GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2016-2019

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2016-2019

Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde

Resolução nº , de XXX de 2016

Governador do Estado

Ricardo Vieira Coutinho

Secretária de Estado da Saúde

Roberta Batista Abath

Secretária Executiva de Estado da Saúde

Maura Vanessa Sobreira

GERENTES

Planejamento e Gestão
Edna Guedes da Costa

Finanças
Maria da Penha Santos França

Administração
Argemira Lins de Medeiros

Atenção à Saúde
Patrícia Melo Assunção

Tecnologia da Informação
André Vieira da Costa

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência
Mércia Maria Santos Coutinho

Vigilância em Saúde
Renata Valéria Nóbrega

GERÊNCIAS REGIONAIS

1ª Gerência Regional de Saúde
João Pessoa

2ª Gerência Regional de Saúde
Guarabira

3ª Gerência Regional de Saúde
Campina Grande

4ª Gerência Regional de Saúde
Cuité

5ª Gerência Regional de Saúde
Monteiro

6ª Gerência Regional de Saúde
Patos

7ª Gerência Regional de Saúde
Itaporanga

8ª Gerência Regional de Saúde
Catolé do Rocha

9ª Gerência Regional de Saúde
Cajazeiras

10ª Gerência Regional de Saúde
Sousa

11ª Gerência Regional de Saúde
Princesa Isabel

12ª Gerência Regional de Saúde
Itabaiana

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Bernadete Moreira de Moura
Bruno Vinicius de Bezerra
Cesar Augusto de Oliveira Farias
Edna Guedes da Costa
Ellen Albuquerque Rangel de Moris
Eliane De Sousa Gadelha Almeida
Fernando Rocha Lucena Lopes
Glaciane Mendes Roland
Hélio Soares Silva
Irlanilson Fabricio de Almeida
Ivoneide Lucena Pereira
Jonathan Elias T. Lucena
Luciana Suassuna Dutra Rosas
Maria Analuce Dantas de Figueiredo
Maria das Graças Moura L. de Almeida
Maria de Fátima Moraes Carvalho
Maria do Desterro F. Diniz Catão
Maria Izabel Ferreira Sarmento
Mércia Maria Santos Coutinho
Myriam Carneiro
Morgana Kétsia Agra de Brito
Patrícia Melo Assunção
Rafaela Araújo Lins Pereira
Rafaella Keyla de Medeiros Marinho
Rejane L. Vieira
Renata V. Nóbrega
Rosiani P. Videres
Selda Gomes de Sousa
Shirlene Queiroz de Lima
Vivian Correia Arruda

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACCR	Acolhimento e Classificação de Risco
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDC	Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer
CEDMEX	Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CERAC	Central Estadual de Regulação Da Alta Complexidade
CEREST	Centros De Referência de Saúde do Trabalhador
CGBP	Casas da Gestante, Bebê e Puérpera
CHMGTB	Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIHDOTTS	Comissões Intra-Hospitalares de Transplante para Doação de Órgãos e/ou Tecidos
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Paraíba
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

CRMU	Centrais de Regulação Médica de Urgência
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAR	Doenças do Aparelho Respiratório
DAD	Doenças do Aparelho Digestivo;
DAGU	Doenças do Aparelho Geniturinário
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DDA	Doença Diarreica Aguda
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionadas ao Trabalho
DSNer	Doenças do Sistema Nervoso;
DSeTI	Doenças do sangue
EMAD	Equipe multiprofissionais de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de importância Nacional
FAP	Fundação Assistencial da Paraíba
FUNAD	Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência
GEMOL	Gerência Executiva Médica-Odontológica Legal
GRS	Gerência Regional de Saúde
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HER	Hospital Edson Ramalho
HETSHL	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMV	Hospital Municipal Valentina
HMSI	Hospital Municipal Santa Isabel
HRG	Hospital Regional de Guarabira

HRI	Hospital Regional de Itabaiana
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IAM	Infarto Agudo do Miocárido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEC	Instituto Evandro Chagas
ISAS	Instituto de Assistência à Saúde
ISEA	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LIRAa	Levantamento de Índice Rápido Amostral
LRPD	Laboratórios Regional de Prótese Dentária
LV	Leishmaniose Visceral
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
PAR	Planos de Ação Regional
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PES	Plano Estadual de Saúde
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQAVS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDOME	Registro Nacional de doadores de medula óssea
REENTRANS	Rede Nacional de Transplante
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SISCNRAC	Sistema de Informação em Saúde da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Combinada
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

Sumário

APRESENTAÇÃO 13

I CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO 15

II REGIONALIZAÇÃO 16

III ANÁLISE SITUACIONAL 20

1 PERFIL DEMOGRÁFICO 20

2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 22

2.1 INDICADORES DE NASCIMENTO 22

2.2 IMUNIZAÇÃO 25

2.3 INDICADORES DE MORBIDADE 28

2.3.1 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS 29

2.3.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERFACE COM A VIGILÂNCIA AMBIENTAL 39

2.3.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT 48

2.3.4 DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO 51

2.4 MORTALIDADE 53

2.4.1 MORTALIDADE GERAL 53

2.4.2 MORTALIDADE MATERNA 54

2.4.3 MORTALIDADE INFANTIL 54

2.4.4 MORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS 56

2.4.5 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT 56

2.4.6 ACIDENTES E VIOLÊNCIA - CAUSAS EXTERNAS (CAP. XX, CID 10) 57

HOMICÍDIOS 57

ACIDENTE DE TRANSPORTE 58

2.5 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE 58

3 PERFIL ASSISTENCIAL 60

3.1 Assistência hospitalar 60
3.2 Assistência ambulatorial 63
IV ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE 65
4.1 Atenção Básica 65
4.2 Segurança alimentar e nutricional 68
4.3 Saúde Bucal 71
4.4 Serviços especializados 72
4.4.1 Hemorrede 73
4.4.2 Assistência Farmacêutica 77
4.4.3 Tratamento Fora do Domicílio 79
4.4.5 Central De Transplante Da Paraíba (CNCDO/PB: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Paraíba) 86
4.5 Centros De Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST 88
4.6 Laboratório Central de Saúde Pública Da Paraíba – LACEN/PB 89
4.7 Serviço de Verificação de Óbitos – SVO/PB 93
4.8 AGEVISA 94
V REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE 96
5.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 96
5.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL 109
5.3 REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA 111
5.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 112
5.5 REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS 116
5.6 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 121
VI FINANCIAMENTO DA SAÚDE 124
VII AUDITORIA 128
VIII GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAUDE 130
IX OUVIDORIA 134

X DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 136
DIRETRIZ 1 136
DIRETRIZ 2 139
DIRETRIZ 3 140
DIRETRIZ 4 141
DIRETRIZ 5 143
XI MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO 145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 148
APÊNDICE I 151

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é um documento que expressa o compromisso do Governo da Paraíba com a saúde e com a construção da cidadania do povo paraibano para o quadriênio 2016-2019. Este instrumento sistematiza o conjunto de proposições do Governo Estadual na área da saúde, apresentando as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, os quais são expressos em diretrizes, objetivos e metas.

O PES revela-se como um instrumento imprescindível para a gestão, tornando-se cada vez mais uma necessidade à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços.

A elaboração deste Plano partiu de uma análise sobre a situação de saúde do estado da Paraíba e da respectiva gestão do SUS, assim como da viabilidade e exequibilidade técnica, financeira e políticas, com identificação e priorização dos principais problemas, a fim de subsidiar o planejamento, a operacionalização, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde, considerando as particularidades de cada uma das 16 Regiões de Saúde do Estado.

As prioridades definidas são o resultado de um trabalho desenvolvido de forma transparente, democrática e participativa, envolvendo os gestores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), das Gerências Regionais de Saúde e o controle social.

Este documento traz, inicialmente, a caracterização do Estado da Paraíba, com a síntese das informações demográficas e econômicas. Em seguida, é descrito o processo de regionalização da saúde, com ênfase nos esforços do governo do Estado em fortalecer as Regiões de Saúde e implantar a PGASS como dispositivos estratégicos para o fortalecimento do SUS no território. Em continuidade, é apresentada a Análise Situacional, com a síntese dos principais agravos e problemas de saúde da Paraíba e de suas regiões, bem como da estrutura dos serviços de saúde e das Redes de Atenção. Por conseguinte, são apresentadas informações sobre despesas e investimentos com saúde, o que é fundamental para viabilizar o aperfeiçoamento da gestão favorecendo uma

adequada organização dos gastos e consequente otimização da oferta de serviços e ações de saúde à população, bem como informações referentes a gestão do trabalho e educação em saúde. Por fim são apresentadas as diretrizes, objetivos e metas para o quadriênio 2016-2019.

Nesse sentido, se expressa a responsabilidade e compromisso da gestão com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 com a certeza de que o mesmo contribuirá de maneira significativa para a construção coletiva de políticas públicas que melhorem as condições de vida e de saúde em todos os municípios do nosso Estado.

I 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 nos períodos de estiagem ou diminuem bastante o volume, principalmente no sertão, o que influi na agricultura da região.

Segundo a estimativa de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Paraíba possui uma população de 3.943.885 habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², totalizando uma densidade demográfica de 69,84 habitantes /km². Apresenta uma maior concentração populacional na área urbana (75%) em relação à área Rural (25%). Em relação ao sexo, 48,4% (1.824.379) da população paraibana é composta de homens e 51,6% (1.942.149) de mulheres.

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 Domicilio (PNAD, 2007) demonstra que na Paraíba 58,9% dos seus habitantes são pardos; 37,5% brancos; 3,4% pretos e 0,2% amarelos ou indígenas.

Quanto à população indígena, a Paraíba possui dois povos, o potiguar e o tabajara. O povo potiguar representa uma população de 12.794 indígenas, localizados em três municípios da região litorânea: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, distribuídos em 32 aldeias. O povo Tabajara da Paraíba possui uma população de 539 indígenas, que estão 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 Tabajara 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 apenas com três quilombos urbanos: “Paratibe”, em João Pessoa; “Os Daniel”, em Pombal; e “Talhado Urbano”, em Santa Luzia. No total, são 2.693 famílias com 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, nem esgotamento sanitário, além do desemprego, provocado pelo preconceito.

Estima-se que cerca de 9.610 pessoas no Estado da Paraíba vivem em situação de privação de liberdade, distribuídas em 79 Unidades prisionais, sendo que 9.115(94,8%) são do sexo masculino e 499(5,2%) do sexo feminino. Considerando o regime observa que 7.820(81,34%) estão em regime fechado, 1.185(12,32%) em regime semiaberto e 559(5,8%) em regime aberto.

II REGIONALIZAÇÃO

A Regionalização da Saúde, prevista desde a Constituição Federal de 1988, configura-se num eixo estruturante do Sistema Único de Saúde e vem sendo aprimorada, desde então, como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, 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 e 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, novos instrumentos de planejamento regional, como o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde -Coap e o Mapa da Saúde, definindo 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.

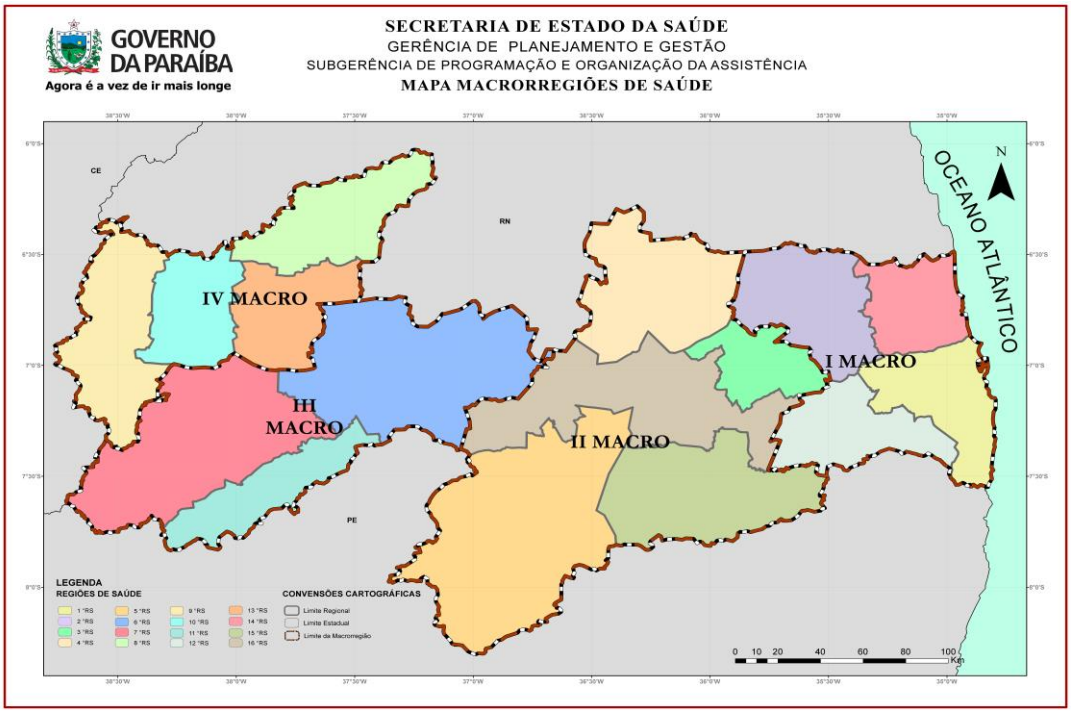
O novo modelo de gestão do SUS dispõe sobre a sua organização em regiões de saúde, cujas ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, urgência emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e a atenção psicossocial, organizados em redes de atenção à saúde de forma a garantir o acesso da população, bem como potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expresse, no seu conteúdo, o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas.

A atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organiza o estado em 16 regiões de saúde distribuídas em 04 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios. A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por 04(quatro) Regiões de Saúde; a segunda com sede em Campina Grande é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde; a terceira com sede em Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde; e a quarta, com sede em Sousa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde (mapa 01).

A Paraíba possui ainda 12 unidades técnico-administrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas de Gerências Regionais de Saúde, que têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico, crítico e reflexivo aos municípios, acompanhando e planejando as ações e serviços de saúde e participando nos diversos espaços de gestão e co-gestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no estado.

Mapa 01- Distribuição espacial segundo as Macrorregiões e Regiões de Saúde na Paraíba



Na Tabela abaixo apresentamos uma síntese da organização da regionalização no Estado.

Tabela 01 – Síntese Organizacional da Regionalização da Assistência na Paraíba, 2014.

Região de Saúde	Macrorregião de Saúde	Nº de Municípios por Região	População
1ª	1 ª	14	1.272.522
2ª	1 ª	25	305.341
3ª	2 ª	12	194.861
4ª	2 ª	12	111.452
5 ª	2 ª	17	119.240
6 ª	3 ª	24	233.768
7 ª	3 ª	18	148.739
8 ª	4 ª	10	116.418

9 ª	4 ª	15	174.671
10 ª	4 ª	9	116.093
11 ª	3 ª	7	83.905
12 ª	1 ª	14	174.327
13 ª	4 ª	6	60.132
14 ª	1 ª	11	149.210
15 ª	2 ª	14	149.174
16 ª	2 ª	15	534.032

Fonte: Resolução CIB-E/PB nº. 203/11. IBGE 2014.

O Estado da Paraíba apresenta significativas desigualdades regionais, com a maioria de seus municípios possuindo entre 2.000 e 10.000 habitantes, considerados como de pequeno porte, conforme demonstra a Tabela 02. Apenas João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Patos tem população superior a 100.000 habitantes.

Tabela 02 – Demonstrativo da População na Paraíba. Ano 2014.

Intervalo da população	Quant. de municípios	% de municípios
Até 2.000 hab.	06	2,7%
Entre 2.001 e 10.000 hab.	130	58,3%
Entre 10.001 e 50.000 hab.	77	34,5%
Entre 50.001 e 100.000 hab.	06	2,7%
Acima de 100.000 hab.	04	1,8%

Fonte: IBGE, 2014.

O grande desafio operacional da regionalização da saúde no estado na atual conjuntura consiste na implantação da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS. A SES/PB iniciou no ano de 2015 seu processo de transição da Programação Pactuada e Integrada – PPI para a PGASS, visto que tal instrumento avança no processo de negociação e pactuação intergestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito da região de saúde e não mais por ente federado, como preconizado pela PPI.

Avança também em relação a seu escopo, que passa a abranger além das ações de assistência à saúde, as ações de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica.

Nesse sentido, foi formado um grupo condutor com representação da SES/PB, das dezesseis regiões de saúde, do COSEMS, das Gerências Regionais de Saúde, dos municípios sedes de Macrorregião de Saúde e do apoio institucional do MS. Esse grupo vem trabalhando no sentido de contribuir com a organização das regiões de saúde e fortalecimento das Redes de Atenção no estado, por meio da execução das etapas (I, II, III e IV) propostas pela PGASS. Assim, em 2015 foram realizadas oficinas em todas as dezesseis regiões de saúde para o desenvolvimento da etapa I, culminando ao final do ano com a construção do Planejamento Regional Integrado. Para o quadriênio 2016-2019, a gestão estadual assume o compromisso de implantar efetivamente a PGASS em todo o estado da Paraíba.

A condução da regionalização no SUS faz parte de uma tarefa complexa exercida pelo estado, porque envolve negociações, consensos, distribuição de recursos financeiros, construção e revisão de mecanismos decisórios para a condução do processo com a participação do coletivo. Diante destes aspectos, é possível inferir que os desafios acerca do processo de regionalização na Paraíba ainda persistem, mas que o Estado vem avançando no sentido de superá-los ao adotar estratégias que fortaleçam o planejamento e seus instrumentos regionais, favorecendo a negociação e coordenação regional e assumindo funções específicas para o avanço da regionalização no Estado.

III ANÁLISE SITUACIONAL

1 PERFIL DEMOGRÁFICO

Em dez anos, a população paraibana aumentou 9,4%, totalizando 3.766.528 habitantes em 2010 – um acréscimo de 322.703 de pessoas desde 2000. A taxa média geométrica de crescimento anual no período 2000/2010 foi de 0,9%, menor que a média nacional, de 1,17%. Segundo dados estatísticos do IBGE, 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 monta a 75,4%, em oposição aos 24,6% da zona rural. A densidade demográfica estadual é de 66,73 hab./km².

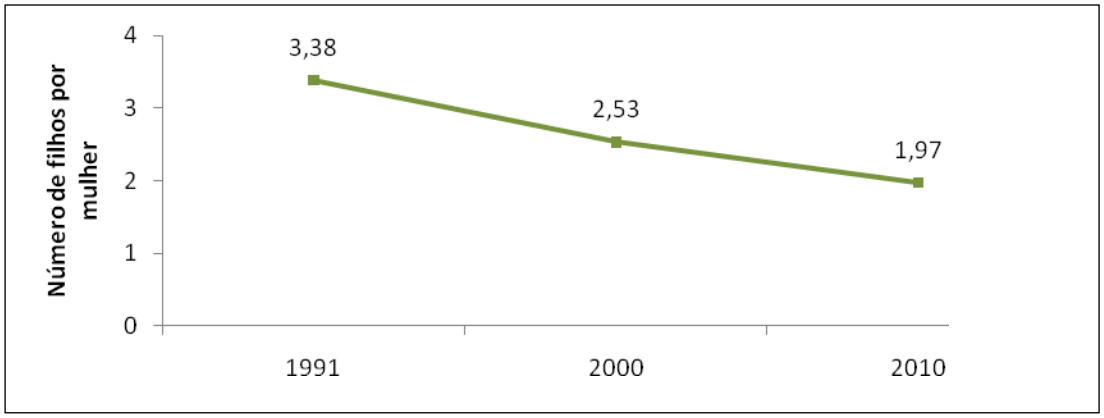
Observa-se que a taxa de fecundidade da Paraíba segue o mesmo comportamento apresentado pela Região Nordeste e pelo Brasil, com taxas abaixo do nível de reposição (TFT = 2,10 filhos), com decréscimo de 20,1%, entre 2000 e 2010.

Tabela 03 - Taxa de fecundidade total e diferença relativa. Paraíba, Região Nordeste e Brasil, 2000 e 2010.

UF/Região	2000	2010	Diferença Relativa 2000/2010(%)
Paraíba	2,53	1,97	-20,1
Nordeste	2,69	2,06	-23,4
Brasil	2,38	1,98	-22,3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

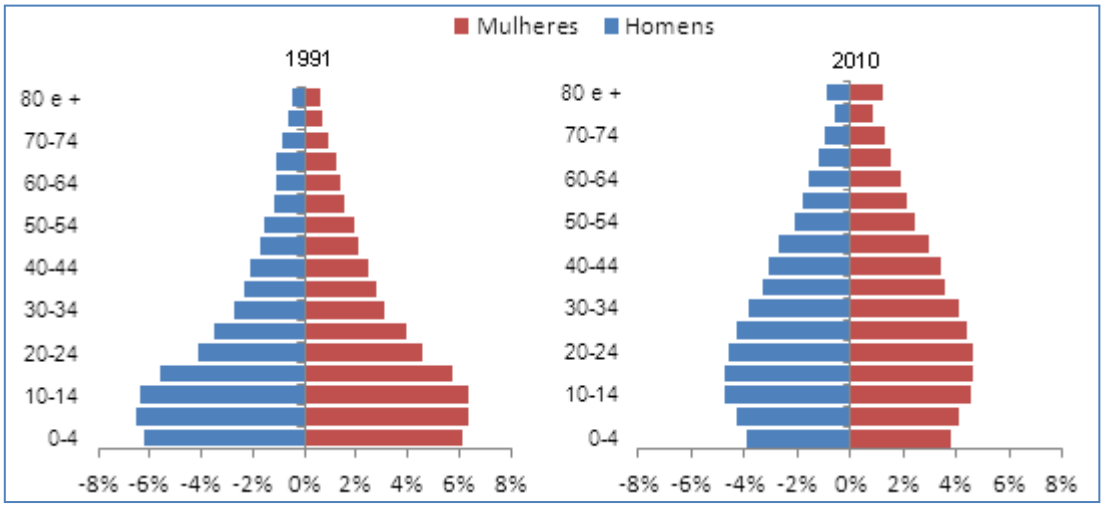
Gráfico 01: Taxa de Fecundidade Total. Paraíba, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991,2000 e 2010.

