Planejamento e Gestão da Secretaria de Estado da Saúde desenvolve o monitoramento da PAS com o objetivo de estabelecer um maior rendimento dos coeficientes de eficiência de suas ações. O monitoramento é realizado quadrimestralmente e servirá de base para a elaboração dos Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O RDQA informará ao controle social e ao Poder Legislativo o desenrolar da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PES.

Quanto à avaliação anual do desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o PES conta com o RAG. Por determinação da Lei nº. 141/12, o Poder Público de todas as esferas deverá submeter o RAG, como também a PAS, à deliberação dos Conselhos de Saúde. Dessa forma, o RAG explicitará os resultados anuais alcançados com a execução da PAS, gerando subsídios para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por outro lado, o PES apresenta um rol de indicadores que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial, permitindo aferir se todas as atividades estão sendo realizadas conforme programado. Os indicadores serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o RAG.

Destacamos também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) com o monitoramento da execução do PES, utilizado pelos diversos setores da SES, como ferramenta de gestão, visando facilitar e equacionar problemas e dificuldades de implementação de mudanças.

Como importante instância de acompanhamento e avaliação do processo permanente de planejamento, destacamos o Conselho Estadual de Saúde. Ele tem a missão de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, de modo a garantir um planejamento participativo e uma maior transparência no processo.

A operacionalização dessas iniciativas, de forma coordenada e intercalada, possibilitará a integração do processo de planejamento da SES com o PES, continuando o desenvolvimento em direção ao cumprimento integral da missão do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na atenção à saúde de toda a população do estado da Paraíba.

ANEXOS

ANEXO A - Indicadores

DIRETRIZ 1

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	INDICE DE RE FE - RÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICI - DADE	BASE GEOGRÁ - FICA	FÓRMULA DE CALCULO
D1O1M1	Proporção de internações por causas sensíveis a atenção primaria	%	9,2	2017	SIH	Anual	Paraíba	(Número de internações de causas sensíveis selecionadas a atenção bás ica / total de internações clínicas) * 100
D1O1M2	Percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matricialmente da atenção básica por ano	%	30%	2018	SIA/SUS	Anual	Paraíba	(Número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da atenção básica no ano/total de CAPS habilitados) *100
D1O1M3	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,43	2018	SIA/SUS E IBGE	Anual	Paraíba	(Soma da frequência do número de exames citopatológico do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cérvico - vaginal/microflora e 02.03.01.008 -6 Exame citopatológico cérvico vaginal/microflora- rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento / População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano / 3)
D1O1M4	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,19	2018	SIA/SUS E IBGE	Anual	Paraíba	(Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento / População feminina na faixa etár ia de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano / 2 Unidade de Medida: Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária)
D1O1M5	Razão de mortalidade materna	Razão	62,62	2017	SIM, SINASC	Anual	Paraíba	(Número de óbitos residentes por causas ligadas a gravidez parto e puerpério / número de nascidos vivos de mães residentes) * 100.000
D1O1M6	Percentual de partos cesáreos	%	57,30%	2017	SIH	Anual	Paraíba	(Total de partos cesáreos / Total de partos realizados) * 100
D1O1M7	Percentual d e ampliação da Cobertura de Atenção Básica	%	98.34%	ABR/19	E -GESTOR	Anual	Paraíba	(Nº de eSF x 3.450 + (Nº eAB + Nº eSF equivalente) em determinado local e período x 3.000) / Estimativa da populacional do ano anterior) * 100
D1O1M8	Percentual de ampliação da Cobertura de Saúde Bucal	%	93.21%	ABR/19	E -GESTOR	Anual	Paraíba	((nº eSB*3.450) + (nº eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período / Estimativa populacional) * 100
D1O1M9	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Razão	0,40	2018	E -GESTOR	Anual	Paraíba	Número de Tratamentos concluídos / Número de primeiras Consultas Odontológicas programáticas
D1O1M10	Proporção de solicitações de hemocomponentes não atendidas na hemorrede.	%	30%	2018	Hemorrede	Anual	Paraíba	(Número de solicitação não atendidas / número de solicitações realizadas) *100
D1O1M11	Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de prenatal	%	71,00%	2018	SINASC	Anual	Paraíba	(Número de nascidos vivos de mães residentes em determinado local e ano com sete ou mais consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período) * 100
D1O1M12	Percentual de volume de leite humano coletado	%	7.350 LITROS	2018	RBLH/FIOCR UZ	Anual	Paraíba	(V olume de leite humano coletado pela rede estadual/total de leite humano coletado no ano anterior) *100
D1O1M13	Número de Hospitais com Adesão a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC	Número absoluto	15	2019	Área técnica de saúde da criança - SESPB / CNSC -MS	Anual	Paraíba	Nú mero de hospitais habilitados
D1O1M14	Número de municípios com Postos de Coleta da Triagem Neonatal Biológica (teste do pezinho) implantado	%	84,00%	2019	LACEM - PB/ área técnica de saúde da criança - SESPB	Anual	Paraíba	(Número de municípios com postos implan tados / núme ro total de municípios do estado) *100
D1O1M15	Percentual de doadores de tecidos oculares humanos	%	207	2018	SIG/SNT	Anual	Paraíba	(Número de doadores de tecidos oculares humanos / número total de doações do ano anterior) *100
D1O1M16	Taxa de mortalidade por IAM	Taxa	68,8	2018	SES - PB/GEVS/GO RR/SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos por IAM / população total) *100.000
D1O1M17	Taxa de mortalidade por AVC	T axa	27,7	2018	SES - PB/GEVS/GO RR/SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos por AVC / população tota l) *100.000