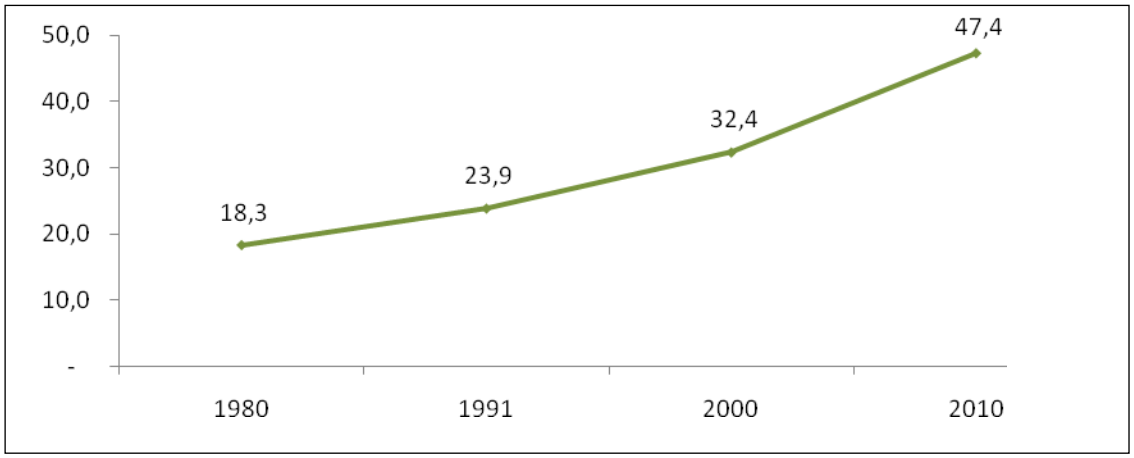
As pirâmides de 1991 e 2010 refletem as rápidas transformações que estão ocorrendo na estrutura etária da população paraibana, com redução da população jovem e aumento considerável da população idosa (acima de 60 anos), que representa atualmente 12% da população total enquanto em 1991 essa proporção era de 9%. A população de idosos aumentou 55,8% entre 1991 e 2010, a proporção da população de menores de 15 anos diminuiu 33,2% de 1991 a 2010. Este processo de envelhecimento é resultado da rápida mudança, tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida.

Gráfico 02: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Paraíba, 1991 e 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991 e 2010.

Gráfico 03 : Índice de envelhecimento. Paraíba, 1980-2010



Fonte: IBGE, Censo 1980, 1991, 2000 e 2010.

2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

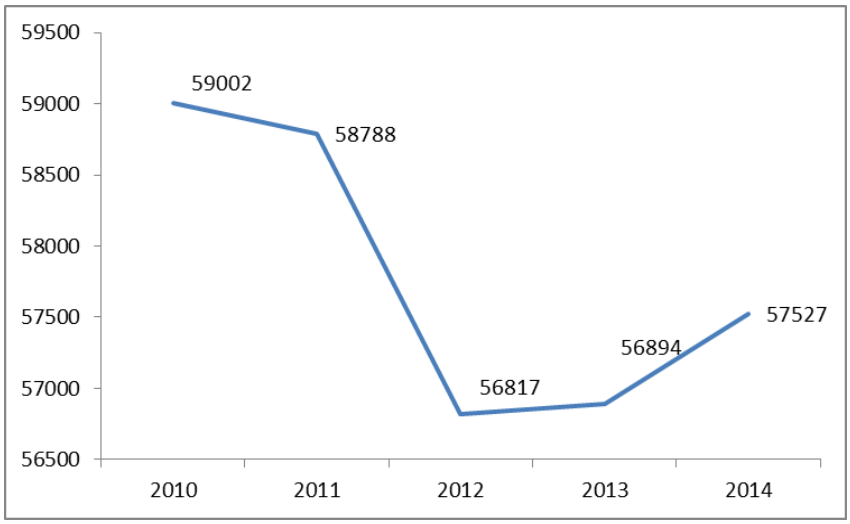
2.1 INDICADORES DE NASCIMENTO

Total de nascidos vivos

As informações sobre os nascimentos vivos em uma região são essenciais na construção de indicadores de saúde e demográficos, tais como: coeficiente de mortalidade infantil, proporção de baixo peso ao nascer e taxa de fecundidade. Esses indicadores podem ser utilizados em atividades de vigilância epidemiológica e planejamento, bem como na avaliação de políticas, ações e serviços de saúde.

No gráfico 04, observa-se que a Paraíba apresentou uma diminuição dos nascimentos, havendo nos anos de 2010 a 2014 uma redução de 2,5% de nascimentos no Estado, com destaque para uma maior redução entre os anos de 2011 e 2012.

Gráfico 04 - Total de Nascidos Vivos nos anos de 2010 a 2014. Paraíba, 2014.

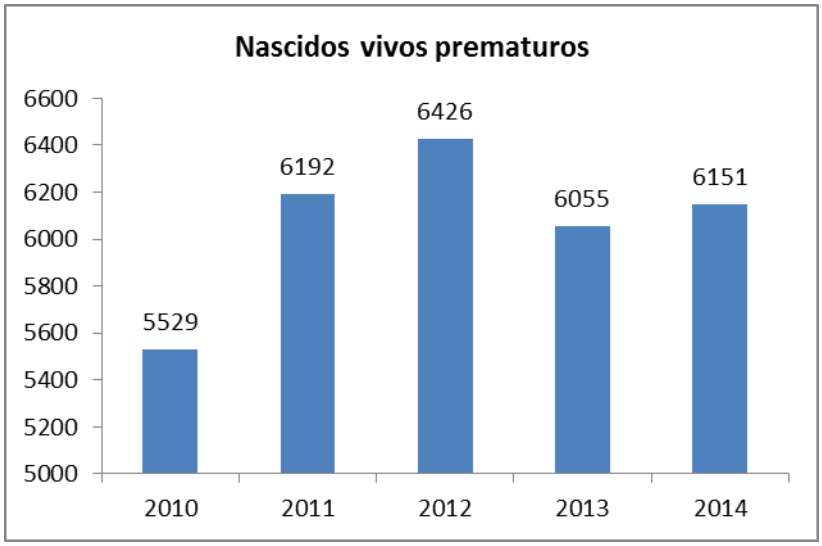


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - Sinasc

Nascidos vivos prematuros e nascidos com baixo peso

A prematuridade tem sido registrada entre os principais grupos de causas de mortes neonatais no mundo. A análise da série histórica na Paraíba demonstra um aumento de 16,2% nos anos de 2010 a 2012 e uma redução de 4,3% nos anos de 2012 a 2014, conforme gráfico 05.

Gráfico 05 - Total de Nascidos Vivos prematuros nos anos de 2010 a 2014. Paraíba, 2014.

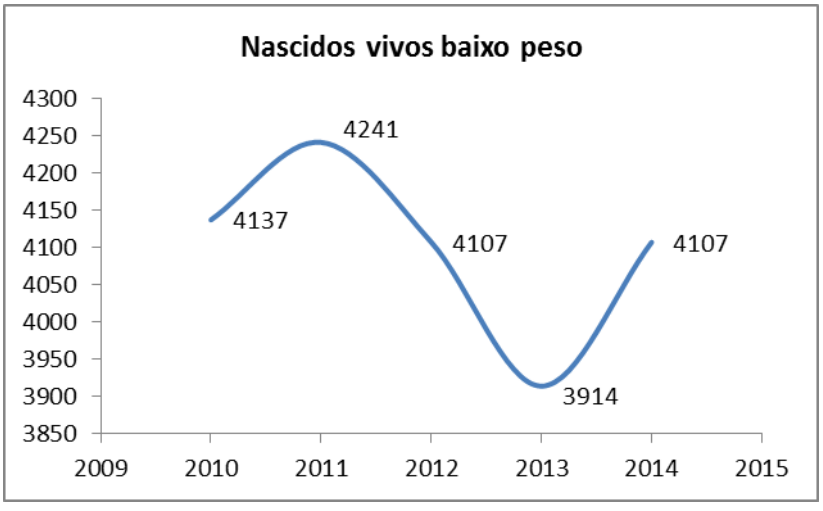


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - Sinasc

O indicador de nascidos vivos com baixo peso revela o número de crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, o que reflete de maneira geral, nos níveis de desenvolvimento socioeconômico e nos de assistência materno-infantil e auxiliam no processo de tomada de decisão no momento do pré-natal e da assistência infantil.

Durante os anos de 2010 a 2014, a Paraíba apresentou oscilação, com redução entre os anos de 2010 e 2013 (5,4%) e um leve aumento nos anos de 2013 a 2014 (4,9%).

Gráfico 06– Total de Nascidos Vivos com Baixo Peso nos anos de 2010 a 2014. Paraíba, 2014.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

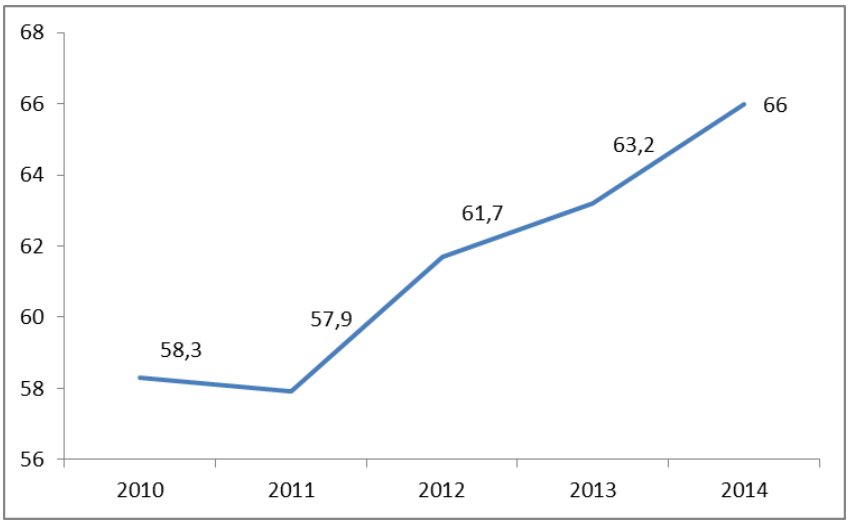
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

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.

Na Paraíba, considerando a serie histórica de 2010 a 2014, identifica-se uma tendência ascendente de 13,2%, com crescimento ano a ano, dos nascidos vivos cujas mães realizaram, durante a gestação, sete ou mais consultas, refletindo o acesso da assistência pré-natal prestada a essa população.

A média de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal na Paraíba (61,42) segue a mesma tendência da média da região Nordeste (62,78) e encontra-se acima da média quando comparado a do Brasil (45,95).

Gráfico 07 – Proporção de Nascidos Vivos de Mães com Sete ou mais Consultas de Pré-Natal nos anos de 2010 a 2014. Paraíba, 2014.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc

2.2 IMUNIZAÇÃO

As ações de Vigilância em Saúde, entre as quais as de imunizações, estão definidas em legislação nacional indicando que a gestão das ações deve ser compartilhada pelas três esferas de governo, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. Atualmente, o calendário básico dispõe de 16 vacinas contra doenças imunopreveníveis, no Programa de Imunizações; constam também "imunobiológicos especiais", indicados para pacientes imunodeprimidos ou portadores de algumas doenças crônicas. Estas vacinas estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiologicos Especiais (CRIE). No Estado, o quadro das doenças imunopreveníveis tem relação com a implantação do Programa de imunização (PNI) em âmbito municipal, onde, apesar dos índices de cobertura apresentados no Estado como um todo encontrarem-se elevados (Tabela 04), não pode deixar de considerar a não homogeneidade destas coberturas, que propiciam a existência de regiões com bolsões de susceptíveis, possibilitando a ocorrência de surtos em populações definidas.

Tabela 04: Cobertura Vacinal, Paraíba 2010 a 2014. - Coberturas Vacinais (%) de Rotina para BCG, Hepatite B, Poliomielite, Tetravalente e Tríplice Viral* nos menores de 1 ano de idade. 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. Dados Atualizados em: 19/08/2015

Fonte: SIAPI/SES-PB

*Crianças de 1 ano de idade.

Relacionando os dados da tabela acima aos indicadores do SISPACTO e do PQAVS referente aos anos de 2013 e 2014, reforça a afirmativa de baixa homogeneidade de cobertura no calendário vacinal.

Quadro 01: Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.

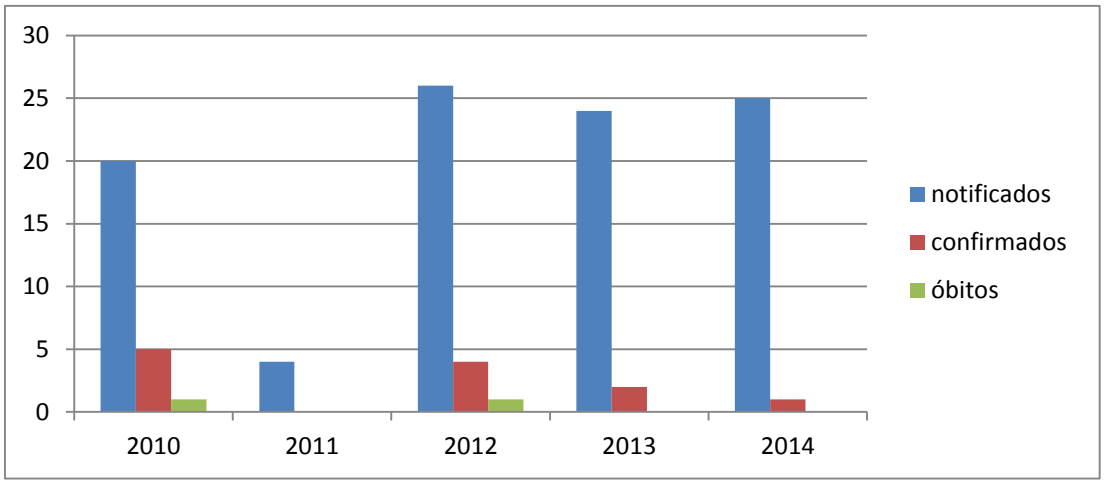
Ano	SISPACTO	PQAVS
2013*	47,08%	5,38%
2014	43,04%	8,50%

*Data da Implantação

Fonte: Programa Nacional de Imunizações. Data da consulta dos dados: 19/08/201

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 então as doenças imunopreveníveis passíveis de imunização. A influenza é uma infecção aguda das vias aéreas com ocorrência durante todo o ano, sendo com maior frequência nos meses do outono e do inverno e que está circulante na Paraíba desde 2009. Pessoas de todas as idades são suscetíveis a infecção pela Influenza e algumas pessoas estão mais propensas a adoecerem e/ou terem complicações graves, especialmente aqueles que têm fatores de risco para agravamento, por esse motivo fazem parte dos grupos prioritários para receberem a vacina da gripe. O gráfico 08 destaca a redução do número de casos para o período de 2010 a 2014 e nenhum registro de óbitos nos anos de 2011, 2013 e 2014, fato que pode se atribuir a implantação da vacina contra a influenza para os grupos de riscos.

Gráfico 08: Casos registrados de influenza, Paraíba 2010 a 2014.



Fonte: SIVEPGRIPE/NDTA SES – PB /Dados atualizados em: 04/08/2015

A meningite pode ser causada por diversos micro-organismos como bactérias, vírus, fungos entre outros. A vacinação protege contra alguns tipos de meningites como: Meningite tuberculosa (BCG); Meningite por Haemofhilus (DTP+Hib); Meningite por influenzae - Tipo B; Meningite por Pneumococos (Pneumocócica 10): Meningite por Meningococo (Meningocócica C). Na Paraíba, no período de 2010 a 2014 foram registrados 1.044 casos de meningite, sendo 115 casos de Meningite não especificada, seguido de 190 casos de Meningite Bacteriana e 63 de Meningite Viral. Apesar do número absoluto de 21 casos captados da doença meningocócica e 01 caso de meningite por Haemofhilus influenzae no mesmo período, ressalta-se o grande impacto causado na população, pelo seu potencial de acometer de forma rápida e fulminante pessoas previamente saudáveis e pelo risco de desencadear epidemias. Destaca-se ainda a introdução da vacina meningocócica C em fevereiro de 2011 e pneumocócica em março de 2010. A vacina Tríplice Viral previne contra Sarampo, Rubéola e Caxumba. Na Paraíba, durante os anos de 2010 a 2014, foram registrados 1.733 casos suspeitos de Sarampo e Rubéola. Destacando-se os anos de 2010, com 57 casos e 2013, com 09 casos confirmados em surtos de Sarampo.

2.3 INDICADORES DE MORBIDADE

O Estado da Paraíba apresenta um perfil epidemiológico caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças transmissíveis e não transmissíveis como também dos agravos, entendendo que alguns dessas doenças/agravos já poderiam ter sido eliminados. Ressaltam ainda os agravos/doenças emergentes e reemergentes, como também os agravos de acidentes e violência, dados esses que serão apresentados a seguir, conformando assim a situação de saúde do Estado.

2.3.1 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

TUBERCULOSE

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. A OMS estabeleceu metas desafiadoras para os países em sua estratégia pós-2015, definindo como visão de futuro "Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento causados pela doença".

O Estado da Paraíba segue a proposta da OMS e as recomendações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose 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 com fortes componentes sociais e econômicos.

A Taxa de Incidência do estado da Paraíba não ocupa um dos piores índices do país, porém revela que a doença para ser controlada exige uma mudança nas atividades desenvolvidas e que estas precisam estar relacionadas a abordagens que visam à redução do estigma que ainda existe em torno da doença e à melhoria das estratégias para adesão ao tratamento, não perdendo de vista a necessidade de articulação com outras áreas, inclusive fora do setor da saúde.

Tabela 06. Taxa de incidência da Tuberculose na Paraíba, no período 2010 – 2014.

ANO	Taxa Incidência
2010	27,1
2011	28,3

2012	29,5
2013	30
2014*	27,8

Fonte: SINAN/TB/GOVE/GEVS/SES/PB. *Dados parciais.

Em relação ao índice de sucesso do Programa Estadual de Controle da Tuberculose que corresponde aos Indicadores de Cura e Abandono, sabe-se que a meta nacional para Cura é 85% e para o Abandono índices abaixo de 5%. O estado da Paraíba em 2013 alcançou 65,4% de cura e 14,8% de abandono reforçando a urgente necessidade do trabalho intersetorial para o controle do agravo.

Tabela 07. Percentual de Cura e Abandono de Tuberculose, Paraíba 2010 a 2014.

ANO	%CURA	%ABANDONO
2010	69,5	13,1
2011	67,1	14,3
2012	69,5	14,5
2013	65,4	14,8
2014*	64,1	11

Fonte: Sinan/TB/GOVE/GEVS/SES/PB. *Dados parciais.

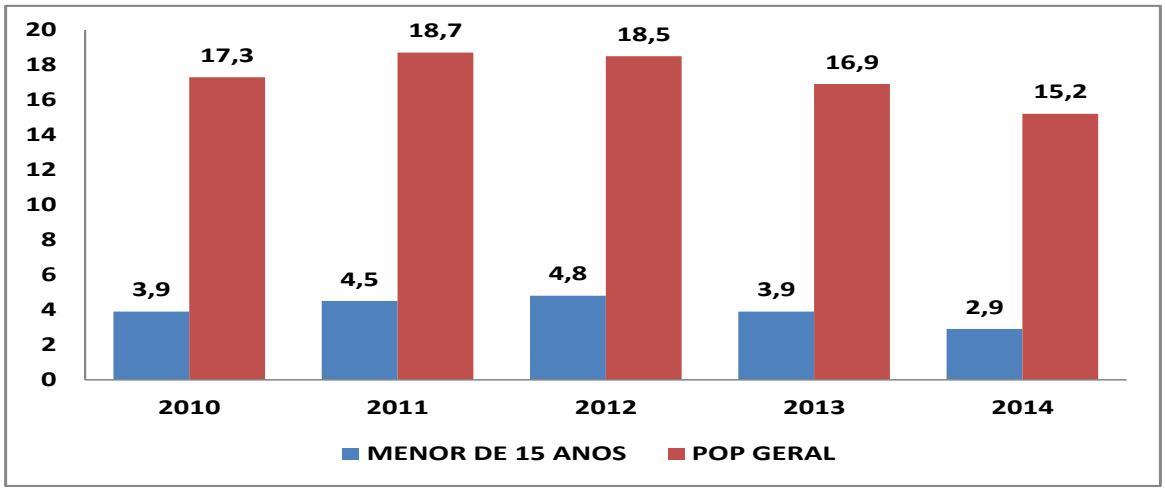
HANSENÍASE

Na Paraíba, como no Brasil, a hanseníase vem apresentando uma tendência decrescente nos coeficientes de detecção, porém ainda com patamares elevados que nos coloca como Estado de Alta Endemicidade.

Em 2014 o coeficiente de detecção foi de 15,2 por 100 mil habitantes, que corresponde a 588 casos. Na população menor de 15 anos houve registro de 27 casos novos, sendo um coeficiente de detecção de 2,9 por 100 mil habitantes.

A proporção de contatos examinados entre os contatos registrados foi de 76%, considerado bom. Quanto ao Grau 2 de Incapacidade Física no momento do diagnóstico obtivemos 7,3%, considerado médio e se traduz pelo atraso no diagnóstico da doença.

Gráfico 09. Coeficiente de Detecção Geral e em Menores de 15 anos, Paraíba 2010 a 2014.



Fonte: SINAN/HANSEN/GEVS/SES/PB

Em relação aos Indicadores de Cura e Abandono a Paraíba tem alcançado as metas pactuadas pelo Ministério da Saúde, sabendo-se que a meta pactuada para cura é 90% e o abandono em patamares abaixo de 5%.Conforme evidenciado na tabela a seguir:

Tabela 08. Percentual de Cura e Abandono de Hanseníase, Paraíba 2010 a 2014.