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	INDICE DE RE FE - RÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICI - DADE	BASE GEOGRÁ - FICA	FÓRMULA DE CALCULO
D1O1M18	Percentual do número de doadores efetivos de orgãos	%	7	2018	SIG/SNT	Anual	Paraíba	(Número de doadores efetivos de órgãos/numero de mortes encefálicas diagnosticadas)*100
D1O1M19	Percentual de notificações de morte encefálica	%	118	2018	SIG/SNT	Anual	Paraíba	(Número de notificações mortes encefálicas /número total de notificações de mortes encefálicas do ano anterior) *100
D1O1M20	Índice de satisfação do serviço de hematologia e hemoterapia;	%	0,7	2018	Hemocentro	Anual	Paraíba	IS = (satisf. doador * 5) + (satisf.usuário * 2,5) + (sat isf. Demais partes interessadas * 2,5)/10
D1O1M21	Índice de doações de sangue;	%	38.874	2018	HEMOVIDA	Anual	Paraíba	ID = (total de doadores ano atual / total de doadores ano anterior) -1*100
D1O1M22	Índice de Qualificação Profissional da Hemorrede;	Horas	200H	2018	Hemocentro	Anual	Paraíba	QP = horas de capacitação/ Total de indivíduos treinados
D1O1M23	Percentual de unidades da rede assistencial de saúde de referencia organizadas para a Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID -19)	%	0	2020	GEAH GEVS GEAS	Anual	Est ado	Número de unidades da rede de saúde de referencia organizadas para a Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID -19) / total de unidades da rede assistencial de saúde de referência para a Infecção Humana pelo Coronavírus X 100
D1O2M1	Percentual de tratamento cirúrgico eletivo realizados	%	32,35%	MAI/19	SIA/SUS E SIH E lista de demanda reprimida (GEROREG)	Semestral	Paraíba	(Número de tratamento cirúrgico eletivo realizados / número de tratamento cirúrgico eletivo da demanda reprimida) *100
D1O2M2	Número de leitos de saúde mental implantados nos Hospitais Regionais	Número absoluto	20	2018	RAPS	Anual	Paraíba	Número de leitos de saúde mental implantados nos Hospitais Regionais
D1O2M3	Percentual de implantação dos serviços pactuados nos planos regionais da RAPS	%	25%	2018	RAPS	Anual	Paraíba	(Serviços implantados / total de serviços pactuados nos planos regionais da RAPS) *100
D1O2M4	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - DCN T	Taxa	272/100000	2019	SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos de 30 a 69 anos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT / população na faixa etária de 30 a 69 anos) *100.000
D1O2M5	Percentual de pacientes em atendimento nos serviços ambulatoriais de TRS	%	33,43%	JUN/19	SAI/SUS	Semestral	Paraíba	(Número de pacientes em atendimento / número estimado de pacientes) *100
D1O2M6	Numero de Oficinas Ortopédicas Fixas construídas	Número absoluto	0	2019	SES/SUPLAN /MS	Anual	Paraíba	Número de Oficinas Ortopédicas Fixas construídas
D1O2M7	Número de Oficinas Ortopédicas fixas implantadas	Número absoluto	0	2019	Àrea técnica da pessoa com deficiência - PcD -SES PB/ coordenação nacional PcD - MS	Anual	Paraíba	Número de Oficinas Ortopédicas Fixas implantadas
D1O2M8	Proporção de pessoas que acessam os Centros Especializados em Reabilitação (CER) com diagnósticos finalizados (laudos)	%	Não mensurado atualmente	2019	Área técnica da pessoa com deficiência - PCD/prontuários dos serviços -	Anual	Paraíba	(Número de pacientes com diagnóstico finalizado/ Número total de pacientes que acessaram o serviço) * 100
					FUNAD E CER IV de Sousa			
D1O2M9	Número de usuários acompanhados pelo CREM/PB	Número absoluto	318	2019	CREMPB/ FUNAD	Anual	Paraíba	Número de usuários acompanhados pelo CREM/PB
D1O2M10	Percentual de cirurgias em crianças cardiopatas com indicação cirúgica.	%	114	SET/19	Coordenação da rede cuidar	Anual	Paraíba	(Número de cirurgias realizadas em crianças cardiopatas com indicação cirúrgica / Número total de crianças cardiopatas com indicação cirúrgica) *100
D1O2M11	Plano Estadual da Rede de Atenção a Saúde – RAS elaborado.	Número	0	2020	GEAS	Anual	Estado	Plano Estadual da Rede de Atenção a Saúde – RAS elaborado.
D1O3M1	Número de hospitais da rede de atenção estadual ampliados	Número absoluto	1	2018	SES	Anual	Paraíba	Número de hospitais da rede de atenção estadual ampliados
D1O3M2	Percentual de execução de ampliação da área administrativa do Hemocentro coordenador	%	10%	22/07/2019	SICONV PLANEJA SANGUE	Anual	Paraíba	(área executada da ampliação do Hemocentro Coordenador / área total a ser ampliada) * 100
D1O3M3	Número de hospitais da rede estadual readequados	Número absoluto	9	2018	SES	Anual	Paraíba	Número de hospitais reestruturados
D1O3M4	Número de Prédios administrativos da SES readequados	Número absoluto	1	2018	SES	Anual	Paraíba	Número de sedes administrativas das gerências reestruturados
D1O3M5	Número de hospitais da rede estadual que serão equipados.	Número absoluto	6	2018	SES	Anual	Paraíba	Número de hospitais equipados

ANEXO A - Indicadores

DIRETRIZ 2

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D2O1M1	Número de equipes de saúde prisional habilitadas conforme PNAISP	Número absoluto	0	2019	GEAS / coordenação de saúde prisional	Anual	Paraíba	Número de equipes de saúde prisional habilitadas
D2O2M1	Taxa de mortalidade infantil	Taxa/ 1000	11,59	2018	SIM/ SINASC	Anual	Paraíba	Taxa de Mortalidade Infantil = (número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000
D2O2M2	Taxa de mortalidade neonatal precoce	Taxa/ 1000	5,95	2018	SIM/ SINASC	Anual	Paraíba	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce = (número de óbitos de residentes de zero a seis dias de idade / número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000.
D2O3M1	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	%	16,95	2018	SINASC	Anual	Paraíba	(Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período / Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período) * 100
D2O3M2	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	%	79,00%	2018	Sistema de gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF – DATASUS/ MS. LINK: HTTP://BOLSAFAMILIA.DATASUS.GOV.BR/W3C/BFA.ASP	Anual	Paraíba	(Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano/ Número total de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde na última vigência do ano) *100
D2O3M3	Percentual de municípios com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa implantada	%	72,00%	2019	COSAPI - MS/ área técnica da SES	Anual	Paraíba	(Número de municípios com a caderneta de saúde da pessoa idosa implantada / número total de municípios do estado) *100
D2O3M4	Percentual de municípios com Unidades de Saúde da Família registrando o procedimento "Consulta Pré - Natal do Parceiro"	%	6%	2019	SISAB/MS	Anual	Paraíba	(Número de municípios com Unidades de Saúde da Família registrando o procedimento "Consulta Pré-Natal do Parceiro"/ Número total de municípios do estado) *100
D2O3M5	Taxa de mortalidade por causas externas	Taxa	76,9/100.000	2018	SIM/IBGE	Anual	Paraíba	(Número de óbitos de residentes por causas externas/população total residente) * 100.000
D2O4M1	Número de qualificações realizadas no plano de educação permanente com a temática étnico-racial.	%	0	2018	CEFOR E área técnica	Anual	Paraíba	(Número de qualificações realizadas que abordam a temática racial / Número de qualificações de educação permanente realizadas por ano pelo Cefor) *100
D2O4M2	Percentual de serviços pré - hospitalares com protocolos clínicos direcionados as pessoas com anemia falciforme implantados.	%	0	2019	Área técnica	Anual	Paraíba	(Número de serviços pré - hospitalares com protocolos clínicos direcionados as pessoas com anemia falciforme implantados / total serviços pré-hospitalares) *100
D2O4M3	Número de atendimentos realizados no ambulatório TT do Clementino Fraga	Número absoluto	1.200	2019	Relatórios de atendimento do ambulatório TT	Anual	Paraíba	Número de atendimentos realizados no ambulatório TT do Clementino Fraga
D2O4M4	Número de municípios com intervenções técnicas para implantação do plano de ação da saúde da população negra	Número absoluto	0	2019	Área técnica de saúde da pop. Negra	Anual	Paraíba	Número de municípios com intervenções técnicas realizadas para implantação do plano de ação da saúde da população negra

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D2O4M5	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades quilombola com acesso a atenção básica realizadas	Número absoluto	0	2019	Área técnica de saúde da pop. Negra e atenção básica dos municípios	Anual	Paraíba	Número de municípios com intervenções técnicas realizadas para acesso das comunidades quilombola à atenção básica
D2O4M6	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades indígenas com acesso à atenção à saúde desta população	Número absoluto	0	2019	Área técnica de saúde da pop. Negra e área de atenção à saúde dos municípios	Anual	Paraíba	Número de municípios com intervenções técnicas realizadas para acesso das comunidades indígenas à atenção à saúde
D2O4M7	Número de municípios com intervenções técnicas com comunidades cigana com acesso à atenção à saúde desta população	Número absoluto	0	2019	Área técnica de saúde da pop. Negra e área de atenção à saúde dos municípios	Anual	Paraíba	Número de municípios com intervenções técnicas realizadas para acesso das comunidades ciganas à atenção à saúde.
D2O4M8	Número de serviços de referência no atendimento de mulheres vítimas de violência com intervenções técnicas realizadas	Número absoluto	15	2018	SES/Área técnica de saúde d a Mulher	Anual	Paraíba	Número de serviços de referência no atendimento de mulheres vítimas de violência com intervenções técnicas realizadas

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D3O1M1	Número de hospitais sob gerência estadual com Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implantados	Número absoluto	26	2019	SISTEMA NOTIVISA	Anual	Paraíba	Número de NSP implantados nos hospitais sob gerência estadual
D3O1M2	Número de hospitais sob gerência estadual com Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implementados	Número absoluto	10	2019	NAH/SES	Anual	Paraíba	Número de NSP implementados nos hospitais sob gerência estadual
D3O1M3	Percentual de Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implantados e implementados nas unidades básicas de saúde.	%	0	2018	SINASC SISAB	Anual	Paraíba	Percentual de unidades básicas de saúde com Núcleos de Segurança do Paciente - NSP implantados / Total de unidades básicas de saúde.
D3O2M1	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	%	39,40%	2018	SINAN	Anual	Paraíba	(Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados / Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados) *100.
D3O2M2	Taxa de detecção de hanseníase na população geral por 100.000hab	Taxa	13%	2018	SINAN E IBGE	Anual	Paraíba	(Número de casos novos confirmados de hanseníase em residentes / População total residente no período determinado) * 100.000
D3O2M3	Número absoluto de óbitos por arbovirose (Dengue, Zika e Chikungunya)	Número absoluto	16	2018	SIM	Anual	Paraíba	Número total de óbitos por arbovirose (Dengue, Zika e Chikungunya) ocorridos em determinado período e local
D3O2M4	Proporção de óbitos por arbovirose investigados	%	80%	2018	SIM	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos por arboviroses investigados em determinado período e local / Total de óbitos por arbovirose ocorridos em determinado período e local) *100
D3O2M5	Número de Planos de contingência estadual para arboviroses implantado	Número absoluto	1	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Número absoluto de Planos de contingência estadual para arboviroses implantado
D3O2M6	Percentual de amostras, para cloro residual livre na água tratada (CRL), analisadas.	%	16,1%	2018	SISAGUA	Anual	Paraíba	(Número de análises de campo CRL realizadas / Número mínimo de análises de campo CRL determinado pela Diretriz Nacional) *100
D3O2M7	Número de municípios realizando o teste rápido leishmaniose visceral animal.	Número absoluto	50	2018	FORMSUS	Anual	Paraíba	Número Total de municípios realizando o teste rápido leishmaniose visceral animal.
D3O2M8	Percentual de ações implementadas no plano de contingência para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus	%	0	2020	GEVS GEAS GEAH	Anual	Estado	Numero de ações implementadas no plano de contingência para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus/ total de ações no plano de contingência para o enfrentamento da Infecção Humana pelo Coronavírus X 100
D3O3M1	Proporção de Municípios com cobertura adequada para os imunobiológicos Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose)	%	39%	2018	SI PNI	Anual	Paraíba	(Número de municípios com cobertura vacinal ≥95% de cada imunobiológico Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) / Número de municípios do estado da Paraíba) *100
D3O4M1	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT	Taxa	272/ 100000	2018	SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30- J98; E10-E14 – em determinado ano e local / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local) * 100.000
D3O4M2	Proporção de serviços de saúde hospitalares e unidades de pronto atendimento que realizam notificações de acidente de transporte terrestre.	%	80%	2018	FORMSUS E CNES	Anual	Paraíba	(Número total de serviços de saúde hospitalares e de pronto atendimento que estão realizando notificações de acidentes de transporte terrestre / Total de serviços de saúde hospitalares e de pronto atendimento) *100

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D3O4M3	Proporção de serviços de saúde que realizam notificações de violência interpessoal e autoprovocada	%	13%	2018	SINAN E CNES	Anual	Paraíba	(Número total de serviços de saúde que realizam notificação de violência interpessoal e autoprovocada / Total de serviços de saúde do estado do Paraíba) *100
D3O5M1	Número de casos de HIV diagnosticados em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.	Número absoluto	556	2018	SINAN	Anual	Paraíba	Número total de casos de HIV diagnosticados em um determinado ano de diagnóstico e local de residência
D3O5M2	Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade	Taxa	6,7%	2018	SINAN E SINASC	Anual	Paraíba	(Número de casos de sífilis congênita em menores de 1 anos, residentes município no período / Número de nascidos vivos mães residentes no município, no período considerado) * 100
D3O5M3	Taxa de Mortalidade por Hepatite C	Taxa	0,85	2018	SIM E IBGE	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos por Hepatite C / população geral) * 100.000
D3O5M4	Proporção de municípios com Teste Rápido implantado	%	90%	2018	SISLOGLAB	Anual	Paraíba	(Número total de municípios com Teste Rápido Implantado / Total de municípios do estado) *100
D3O6M1	Número de Núcleos de Saúde do Trabalhador implantados nos municípios.	Número absoluto	4	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Total de municípios com Núcleos de Saúde do Trabalhador implantado
D3O6M2	Número de Unidades Sentinelas implantadas nos municípios.	Número absoluto	24	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Total de Unidades Sentinelas implantadas nos municípios pactuados.
D3O6M3	Número de municípios com a linha de cuidado de saúde mental implantados	Número absoluto	0	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Total de municípios com a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador e com linha de cuidado de saúde mental implantados
D3O6M4	Número de municípios com a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador com atividade econômica de mineração implantada.	Número absoluto	0	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Total de municípios com a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador com atividade econômica de mineração implantada.
D3O6M5	Número de municípios implantados com a linha de cuidado dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos.	Número absoluto	0	2018	Relatórios gerenciais / Resolução CIB	Anual	Paraíba	Total de municípios implantados com a linha de cuidado dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos
D3O7M1	Número de sede do LACEN/PB construída.	Número absoluto	0	2018	Relatórios gerenciais	Anual	Paraíba	Total de sede do LACEN/PB construída.
D3O7M2	Percentual dos ensaios analíticos realizados	%	100	2018	Boletins analíticos e procedimentos operacionais padrões desenvolvidos pelo LACEN	Anual	Paraíba	(Número de ensaios analíticos executados/ total de ensaios analíticos programados) *100
D3O7M3	Proporção de novos ensaios analíticos na área de vigilância sanitária e meio ambiente realizados.	%	24.000	2018	Boletins analíticos e procedimentos operacionais padrões desenvolvidos pelo LACEN	Anual	Paraíba	(Número total de ensaios analíticos novos implantados / Número total de ensaios analíticos realizados pelo setor de produtos e meio ambiente) *100