ANO	%CURA	%ABANDONO
2010	80,2	6,4
2011	79,9	6,3
2012	76,1	4,9
2013	82,3	4
2014	77,9	2,4

Fonte: Sinan/Hansen/GEVS/SES/PB

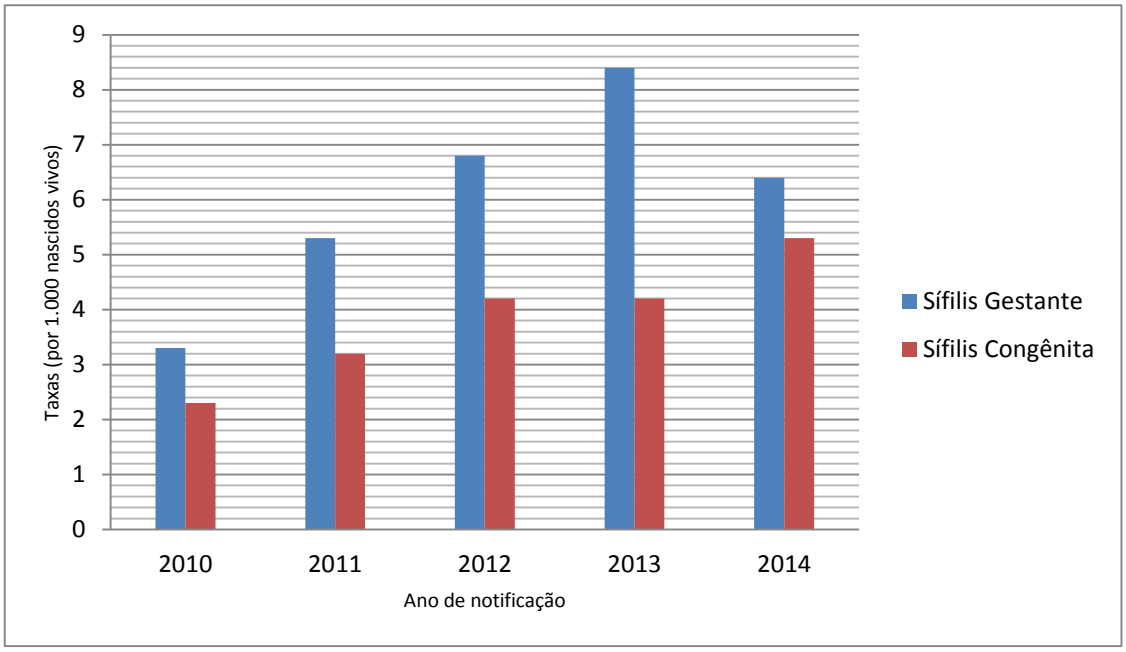
SÍFILIS

Na Paraíba, o número de notificações de casos de sífilis congênita e sífilis em gestante vêm aumentando ao longo dos anos. Somente entre os anos de 2010 a 2014 foram notificados 1.113 casos de sífilis congênita e 1.741 casos de sífilis em gestante.

O aumento gradual na notificação de casos nos últimos anos deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes e acompanhamento dos casos e o aumento dos casos de sífilis congênita pode representar os esforços da Vigilância em Saúde do Estado na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita.

A taxa de detecção de sífilis em gestante se mantém superior a taxa de incidência de sífilis congênita, no ano de 2014 a taxa de detecção de sífilis em gestante foi de 6,4 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 5,3.

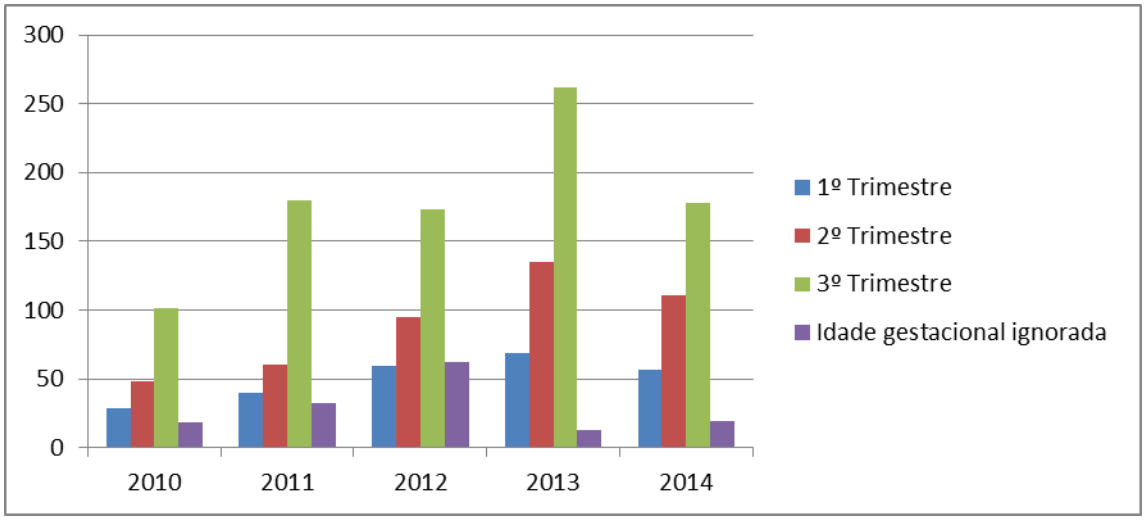
Gráfico 10 - Taxas de detecção de sífilis em gestante e número de casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, por ano de notificação.



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

Apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente. Em 2014, um total de 15,6% dos casos do SINAN foi notificado no primeiro trimestre de gestação, com 30,4% no segundo trimestre e 48,8% no terceiro. Esses valores são semelhantes aos encontrados nos anos anteriores (Gráfico 11).

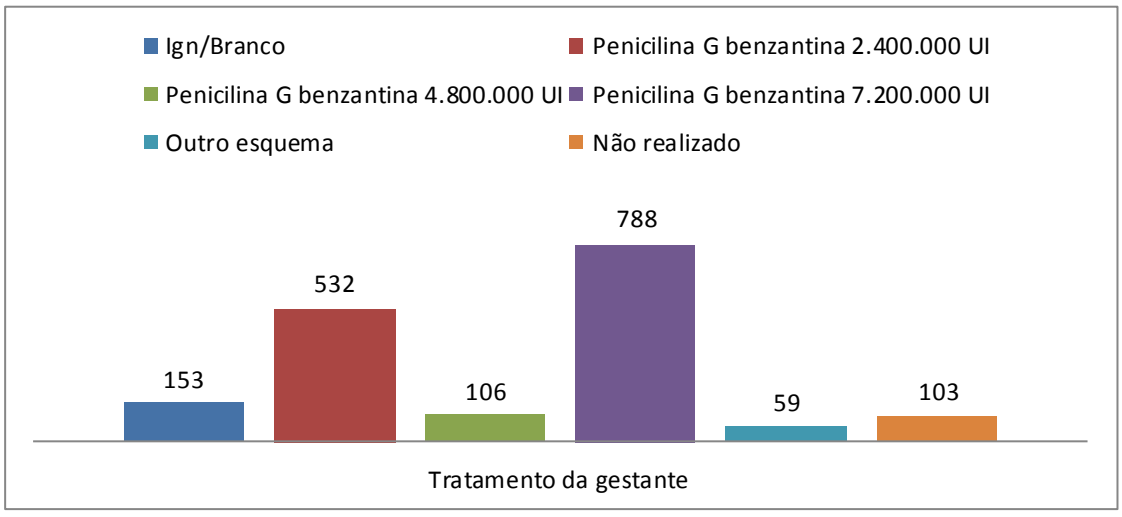
Gráfico 11. Idade gestacional ao diagnóstico da sífilis por ano.



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

A penicilina G Benzatina, administrada via parenteral, é a única terapia com eficácia documentada no tratamento de gestantes com sífilis e na prevenção da transmissão vertical da doença para o bebê, apresentando 98% de taxa de sucesso nessa prevenção. Na Paraíba, nos últimos cinco anos 81,9% das gestantes foram tratadas com Penicilina G Benzatina. É importante destacar que 5,9% das gestantes não foram tratadas. Essa situação evidencia falhas na qualidade do atendimento pré-natal e propicia a ocorrência de sífilis congênita. Gestantes tratadas com outro esquema foram 3,4% e informações em branco ou ignoradas representaram 8,8% (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Esquema de tratamento da gestante com sífilis.

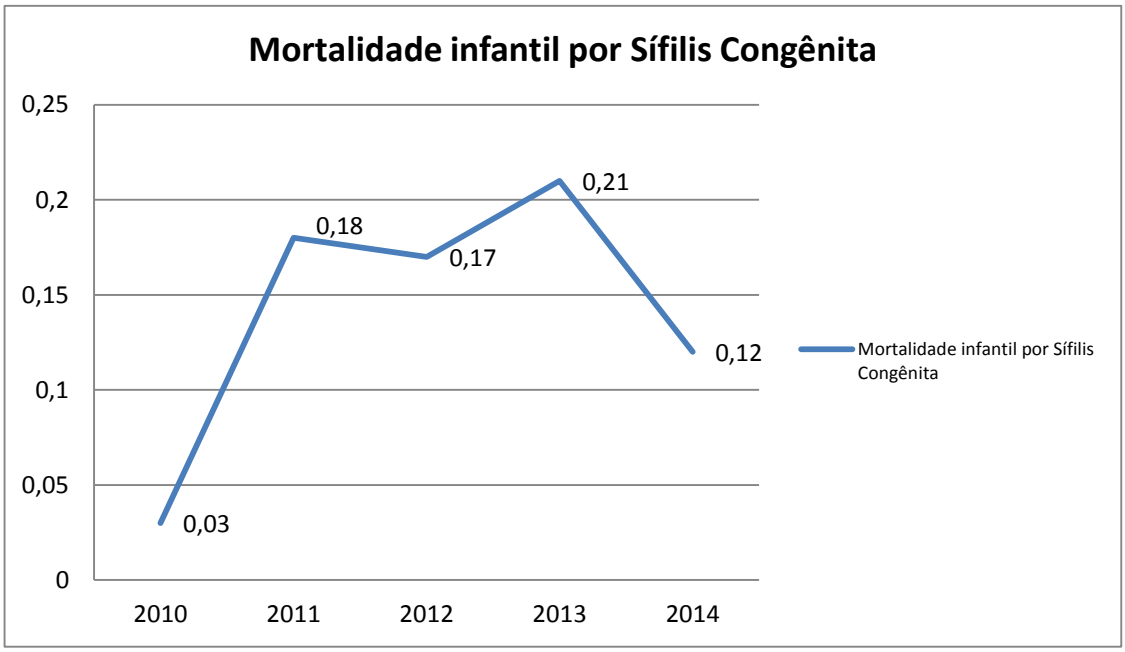


Fonte: SES-PB/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Quanto a mortalidade infantil por sífilis congênita, no período de 2010 a 2014, o número de óbitos declarados no SIM foi de 44. Em 2014 foi declarado no SIM um total

de sete óbitos por sífilis em crianças menores de um ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 0,12 por 1.000 nascidos vivos. Nos últimos cinco anos, na Paraíba, a taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 0,03 por 1.000 nascidos vivos em 2010 para 0,12 em 2014. No Gráfico 13, observa-se a serie histórica para a Paraíba.

Gráfico 13 - Taxa de mortalidade por sífilis congênita na Paraíba.



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

HIV/AIDS

Na Paraíba, a epidemia pelo vírus HIV teve seus primeiros casos registrados no ano de 1985, desde então, as notificações eram feitas apenas nos casos de AIDS. A partir da Portaria 1.271 de 6 de Junho de 2014, ficou definido que a infecção pelo HIV também passa a ser de notificação compulsória.

De acordo com os registros do SINAN Net, na Paraíba foram notificados no mesmo período 2.321 casos de AIDS em adulto e 72 em crianças. Estes casos apresentam o maior número de ocorrência em adultos, seguido de jovens e crianças. Esse fato deve-se a faixa etária de maior atividade sexual desprotegida, sendo também os grupos de maiores exposições.

Dos 72 casos que ocorreram em crianças, 69 foram por transmissão vertical e 03 ignorados. Os 240 casos que ocorreram em jovens (15 a 24 anos) estão distribuídos

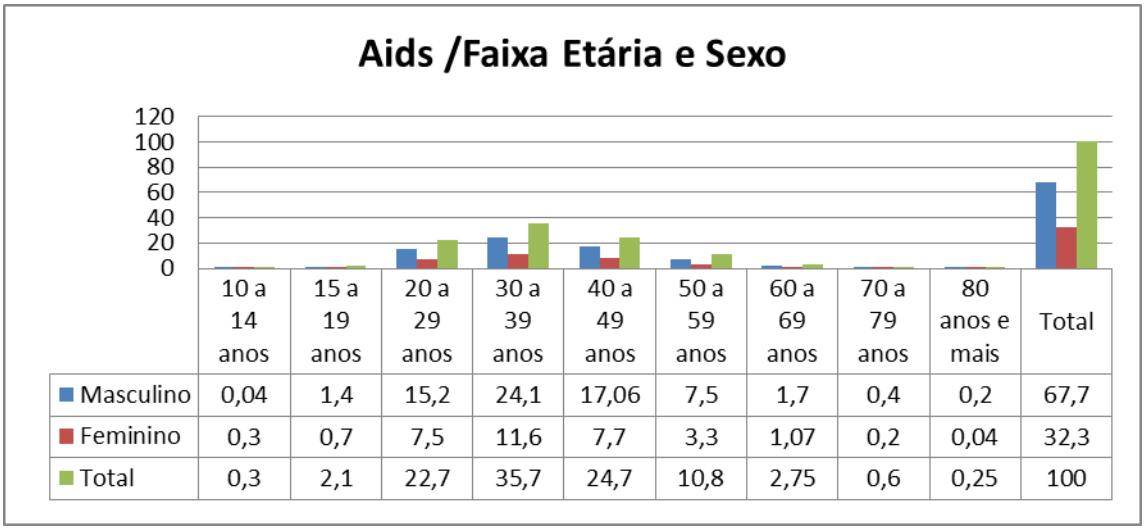
segundo a categoria de exposição da seguinte forma: 115 em Heterossexuais, com 53,0% no sexo feminino; 40 em Homossexuais; 11 em Bissexuais, 03 em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), 10 por Transmissão vertical e 61 foram ignorados.

Dos 2.081 casos que ocorreram em adultos, 1.092 foram em Heterossexuais dos quais 43,9% estão no sexo feminino. Evidenciamos que a categoria responsável pela elevação dos casos tanto em jovens quanto em adultos é a heterossexual.

Observa-se, portanto que temos uma maior prevalência dos casos em adultos do sexo masculino, o que se inverte na população jovem que tem apresentado um maior numero de casos do sexo feminino.

O gráfico abaixo representa os últimos 05 anos tendo a prevalência na faixa etária dos **30 a 39 anos** de idade, sendo 560 (24,1%) casos no sexo masculino e 269 (11,6%) no sexo feminino.

Gráfico 14: Distribuição de casos notificados Aids/faixa etária e sexo maiores de 13 anos, Paraíba, 2010 a 2014.



	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Masculino	0,04	1,4	15,2	24,1	17,06	7,5	1,7	0,4	0,2	67,7
Feminino	0,3	0,7	7,5	11,6	7,7	3,3	1,07	0,2	0,04	32,3
Total	0,3	2,1	22,7	35,7	24,7	10,8	2,75	0,6	0,25	100

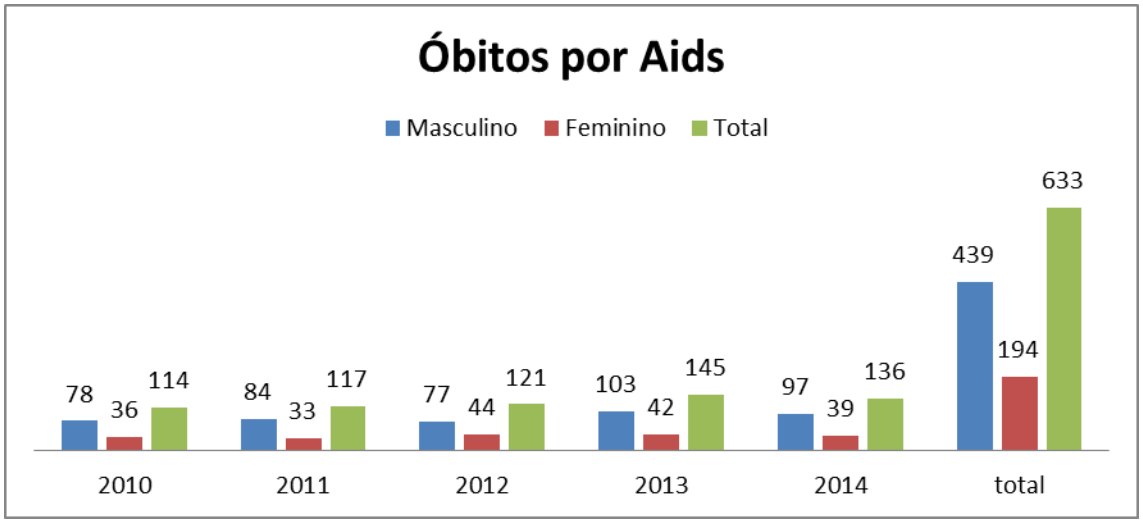
Fonte: SES-PB/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

No período de 2010 a 2014, foram notificados 633 óbitos de pessoas residentes na Paraíba, tendo como causa básica a AIDS (CID10 3D:B20 a B24), sendo a maioria no sexo masculino com 439 (69,4%) e no feminino com 194 (30,6%).

A taxa de mortalidade no ano de 2010 foi de 3,0% e em 2011 foi de 3,1% para 100.000 habitantes, no ano de 2012 teve 3,2% e em 2013 observou um aumento em

relação aos anos anteriores, com uma taxa de 3,7%. E no ano de 2014 houve um declínio comparando com o ano de 2013, com 3,4 % de óbitos por Aids.

Gráfico 15: Casos notificados de Aids/mortalidade na Paraíba, 2010 a 2014.



Fonte: SES PB/ Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

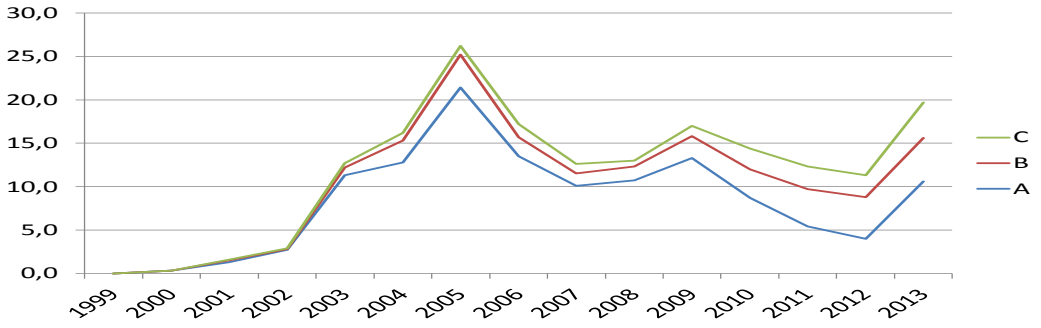
Desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, para o monitoramento de sua progressão, houve uma melhora significativa nas taxas de morbidade e mortalidade nas pessoas que vivem com HIV e AIDS.

A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida, onde constitui grandes desafios, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão.

HEPATITES VIRAIS

As Hepatites Virais têm-se constituído em um problema de Saúde Pública, especialmente os dos tipos B e C, pela sua magnitude e tendência á cronificação. Na série histórica de 1999 a 2013, foram detectados 6.062 casos, sendo 4.620 casos de Hepatite Viral A, 1.214 casos de Hepatite Viral B e 228 casos de Hepatite Viral C (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Tendência dos coeficientes de detecção de Hepatites Virais A, B e C, PB, 1999 a 2013



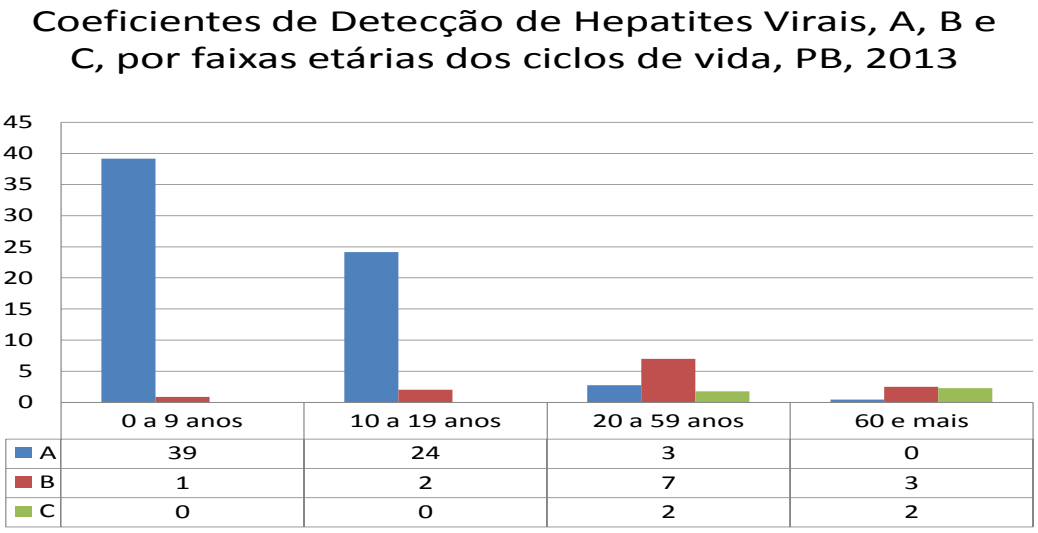
FONTE DE DADOS: Casos de hepatites virais: Sinan/SVS/MS

NOTA: (1) Casos notificados no Sinan até 31 de dezembro de 2013

A tendência dos coeficientes (por 100.000 habitantes) da Hepatite A da série histórica apresentada (Gráfico 16) foi de crescimento até 2005 (21,4) com decréscimo em 2012 (4,0). No entanto, na análise de uma série histórica mais longa, verifica-se que a Hepatite A apresenta um leve decréscimo em 2007 (10,1); crescimento em 2009 (13,3); e após a redução significativa de 2012 (4,0), crescimento acentuado em 2013 (10,6) correspondendo a uma elevação de 250%. Os coeficientes das Hepatites Virais B e C no período analisado evidenciam a mesma tendência da Hepatite A. A Paraíba ocupou em 2013 a primeira posição (maior Taxa) no Nordeste em relação ao coeficiente da Hepatite A, a segunda maior taxa em relação a Hepatite B, e a terceira maior com relação ao coeficiente de casos da Hepatite C.