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D3O8M1	Número de salas de situação implantadas.	Número absoluto	0	2018	Relatório gerenciais	Anual	Paraíba	Total de salas de situação implantadas.
D3O8M2	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	94,6	2018	SIM	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos não fetais com causa básica definida (menos o capitulo XVII) / Número total de óbitos não fetais) *100
D3O8M3	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	%	74%	2018	SINAN	Anual	Paraíba	(Número total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação / (Número total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação) *100
D3O8M4	Proporção de óbitos infantis investigados	%	84,6%	2018	SIM – Módulo Federal	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos infantis investigados em determinado período e local / número total de óbitos infantis ocorridos em determinado período e local) *100
D3O8M5	Proporção de óbitos fetais investigados	%	83,6%	2018	SIM – Módulo Federal	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos fetais investigados em determinado período e local / número total de óbitos fetais ocorridos em determinado período e local). *100
D3O8M6	Proporção de óbitos maternos investigados	%	100%	2018	SIM – Módulo Federal	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos maternos investigados em determinado período e local / Número total de óbitos maternos em determinado período e local) *100
D3O8M7	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	%	83,50%	2018	SIM – Módulo Federal	Anual	Paraíba	(Número Total de óbitos de MIF investigados em determinado período e local / Número Total de óbitos de MIF em determinado período e local) *100
D3O9M1	Proporção de inspeções realizadas pela AGEVISA	%	80%	2018	SISTEMA AGILIZA de credencia-mento de alvarás sanitário	Anual	Paraíba	(Número de inspeções realizadas em determinado período e local / Número Total de estabelecimentos cadastrados até o último dia do ano anterior) *100
D3O9M2	Percentual de municípios que realizam ações de vigilância sanitária descentralizada	%	80%	2018	Termos de pactuações	Anual	Paraíba	(Número total de municípios que realizam ações de vigilância sanitária descentralizada em determinado período e local / número total de municípios do estado) *100

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D4O1M1	Percentual de municípios elegíveis com adesão ao Qualifica SUS	%	70%	2018	NAF	Anual	Paraíba	(Número de municípios com adesão/ Nº de municípios elegíveis) * 100
D4O1M2	Percentual de municípios que receberam recursos da contrapartida estadual	%	100%	2019	NAF	Anual	Paraíba	(Número de municípios que receberam recursos da contrapartida estadual / 223) * 100
D4O1M3	Número de regiões de saúde apoiadas para adoção de novos modelos de aquisição	Número absoluto	0	2018	NAF	Anual	Paraíba	Número de regiões de saúde apoiadas
D4O1M4	Percentual de ampliação da distribuição e dispensação de medicamentos para os estabelecimentos de saúde	Percentual de unidades farmacêuticas distribuídas	42.826 .774	2018	NAF / CEDMEX (SISTEMA HORUS)	Anual	Paraíba	(Nº de unidades farmacêuticas distribuídas ou dispensadas (quadrimestre ou ano vigente) / Nº de unidades farmacêuticas distribuídas ou dispensadas do ano anterior) *100
D4O1M5	Número de protocolos clínicos estaduais implantados	Número absoluto	0	2018	NAF	Anual	Paraíba	Número de protocolos publicados DOEPB
D4O2M1	Número de NATJUS implantados	Número absoluto	0	2018	NAF	Anual	Paraíba	Número de NATJUS implantados
D4O2M2	Número de software para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvido	Número absoluto	0	2019	GTI	Anual	Paraíba	Número de software para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvido
D4O3 M1	Número dos municípios que aderiram à descentralização da dispensação dos medicamentos especializados.	0	0	2019	CEDMEX	Anual	Paraíba	Núme ro dos municípios que aderiram à descentralização da dispens ação dos medicamentos especializados.
D4O3 M2	Número de unidades de dispensação com cuidados farmacêuticos para doença de Crohn, Acromegalia e esclerose múltipla implantada.	0	0	2020	CEDMEX	Anual	Paraíba	Número de unidades de dispensação com cuidados farmacêuticos para doença de Crohn, Acromegalia e esclerose múltipla implantada.

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D5O1M1	Número de estabelecimentos de saúde sob gerência estadual com CNES atualizados	Número absoluto	0	30/05/2019	SCNES E relatórios de visitas	Semestral	Paraíba	Número de estabelecimentos de saúde sob gerência estadual com CNES atualizados
D5O1M2	Percentual da produção ambulatorial processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	%	93,18%	30/05/2019	SIH E SIA/SUS	Semestral	Paraíba	(Número de produção aprovada / número de produção processada) *100
D5O1M3	Percentual da produção hospitalar processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	%	73,70%	31/05/2019	SIH E SIA/SUS	Semestral	Paraíba	(Número de produção aprovada / número de produção processada) *100
D5O2M1	Percentual de módulos ambulatorial e hospitalar implementados nos cinco complexos reguladores	%	0%	DEZ/18	SISREG	Anual	Paraíba	(Número de módulos ambulatorial e hospitalar implementados / Número de módulos ambulatorial e hospitalar existentes) *100
D5O2M2	Percentual de Centrais de Regulação Municipais operando com SISREG III	%	0	2018	SCNES E SISREG (GERAV)	Anual	Paraíba	(Número de centrais de regulação municipais com SISREG implantados / Número de centrais de regulação municipais) *100
D5O3M1	Percentual de atendimentos de usuários TFD	%	100%	31/12/2018	TFD	Anual	Paraíba	(Pacientes atendidos / Pacientes cadastrados no TFD) *100
D5O3M2	Percentual de atendimentos de usuários CERAC	%	100%	31/12/2018	SISCNRAC	Anual	Paraíba	(Pacientes atendidos/ Pacientes cadastrados no CERAC) *100
D5O4M1	Percentual de Processos Internos da SES-PB auditados	%	80%	2018	Sistema de protocolo da SES/PB	Quadrimestral	Paraíba	(Processos internos da SES-PB auditados / total de processos demandados para a GOUAD pela SES-PB) *100
D5O4M2	Percentual de Auditorias de Cooperação Técnica realizadas	%	80%	2018	SISAUD-SUS	Quadrimestral	Paraíba	(Auditorias de Cooperação Técnica realizadas/total de Cooperação técnicas solicitadas) *100
D5O4M3	Percentual de Auditorias de Verificação de Denúncias realizadas.	%	80%	2018	SISAUD-SUS	Quadrimestral	Paraíba	(Auditorias de Verificação de Denúncias realizadas / Total Auditorias de verificação solicitadas) *100
D5O4M4	Percentual de Visitas Técnicas realizadas.	%	80%	2018	SISAUD-SUS	Quadrimestral	Paraíba	(Visitas Técnicas realizadas/ Total de Visitas Técnicas solicitadas) *100
D5O4M5	Percentual de processos auditados com registro no SISAUD-SUS	%	80%	2018	SISAUD-SUS	Quadrimestral	Paraíba	(Processos auditados com registro no SISAUD-SUS / Total de processos demandados para verificar a evolução de desempenho) * 100
D5O5M1	Percentual de participação da Auditoria nas demandas solicitadas pelo GTs das áreas técnicas da SES-PB	%	80%	2018	GOAUD/ SES	Quadrimestral	Paraíba	(Demanda atendida pela auditoria / total de solicitações dos GTs da SES-PB) * 100
D5O5M2	Percentual de Pareceres Técnicos emitidos.	%	80%	2018	SISAUD-SUS	Quadrimestral	Paraíba	(Pareceres Técnicos emitidos / Total de processos de demanda judicial e outros órgãos de controle) *100
D5O5M3	Número de participação da auditoria em reuniões de CT e CIB/PB	Número absoluto	10	2018	Livro de presença DA CT E CIB/PB	Quadrimestral	Paraíba	Número de participação da auditoria em reuniões de CT e CIB/PB
D5O5M4	Percentual de serviços de gestão estadual auditados.	%	80%	2018	Sistema de protocolo da SES/PB	Quadrimestral	Paraíba	(Serviços de gestão estadual auditados / Total de solicitação demandas) * 100
D5O5M5	Percentual de serviços de gestão municipal auditados.	%	80%	2018	Sistema de protocolo da SES/PB	Quadrimestral	Paraíba	(Serviços de gestão municipal auditados / Total de solicitação demandas) *100
D5O5M6	Número de Auditorias Regionais implementadas.	Número absoluto	0	2018	GOAUD/SE S	Quadrimestral	Paraíba	Número de Auditorias Regionais implementadas.

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D6O1M1	Número de Escolas de Saúde Pública implantadas	Número absoluto	0	2019	Diário Oficial do Estado (DOE)	Anual	Paraíba	Número de Escolas de Saúde Pública implantadas
D6O1M2	Número de Núcleos Regionais de Educação Permanente instituídos	Número absoluto	0	2019	Diário Oficial do Estado (DOE)	Monitoramen -to quadrimestral/ avali ação anual	Paraíba	Número de núcleos regionais instituído s
D6O1M3	Número de Programas de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, em parceria com IES	Número absoluto	0	2019	E -MEC	Quadrienal	Paraíba	Número de Programas de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva implantado s
D6O1M4	Número de Programas de Mestrado Profissional em Saúde da Família	Número absoluto	0	2019	E -MEC	Quadrienal	Paraíba	Número de Programas de Mestrado Profissional em Saúde da Família implantado
D6O1M5	Número de Programas de Residência Médica implantados	Número absoluto	7	2019	Sistema nacional de residências (SINAR)	Anual	Paraíba	Número de programas de residência Médica implantados
D6O1M6	Número de vagas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ampliadas	Número absoluto	12	2019	Sistema nacional de residências (SINAR)	Anual	Paraíba	Número de vagas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva ampliadas
D6O1M7	Número de Programas de Residência Multiprofissional/Uniprofissional em Saúde implantados	Número absoluto	3	2019	Sistema nacional de residências (SINAR)	Anual	Paraíba	Número de Programas de Residência Multiprofissional/Uniprofissional em Saúde implantados
D6O1M8	Número de cursos de qualificação em EPS realizados	Número absoluto	1	2019	Núcleo estratég ico de documen - tação e arquivo escolar	Anual	Paraíba	Número de cursos de qualificação em EPS realizados
D6O1M9	Número de trabalhadores qualificados.	Número absoluto	0	2019	Núcleo estratégico de documen - tação e arquivo escolar	Anual	Paraíba	Número de trabalhadores qualificados em Direito Sanitário.
D6O1M10	Número de Oficinas regionais sobre EPS realizadas	Número absoluto	0	2019	Núcleo estratégi co de documen - tação e arquivo escolar	Anual	Paraíba	Número de oficinas regionais sobre EPS realizadas
D6O1M11	Política Estadual de Educação Popular em Saúde instituída	Número absoluto	0	2019	DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO (DOE)	Anual	Paraíba	Política Estadual de Educação Popular em Saúde instituída
D6O1M12	Número de trabalhadores qualificados.	Número absoluto	0	2019	Siste ma nacional de cursos técnicos (SISTEC)	Anual	Paraíba	Número de trabalhadores qualificados em cursos técnicos
D6O1M13	Número de enfermeiras obstetras qualificados por meio do curso de aperfeiçoamento	Número absoluto	0	2019	Núcleo estratégi co de documen - tação e arquivo escolar /SIC ONV	Não se aplica	Paraíba	Número de enfermeiras obstetras qualificados por meio do curso de aperfeiçoamento
D6O1M14	Número cursos de curta e média duração realizados para funcionários dos estabelecimentos da SES	Número absoluto	7	2018	Núcleo estratégi co de documen - tação e arquivo escolar	Monitoramento quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número cursos de curta e média duração realizados
D6O2M1	Número de dimensionamentos realizados	Número absoluto	0	2019	Gerência Adminis - trativa	Avaliação anual	Paraíba	Número de dimensionamentos realizados

ANEXO A - Indicadores

DIRETRIZ 6

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D6O2M2	Número de cursos em EPS realizado para o quadro técnico das Gerências Executivas da SES	Número absoluto	1	2019	Núcleo estratégi co de documen - tação e arquivo escolar	Monitoramen -to quad rimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de cursos de EPS para o quadro técnico da SES realizados
D6O2M3	Percentual de servidores da SES matriculados nos cursos de especialização e mestrado ofertados	%	0	2019	DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO (DOE)	Anual	Paraíba	(Número de servidores públicos da SES matriculados / número de vagas totais ofertadas) *100
D6O2M4	Número de Encontros de qualificação do processo de trabalho dos gerentes regionais de saúde, apoiadores regionais e apoiadores institucionais realizados	Número absol uto	8	2018	CEFOR	Monitoramento quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de Encontros de qualificação realizados
D6O3M1	Número de Oficinas Macrorregionais sobre Gestão do Trabalho realizadas	Número absoluto	0	2023	Subger ên- cia DE RH SES -PB	Monitoramen to quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de oficinas realizadas
D6O3M2	Número de oficinas dos Programas de Preparação para a Aposentadoria - PPA, em parceria com o Programa de Saúde do Trabalhador	Número absoluto	PROGRAM A PILOTO DESENVOL VIDO EM UN IDADES SES DE JOÃO PESSOA	2023	Subger ên- cia DE RH SES -PB	Monitoramen to quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de oficinas realizadas