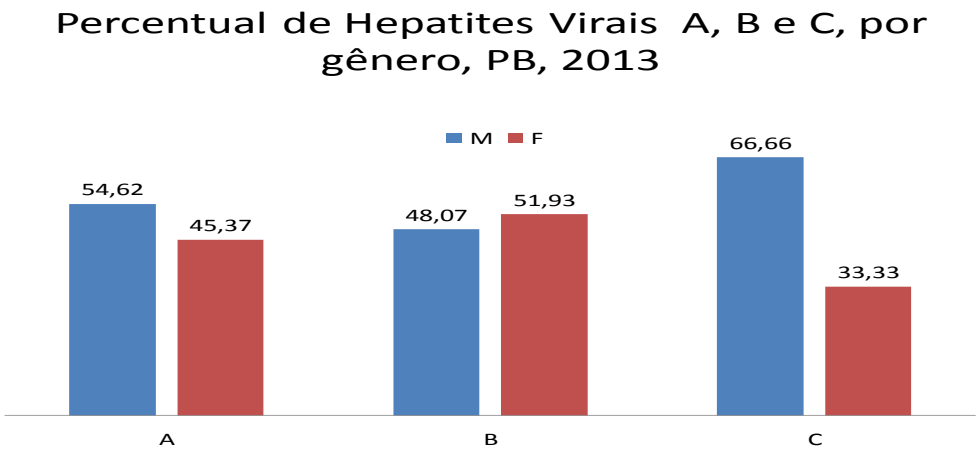
No mesmo ano, de acordo com o esperado para a Hepatite Viral A, a concentração de casos ocorre nos ciclos de vida da criança e do adolescente. Para as Hepatites Virais B e C a ocorrência é maior nos adultos e idosos (Figura 2). Em 2013, a distribuição por gênero das Hepatites Virais A, B e C apresenta um percentual de 14% superior dos homens em relação às mulheres (Gráfico 18).

Gráfico 17 - Coeficientes de Detecção de Hepatites Virais, A, B e C, por faixas etárias dos ciclos de vida, PB, 2013.



FONTE DE DADOS: Casos de hepatites virais: SinanNet/Pb
NOTA: (2) Casos notificados no Sinan até 10 de Agosto de 2015

Gráfico 18 - Percentual de Hepatites Virais A, B e C, por gênero, PB, 2013



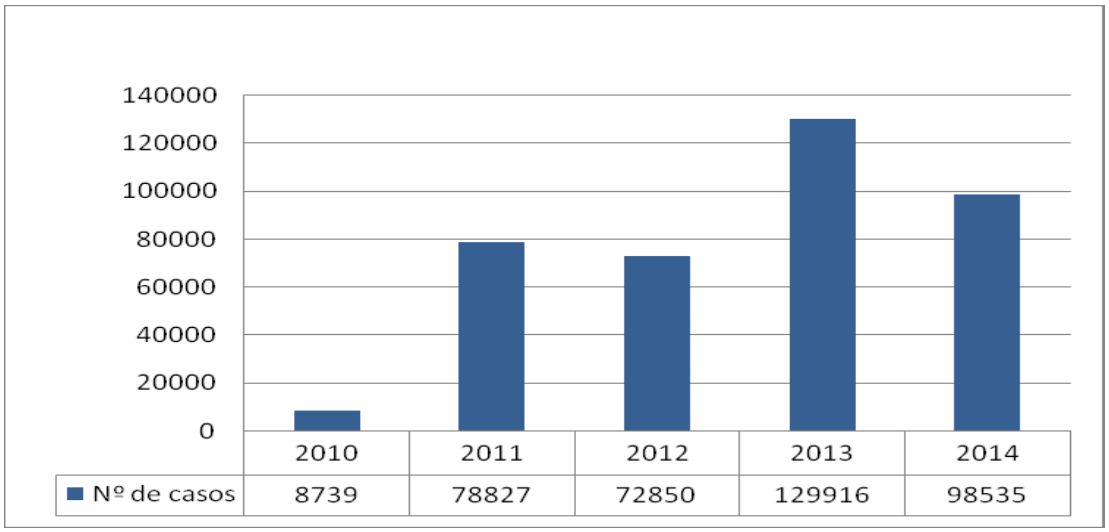
Fonte: Casos de hepatites virais: SINANNET/PB
Nota: (4) Casos notificados no Sinan até 10 de Agosto de 2015

2.3.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERFACE COM A VIGILÂNCIA AMBIENTAL

DOENÇA DIARREICA AGUDA

Em todo o mundo as doenças diarréicas são consideradas a segunda causa de morte em crianças menores de 5 anos, além disso estima-se que 36% dos casos são causados por Rotavírus (Linhares, 2010). No período de 2010 a 2014 ocorreram 388.867 casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA). O ano de 2013 foi marcado por vários episódios de surto de DDA em todo o estado da Paraíba com 129.916 casos por todo o ano, mantendo o número de casos elevados até a SE 14 de 2014, porém apresentou posteriormente uma diminuição de 24% dos casos quando comparado ao ano anterior, sua incidência neste ano foi de 2.498 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 19: Casos de Doenças Diarreicas Agudas – Paraíba, 2010 a 2014



Fonte: SIVEP-DDA/SES-PB

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 ultimo presente em 89 municípios do estado (Figura XX).* Na Paraíba no período de 2010 a 2014, registrou-se 62.723 casos notificados de dengue. Dentre esses anos

destaca-se 2013 como ano epidêmico, com 18.483 casos notificados e o ano 2014 com 7.551 casos notificados apresentando-se como um ano atípicos, quando comparado com o ano anterior. O que acontece também ao analisar o coeficiente de incidência, conforme evidenciado na tabela abaixo:

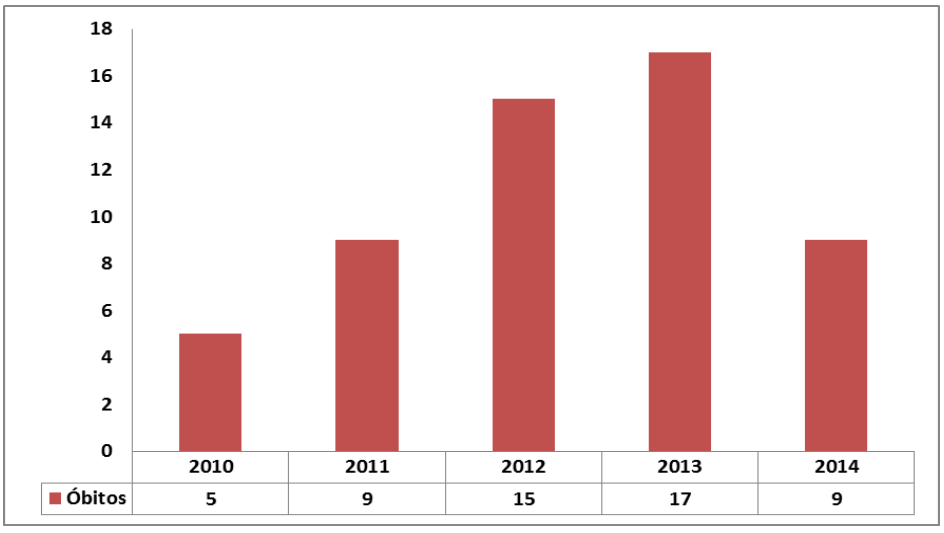
Tabela 09: Casos notificados e coeficiente de incidência por dengue, Paraíba 2010 a 2014.

Ano de Início de Sintomas	Casos Notificados	Coeficiente de Incidência
2010	8.840	170,99
2011	16.303	317,17
2012	11.549	223,68
2013	18.488	348,94
2014	7.551	142,19
Total	62.723	******

Fonte: Sinan Online/NDTA/SESPB.

Referente aos óbitos por dengue observou no gráfico abaixo que os anos de 2012 e 2013 registraram o maior número, enquanto que o ano de 2014 apresentou redução de 52% quando comparado com o ano de 2013.

Gráfico 20: Óbitos por dengue, Paraíba 2010 a 2014.



Fonte: Sinan Online/NDTA/SESPB

CHIKUNGUNYA

Doença produzida pelo vírus chikungunya (CHIKV), transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, que cursa com enfermidade febril aguda, subaguda ou crônica. A enfermidade aguda se caracteriza, principalmente, por início súbito de febre alta, cefaleia, mialgias e dor articular intensa, afetando todos os grupos etários e ambos os sexos. Em uma pequena porcentagem dos casos a artralgia se torna crônica, podendo persistir por anos. As formas graves e atípicas são raras, mas quando ocorrem podem, excepcionalmente, evoluir para óbito. 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. 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.

No Brasil em 2014 foram notificados 3.195 casos autóctones suspeitos de febre de chikungunya. Destes, 294 foram descartados, 2.196 foram confirmados, sendo 140 por critério laboratorial e 2.056 confirmados por critério clínico-epidemiológico; 705 continuam em investigação. Foram ainda registrados 93 casos importados confirmados por laboratório. Esses casos foram identificados nas seguintes UFs: Amazonas, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima e São Paulo.

Na Paraíba, no mesmo período foram notificados 08 casos suspeitos de Chikungunya, e todos descartados.

ZIKA

O Zika vírus (ZIKAV) é um RNA vírus, do gênero Flavivírus, família Flaviviridae, transmitido pelo Aedes aegypti. Segundo o MS considera definição de caso suspeito os pacientes que apresentem exantema máculopapular 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 foram identificados os primeiros casos no Estado de Bahia, seguido do Rio Grande do Norte, na Paraíba, após a realização de inquérito ocorrido nos meses de abril e maio de 2015 da Síndrome Exantemática de Etiologia Desconhecida. Deste estudo foram enviadas 20 amostras para análise no Instituto Evandro Chagas-Pará.

Destas 11 foram confirmados para o Zika vírus o que reafirma a circulação da doença no Estado da Paraíba, 4 foram não detectáveis e 5 insatisfatórias para análise. Sobre a descrição dos casos confirmados destaca-se que (45,5%) foram do Sexo Masculino e 54,5% Feminino; e com seguinte histórico de Sintomas: 100 % sem febre, 100% com artralgia, 90,9% com prurido (10 casos), 90,9% mialgia (10 casos), 81,8% (9 casos) fraqueza, 63,6% edema articular (7 casos), 63,6% cefaleia (7 casos), 54,5% (6 casos) dor retro orbital, 36,4% (4 casos) diarreia, 27,3 % (3 casos) dor de garganta, 27,3 % (3 casos) linfadenopatia, 27,3% (3 casos) náusea, 18,2% (2 casos) tosse, 9,1% (1 caso) vômitos, 9,1% (1 caso) coriza e 9,1% (1 caso) hiperemia ocular.

Segundo o Ministério da Saúde até a SE 45/2015, 18 Unidades da Federação confirmaram laboratorialmente autoctonia da doença. (BRASIL, Ministério da Saúde; BE Nº 36/2015 Volume 46).

Para monitoramento da circulação viral a Secretaria de Estado da Saúde implantou três unidades sentinelas do Zika vírus, nos municípios de Bayeux, Campina Grande e Cajazeiras, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Em razão das características da doença, a adoção de estratégia de registro da totalidade dos casos não tem importância epidemiológica, visto que as medidas de controle prescindem da caracterização dos casos individuais. Nesse sentido, o processo de decisão-ação não necessita dispor da informação da totalidade dos casos (notificação universal), para que as atividades de intervenção sejam desencadeadas.

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 Nordeste. O Instituto Evandro Chagas, órgão do ministério em Belém (PA), encaminhou o resultado de exames realizados em um bebê, nascida no Ceará, com microcefalia e outras malformações congênitas. Em amostras de sangue e tecidos, foi identificada a presença do vírus Zika. Tendo em vista a situação, o Ministro da Saúde decretou em 11 de novembro de 2015, Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

MICROCEFALIA

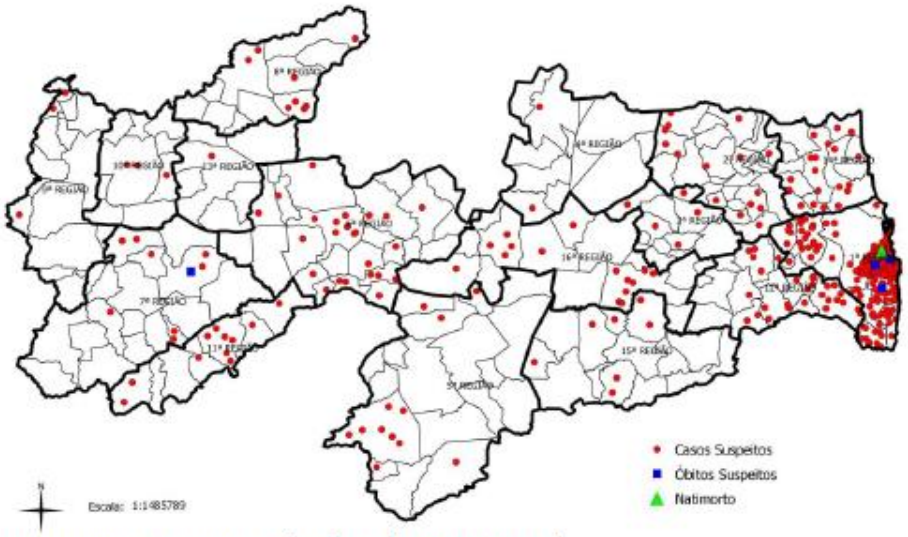
A microcefalia tem etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais, algumas das causas mais comuns estão: Infecções, Sífilis,

Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes simples, HIV, traumas, outros vírus e etc. A identificação da microcefalia se dá principalmente pela medição do Perímetro Cefálico (PC), procedimento comum no acompanhamento clínico do recém-nascido, visando à identificação de doenças neurológicas. (Protocolo para investigação e acompanhamento dos casos de microcefalia no estado da Paraíba , 2015).

Independente da causa, já é uma condição confirmada. No entanto, em se tratando da vigilância de microcefalias relacionadas ao vírus Zika, todos os casos que, após revisão da aferição das medidas, dos exames ou do critério de enquadramento, não estejam contemplados nas definições estabelecidas para relação com infecção pelo vírus Zika, serão descartados, de acordo com o "Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika", da SVS/MS. Ressalte-se, ainda, que o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) é o sistema de informação oficial para registro de todas as anomalias congênitas identificadas no pós-parto. Por conseguinte, todos os casos diagnosticados de microcefalia, relacionados ou não à infecção pelo vírus Zika, deverão ser notificados oficialmente neste sistema, que tem o objetivo de fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos.

Na Paraíba até o dia 26 de dezembro de 2015, foram notificados à Secretaria de Estado da Saúde (SES) 476 casos suspeitos de microcefalia relacionados ao vírus Zika, identificados em 96 municípios (figura 01). Destes, 21 foram confirmados – dois por diagnóstico laboratorial conclusivo para o vírus Zika e os demais por diagnóstico de imagem, 30 casos foram descartados e 425 continuam em investigação pelas Secretarias Municipais de Saúde com apoio da SES e do Ministério da Saúde. Neste período, cinco (5) casos suspeitos evoluíram para óbito - infantil (4) e fetal (1) -, cujas mães são residentes dos municípios de Piancó (01), Conde (1) e João Pessoa (3). Após a conclusão da investigação, um (1) óbito infantil foi descartado - os achados não eram compatíveis com malformação congênita de origem infecciosa. Os demais estão em investigação (Boletim Epidemiológico dos casos suspeitos de microcefalia nº 06/2015).

Figura 01 - Distribuição Espacial dos municípios com casos e óbitos suspeitos de microcefalia relacionados à infecção pelo vírus Zika. Paraíba, 2015.



Fonte: Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP-Microcefalias)
Nota: Dados preliminares, sujeitos a correção. Gerados em 19/12/2015.

DOENÇA DE CHAGAS

Na Paraíba, em áreas endêmicas para Doença de Chagas tem ocorrido a redução de transmissão, devido à 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. Em 2011, 46 municípios estavam sob Vigilância para o agravo (baixo risco de infecção) e 152 sob vigilância e controle (médio e alto risco), compreendendo alguns municípios que fazem parte da 3ª a 11ª Região de Saúde.

RAIVA

Na Paraíba o último caso registrado de Raiva Humana data de 1999 e de Raiva Canina em 2010. No período de 2010 a 2014, foram enviadas 546 amostras de monitoramento da raiva em animais, sendo identificado apenas 01 caso positivo em cães no ano de 2010. Neste mesmo período (2010 a 2014) foram registrados 28 casos em

bovinos, 02 em raposa, 01 em morcego e 02 em equino. No período de 2010 a 2014 registramos o atendimento antirrábico humano em 33.642 pessoas, sendo 5.456 em 2010, 5.011 em 2011, 7.284 em 2012, 7.896 em 2013 e 7.905 em 2014. A profilaxia da Raiva Animal tem sido feita através da vacinação tanto nas campanhas como na rotina, de bloqueios focais quando da detecção de focos, além do monitoramento dos animais suspeitos. Na última Campanha Nacional de Vacinação contra a Raiva Animal realizada em outubro de 2014 foram vacinados 606.758 animais, sendo 467.128 cães e 139.630 gatos, alcançando uma cobertura vacinal canina de 90,07%, superando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é de 80,0%.

LEISHMANIOSE VISCERAL E TEGUMENTAR

As estratégias de controle da Leishmaniose Visceral são geralmente centradas e dirigidas para o controle do reservatório canino, bem como o controle do agente transmissor, diagnóstico e tratamento dos casos humanos. Em virtude da alta taxa de cães soro reagente verificado nas amostras de sangue canino em inquéritos realizados, ficou evidenciada a necessidade de se desenvolver ações mais eficazes e imediatas no controle das leishmanioses no Estado da Paraíba, a exemplo da implantação em todo Estado do Teste Rápido para diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina que consideramos um grande avanço para o controle da doença.

A área endêmica da doença encontra-se delimitada, abrangendo cerca de 70% dos municípios do Estado. Na maioria dos municípios, a transmissão ocorre de forma esporádica. Em cerca de 15% destes a magnitude da transmissão é moderada ou intensa, sendo estes responsáveis pelo registro de 60% dos casos humanos. Os principais focos de L.V estão situados nas regiões do Sertão, do Litoral, da Zona da Mata e do Agreste. Nesta última região o surgimento da transmissão do agravo foi observado a partir de meados da década de 90. Nos últimos cinco anos, a transmissão da LV vem crescendo na zona urbana de algumas cidades da 9ª GRS (Cajazeiras), 10ª GRS (Sousa) e 8ª GRS (Catolé do Rocha), além do município de João Pessoa. Recentemente também vem sendo detectado caso esporádico da enfermidade na região do Cariri.

No tocante a Leishmania Tegumentar-LTA, ocorre transmissão autóctone em 113 municípios paraibanos. A doença é encontrada na forma cutânea, ocorrendo com maior frequência em maiores de 10 anos, sendo mais prevalente para o gênero masculino. A ocorrência da LTA envolve todas as seis regiões fisiográficas do estado,

no entanto, as regiões com maior concentração de casos são as sub-regiões: zona do Agreste e Caatinga Litorânea, Zona do Brejo, Zona da Borborema.

Nos anos de 2010 a 2014 foram notificados 255 casos, ocorridos em 22 (2010), 10 (2011), 10 (2012), 15 (2013) e 14 (2014) municípios respectivamente, sendo em 2014 a notificação de 35 casos suspeitos, destes 33 foram confirmados, 18 ocorreram na zona rural e 14 na zona urbana. Em relação à estratificação epidemiológica da LTA no Estado ainda neste ano, tivemos 184 municípios sem registro de transmissão; 19 municípios com baixo risco de transmissão; 12 municípios com médio risco de transmissão; sete municípios com alto risco de transmissão (Cuitegí, Pilões, Piloesinhos, Alagoa Grande, Alagoa Nova, Areia, Poço Dantas) e um município com muito alto risco de transmissão (Matinhas). Casos esporádicos de LTA têm sido registrados a cada ano em regiões consideradas como não endêmicas a exemplo de Vieiropolis e Uiraúna situados na 4ª macrorregião, que após pesquisa entomológica do NEPO, foram encontradas espécies de flebotomíneos incriminadas na transmissão de *Leishmanias*, consideradas agentes etiológicos da LTA.

LEPTOSPIROSE

A leptospirose, doença de veiculação hídrica, 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 2010 a 2014, foram notificados no Estado 323 casos de leptospirose, sendo 88 destes confirmados. Nesses 05 anos, foram registrados 18 óbitos pelo agravo, distribuídos nos municípios de João Pessoa (12), Campina Grande (03), Guarabira (01), Cruz do Espírito Santo (01) e Bayeux (01).

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

Os acidentes ofídicos têm uma grande importância de saúde pública em virtude de sua grande freqüência, sazonalidade e gravidade em alguns casos. Os acidentes ocorridos na Paraíba têm-se mostrado dentro da normalidade e, apesar da Paraíba está localizada na região semiárida, temos uma boa distribuição de insumos com 32 serviços

de saúde de referência para estes acidentes. Como acontece normalmente, tivemos um índice maior de acidentes botrópicos com 81,2%, seguidos dos acidentes crotálicos com 13,4% e os elapídicos com 5,3% dos acidentes.

PESTE

O programa de Controle da Peste desenvolve, rotineiramente, ações de Vigilância Epidemiológica em 45 municípios, que fazem parte do foco natural da peste da Chapada da Borborema, realizando também, eventuais intervenções de ataque de acordo com os índices de alarme sugestivos da possibilidade de ocorrência da peste, tanto em animais como em humanos. O estado da Paraíba é abrangido pelo foco do Agreste, que atravessa os estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo um dos focos mais importantes do Brasil. Conta também, com 02 municípios e 36 localidades situados no foco da Serra do Triunfo. As Gerências Regionais de Saúde na vigilância da Peste, dentro do foco da Chapada da Borborema e da Serra do Triunfo são: 2ª, 3ª, 4ª, 11ª e 12ª. No Estado existem dois laboratórios de apoio funcionando em imóveis cedidos nos municípios de Esperança e Umbuzeiro.

ESQUISTOSSOMOSE/ GEO-HELMINTÍASES

Doença parasitária de veiculação hídrica, causada pelo Schistossoma mansoni de ocorrência tropical em pessoas que vivem em condições precárias de vida e trabalho. A Paraíba apresenta 67 municípios endêmicos na área que compreende o litoral, agreste e brejo, onde aproximadamente 15% destes possuem localidades com prevalência acima de 5% aferidos em inquéritos trabalhados anualmente através de exames coprologico, e mais 4 municípios focais(Condado, Marizópolis, Sousa e Sumé), para a esquistossomose.

As Geo-helmintíases estão presentes em todas as regiões do Estado ocorrendo principalmente nas áreas rurais e periferias de centros urbanos, estima-se que a prevalência varia entre 2 a 36% nos municípios de baixo IDH, sendo 70% desses casos em escolares.

TRACOMA

O tracoma, doença transmitida pela bactéria Chlamydia Trachomatis, tem sintomas parecidos com a conjuntivite. É muito contagiosa, com fácil poder de transmissão através de ambientes coletivos. Para que seja possível pensar na erradicação mundial do tracoma, faz-se necessária a implantação de programas de saneamento básico em áreas menos favorecidas. Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de detecção de tracoma em escolares no Estado da Paraíba foi de 83,5%. O tracoma não foi erradicado e deve permanecer no diagnóstico diferencial de conjuntivite folicular crônica em crianças e adolescentes. Dos 223 municípios do estado Bananeiras e Riachão são endêmicos, sendo registrado um caso em Bananeiras em 2014.

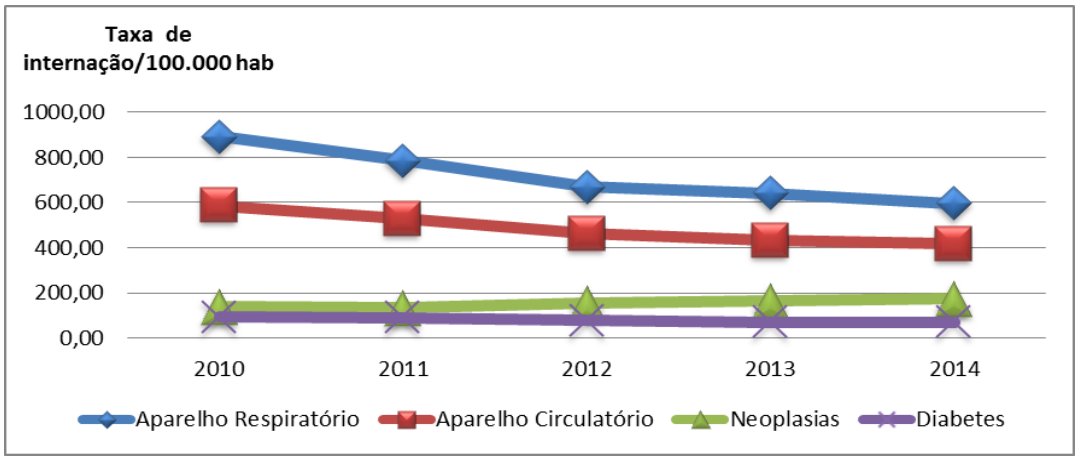
2.3.3 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT

As DCNT tendem a afetar mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco e por terem menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza (WHO, 2011). Existe forte evidência que correlaciona os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco (WHO, 2008). No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados, como a população indígena e a população negra, quilombola, têm tido participação desproporcional nesse aumento verificado na carga de doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

Em relação às DCNT a Organização Mundial da Saúde estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde (WHO, 2010). Na Paraíba segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS observa-se um cenário onde as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de internações, gerando maior custo no Sistema de Saúde do Estado. Em 2010 foram observado 890 internações a cada 100 mil habitantes, demonstrando uma queda significativa nos anos subsequentes, finalizando o ano de 2014 com 595 internações por 100 mil habitantes. Nos últimos anos (2010 - 2014) tem ocorrido uma queda na taxa de internação hospitalar por doenças do

Aparelho Circulatório, em relação às neoplasias observa-se um aumento no Estado, passando de 138/100 mil habitantes em 2010 para 174/100 mil habitantes em 2014. Em diabetes foi constatado uma média anual de 80 internações por 100 mil habitantes, no período analisado (Gráfico 21).

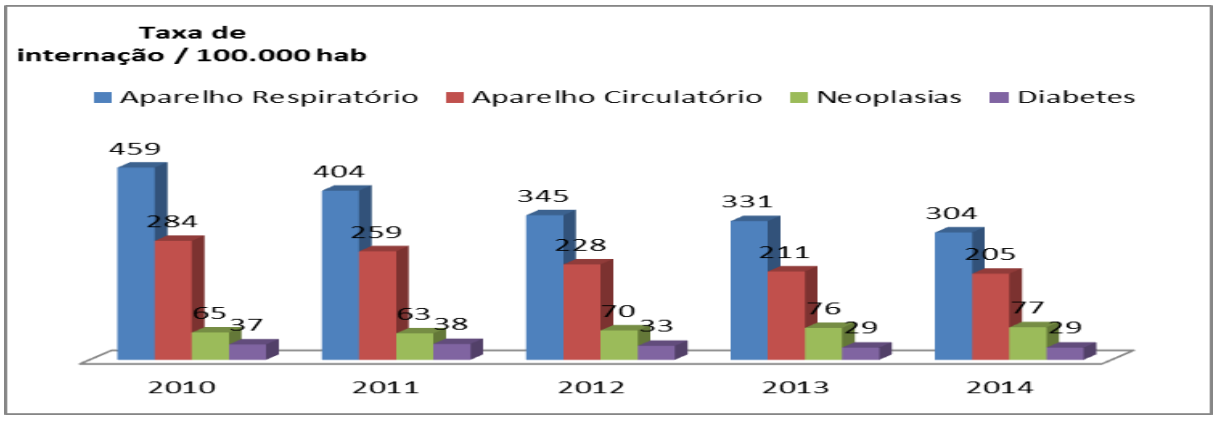
Gráfico 21 – Taxa de Internação hospitalar por Doenças Crônicas selecionadas, Paraíba, 2010-2014.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde.

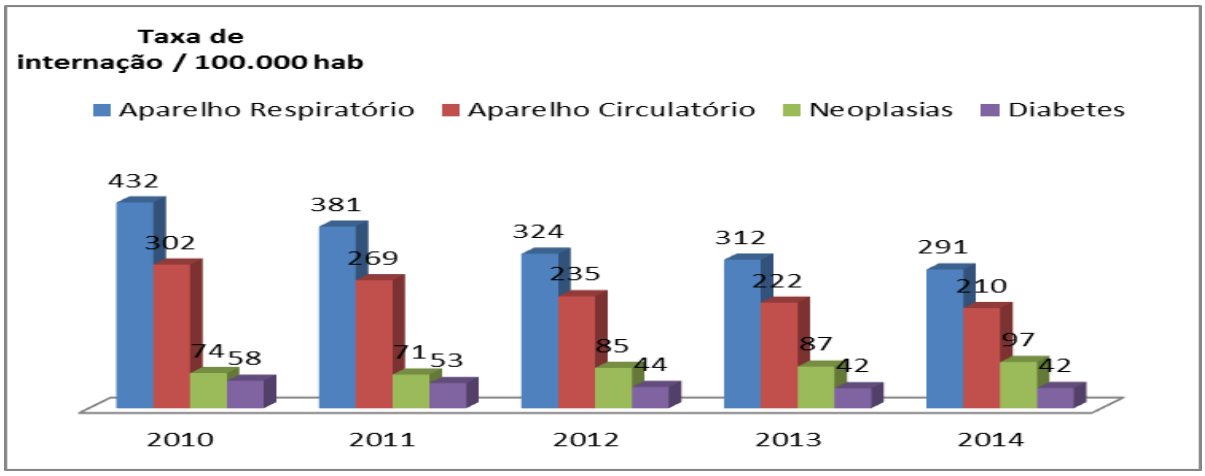
Os gráficos 22 e 23 demonstram um panorama geral de internações hospitalares por sexo, onde se pode observar uma diferença pequena na taxa de internação do sexo feminino para o masculino, exceto no caso das doenças do aparelho circulatório onde se registra uma quantidade maior de internações no sexo masculino.

Gráfico 22 – Taxa de Internação hospitalar por Doenças Crônicas selecionadas, sexo masculino, Paraíba, 2010-2014.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde.

Gráfico 23 – Taxa de Internação hospitalar por Doenças Crônicas selecionadas, sexo feminino, Paraíba, 2010-2014.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Ministério da Saúde.

No que se refere à violência, pela sua magnitude e transcendência representa um problema social e de saúde pública que ao longo das décadas vem aumentando sua morbimortalidade em todo país. A partir do trabalho de sensibilização de profissionais de saúde e áreas afins para a notificação de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificou-se aumento gradual no número de registros. Em 2010, 789 casos foram notificados no SINAN, no ano de 2011 foram 1.449 notificações, 2012 com 4.131**,** já 2013 registrou 5.312 e em 2014, foram 2.512 casos de violência.

Entretanto, sabe-se que esses números ainda revelam uma grande subnotificação de casos no Estado e, além disso, a qualidade das informações disponíveis ainda não é a desejada, tendo em vista que os profissionais que trabalham com a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada estão sendo qualificados para uma melhor qualidade das informações colhidas.

No período de 2010 a 2014, ocorreram 14.193 notificações no SINAN-PB. Da sua totalidade, 35,7% corresponde a faixa etária de 20 a 39 anos. O local de ocorrência que mais se destaca é a residência com 48,3%, seguido da via pública com 26,7%. No que se refere ao sexo, o maior percentual foi o sexo feminino com 51,4%. Dentre os tipos de violência no sexo feminino, o mais incidente foi à violência física com 56,3%, seguido da violência psicológica/moral 34,9%.

2.3.4 DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Os acidentes e doenças do trabalho são agravos que repercutem na morbimortalidade da população trabalhadora brasileira, constituindo-se em importante problema de saúde pública. 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 de2014 onde em seu anexo, define que os agravos à saúde do trabalhador como: Acidente de trabalho fatal; Acidente de trabalho com mutilações e Acidente de trabalho em crianças e adolescentes são de notificação compulsória imediata e 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 acidente 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 7 (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.

O quadro 1, mostra a situação dos agravos relacionados a saúde do trabalhador de notificação compulsória registrados no SINAN no período de 2007 a 2014 na Paraíba. Apesar de observarmos o crescimento dos acidentes de trabalho grave, acidentes com material biológico e doenças ocupacionais, a exemplo da LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), ao longo dos anos, ainda assim há a subnotificação desses dados. Quando analisamos outras doenças como: câncer relacionado ao trabalho, dermatoses ocupacionais, Perda Auditiva Induzida por Ruídos (PAIR), Pneumoconioses, intoxicação exógena relacionada ao trabalho e transtornos mentais relacionado ao trabalho, a subnotificação é ainda maior chegando a ser, em alguns casos, invisíveis,

uma vez que no perfil produtivo do Estado da Paraíba contempla atividades econômicas do ramo da agricultura, mineração, indústria, telemarketing entre outros o que são atividades que podem levar ao adoecimento dos trabalhadores do nosso estado.

Tendo como base as informações da Organização Internacional do Trabalho - OIT (2013), observa-se que anualmente no processo de trabalho ocorrem 2 milhões e 340 mil mortes. Estatísticas mostram ainda que a cada 15 segundos um trabalhador é morto por Acidente ou doença no trabalho e que o Brasil encontra-se no quarto lugar no ranking mundial de acidentes fatais. Diante deste cenário, precisamos desenvolver 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 teremos uma saúde integral e de qualidade quando entendermos que o trabalho é um fator condicionante e determinante no processo saúde doença.

Quadro 02 - Número de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados no período de 2007 a 2014 no estado da Paraíba.

Ano	*Acidente Grave	Acidente com Material Biológico	Câncer relacionado ao Trabalho	Dermatose Ocupacional	LER / DORT	PAIR	Pneumu-coniose	Transtorno Mental	Intox.Exógena Rel. ao Trabalho
2007	122	8	1	0	37	0	0	2	26
2008	240	29	0	0	67	2	0	1	15
2009	287	114	0	1	144	1	0	1	1
2010	335	206	0	3	153	2	1	2	16
2011	446	344	2	1	130	2	1	3	20
2012	429	489	0	7	87	4	1	12	54
2013	865	641	1	3	190		2	14	!
2014	743	450	-	3	296		3	31	74
Total	3.467	2.281	4	18	1.104	11	8	66	206

Fonte: SINAN - 13/08/2015

*__Acidente de trabalho grave são acidentes com:__ Acidente de trabalho fatal, acidente de trabalho com mutilações e acidente de trabalho em crianças e adolescentes

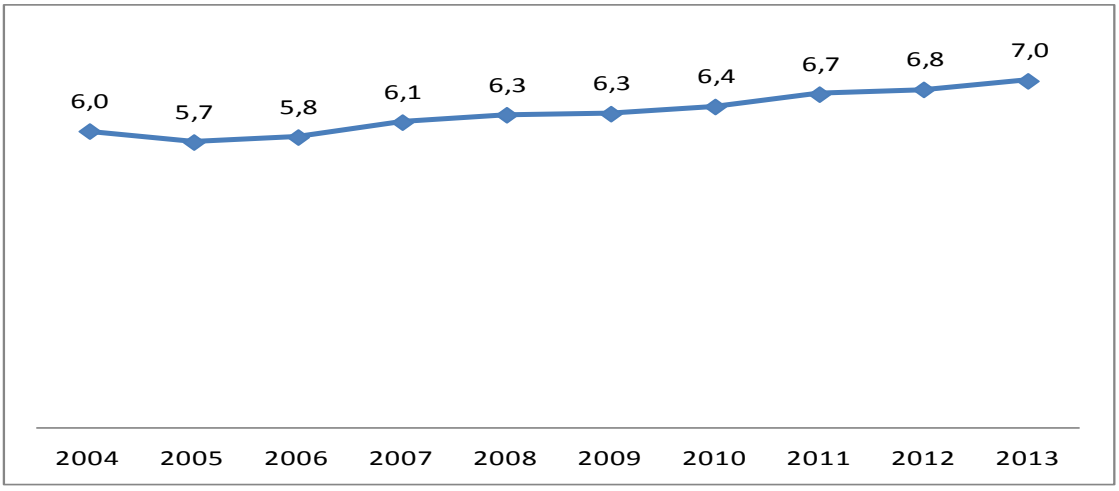
2.4 MORTALIDADE

2.4.1 MORTALIDADE GERAL

Em 2013, foram notificados ao sistema de informações sobre mortalidade (SIM) um total de 26.544 óbitos no Estado. Desse total, 55,4% foram de indivíduos de sexo masculino. No período de 2004 a 2013, a taxa bruta de mortalidade apresentou uma tendência crescente, passando de 6,0 para 7,0/ 1.000 habitantes, o que representa um incremento de 16,6%. A TMG sofre influência da redução do sub-registro de óbitos informados no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, cuja cobertura passou de 64,7% em 2000 para 99,4% em 2013.

Em termos de **mortalidade proporcional**, a avaliação mostra concentração de 51% dos óbitos na faixa etária maior ou igual a 70 anos de idade. Entre os homens, a mortalidade proporcional é maior em faixas etárias mais jovens do que nas mulheres. Aproximadamente, 62% dos óbitos entre as mulheres ocorreram na faixa etária com 70 anos ou mais de idade, enquanto para os homens o percentual foi de 42%.

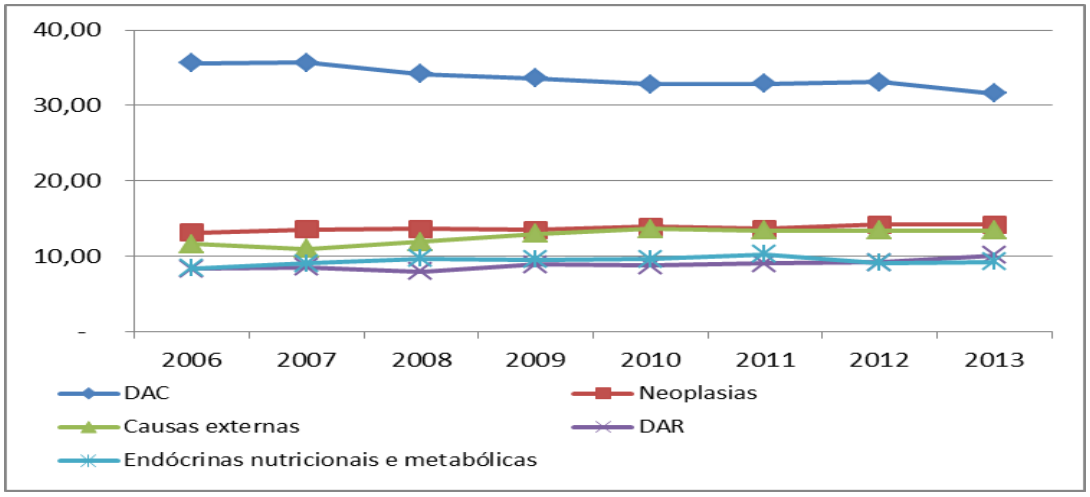
Gráfico 24- Taxa Bruta de Mortalidade. Paraíba, 2004 a 2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

A análise da distribuição da mortalidade proporcional por grupo de causas, no período de 2006 a 2013, demonstra que as doenças do aparelho circulatório se mantêm como a principal causa de morte, responsável por 32% dos óbitos ocorridos em 2013. As neoplasias (14,2%) e as causas externas (13,2%) são a segunda e terceira causas de óbitos mais importantes.

Gráfico 25 - Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas (Principais causas). Paraíba, 2006 a 2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

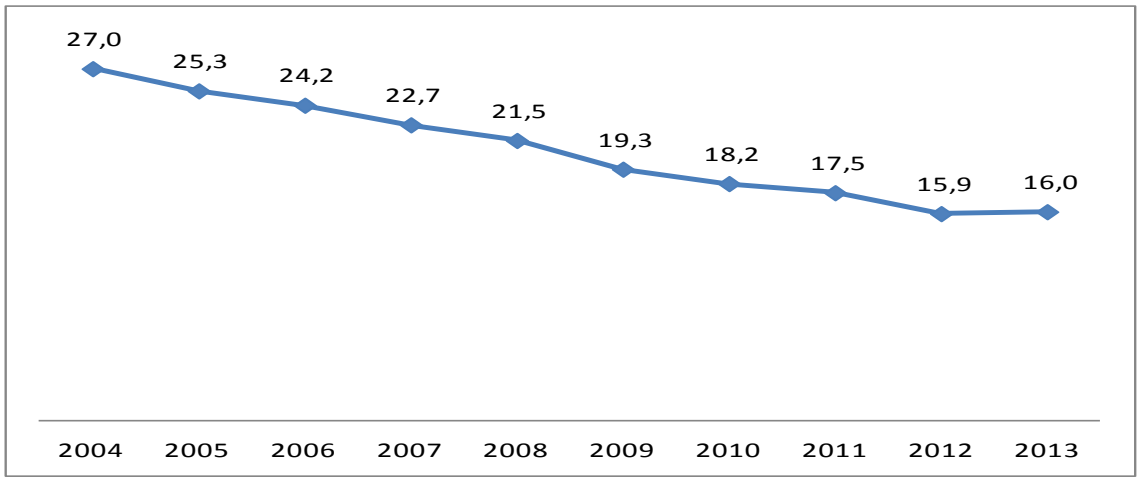
2.4.2 MORTALIDADE MATERNA

A **mortalidade materna** se constitui um importante problema de saúde pública no Estado. Em 2013, foram registrados 40 óbitos maternos no SIM e razão de mortalidade materna de 70,4/100.00 NV, índice 3,5 vezes maior que o considerado aceitável pela OMS (20/100.000NV). Do total de óbitos, 65% ocorreram em mulheres pardas. Cerca de 80% ocorreram por causas obstétricas diretas. Observa-se uma concentração percentual de óbitos maternos nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade (85%). A hipertensão (20%), a hemorragia (12,5%) e as infecções puerperais (15%) aparecem como as três principais causas de morte materna, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, complicadas pela gravidez, parto e puerpério (10%) e o aborto (5%).

2.4.3 MORTALIDADE INFANTIL

No período de 2004 a 2013, observa-se uma redução da **mortalidade infantil** de 40,7%, passando de 27,0 para 16,0/1.000 nascidos vivos - NV. O componente neonatal precoce continua sendo o mais importante, cerca da metade dos óbitos infantis, em 2013, ocorreu nesta faixa etária (0 a 6 dias). As afecções congênitas foram a principal causa de morte de crianças menores de 01 ano, responsáveis por 64% dos óbitos infantis.

Gráfico 26- Taxa de Mortalidade Infantil. Paraíba, 2004 a 2013.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Nascidos Vivos – SIM e SINASC

Quadro 03 - Principais causas de morte nas crianças menores de um ano. Paraíba, 2000, 2010 e 2013.

	2000	2010	2013
1	Afecções Perinatais	Afecções Perinatais	Afecções Perinatais
2	DIP	Anomalias congênitas	Anomalias congênitas
3	DAR	DIP	DAR
4	Anomalias congênitas	DAR	DIP
5	Endócrinas	Endócrinas	Causa externa
6	DSeTI	Causa externa	Endócrinas
7	DAC	DAD	DAC
8	DSNerv	DSNerv	DSeTI
9	Causa externa	DAGU	DSNerv
10	DAD	DAC	DAD

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade e Nascidos Vivos – SIM e SINASC

DAC: Doenças do Aparelho Circulatório;DAR: Doenças do Aparelho Respiratório;
DIP: Doenças Infecciosas e Parasitárias; DAD: Doenças do Aparelho Digestivo;
DAGU: Doenças do Aparelho Geniturinário; DSNer: Doenças do Sistema Nervoso;
DSeTI: Doenças do sangue

Tabela 10 - Óbitos infantis por faixa etária infantil. Paraíba, 2013.