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D7O1M1	Número de apoiadores institucionais	Número absoluto	12	2019	Subgerên cia de RH/SES - PB	Anual	Paraíba	Número de apoiadores institucionais
D7O1M2	Número de gestores e técnicos qualificados em gestão da saúde	Númer o absoluto	0	2019	Núcleo estratégico de documen - tação e arquivo escolar	Monitoramento quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de gestores e técnicos qualificados em gestão da saúde
D7O1M3	Número de Encontros Centralizados para qualificação do processo de trabalho do Apoio Institucional realizados	Número absoluto	2	2019	Núcleo estratégico de documen - tação e arquivo escolar	Monitoramento quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de Encontros Centralizados para qualificação do processo de trabalho do Apoio Institucional realizados
D7O1M4	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregional implantados	Número absoluto	0	2019	Resolução CIB	Anual	Paraíba	Número de Comitês Executivos implantados
D7O1M5	Percentual de municípios com Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade atualizada	%	0	2018	Resolução CIB	Anual	PARAÍBA	(Número de municípios com a programação da assistência atualizada/ número total de municípios) *100
D7O1M6	Número de Macrorregiões com Planejamento Regional - PRI implantado	Número absoluto	0	2019	Resolução CIB	Anual	PARAÍBA	Número de Macrorregiões com Planejamento Regional - PRI implantado
D7O2M1	Número de Termos de protocolo firmados entre o CEFOR-RH e a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba (ESPEP)	Número absoluto	0	2019	Diário Oficial do Estado (DOE)	Monitoramento quadrimestral/ avaliação anual	Paraíba	Número de Termos de protocolo firmados entre o CEFOR - RH e a Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba (ESPEP)
D7O3M1	Número de organograma reestruturado	Número absoluto	1	2019	Subgerên -cia de RH/SES - PB	Anual	Paraíba	Número de organograma reestruturado
D7O3M2	Número de regimento interno estabelecido	Número absoluto	0	2019	Subgerên -cia de RH/SES - PB	Anual	Paraíba	Número de regimento interno estabelecido
D7O3M3	Número de diagnósticos realizados	Número absoluto	0	2019	Gerência Administra - tiva e controle interno	Anual	Paraíba	Número de diagnósticos realizados
D7O3M4	Percentual de fluxos de processos de trabalho e comunicação interna sistematizados	%	0	2019	Gerência administra - tiva e controle interno	Anual	Paraíba	(Proporção de fluxos realizados / proporção de fluxo total) *100
D7O4M1	Número de PDTI Implantado	Número absoluto	0	2019	Gerência de Tecnologia da Informação	Anual	Paraíba	Número de PDTI Implantado
D7O4M2	Quantidade de pontos de rede instalados	Número absoluto	0	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Quantidade de pontos de rede instalados
D7O4M3	Número de unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento da rede estadual com software de gestão hospitalar implantados	Número absoluto	0	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento da rede estadual com software de gestão hospitalar implantados
D7O4M4	Núm ero de equipamentos adquiridos.	Número absoluto	0	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Número de equipamentos adquiridos.
D7O4M5	Número de computadores adquiridos	Número absoluto	0	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Número de computadores adquiridos
D7O4M6	Número de ativos de rede adquiridos	Número absoluto	0	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Número de ativos de rede adquiridos
D7O4M7	Número de licenças adquiridas	Número absoluto	0	2019	Gerênc ia de tecnologia da informação	Anual	Paraíba	Número de licenças adquiridas
D7O4M8	Percentual de gerências da SES atendidas com a implantação e suporte dos sistemas de informação em saúde	%	5%	2019	Gerência de tecnologia da informação	Anual	Anual	(Número de gerências atendidas com implantação e suporte de sistemas de informação/ total de gerências da SES) *100
D7O5M1	Percentual de execução das ações orçamentárias planejadas	%	85%	2018	SIAF	Anual	Paraíba	(número de ações com valores empenhados/ número total de ações planejadas) *100
D7O5M2	Número de Oficinas de qualificação (PPA e LOA) realizadas	Número Absoluto	1	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de Oficinas realizadas
D7O5M3	Número de PAS elaborada	Número Absoluto	1	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de PAS elaborada
D7O5M4	Número de RDQA apresentado	Número Absoluto	3	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de RDQA apresentado
D7O5M5	Número de RAG elaborado	Número Absoluto	1	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de RAG elaborado

ANEXO A - Indicadores

DIRETRIZ 7

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÌNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIOCIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CALCULO
D7O5M6	Número de revisão do PPA 2020 - 2023 realizada	Número Absoluto	0	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de revisão do PPA 2020 - 2023 realizada
D7O5M7	PPA 2024 - 2027 elaborado	Número Absoluto	1	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	PPA 2024 - 2027 elaborado
D7O6M1	Número de NES reestruturado	Número absolut o	1	2019	Gabinete da SES	Anual	Paraíba	Número de NES reestruturado
D7O6M2	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos	Número absoluto	0	2019	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos
D7O7M1	Percentual de recursos financeiros repassados ao CES	%	100%	2019	SIAF	Anual	Paraíba	(R ecursos financeiros repassados ao CES/total orçado no exercício) *100
D7O7M2	Percentual de demandas atendidas	%	0	2019	CES	Anual	Paraíba	(Número de demandas atendidas/número de demandas propostas) *100
D7O7M3	Número de hospitais da Rede própria do estado com ouvidorias implantadas	Número absoluto	18	2019	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	Número de hospitais da rede própria do estado com ouvidorias implantadas
D7O7M4	Número de hospitais da rede própria do estado com ouvidorias implementadas	Número absoluto	5	2019	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	Número de hospitais da rede própria do estado com ouvidorias implementadas
D7O7M5	Número de GRS com ouvidorias implantadas	Número absoluto	0	2019	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	Número de GRS com ouvidorias implantadas
D7O7M6	Número de municípios com ouvidoria SUS implantados	Número absoluto	28	2019	Ouvidora geral do SUS - OUVSUS Ministério da Saúde - MS	Anual	Paraíba	Número de municípios com Ouvidor SUS implantados

Definição do CÓDIGO (D,O,M e númeral)
D = Diretriz
O = Objetivo
M = Meta
Numeral corresponde à posição de cada item.

ANEXO B - Mapa Estratégico da SES/PB

Mapa Estratégico Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

MISSÃO

Formular, coordenar e executar, por meio de uma gestão democrática e participativa, políticas públicas e programas de saúde para a efetivação das ações e serviços, de forma regionalizada e integrada, apoiando as Secretarias Municipais de Saúde, na perspectiva de garantir a melhoria da qualidade de vida da população paraibana.