Faixa Etária Infantil	N	%	%Acumulado
0 a 6 dias	422	50,7	50,7
7 a 27 dias	147	17,7	68,4
28 dias a 01 ano	263	31,6	100,0
Total	**832**	**100,0**	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM

2.4.4 MORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As **doenças infecciosas e parasitárias** foram responsáveis por 864 óbitos em 2013, representando 3,2% do total de óbito notificados. A taxa de mortalidade elevou-se de 17,8 óbitos por 100 mil habitantes, em 2000, para 22,7 em 2013 (aumento de 27%). As septicemias e as doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) resultando em doenças infecciosas e parasitárias foram duas principais causas de mortes dentro deste capitulo da CID-10. A mortalidade pelas doenças pelo vírus HIV resultando em doenças infecciosas e parasitárias apresentou um aumentou de 172% passando de 1,4 óbitos por 100 mil habitantes, em 2000, para 3,8 em 2013.

2.4.5 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT

Em 2013, as quatros principais doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por cerca de doenças representaram cerca de 54% dos óbitos notificados. As doenças cardiovasculares foram a principal causa: 31,9% de todos os óbitos com causas básicas definidas, seguidas por câncer (14,2%), doenças respiratórias (5,1%) e diabetes (7,1%). A proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é maior nas faixas etárias mais elevadas.

As **doenças do aparelho circulatório** foram responsáveis por 7.959 óbitos em 2013 (29,9% do total de óbitos no Estado). Nesse mesmo ano, o infarto agudo do miocárdio foi a primeira causa definida de óbito na população paraibana (8,7% da mortalidade geral). Nesse mesmo ano ainda, o acidente vascular cerebral foi uma causa

importante de óbito, representando 13,8% da mortalidade geral. A mortalidade pelas doenças cardiovasculares aumentou em 59% passando de 132 óbitos por 100 mil habitantes, em 2004, para 209 em 2013.

As **neoplasias** foram a segunda causa de morte entre as mulheres e terceira entre os homens, correspondendo a 16% e 13% do total de óbitos femininos e masculinos registrados em 2013, respectivamente. Entre aquelas, o câncer de mama (12%) foi o tipo mais frequente, seguido pelos de pulmões (9%), estômago (7%) e colo de útero (7%), e entre os homens, o de próstata (16%), pulmões (11%), estômago (10%) e fígado (6%).

A **diabetes** foi responsável por 1.781 óbitos em 2013 (6,7% de todos os óbitos) e segunda causa definida de óbito na população paraibana (7,2% da mortalidade geral). A taxa de mortalidade elevou-se de 24 óbitos por 100 mil habitantes, em 2004, para 47 em 2013 (aumento de 91%). O aumento foi maior entre os homens (91%) do que entre as mulheres (86%).

2.4.6 ACIDENTES E VIOLÊNCIA - CAUSAS EXTERNAS (CAP. XX, CID 10)

As causas externas representam 13,2% do total de óbitos ocorridos no Estado em 2013, sendo a terceira maior causa de mortes e a primeira entre os homens, na faixa etária de 15 a 49 anos, com de 62,1% dos óbitos. A mortalidade por causas externas apresentou uma tendência crescente na última década. A taxa de mortalidade por causas externas no triênio 2011/13 aumentou 13% em relação ao triênio anterior. Os homens continuam sendo as maiores vitimas (86% do total de óbitos). O risco de morrer por causas externas entre eles foi 6,5 vezes maior do que entre as mulheres, com taxas de 152,94 e 23,68 óbitos cada 100.000 habitantes, respectivamente. As agressões (homicídios) e dos acidentes de transporte terrestre são as causas específicas mais importantes dentro do capítulo das causas externas.

HOMICÍDIOS

A evolução das taxas de mortalidade por homicídios apresenta uma tendência crescente e mostra a sua grande importância na atual configuração do padrão de mortalidade, situando-se em primeiro lugar entre as mortes por causas externas. Neste período, elas tiveram um incremento de 85%, ao passar de 22,02 óbitos por 100.000 habitantes, no triênio 2005/07, para 40,70 no triênio 2011/13. Em 2013, os homicídios

fizeram 1.538 vítimas fatais, equivalente a 47% dos óbitos por causas externas e a 13% dos óbitos totais ocorridos no Estado. Apesar do aumento do risco de morte por homicídios entre as mulheres de 100% no período de 2003 a 2013, foi na população masculina que essas taxas atingiram as maiores proporções, resultando numa razão de sexo de 1.100 óbitos masculinos para cada 100 óbitos femininos. Cerca de 90% dessas mortes ocorreram entre pessoas jovens de 15 a 49 anos. As armas de fogo constituíram o principal instrumento, utilizado em cerca de 80% dos homicídios ocorridos em 2013.

ACIDENTE DE TRANSPORTE

A mortalidade por acidente de transporte apresentou uma tendência crescente na última década, passando de 17,16 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes em 2004 para 26,18 em 2013, o que representa um incremento de cerca de 50%. As maiores vítimas fatais de acidente de transporte são homens (86%), na faixa etária de 15 a 49 anos (89%).

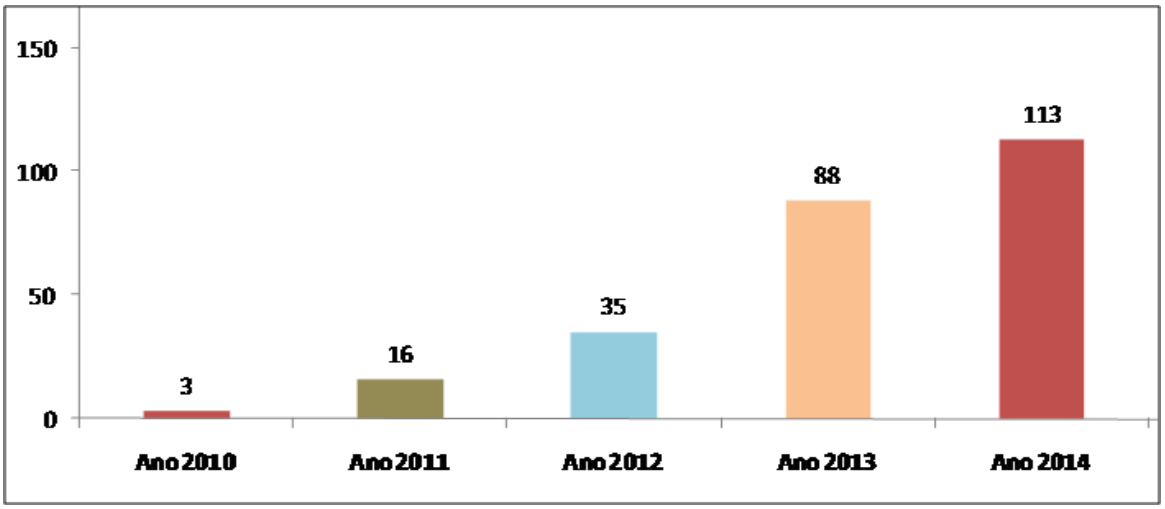
2.5 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE

A Vigilância em Saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde, dentre as ações destaca a **vigilância ambiental** que busca identificar situações de risco no ambiente, contribuindo com a identificação de condições potenciais de morbimortalidade da população, em seus diversos campos de atuação:

Controle do vetor do Aedes aegypti - A disseminação da dengue acompanha o homem e seus empreendimentos, migrações, deslocamentos e aglomerações no decorrer da história, diante da grande capacidade de adaptação do Aedes aegypti e Aedes albopictus em face de conjunturas sociais e urbanas diferenciadas, a realização do Levantamento de Índice Rápido Amostral-LIRAa nos municípios e uma das formas de

fazer o controle na perspectiva de evitar a proliferação desses agentes. O Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, 04 ciclos anuais de monitoramento do vetor, sendo que a media do Estado fica em torno de 05 ciclos evidenciado no gráfico abaixo.

Gráfico 27: Municípios que realizaram Levantamento de Índice Rápido Amostral-LIRAa, Paraíba 2010 a 2015.



Fonte: SISPNCD/GOVA/SES

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, no Estado 100% dos municípios tem implantado o Vigiágua que tem com o objetivo, garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão, e normas estabelecidas pela Portaria MS nº2914 de 12/12/2011para consumo humano. Segundo a Companhia de Água e Esgoto da PB (CAGEPA), 182 municípios e 23 Distritos, possuem sistema de abastecimento de agua o que significa dizer que 81,6% dos municípios possuem água tratada e 18,4% é tratada pelas Concessionárias Municipais (SAAE): soluções Alternativas Coletivas e Individuais como forma de complementação de Abastecimento de água para população.

Vigilância da Qualidade do Solo tem por objetivo desenvolver ações de Vigilância em Saúde de populações expostas a solo contaminado visando adotar medidas de promoção a saúde prevenção dos fatores de risco e atenção integral. O programa encontra-se em fase de implementação, o Estado encontra-se com 37 municípios cadastrados e 93 áreas identificadas (agrícola, deposito de Agrotóxico, área de resíduos Urbanos, Unidade de postos de abastecimento e Serviço, e área industrial).

O sistema de informação de Vigilância em saúde de população expostas a solo contaminado (SISSOLO) estima haver 93.000 pessoas expostas ou potencialmente expostas em 93 áreas sob suspeita de contaminação por substância química no estado da Paraíba.

Na Paraíba em 2015 foi decretado que 203 municípios (91%) estão em estado de emergência em função de Desastre de origem natural (seca), segundo informações da Defesa civil do Estado, destes 195 são casos de emergência pelo terceiro ano seguido, apenas 20 apresentam situações de normalidade.

3 PERFIL ASSISTENCIAL

3.1 Assistência hospitalar

De acordo com a Portaria GM nº 3.390, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no seu artigo 3º enuncia que:

> *Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.*[1]

Nessa perspectiva, a discussão sobre a organização da atenção à saúde em nível hospitalar é tão complexa quanto à 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 e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e

atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea[1]. De fato, cabe à atenção primária a estruturação da rede de atenção à saúde, a partir de um acesso amplo, descentralizado, com ampla oferta de serviços, permitindo um alto grau de resposta às necessidades de saúde de seus usuários, de forma coordenada e integrada ao restante da rede de serviços de saúde.

No entanto, os equipamentos hospitalares têm grande importância no sistema de saúde, devido às atribuições específicas, vitais ao bom resultado da atenção à saúde da população. A articulação e qualificação da rede de atenção hospitalar, para o gestor em saúde, é um grande desafio, na medida em que deve ser garantido ao usuário acesso, equidade e qualidade dos serviços ofertados.

A Paraíba, conta com uma rede de serviços sob gerência da esfera Estadual, que de acordo com o perfil, configuram-se como referência na atenção hospitalar nas regiões onde estão inseridos, produzindo ações e serviços de saúde de qualidade para os usuários do SUS. Estes serviços também se constituem em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, desempenhando um importante papel na formação, tanto para suas equipes, como campo de estágios para estudantes e residentes em cursos voltados para a saúde.

A rede de serviços hospitalares sob gerência estadual é composta por 33 hospitais que estão distribuídos em 15 das 16 regiões de saúde do estado da Paraíba, com perfis bastante heterogêneos, seja pela capacidade instalada, complexidade, ou especificidade assistencial. Nossa 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 e quarta macrorregião. Contamos também com a principal e exclusiva referência em Pediatria de média e alta complexidade em neurocirurgia e cardiologia do estado, 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, também localizado na primeira macrorregião. Segue abaixo, o quadro dos serviços hospitalares do Estado.

Quadro 04: Serviços Hospitalares do Estado da Paraíba

Região de Saúde	Municípios	Unidade Hospitalar
1ª RS	João Pessoa	HOSPITAL PSIQUIATRICO COLONIA JULIANO

		MOREIRA
		HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES
		COMPLEXO DE DOENCAS INFECTO CONTAGIOSAS CLEMENTINO FRAGA
		HOSPITAL DE TRALMATOLOGIA E ORTOPEDIA - HTOP
		HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
		MATERNIDADE FREI DAMIAO
		SANATORIO CLIFFORD
2ª RS	Belém	HOSPITAL DISTRITAL DE BELEM
	Guarabira	COMPLEXO DE SAUDE DO MUNICIPIO DE GUARABIRA
	Lagoa de Dentro	HOSPITAL DISTRITAL DE LAGOA DE DENTRO
	Serraria	HOSPITAL DR OUVIDIO DUARTE
	Solanea	HOSPITAL DR FRANCISCO ASSIS DE FREITAS UNIDADE MISTA
4ª RS	Picui	HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
5ª RS	Monteiro	HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA
6ª RS	Patos	MATERNIDADE PEREGRINO FILHO
		HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
		HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE
	Santa Luzia	HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO
7ª RS	Aguiar	HOSPITAL FRANCISCO BENTO CABRAL
	Coremas	HOSPITAL ESTEVAM MARINHO
	Itaporanga	HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
	Piancó	HOSPITAL WENCESLAU LOPES
8ª RS	Catolé do Rocha	HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS
9ª RS	Cajazeiras	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
10ª RS	Sousa	HOSPITAL DISTRITAL DEP MANOEL GONCALVES DE ABRANTES
11ª RS	Princesa Isabel	HOSPITAL REGIONAL DE PRINCESA ISABEL
12ª RS	Itabaiana	HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
13ª RS	Pombal	HOSPITAL DISTRITAL SENADOR RUY CARNEIRO
14ª RS	Mamanguape	HOSPITAL DE MAMANGUAPE
	Itapororoca	HOSPITAL GERAL DE ITAPOROROCA
15ª RS	Queimadas	HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS
16ª RS	Campina Grande	HOSPITAL REGIONAL DE EMERG TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
	Taperoá	HOSPITAL DISTRITAL DE TAPEROA

3.2 Assistência ambulatorial

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

No que se refere à atenção ambulatorial de média e alta complexidade no estado da Paraíba tivemos em 2014 a oferta de 18.436.655 procedimentos de média complexidade que correspondem a 64% do total de procedimentos especializados e 10.027.751 de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, que correspondem a 36% 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 região de saúde. Sob o ponto de vista macrorregional, a atenção ambulatorial de média complexidade na 1ª macro é representada por 37,64% seguido da 2ª macrorregião com 29,89%, na 3ª macrorregião temos 17,71% dos serviços e a 4ª macrorregião com14,76%. Na alta complexidade ambulatorial dispomos de 39,39% na 1ª macrorregião, 33,33% na 2ª macrorregião, a 3ª macrorregião dispõe de apenas 9,09% e a 4ª macrorregião com 18,18% do total de procedimentos.

Quanto à cobertura de serviços laboratoriais temos 01 Laboratório Central de Saúde Pública e 18 laboratórios de análises clínicas credenciados ao SUS. Em referência à Policínicas especializadas dispomos de 74, sendo 30 na 1ª macrorregião 22 na 2ª macrorregião, 09 na 3ª e 13 na 4ª macrorregião.

A respeito da cobertura de equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico temos 16 mamógrafos fixos, sendo 08 na 1ª macrorregião, 04 na 2ª, 02 na 3ª e 02 na 4ª macrorregião. Dispomos de 38 tomógrafos assim distribuídos: 18 na 1ª macrorregião, 11 na 2ª; 05 na 3ª e 05 na 4ª macrorregião. A cobertura de aparelhos de Ressonância Magnética se apresenta de forma mais equitativa: 04 na 1ª macro, 02 na 2ª, 01 na 3ª e 01 na 4ª macrorregião. Quanto à cobertura de aparelho de ultrassonografia verificamos que há 73 aparelhos na 1ª macrorregião, 43 na 2ª, 18 na 3ª e 18 na 4ª macrorregião.

Na atenção especializada hospitalar, tivemos uma frequência de internações de média complexidade da ordem de 185.667 e 10.592 internações de alta complexidade. Dispomos atualmente de 145 hospitais, destes, 90 tem menos de 50 leitos que estão

classificados em 19 especializados, 125 hospitais gerais e 01 hospital dia.

No tocante ao quantitativo de leitos temos o equivalente a 7203 leitos gerais e dispomos de 433 leitos em funcionamento de Terapia intensiva, sendo 358 habilitados pelo Ministério da Saúde e 82 em processo de habilitação, embora saibamos que em face da crise financeira que atravessa o governo federal teremos certa dificuldade em habilitá-los, por incidir em recursos novos. No cenário de distribuição observa-se que estão localizados em 09 das 16 regiões de saúde. Denota-se, porém, uma concentração desses leitos na 1ª região de saúde, a maioria desses leitos localiza-se em João Pessoa, que representa 46,39 %, seguido da 16ª região, com maior expressão em Campina Grande que somados aos demais municípios da macrorregião representa 35,10% do total de leitos de UTI. A 6ª região de saúde representa 6,47% dos leitos de UTI, a 10ª região com 3,23%, a 7ª e 14ª região, cada uma representa 2,31%, a 9ª região com 1,62% e a 2ª e 13ª região representam individualmente 1,39% do total de leitos. Em relação à distribuição por tipo dispomos de 381 UTI adulto, 63 UTI pediátrica, 68 UTI neonatal, 05 UTI coronariana e 06 UTI queimados.

A rede de serviços hospitalares sob gerência estadual é composta por 33 hospitais que estão distribuídos em 15 das 16 regiões de saúde do estado da Paraíba, com perfis bastante heterogêneos, seja pela capacidade instalada, complexidade, ou especificidade assistencial; configurando-se em algumas regiões, como única referência de média e alta complexidade.

A Paraíba, não difere dos demais estados, no que tange à oferta de serviços especializados que atenda às demandas e necessidades de saúde da população. O contingenciamento da União sobre os recursos SUS, refletem sobremaneira no processo de habilitação de novos serviços, e o apelo do mercado em novas tecnologias não contempladas no SUS, impõem ao estado e municípios a responder às demandas judiciais com procedimentos extra-tabela, com valores estratosféricos, comparados aos valores tabelados no SUS. Outro aspecto importante decorre do uso incipiente de práticas como a gestão da clínica, com base em evidências científicas com o propósito de influenciar nas decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes que 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, fornecendo indicadores e parâmetros para a construção de sistema de informação para monitoramento e avaliação das ações. Tal prática promoveria o protagonismo da atenção básica na produção do cuidado e a redução dos encaminhamentos à atenção

especializada, sendo assim à reorientação na implantação e implementação das redes de atenção à partir das linhas de cuidado potencializa o acesso dos usuários e dá qualidade ao Sistema único de Saúde no Estado da Paraíba.

IV ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

O conhecimento acerca da capacidade instalada ofertada pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada subsidia o processo de identificação das necessidades de serviços de saúde, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços. A partir desse mapeamento detalhado será possível visualizar se há necessidade de reordenar equipamentos, serviços e profissionais ou de realizar novas pactuações. De maneira que a rede instalada seja suficiente para possibilitar o acesso, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos (em portarias), em todos os níveis de atenção e que a Região de Saúde possa ofertar à população os meios necessários para promover, manter e recuperar a saúde.

4.1 Atenção Básica

A Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, esta que envolve ações relacionadas aos aspectos individuais e coletivos, destinada a resolver os problemas de saúde mais recorrentes e de maior significância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde- SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reordenadora do modelo assistencial, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, tornando essencial na estruturação das redes de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Além disso, busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para a ampliação do

acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde.

Tabela 11: Conformação da Atenção Básica no Estado da Paraíba, 2014.

CATEGORIA	NUM/COBERTURA
POPULAÇÃO	3.815.171
MUNICÍPIOS	223
ACS	8.276
MUNICIPIOS COM ACS*	222
COBERTURA ACS	98,17%
ESF	1.327
MUNICÍPIOS COM ESF*	221
COBERTURA ESF	92,7%
ESB MOD 1	1.228
ESB MOD 2	18
MUNICÍPIOS COM ESB*	219
NASF 1	142
NASF 2	51
NASF 3	73
MUNICÍPIOS COM NASF	197
EMAD/EMAP	14/11
MUNICÍPIOS COM EMAD/EMAP	8
CnaR	5

MUNICÍPIOS COM CnaR	2
Centro de Especialidades Odontológica (CEO)	64
CEO tipo 1	44
CEO tipo 2	17
CEO tipo 3	04

Fonte: DAB/Histórico de Cobertura da Saúde da Família/Junho 2015

A execução da estratégia da Saúde da Família é a principal meta do Ministério da Saúde para reorientar o modelo de atenção à saúde da população, o estado da Paraíba é o terceiro na distribuição da proporção de cobertura populacional estimada da Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2015). A partir da atenção primária torna-se capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde das pessoas.

O NASF apoia à inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como o número das ações da Atenção Básica no Brasil. O NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuam em conjunto com os das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais em conjunto com as ESF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Segundo DAB- Ministério da Saúde- 2015, a Paraíba está em quarto lugar na cobertura populacional com equipes NASF.

Outro dispositivo instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, foi o Consultório na Rua, criado inicialmente em 2009, com o nome de Consultório de Rua. Visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que este não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR esta atenção deverá ser prestada pela atenção básica, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas.

No processo de trabalho das eCR devem estar garantidas ações para o cuidado in loco, a partir da abordagem ampliada dos problemas de saúde e sociais, bem como ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da Rede de Saúde e Intersetorial.

Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes. Todas as ações realizadas pelas eCR devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) através da Estratégia e-SUS AB.

O estado da Paraíba inicialmente tinha 2 (dois) Consultórios de Rua e com a nova política adequou para Consultório na Rua. Desse modo, na Paraíba tem quatro municípios elegíveis: João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Patos. Atualmente existem 5 (cinco) eCR implantadas, sendo 4 (quatro) em João Pessoa, com 100% de cobertura, 1 (uma) em Campina Grande, com 50% de cobertura. Os municípios de Santa Rita e Patos, ambos possuem teto para 1(uma) equipe, mas ainda não foram implantadas.

Dessa forma o estado pretende continuar dando apoio institucional e definindo estratégias de articulação com as gestões municipais visando estimular os municípios elegíveis a implantar/ampliar os Consultórios na Rua (Campina Grande + 01 equipe), (Santa Rita 01 equipe), (Patos 01 equipe), totalizando assim 100% de cobertura com equipes de Consultório na Rua. Além disso, também busca fortalecer o processo de trabalho das equipes, oportunizando a troca de experiências a partir de seminários, encontro de trabalhadores das equipes para discutir os indicadores dos sistemas de informação disponíveis.

4.2 Segurança alimentar e nutricional

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) 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 promover a promoção da alimentação saudável e adequada as necessidades.

Uma política de SAN é um conjunto de ações planejadas para garantir a oferta e o acesso aos alimentos para toda a população, promovendo a nutrição e a saúde. A Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba 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 Segurança Alimentar e Nutricional – SAN.

O Leite Materno é o primeiro alimento que temos contato, por isso a importância de fortalecermos a Política de aleitamento Materno, que entre outros benefícios, diminui a mortalidade infantil. A Política de Aleitamento Materno na Paraíba apresenta avanços significativos com o fortalecimento da Rede de Banco de Leite Humano, se tornando a maior rede de Bancos de leite Humano da região Nordeste.

Existem seis Bancos de Leite no estado, localizados em João Pessoa (Anita Cabral e Zilda Arns), Campina Grande, Guarabira, Patos e Cajazeiras, e vinte e um postos de coleta: Maternidade Frei Damião, Instituto Cândida Vargas, Hospital da Unimed, HU, Hospital Edson Ramalho, Santa Rita, Mamangauape, Itabaiana, Guarabira, Solânea, Campina Grande (ISEA, FAP, CLIPSI), Santa Luzia, Patos, Pombal, Souza, Cajazeiras, Taperoá e Bonito de Santa Fé.

Com toda essa expansão, a Paraíba nos últimos quatro anos quase dobrou a coleta de leite materno do estado, saindo de 4.734 litros de leite coletado, em 2010, para 7.200 litros coletado, em 2014. Dobrou, também, o número de bebês beneficiados com leite pasteurizado pelo banco, que em 2010 foram atendidos 5.029 receptores de leite, enquanto em 2014 foram mais de 11 mil crianças que receberam esse produto.

Uma importante estratégia de promoção ao Aleitamento Materno é a de 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 são 14 salas inauguradas em serviços privados e públicos.

A Promoção da Alimentação Saudável é uma das linhas de trabalho que perpassa por todos os ciclos da vida. As ações em nível estadual têm como objetivo apoiar os municípios no desenvolvimento de ações e abordagens para a promoção da

saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, tais como anemia, desnutrição, obesidade, diabetes, hipertensão, câncer, hipovitaminose A. Em relação às ações de suplementação de micronutrientes como a Vitamina A, o Programa Nacional de Suplementação de VITAMINA A consiste na suplementação profilática medicamentosa para crianças de 06 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo. A megadose de Vitamina A é distribuída trimestralmente para todos os municípios do Estado da Paraíba por meio das Gerências de Saúde.

Vindo como ferramenta importante da promoção saudável e aleitamento materno a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Secretaria de Saúde do estado já capacitou mais de 400 profissionais desde 2013, sensibilizando-os para o fomento da alimentação saudável e aleitamento materno.

As ações de monitoramento e vigilância alimentar e nutricional são imprescindíveis para o fortalecimento da segurança alimentar e nutricional, havendo Agenda de Atenção Nutricional á Desnutrição Infantil ANDI, que consiste em um conjunto de ações articuladas, a serem estabelecidas na Rede de Atenção à Saúde para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, Os municípios elencados são os que apresentam maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) segundo o índice antropométrico peso-para-idade, estabelecendo-se a prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos. Na Paraíba, o município contemplado com essa ação foi São José de Espinharas.

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e estatura) e do consumo alimentar cujos dados são consolidados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), apoiando gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades a partir do levantamento de indicadores de alimentação e nutrição da população assistida, O SISVAN está implantado nos 223 municípios do 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. Na Paraíba o Programa é

realizado intersetorialmente com a Secretaria Estadual da Educação, Saúde e Desenvolvimento Humano. O percentual de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família da Paraíba nas últimas vigências tem sido o maior do nordeste com a média de 79% e acima da média do Brasil que é de 73%, fruto de um trabalho intersetorial e de apoio continuo aos municípios da qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde.

4.3 Saúde Bucal

A Paraíba possui uma expressiva cobertura da Equipe Saúde Bucal, sendo o estado com maior número de CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) do Brasil, em relação à proporcionalidade da população, num total de 64, estando todas as regionais de saúde contemplada com este serviço;

O CEO tem um papel importante no diagnóstico e detecção do câncer de boca, sendo referência para os casos suspeitos detectados pelos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal.

Laboratórios Regional de Prótese Dentária – LRPD, são 110 LRPD implantados no Estado.

4.4 Serviços especializados

Os serviços especializados sob gestão do Estado compreendem a Hemorrede, responsável pela a Política de Sangue e Hemoderivados distribuídos por região de saúde. A Assistência farmacêutica representada pela política de medicamentos referente ao componente estadual na RENAME e medicamentos especiais. O Tratamento Fora do Domicílio – TFD que empreende o acesso do usuário aos serviços especializados em outros estados da federação, pela ausência de serviço especializado no âmbito do nosso estado. Embora a política de transplante esteja sob a gestão dos municípios, o estado tem um papel fundamental na coordenação da captação de órgãos e tecidos, estímulo á doação, através da Central Estadual de Transplantes, custeio dos exames para preparação dos usuários para submissão ao transplante renal e disponibilização de medicamentos para minimizar a rejeição no transplante de fígado.

4.4.1 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 para uma região de abrangência composta por 223 municípios com aproximadamente 4 milhões de habitantes. É responsável por 100% da hemoterapia do estado, tem uma coleta de 80.176 e uma demanda de 57.550 transfusões/ano para todo o estado, sendo o excedente do plasma enviado para HEMOBRAS (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia), mediante parceria firmada.

A Hemorrede é composta por: 01 Hemocentro Coordenador, de natureza pública, localizada 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; 01 Hemocentro Regional, também de natureza pública, que coordena e desenvolve as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macro-região de saúde, de forma hierarquizada ; 11 Núcleos de Hemoterapia (Patos, Sousa, Cajazeiras, Piancó, Itaporanga, Itabaiana, Guarabira, Princesa Isabel, Catolé do Rocha, Monteiro e Picuí) e 12 Agências Transfusionais (03 privadas e 9 públicas), entidades de âmbito regional, de natureza pública, 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 realizar-se pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

Dispõe ainda de um laboratório de Biologia Molecular e Paternidade que desenvolve as atividades de captação de pessoas para cadastro no REDOME (registro nacional de doadores de medula óssea), com a finalidade de armazenar dados de pessoas dispostas a doar medula óssea para transplante. Este laboratório realiza também testes de paternidade oriundos de demanda judicial através de parceria firmada com o Tribunal de Justiça do estado e o Ministério Público, por meio do Projeto Nome Legal. Além de 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 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 garantindo maior qualidade nos produtos e serviços oferecidos a população paraibana. Esse plano será instrumento orientador das ações do período, através de investimento na qualificação dos serviços oferecidos pela Hemorrede Estadual, procurando dar legitimidade à assistência à saúde, como preconiza a Lei Nº 8.080/90.

Está sendo elaborado o Plano Diretor com a perspectiva da reestruturação da Hemorrede do Estado, visando a necessidade de adequar as unidades de acordo com a nomenclatura preconizada na RDC 151 de 21 de Agosto de 2001 e a Portaria 1631 de 1 de Outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde. A nova estrutura proposta no Plano Diretor foi baseada no trabalho realizado com amplo levantamento de produção, evidências, demandas e critérios que promoveram uma comparação da situação atual com o que recomenda as legislações vigentes.

As tabelas a seguir mostram um panorama da Hemorrede após implantação da reestruturação proposta.

Quadro 05: Distribuição das Agencias Transfusionais Intra-Hospitalares por Município, segundo a Natureza

AGÊNCIAS TRANSFUSIONAIS (INTRA-HOSPITALAR)	MUNICÍPIO	NATUREZA
Hospital Edson Ramalho	João Pessoa	Pública Estadual
Hospial de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa	Pública Estadual
Maternidade Frei Damião	João Pessoa	Pública Estadual
Maternidade Cândida 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 Napoleão Laureano	João Pessoa	Filantrópica
Hospital São Vicente de Paula	João Pessoa	Filantrópica
Hospital da Fundação Flávio Ribeiro Coutinho	Santa Rita	Filantrópica
Hospital Distrital de Pedras de Fogo	Pedras de Fogo	Pública Municipal
Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande	Campina Grande	Pública Estadual
Hospital Universitário Alcides Carneiro	Campina	Pública Federal

	Grande	
Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba	Campina Grande	Filantrópica
Hospital Antônio Targino	Campina Grande	Privada
CLIPSI – Hospital Geral	Campina Grande	Privada
Clínica Santa Clara	Campina Grande	Privada
Hospital Pedro I	Campina Grande	Privada
Hospital João XXIII	Campina Grande	Privada
Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro	Pombal	Pública Estadual

Quadro 06: Nova estrutura da Hemorrede

NOME DA MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO DA MACRORREGIÃO	Nº	NOME DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA ATUALMENTE	PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO	SERVIÇO DE REFERENCIA
Macro 1 - João Pessoa	1.918.989	1	Hemocentro Coordenador da Paraíba - João Pessoa	Hemocentro Coordenador da Paraíba - João Pessoa	
		2	Hemonúcleo de Guarabira	Unidade de Coleta e Transfusão	Hemocentro Coordenador da Paraíba - João Pessoa
		3	Hemonúcleo de Itabaiana	Agência Transfusional	Hemocentro Coordenador da Paraíba - João Pessoa

Macro 2 - Campina Grande	1.115.221	1	Hemonúcleo de Picuí	Agência Transfusional	Hemocentro Regional de Campina Grande
		2	Hemonúcleo de Monteiro	Agência Transfusional	Hemocentro Regional de Campina Grande
		3	Hemocentro Regional de Campina Grande	Hemocentro Regional de Campina Grande	
Macro 3 - Patos	468.215	1	Hemonúcleo de Patos	Núcleo de Hemoterapia	
		2	Hemonúcleo de Itaporanga	Agência Transfusional	Hemonúcleo de Patos
		3	Hemonúcleo de Piancó	Agência Transfusional	Hemonúcleo de Patos
		4	Hemonúcleo de Princesa Isabel	Agência Transfusional	Hemonúcleo de Patos
Macro 4 - Sousa	469.777	1	Hemonúcleo de Cajazeiras	Unidade de Coleta e Transfusão	Hemonúcleo de Patos
		2	Hemonúcleo de Catolé do Rocha	Unidade de Coleta e Transfusão	Hemonúcleo de Patos
		3	Hemonúcleo de Sousa	Unidade de Coleta e Transfusão	Hemonúcleo de Patos
		4	Agência Transfusional de Pombal		Hemonúcleo de Patos
TOTAL DO ESTADO	**3.972.202**				

4.4.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica do Estado da Paraíba atualmente está estruturada conforme organograma da Secretaria Estadual de Saúde como um Núcleo ligado à Gerência Executiva de Atenção à Saúde, dividida em dois componentes: Básico, na qual o Estado é responsável pelo apoio técnico aos municípios, repasse de R$ 2,36/habitante/ano e distribuição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher; e Estratégico na qual o Estado é responsável pela aquisição dos medicamentos de DST e infecções oportunistas do Programa DST/Aids, distribuição dos demais medicamentos e apoio técnico aos municípios.

O terceiro Componente da Assistência, o Especializado, está ligado diretamente ao Gabinete da Secretária e é conhecido por CEDMEX – Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional. Além dos três componentes que fazem parte da estrutura da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, cabe também ao Núcleo de Assistência Farmacêutica a responsabilidade referente ao atendimento e cumprimento das Demandas Judiciais oriundas de todo o Estado referente a medicamentos, suplementos alimentares e produtos à saúde.

O CEDMEX é responsável pela dispensação de 272 medicamentos, para 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 serviço hoje dispõe de um centro de dispensação central localizado na grande João Pessoa, um centro de dispensação para Crônicos Renais e transplantados, localizado na Central de Transplantes para atendimento aos municípios que faz 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 serviço ainda dispõe de um Serviço de Tratamento Assistido em Hepatites, localizado no Hospital Clementino Fraga e um Centro de Referência em Esclerose Múltipla, localizado na FUNAD; estes serviços além do acesso mais rápido ao medicamento contempla de um centro de aplicação do medicamento e toda uma assistência multiprofissional.

Além disso o Estado é responsável pela aquisição dos medicamentos na Assistência Farmacêutica Prisional, na qual repassa os medicamentos às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

Com o processo de pactuação das ações, cabe aos municípios a responsabilidade

pelo Componente Básico, cujo financiamento é repassado pelo Governo Federal. Este montante federal é repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde a estes municípios, de forma regular e automática, em parcelas de um doze avos. A contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

O Componente Estratégico tem o como objetivo disponibilizar medicamentos dos Programas Estratégicos, que são utilizados 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 a gestão estadual a responsabilidade de fazer o armazenamento e a distribuição aos municípios.

Já o Componente Especializado, tem como característica principal a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas neste componente, cujos medicamentos e outras tecnologias em saúde são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por meio das diferentes linhas de cuidado.

A Missão da Assistência Farmacêutica na Paraíba é planejar e coordenar as ações no Estado, promovendo o acesso ao medicamento e seu uso racional, prestando assistência integrada e humanizada ao paciente e à equipe da saúde, investindo em capacitação, qualificação dos serviços e gerenciamento contínuo das estratégias de assistência farmacêutica com responsabilidade técnica e social.

Diante das transformações ocorridas nas últimas décadas na Assistência Farmacêutica no SUS, reconhecem-se os avanços da organização e implementação da política de acesso a medicamentos no país e a importância do seu papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico e como insumo essencial à produção de serviços de saúde. Porém na busca da efetivação da assistência farmacêutica aos usuários do SUS em nosso Estado, uma vez que é uma das áreas onde se tem uma maior despesa financeira na saúde, é necessário investir na reestruturação dos serviços e ações, tendo como propósito não mais apenas o medicamento, mas a capacitação dos profissionais, condições adequadas de armazenamento, transporte e controle.

A viabilização de uma estrutura organizacional de uma Gerência Estadual de

Assistência Farmacêutica como sugestão, é imprescindível para a efetivação das ações de sua competência e deve ser dotada de recursos físicos, humanos e tecnológicos adequados. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos. De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c). É importante avaliar, de forma permanente, a estrutura física, a capacidade instalada, a modernização, a ampliação e os equipamentos necessários à estruturação da Assistência Farmacêutica. O armazenamento e a distribuição de medicamentos têm especial importância, devendo ser adequados às recomendações das Boas Práticas (CONASS, 2004a).

4.4.3 Tratamento Fora do Domicílio

Consiste em disponibilizar o deslocamento e ajuda de custo exclusivamente aos usuários do SUS e seus acompanhantes (se necessário) para a realização de atendimento médico especializado em média e alta complexidade de caráter eletivo em Unidades de Saúde próprias ou conveniadas/contratadas do SUS.

O Programa oferece consulta/tratamento ambulatorial, hospitalar/cirúrgico previamente agendado; passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem;
e ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.

Os critérios de concessão ao benefício TFD são:

- Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;
- Quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;

• Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de destino, através do aprazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos;
• Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e Com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada – PPI de cada município e na programação Anual do Município/Estado;

Para os casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade-CNRAC deverão ser seguidas as portarias e protocolos vigentes do MS. O TFD não poderá ser autorizado em situações de:

• Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS;
• Tratamento para fora do país;
• Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;
• Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio;
• Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.

Para obter o tratamento é necessário laudo médico, próprio do TFD, devidamente preenchido pelo médico especialista, onde será informada a necessidade do paciente realizar o tratamento fora de seu estado. Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:

• Pedido de Tratamento Fora de Domicílio – PTFD;
• Laudo Médico;
• Cópias de Exames recentes;
• Cópias da carteira de identidade, CPF, cartão SUS, comprovante de residência, cópia da conta bancária ou poupança;
• Cópias do RG, CPF, cartão SUS, cópia da conta bancária do acompanhante, se houver.

O processo de TFD terá validade de 01 (um) ano para atendimento da mesma patologia considerando data do laudo médico como referência. Após este período, o médico assistente de origem deverá renová-lo, justificando a necessidade da

permanência em TFD. O paciente ou seu representante legal deverá apresentar documentação exigida para nova avaliação, sob pena de cancelamento da concessão do benefício. Será necessária para renovação, cópia do processo anterior autorizado.

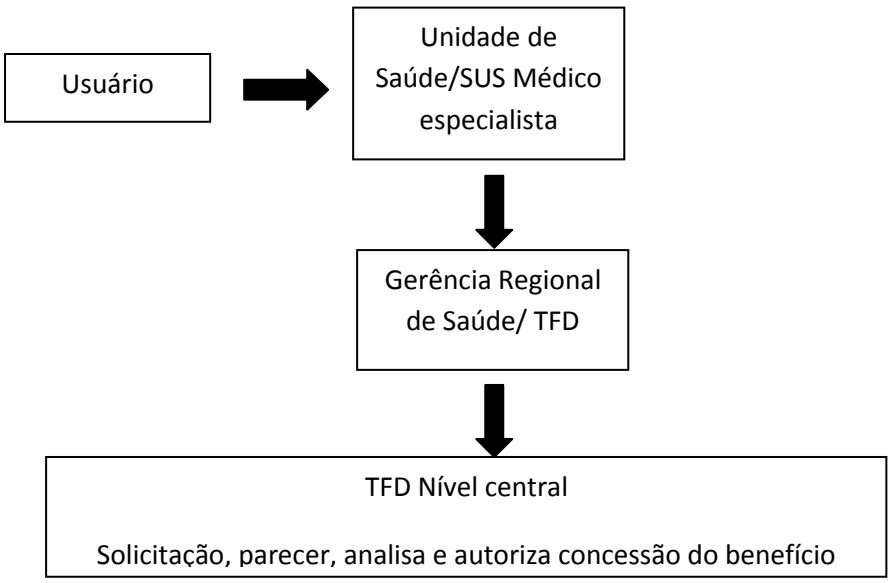
FLUXO DE ACESSO

FORA DO ESTADO

TFD Interestadual

Nos casos em que a oferta do serviço seja insuficiente ou inexistente no Estado, poderá ser solicitado atendimento fora do Estado. São processos para concessão de AJUDA DE CUSTO e TRANSPORTE para paciente e acompanhante. Este laudo será encaminhado à Coordenação do TFD do Estado onde será avaliado por equipe médica especializada.

Fluxograma da Gerência Regional de Saúde



DENTRO DO ESTADO

TFD Intraestadual

Quando o procedimento solicitado não estiver disponível na região de referência do paciente. A AJUDA DE CUSTO e TRANSPORTE para paciente e acompanhante são de responsabilidade Municipal. A Secretaria Municipal de Saúde de residência do paciente recebe solicitação do paciente, analisa PPI e agenda consulta/procedimento

para referência. Nos casos em que o paciente irá percorrer distância superior a 50km, deverá ser providenciado documentos comprobatórios para o deslocamento.

PROCEDIMENTOS TFD

TRANSPLANTES

FIGADO

PULMÃO

MÉDULA ÓSSEA

NEUROLOGIA

REABILITAÇÃO REDE SARAH

OFTALMOLOGIA

CÓRNEA INFANTIL

CARDIOLOGIA

TRANSPLANTE CARDÍACO

NEFROLOGIA

TRANSPLANTE DE RINS INFANTIL

ORTOPEDIA

REABILITAÇÃO REDE SARAH

QUADROS DE REFERÊNCIA POR MACRORREGIONAL DE SAÚDE.

1ª MACRORREGIÃO-ESPECIALIDADES

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	OFTALMOLOGIA	TRANSPLANTES	OUTRAS ESPECIALIDADES
1ªGRS	**379**	43	77	50	47	64	98
2ª GRS	**28**	00	00	00	07	10	11
12ªGRS	**04**	00	00	00	00	04	00
TOTAL DE USUÁRIOS =411							

2ª MACRORREGIÃO-ESPECIALIDADES

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	OFTALMOLOGIA	TRANSPLANTES	OUTRAS ESPECIALIDADES
3ªGRS/15ª/16ª	**163**	08	61	15	07	22	50
4ª GRS	**22**	02	05	00	06	02	07
5ªGRS	**21**	03	06	00	01	02	09
TOTAL DE USUÁRIOS= 206							

3ª MACRORREGIÃO-ESPECIALIDADES

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	OFTALMOLOGIA	TRANSPLANTES	OUTRAS ESPECIALIDADE
6ªGRS	**48**	03	20	00	11	02	12
7ª GRS	**03**	00	00	00	00	03	00
11ªGRS	**08**	00	02	00	00	00	06
TOTAL DE USUÁRIOS= 59							

4ª MACRORREGIÃO-ESPECIALIDADES

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	NEFROLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	OFTALMOLOGIA	TRANSPLANTES	OUTRAS ESPECIALIDADES
8ªGRS	**16**	01	05	00	01	04	05

9ª GRS	**57**	06	14	00	02	25	10
10ª /13ªGRS	**74**	14	13	00	01	32	14
TOTAL DE USUÁRIOS= 147							

QUADRO DE HOSPITAIS POR ESPECIALIDADES

HOSPITAL	**ESPECIALIDADE**
HOSPITAL DAS CLINICAS HOSPITAL DE RINS-SP HOSPITAL WALTER CANTÍDEO HOSPITAL OSWALDO CRUZ IMIP-PE HOSPITAL SANTA MARCELINA-SP	NEFROLOGIA
REDE SARAH	ORTOPEDIA
REDE SARAH HOSPITAL DAS CLINICAS-SP HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIBEIRÃO PRETO	NEUROLOGIA

DESPESAS DO TFD

As despesas permitidas pelo TFD são referentes a transporte (aéreo, terrestre e fluvial), ajuda de custo para alimentação com ou sem pernoite, para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com urna, preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD.

O valor para cobrir as despesas de transporte é calculado com base no valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre, 27 milhas náuticas para transporte fluvial, ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido.

O valor da ajuda de custo é baseado na tabela do SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) que tem os valores reajustados pela Portaria MS/SAS n° 2.848/07.

Para o processamento das despesas TFD será feito por meio do Boletim de Produção Ambulatorial, o qual deve ser enviado ao NUPRO para ser processado no SIA/SUS para fins de processamento e pagamento.