VISÃO

Ser uma instituição pública de excelência, inovadora, resolutiva e integrada a outros setores governamentais e não governamentais, que contribui para a qualidade de vida da população paraibana e o desenvolvimento econômico e social do Estado

VALORES

Ética, Compromisso, Responsabilidade Social,Transparência e Cooperação

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

- Reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis
- Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas transmissíveis
- Reduzir a morbimortalidade por arboviroses
- Reduzir a mortalidade por causas externas
- Reduzir a mortalidade materna
- Reduzir a mortalidade infantil

PROCESSOS

- Melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência à saúde
- Executar a política de educação na saúde
- Efetivar a política das populações tradicionais e especificas
- Fortalecer a vigilância em saúde
- implantar e/ou implementar as redes de atenção e linhas de cuidado prioritárias

GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO

- Fortalecer a regionalização da saúde
- Dimensionar e qualificar quadro técnico da SES
- Ampliar a incorporação de recursos de tecnologia da informação à gestão da rede estadual de saúde
- Ampliar as parcerias intersetoriais
- Reformar e equipar estabelecimentos de saúde e administrativos da SES
- Qualificar os processos de trabalho e comunicação interna da SES
- Implantar e/ou implementar de forma integrada as centrais de regulação macrorregionais

FINANCEIRO

- Qualificar o planejamento e a execução orçamentária e a utilização de recursos
- Diminuir os gastos consequentes à judicialização
- Otimizar a captação de recursos financeiros

ANEXO C - Conformação das macrorregiões de saúde de acordo com a Resolução CIB nº 43/2018

1° MACRORREGIAO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
1	Alhandra	19.579
	Bayeux	97.010
	Caaporã	21.872
	Cabedelo	68.033
	Conde	24.769
	Cruz do Espírito Santo	17.559
	João Pessoa	811.598
	Lucena	13.121
	Mari	21.854
	Pitimbu	19.182
	Riachão do Poço	4.519
	Santa Rita	136.851
	Sapé	52.697
	Sobrado	7.795
SUBTOTAL	**14**	**1316439**
2	Alagoinha	14.464
	Araçagi	17.003
	Araruna	20.418
	Bananeiras	21.156
	Belém	17.685
	Borborema	5.430
	Cacimba de Dentro	17.156
	Caiçara	7.283
	Casserengue	7.476
	Cuitegi	6.790
	Dona Inês	10.383
	Duas Estradas	3.594
	Guarabira	58.881
	Lagoa de Dentro	7.670
	Logradouro	4.343
	Mulungu	9.922
	Pilões	6.607
	Pilõezinhos	5.080
	Pirpirituba	10.585
	Riachão	3.607
	Serra da Raiz	3.121
	Serraria	6.093
	Sertãozinho	5.044
	Solânea	26.376
	Tacima	10.967
SUBTOTAL	**25**	**307.134**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
12	Caldas Brandão	6.025
	Gurinhém	14.134
	Ingá	18.163
	Itabaiana	24.475
	Itatuba	10.876
	Juarez Távora	7.950
	Juripiranga	10.770
	Mogeiro	13.286
	Pedras de Fogo	28.499
	Pilar	11.938
	Riachão do Bacamarte	4.529
	Salgado de São Félix	12.145
	São José dos Ramos	5.969
	São Miguel de Taipu	7.180
SUBTOTAL	**14**	**175.939**
14	Baía da Traição	9.070
	Capim	6.552
	Cuité de Mamanguape	6.358
	Curral de Cima	5.232
	Itapororoca	18.715
	Jacaraú	14.378
	Mamanguape	45.005
	Marcação	8.586
	Mataraca	8.466
	Pedro Régis	6.099
	Rio Tinto	24.154
SUBTOTAL	**14**	**175.939**
TOTAL	**64**	**1.952.127**

2° MACRORREGIAO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
3	Alagoa Grande	28565
	Alagoa Nova	20689
	Algodão de Jandaíra	2501
	Arara	13538
	Areia	22776
	Areial	6975
	Esperança	33266
	Lagoa Seca	27543
	Matinhas	4537
	Montadas	5691
	Remígio	19579
	São Sebastião de Lagoa de Roça	11845
SUBTOTAL	**12**	**197.505**
4	Baraúna	4925
	Barra de Santa Rosa	15421
	Cubati	7274
	Cuité	20348
	Damião	5343
	Frei Martinho	2990
	Nova Floresta	10639
	Nova Palmeira	4910
	Pedra Lavrada	8122
	Picuí	18737
	São Vicente do Seridó	11084
	Sossêgo	3567
SUBTOTAL	**12**	**113.360**
5	Amparo	2246
	Camalaú	6020
	Caraúbas	4171
	Congo	4789
	Coxixola	1925
	Gurjão	3436
	Monteiro	33294
	Ouro Velho	3042
	Parari	1769
	Prata	4179
	São João do Cariri	4296
	São João do Tigre	4423
	São José dos Cordeiros	3711
	São Sebastião	3496
	do Umbuzeiro Serra Branca	13707
	Sumé	16957
	Zabelê	2245
SUBTOTAL	**17**	**113.706**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
15	Alcantil	5499
	Aroeiras	19154
	Barra de Santana	8241
	Barra de São Miguel	5979
	Boqueirão	17842
	Cabaceiras	5570
	Caturité	4839
	Gado Bravo	8435
	Natuba	10460
	Queimadas	44214
	Riacho de Santo Antônio	1985
	Santa Cecília	6557
	São Domingos do Cariri	2601
	Umbuzeiro	9913
SUBTOTAL	**14**	**151.289**
16	Assunção	3921
	Boa Vista	7083
	Campina Grande	410332
	Fagundes	11313
	Juazeirinho	18213
	Livramento	7386
	Massaranduba	13853
	Olivedos	3951
	Pocinhos	18622
	Puxinanã	13715
	Santo André	2519
	Serra Redonda	7020
	Soledade	14987
	Taperoá	15276
	Tenório	3066
SUBTOTAL	**15**	**551.257**
TOTAL	**70**	**1.127.117**

ANEXO C - Conformação das macrorregiões de saúde de acordo com a Resolução CIB nº 43/2018

3° MACRORREGIAO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
6	Areia de Baraúnas	2.126
	Cacimba de Areia	3.749
	Cacimbas	7.183
	Catingueira	4.934
	Condado	6.753
	Desterro	8.306
	Emas	3.528
	Junco do Seridó	7.165
	Mãe d'Água	4.009
	Malta	5.665
	Maturéia	6.587
	Passagem	2.424
	Patos	107.790
	Quixabá	1.964
	Salgadinho	3.980
	Santa Luzia	15.401
	Santa Teresinha	4.573
	São José de Espinharas	4.635
	São José do Bonfim	3.566
	São José do Sabugi	4.145
	São Mamede	7.721
	Teixeira	15.191
	Várzea	2.820
	Vista Serrana	3.808
SUBTOTAL	**24**	**238.023**
7	Aguiar	5.562
	Boa Ventura	5.349
	Conceição	18.944
	Coremas	15.426
	Curral Velho	2.517
	Diamante	6.550
	Ibiara	5.925
	Igaracy	6.173
	Itaporanga	24.842
	Nova Olinda	5.944
	Olho d'Água	6.512
	Pedra Branca	3.803
	Piancó	16.091
	Santa Inês	3.596
	Santana de Mangueira	5.159
	Santana dos Garrotes	7.024
	São José de Caiana	6.279
	Serra Grande	3.100
8	Belém do Brejo do Cruz	7.347
	Bom Sucesso	4.972
	Brejo do Cruz	14.107
	Brejo dos Santos	6.457
	Catolé do Rocha	30.534
	Jericó	7.742
	Mato Grosso	2.915
	Riacho dos Cavalos	8.609
	São Bento	34.215
	São José do Brejo do Cruz	1.806
SUBTOTAL	**10**	**148.796**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO ESTM. 2017
9	ABernardino Batista	3.438
	Bom Jesus	2.567
	Bonito de Santa Fé	11.938
	Cachoeira dos Índios	10.265
	Cajazeiras	62.187
	Carrapateira	2.667
	Joca Claudino	2.690
	Monte Horebe	4.825
	Poço Dantas	3.770
	Poço de José de Moura	4.318
	Santa Helena	5.887
	São João do Rio do Peixe	17.940
	São José de Piranhas	20.163
	Triunfo	9.482
	Uiraúna	15.382
SUBTOTAL	**15**	**177.519**
10	Aparecida	8.430
	Lastro	2.725
	Marizópolis	6.614
	Nazarezinho	7.296
	Santa Cruz	6.585
	São Francisco	3.363
	São José da Lagoa Tapada	7.679
	Sousa	69.554
	Vieirópolis	5.358
SUBTOTAL	**9**	**117.604**
11	Água Branca	10.258
	Imaculada	11.833
	Juru	9.868
	Manaíra	11.120
	Princesa Isabel	23.489
	São José de Princesa	3.842
	Tavares	14.661
SUBTOTAL	**7**	**85.071**
13	ÁCajazeirinhas	3.197
	Lagoa	4.666
	Paulista	12.308
	Pombal	32.766
	São Bentinho	4.540
	São Domingos	3.120
SUBTOTAL	**6**	**60.597**
TOTAL	**89**	**946.314**

TOTAL GERAL	**223**	**4.025.558**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

_____. 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. Brasília, 1990.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Fazenda. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2017. Brasília: MF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). Disponível em: <bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_perfil_municipio/index.php>. Acesso em: 07 mar 2019.

_____. Lei nº 4.923 de 23 de Dezembro de 1965. Institui o cadastro permanente das admissões e dispensas de empregados, estabelece medidas contra o desemprego e de assistência aos desempregados, e da outras providencias. Brasília, 23 de dezembro de 1965, Disponível em: https//www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4923-23-dezembro-1965-36875-publicaçãooriginal-1-pl.html. Acesso em: 20 out 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.264 de 18 de dezembro de 2015. Habilita estabelecimentos de Saúde no có- digo 14.09 - Serviço de Fibrose Cística. Brasília, 18 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 07 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 17 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de atenção primária: Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014.

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 28 jun. 2011.

_____. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília, 17 nov 2011.

_____, 2017. Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 28 set. 2017

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, 28 set 2017.

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

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, 17 nov 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidaçãonº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, que no anexo VI institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidaçãonº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 28 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS. 2. ed., rev. e atual. 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 21 de julho 1977 (Republicada no DOU. DE 291/07/77). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/280_77.htm Acesso em 10 jan 2020.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Reestruturação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, maio/2001.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para projetos físicos de laboratórios de saúde pública. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. Brasília, 30 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

_____.. Ministério do Trabalho. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Anexo IV Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html> Acesso em 10 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 3.072, de 29 de novembro de 2007. Qualifica o Estado da Paraíba e os municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Brasília: Diário Oficial da União, 30 de novembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Manual das Ouvidorias do SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2014

_____. Lei. nº. 8080, 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, 19 set. 1990.

CARVALHO, J. P. de P. A organização dos laboratórios de saúde pública do Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, v. 10, p. 345-53, 1976.

CAI a mortalidade materna no mundo, aponta OMS; redução no Brasil chega a 43%. Nações Unidas. 7 maio 2014. Disponível em: https://nacoesunidas.org/cai-a-mortalidade-materna-no-mundo-aponta-oms-reducao-no-brasil-chega-a-43/ Acesso em: 07 mar 2014.

CARRENO I, B. A. (2014). Evolução temporal e distribuição espacial. Rev Saúde Pública. São Paulo, v.48, n.4 , 2014.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística. Estimativas 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

COMITÊ INTERGESTORES BIPARTITE. Resolução nº 313 de 28 de dezembro de 2007. Pactuação das Unidades Sentinelas de Saúde do Trabalhador do Estado da Paraíba.

IBGE. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. Censo de 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/ Acesso em: 23 out. 2019..

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Ficha Técnica de Indicadores das Ações de Controle do Câncer do Colo de Útero. Rio de Janeiro: Incra, dez 2014.

LAURENTI, R., & MELLO-JORGE, M. H. Reflexões sobre a mensuração. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1 ,p. 23-30, 2000.

MACHADO, Paula Roberta Monteiro. Triagem Neonatal e Prevalência de Hipotireoidismo Congênito. 2012. Disponível em: http://www.ccm.ufpb.br/ccm/contents/documentos/

biblioteca-1/tccs/2012/tcc-paula-machado.pdf Acesso em 10 jan 2020.

MONTEIRO, Carlos Augusto; BENÍCIO, Maria Helena D'Aquino; ORTIZ, Luiz Patricio. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). Rev. Saúde Pública vol.34 n.6, São Paulo, 2000.

MOVIMENTO TJCC. Declaração para Melhoria da Atenção ao Câncer no Brasil. São Paulo: TJCC, ago 2019.

MURARI, A. P. F. Do que adoecem os trabalhadores servidores municipais da saúde em Vitória/ES. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, 2018.

NAEMT; ACS. Prehospital Trauma Life Support (PHTLS): atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 7ª ed. [s.l]: Editora Elsevier, 2012.

OPAS BRASIL. Folha Informativa - Mortalidade Materna. Agosto 2008. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820 Acesso em 07 mar 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo: Edusp, 2008.

PARAÍBA. Lei nº 7.069, de 12 de abril de 2002. Institui o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba – SEVISA-PB, cria a Agência Estadual de Vigilância Sanitária da Paraíba – AGEVISA-PB, e dá outras providências. João Pessoa, 12 abril 2002.

PARAÍBA. Lei nº .186, de 16 de março de 2007. Define a estrutura organizacional da administração direta do Poder Executivo estadual e dá outras providências. João Pessoa, 16 mar 2007. Disponível em: http://www.pm.pb.gov.br/arquivos/legislacao/Leis_Ordinarias/2007_DEFINE_A_ESTRUTURA_ORGANIZACIONAL_DA_ADMINISTRACAO_DIRETA_DO_ESTADO.pdf Acesso em: 22 out 2019.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2016-2019. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

PORTER, M. E; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROGRAMA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. PNAD 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=24437&t=resultados>. Acesso em 10 out 2019.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SMARTLAB. Observatório digital Saúde e Segurança do Trabalho. Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br/Observatório Digital Saúde e Segurança do Trabalho>. Acesso em: 07 mar 2019

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Normas de auditoria do Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2011.

UNICEF. Situação das crianças e dos adolescentes no Brasil. 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/situacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-no-brasil. Acesso em:15 jul 2019.

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

PARAÍBA 2020|2023

Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE ESTADO **DA SAÚDE**