4.4.4 Central Estadual de Regulação Da Alta Complexidade-CERAC.

A CERAC Solicitante é a responsável pelo cadastro do paciente na CNRAC e pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado, sendo responsável também pelo deslocamento do paciente e do acompanhante, se necessário, garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento, bem como o retorno para o estado de origem, utilizando para isso verba do Tratamento Fora de Domicílio - TFD, conforme Portaria SAS n.º 055, de 24 de fevereiro de 1999. A CERAC Solicitante é responsável, ainda em proporcionar ao paciente o meio de transporte mais adequado conforme seu estado clínico.

Tem como objetivo principal regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, em **caráter eletivo**, desde que haja ausência de oferta de serviços em seu estado de residência ou com insuficiência comprovada. O pedido do tratamento será analisado pela Comissão Médica Reguladora do setor e posteriormente inserido no sistema de Informação em Saúde da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade-SISCNRAC e apreciado pela equipe médica consultora do Ministério da Saúde - MS. Não há obrigatoriedade da inclusão de laudo na CERAC no caso de demanda espontânea.

HOSPITAIS CONSULTORES E AUTORIZADORES PARA OS PROCEDIMENTOS CNRAC/CERAC

A CNRAC regula especialidades que, notoriamente, não estão disponíveis de maneira uniforme em todo o país, e funciona como uma estratégia de regulação para disponibilizar e garantir, de forma equânime e ordenada, o acesso da população, oriunda de qualquer local do país, a estas especialidades. Para avaliar os laudos médicos, a CNRAC conta com equipes consultoras em hospitais de referência nas especialidades reguladas. Hospitais consultores e autorizadores responsáveis pela análise dos laudos, por especialidade:

- Oncologia: Instituto Nacional de Câncer/RJ; Hospital das Clínicas de São Paulo/SP;

- Ortopedia: Instituto Nacional de traumato-ortopedia/RJ;
- Cardiologia e cirurgia cardiovascular: Instituto Nacional de cardiologia Laranjeiras/RJ; Hospital Dante Pazzanese: Fundação Adib Jatene/SP;
- Neurologia e neurocirurgia – Hospital Cristo Redentor - Grupo Hospitalar Conceição/RS;
- Exploração diagnóstica e cirurgia para epilepsia – Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Faepa / Ribeirão Preto – SP;
- Cirurgia Bariátrica- Faculdade de Medicina São Paulo-SP.

PROCEDIMENTOS CNRAC/CERAC (Ver quadros apêndice I)

4.4.5 Central De Transplante Da Paraíba (CNCDO/PB: Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Paraíba)

A Secretaria da Saúde do Estado (SES/PB), dentro da sua política de incentivo ao transplante, desenvolve ações que minoram as dificuldades encontradas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Contamos hoje com a dispensação de medicamentos de alta complexidade que são utilizados no pré-transplante, com a função de diminuir as rejeições após a realização do transplante.

O Estado da Paraíba tem a peculiaridade de manter convênio com uma Instituição Filantrópica (ISAS – Instituto de Assistência à Saúde), diretamente ligada à equipe de transplante renal, garantindo aos pacientes em lista de espera para transplante, a realização dos exames necessários que os mantenham aptos para recebimento do órgão quando contemplados com a doação.

Diante da inexistência de laboratório de histocompatibilidade no Estado, a SES/PB pactuou com a SES/PE, o envio de suas cotas para os exames de HLA e Cross Match, viabilizando a realização destes exames para os receptores e doadores de órgãos e de medula óssea. São competências da CNCDO/PB:

- Receber notificação, captar, distribuir órgãos e tecidos para transplante e gerenciar a lista de espera.
- Gerenciar a Lista Única para transplante de órgãos e/ou tecidos;
- Manter Programa de Educação Continuada junto às Escolas, Hospitais e Universidades;

- Participar de Feiras e Eventos Estaduais;
- Promover Campanhas em prol da Doação de Órgãos e/ou Tecidos para Transplante;
- Promover Cursos de Capacitação em Comissão Intra Hospitalar para Doação de Órgãos e/ou Tecidos para Transplante;
- 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;
- Acompanhar as atividades exercidas pelas Comissões Intra-Hospitalares de Transplante para Doação de Órgãos e/ou Tecidos (CIHDOTTS), com incentivo á criação de outras Comissões nos hospitais que ainda não as possuem;
- Credenciar e recredenciar junto ao SNT equipes e estabelecimentos para realização de Transplantes;
- Apoiar os serviços de diálise, com a coleta trimestral e envio do soro dos pacientes, para o Laboratório Histocompatibilidade, em Recife/PE;
- Gerenciar as Unidades de Captação de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Guarabira para acompanhamento das doações, captações e atividades administrativas por elas desenvolvidas;
- Capacitar equipes de transplante para utilização do programa SNT "SIG - 6.0;
- Viabilizar junto a SES/PB, medicações imunossupressoras necessárias à realização dos transplantes.

PERSPECTIVAS:

A CNCDO/PB recebe mensalmente recursos financeiros do Ministério da Saúde, e para tanto, precisa cumprir metas pré-estabelecidas. Caso contrário, os recursos deixarão de ser repassados. Assim sendo, nosso objetivo é viabilizar as ações para incremento da política de transplante no Estado, superando as dificuldades encontradas e mostrando resultados que atinjam as metas pactuadas, além de otimizar os meios que promovam o aumento do número de notificação de óbitos, a

abertura e a conclusão do processo de diagnóstico de M.E., e a eficiência das equipes de captação, são os nossos maiores desafios.

4.5 Centros De Referência de Saúde do Trabalhador – CEREST

Criado a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), 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.

Esses Centros de Referência desempenham, enquanto instância da RENAST, função de suporte técnico, de educação continuada, de coordenação de projetos de Assistência, Promoção e 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.

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, sendo este último aspecto, específico da referida política, e 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.

Atualmente, o Estado da Paraíba possui quatro CERESTs, sendo um Estadual e três regionais, localizados nos municípios de João Pessoa, responsável pela 1º Macrorregional de Saúde; no município de Campina Grande, que atua na 2º Macrorregional de Saúde; e o CEREST Regional de Patos, responsável pela 3º Macrorregional. É importante destacar ainda, que a 4º Macrorregional de Saúde, por não possuir CEREST regional, o CEREST Estadual é o responsável por desenvolver ações em Saúde do Trabalhador.

O CEREST Estadual atua de forma a possibilitar o apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; enquanto os

CERESTs regionais desenvolvem ações voltadas principalmente ao acolhimento e assistência aos trabalhadores.

Além dos referidos Centros, o Estado possui uma Rede Sentinela, ou seja, serviços de saúde referência no atendimento aos agravos relacionados ao trabalho, composta por 13 serviços de saúde em João Pessoa; 6 em Campina Grande; 4 no município de Patos; e 3 serviços sentinela em Saúde do Trabalhador em Sousa. A meta para o ano de 2016 é a ampliação da Rede Sentinela existente e a repactuação com os serviços de saúde que já constituem esta Rede.

4.6 Laboratório Central de Saúde Pública Da Paraíba – LACEN/PB

O Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba (LACEN-PB) foi instituído através da Portaria Ministerial N° 280, de 21 de junho 1977, e integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública- SISLAB, que é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, 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 2.031 de 23 de setembro de 2004.

O LACEN-PB é vinculado a Secretaria Estadual da Saúde, com área geográfica de abrangência estadual, executando as atividades no âmbito dos 223 municípios do Estado da Paraíba, no diagnóstico de doenças de notificação compulsória, na Vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis, no monitoramento de resistência bacteriana, 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 executa análises complementares ao diagnóstico de doenças e outros agravos à saúde, relacionados à assistência média de alta complexidade.

É de competência do LACEN PB, coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública. Encaminhar aos Laboratórios de Referencia Nacional e Regional, amostras inconclusivas, para complementação diagnóstica e aquelas destinadas ao controle de qualidade. Realizar o

controle de qualidade analítica da rede estadual. Habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo. Promover a capacitação dos recursos humanos da rede de laboratórios e disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas.

O compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde. O respeito ao cidadão quanto ao seu direito à saúde, a ética nas relações interpessoais. O compromisso com o desenvolvimento da qualidade técnico-científica e evolução tecnológica no âmbito laboratorial. A preservação da saúde do colaborador e a conservação do meio ambiente, articulado com o desenvolvimento profissional e a motivação dos colaboradores, em parceria com todos os integrantes do Sistema de Vigilância em Saúde buscando a produtividade e resolutividade dos serviços prestados, dentro da ótica de uma gestão participativa e o compromisso com a modernização gerencial são valores utilizados no LACEN PB na garantia de atender os clientes com vistas à sua satisfação.

A estrutura organizacional do LACEN-PB contempla três níveis hierárquicos: o político, o estratégico e o operacional, cuja autoridade e atribuições dos cargos estão descritas no Regimento Interno da Instituição. Possui ainda uma rede de unidades descentralizadas nas diversas Regiões do estado que realizam exames específicos, a saber:

- Municípios com Laboratório para Diagnóstico de Saúde Pública: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, Cabedelo.
- Municípios com Laboratório para análise da água: João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Cuité, Monteiro, Patos, Piancó, Sousa e Cajazeiras.
- Municípios com Laboratório para Diagnóstico de Leishmanioses: João Pessoa, Guarabira, Patos, Cajazeiras, Alagoa Grande, Areia e Alagoa Nova.
- Municípios com Laboratório para Diagnóstico de Chagas: João Pessoa, Guarabira, Patos e Cajazeiras.

Quadro 16: Exames de Saúde Pública Realizados no LACEN-PB

SETOR DE VIROLOGIA/IMUNOLOGIA	
AGRAVOS	**EXAMES REALIZADOS**
HEPATITES VIRAIS	1. Sorologia HBSAg (Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B). 2. Sorologia Anti–HAV (Anticorpos contra o vírus

	da Hepatite A) – HAV IgM e IgG 3. Sorologia Anti – HBC (Anticorpos contra o vírus da Hepatite B) – HBC Total e IgM 4. Sorologia Anti – HBS (Anticorpos contra o antígeno de superfície da Hepatite B) 5. Sorologia HBEAg 6. Sorologia Anti-HBE 7. Sorologia Anti – HCV (Anticorpos contra o vírus da Hepatite C) 8. PCR RNA HVC Qualitativo 9. PCR RNA HVC Quantitativo 10. Genotipagem do HCV 11. PCR RNA HBV Quantitativo 12. HBV DNA- carga viral do vírus da Hepatite
HERPES	1. Anti Herpes (Anticorpos anti-vírus do Herpes, HSV 1e2, Herpes vírus Humano HVH).
CITOMEGALOVÍRUS	1. Sorologia IgM 2. Sorologia IgG
RUBÉOLA	1. Sorologia IgM 2. Sorologia IgG
SARAMPO	1. Sorologia IgM
DENGUE	1. Sorologia IgM 2. NS1 3. Isolamento Viral
HIV	1. Anticorpo Anti- HIV I e II 2. Western Blot 3. Teste Rápido 4. Carga Viral 5. Subpopulação dos linfócitos CD4 e CD8
LEPTOSPIROSE	1. Sorologia IgM
MONONUCLEOSE - R. Paul Bunell-Davidson	1. Sorologia IgM 2. Sorologia IgG
PSA – Antígeno Prostático Específico	1. Total
SÍFILIS	1. VDRL 2. FTA-ABS
INFLUENZA	1. Sazonal 2. H1N1
ROTAVÍRUS	1. Pesquisa de Antígeno - ELISA
SETOR DE DOENÇAS PARASITÁRIAS	
AGRAVOS	**EXAMES REALIZADOS**
LEISHMANIOSE	1. Anticorpo Anti-Leishmaniose - Leishmaniose Visceral (Calazar) Humano e Canino 2. Reação de Montenegro 3. Pesquisa Direta (Escarificação da Lesão) – Leishmaniose Tegumentar
TOXOPLAMOSE	1. Sorologia IgM 2. Sorologia IgG

CHAGAS	1. Anticorpo Anti-Chagas
MALÁRIA	1. Pesquisa Direta (Gota Espessa)
FILARIOSE	1. Pesquisa Direta (Gota Espessa)
ESQUISTOSSOMOSE	1. Pesquisa Direta (Kato-Katz)
SETOR DE MICOBACTERIOLOGIA	
AGRAVOS	**EXAMES REALIZADOS**
TUBERCULOSE	1. Baciloscopia (Pesquisa de BAAR) 2. Cultura para Bacilos de Koch (BK) 3. Teste de Sensibilidade para Bacilos de Koch (BK) 4. Controle de qualidade.
SETOR DE BACTERIOLOGIA	
	EXAMES REALIZADOS
CULTURAS	1. Coprocultura (Cultura de Fezes) 2. Cultura para o Cólera 3. Urocultura (Cultura de Urina) 4. Hemocultura 5. Coqueluche 6. Difteria 7. Cultura de Secreção em Geral 8. Antibiograma (Teste de Sensibilidade Antibacteriana) 9. Cultura de Liquor (LCR)
REAÇÃO ANTÍGENO-ANTICORPO	1.Peste
SETOR DE MEIO AMBIENTE	
	EXAMES REALIZADOS
	1. Análise de água para consumo humano; 2. Monitoramento do cólera ambiental.
SETOR DE PRODUTOS	
	EXAMES REALIZADOS
	1. Controle de qualidade de água e alimentos; 2. Análise fiscal de alimentos. 3. Análise de água e alimento para investigação de surto de DTA (Doenças Transmitidas por Alimentos).

Fonte: Sistema de gerenciamento do ambiente laboratorial- GAL

4.7 Serviço de Verificação de Óbitos – SVO/PB

O SVO/PB é um órgão de saúde pública subordinado a Gerência Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria do 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 conseqüência de alguma patologia que não pode ser identificada pelos métodos clínicos habituais ou em óbitos ocorridos sem assistência médica. A criação do serviço é fundamental para a comunidade e gera um impacto positivo na saúde e na proteção social, já que, a partir da informação correta da "causa mortis", os gestores da saúde terão subsídios para traçar diretrizes e políticas de saúde, aumentando a eficiência das ações e, por conseguinte, o combate e controle das doenças que ameaçam a vida 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 Departamento de Medicina e o Centro de Ciências da Saúde o que permite a comunidade acadêmica ter um contato mais íntimo com os aspectos macroscópicos e microscópicos das patologias. Contamos ainda com parcerias com os demais órgãos Estaduais da Paraíba como GEMOL/PB (Gerência Executiva Médica-Odontológica 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 3.941.421 com cobertura no serviço.

Dessa forma, o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) têm por objetivo detectar as emergências epidemiológicas, o diagnóstico isolado ou surtos de doenças emergentes e reemergentes e ainda agravos inusitados. Além disso, orientar a tomada de decisões para o controle de doenças, bem como permite o aprimoramento da qualidade da informação de mortalidade para subsidiar as políticas de saúde do Estado da Paraíba.

4.8 AGEVISA

A Agevisa PB é uma Autarquia Especial criada pela Lei n.° 7.069, de 12 de abril de 2002, vinculada a Secretaria Estadual de Saúde, e atua em consonância às diretrizes da política estadual de saúde e aos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). 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, através 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 órgãos parceiros para a constante melhoria da qualidade de vida da população paraibana. O cumprimento dela é o pilar básico de suas ações.

Ações Necessárias

- Realizar parcerias (Regulado, Órgãos que capacitem, Consultorias, Órgãos Parceiros - públicos e privados - a fim de adquirir e repassar experiência conceitual e prática que são imparciais na conduta e solução da excelência em vigilância sanitária).
- Realizar eventos de capacitação para ampliar o processo de pactuação, visando realizar inspeções sanitárias em 100% dos serviços sujeitos ao controle sanitário da AGEVISA.
- Atuar principalmente na prevenção de riscos, e considerando o grau de

importância na proteção à saúde do consumidor, seguindo a premissa da ANVISA que vem reconhecendo a necessidade de harmonização na gestão da educação no âmbito da vigilância sanitária em sintonia com as demais áreas do SUS.

- Orientar essa harmonização, na ação para proteger a saúde e intervir nos riscos, e tornar a formação em vigilância sanitária PERMANENTE e ainda mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, estreitando relações educativas com a SES.
- Rompimento da fragmentação interna existente.
- Mudanças de cultura, de processos de trabalho e de organização do processo decisório.
- Consenso entre os Diretores para a mudança. Atendimento à 100 das denúncias de suas competências
- Empenho das áreas técnicas para uma atuação voltada para os processos de trabalho relacionados à MISSÃO da Agevisa.

A Agevisa vem implementando, por meio do Programa AGEVISA CAPACITA, a construção e consolidação desta Nova Vigilância Sanitária no estado da Paraíba. O Programa *Agevisa Capacita* está estruturado e integrado na política de governo do Estado, fundamentada no trabalho, atuando em consonância aos objetivos do SUS, às diretrizes da política estadual de saúde e inserida e alinhada ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

Quatro Eixos Integrados contemplam as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

EIXOS INTEGRADOS de Desenvolvimento da AGEVISA PB:

- EIXO 1 - EFICIÊNCIA
- EIXO 2 – RECURSOS HUMANOS
- EIXO 3 - INOVAÇÃO
- EIXO 4 - INTERSETORIALIDADE

V REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

A Constituição Federal, no cap. II, seção II, art. 198, e a Lei Orgânica da Saúde, no cap. II, art. 7º, definem claramente que a assistência à saúde deve ser organizada em níveis crescentes de complexidade, estruturadas em redes regionalizadas e hierarquizadas em níveis crescentes de complexidade assistencial, com definição de fluxos de referência e contra referência de pacientes. A composição das redes busca uma forma mais eficiente e eficaz de organizar a assistência à saúde e garantir o pleno acesso da população aos serviços.

5.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A atenção às urgências e emergências no Brasil, ao longo da existência do SUS, permaneceu centrada nos hospitais. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população levando a necessidade de pensar de forma integrada com outros pontos de atenção.

A portaria MS/GM N° 1.600, de 07 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui diretrizes para a conformação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção aos indivíduos em situações de urgências e emergências. A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de atenção à saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e/ou emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Tornando-se imperativo articular equipamentos e suas interfaces nas modalidades de promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, UPA 24h, salas de estabilização, SAMU 192, portas hospitalares de atenção às urgências, enfermarias de retaguarda, unidades de cuidados intensivos e atenção domiciliar, assim como, a utilização de protocolos e inovações tecnológicas nas linhas de cuidados definidas como prioritárias.

Constituem como base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, devendo ser requisitos de todos os pontos de atenção, priorizando as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

O perfil de mortalidade do estado da Paraíba, nos últimos seis anos, aponta como os principais grupos de causas de óbitos as Doenças Cardiovasculares e as Causas Externas.

Neste contexto, o estado da Paraíba vem direcionando seus esforços no reordenamento das redes de atenção a saúde de forma regionalizada, com a implantação das linhas de cuidados prioritários, organização dos serviços e qualificação de recursos humanos em saúde.

A Regionalização foi determinada como princípio de organização na conformação da rede de serviços de forma hierarquizada e articulada, definida a partir de critérios epidemiológicos e de densidade populacional, levando em consideração as potencialidades tecnológica e operacionais da rede de serviços existente no Estado composta por 33 hospitais. Em 2013 foi aprovado o Plano da Rede de Urgência e Emergência para primeira Macrorregião com 64 municípios e com a maior densidade tecnológica. Após dois anos de implantação foi possível avaliar a necessidade de rever o Plano com perspectivas de atender de forma integral e mais próxima do âmbito local toda a população do Estado.

O processo de ampliação do acesso aos componentes da RUE para todo o Estado, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos acontece de forma pactuada com as regiões de saúde a partir de um novo diagnóstico das potencialidades e necessidades da rede de serviços nas quatro macrorregiões, sendo necessário, para a aquisição de qualquer componente da RUE, o cumprimento dos requisitos estabelecidos na legislação em vigor. O novo desenho possibilita o acesso as três linhas de cuidados prioritários cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Para isso, foram avaliadas as portas de entrada existentes e escolhidas as que tem potencialidade para servir como hospitais âncoras para os cuidados iniciais de estabilização possibilitando a oferta de procedimentos necessário e seguro para tratamento de forma ágil e em tempo oportuno nas linhas de Prioritárias.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado da Paraíba

A RUE do estado da Paraíba segue em concordância com as diretrizes estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, 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.

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 aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, ocorrem com o suporte efetivo do monitoramento e da 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, todos os municípios do estado da Paraíba, em conjunto com a Gestão Estadual, deverão promover 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:

Promoção, prevenção e vigilância à saúde no Estado da Paraíba.

A Gestão estadual irá estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, juntamente com os Gestores municipais, voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e

mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

A Atenção Básica em Saúde (ABS)

Objetivando ampliar o acesso e fortalecer o vínculo e responsabilização com o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, torna-se imprescindível a implantação de acolhimento com classificação de riscos e vulnerabilidades e estruturação dos pontos de atendimentos da ABS em todos os municípios do estado da Paraíba que possam tornar as UBSs aptas para as urgências sensíveis á atenção básica que hoje migram para as portas de entrada dos Hospitais de Urgências.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 no Estado da Paraíba

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funcionam 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 os atendimentos 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 a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

As ambulância são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos 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 do 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;

Atualmente em torno de 100% da população do estado têm cobertura do SAMU 192, correspondendo a 3.540.536 habitantes do Estado. Apresentando-se quase completa a cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência.

Atualmente no Estado da Paraíba existem 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) e noventa e nove bases descentralizadas.

Quadro 17: CENTRAIS DO SAMU:

	JOÃO PESSOA	**CAMPINA GRANDE**	**MONTEIRO**	**PATOS**	**PIANCÓ**	**SOUSA**	**CAJAZEIRAS**	**POPULAÇÃO TOTAL**
POPULAÇÃO	**1.794.393**							**3.540.536**
USA	**12**	**10**	**01**	**03**	**05**	**05**	**02**	**38**
USB	**36**	**33**	**06**	**10**	**15**	**14**	**07**	**121**

1ª Macrorregião 64 Municípios - 34 Bases (10 João Pessoa)

13 Unidades de Suporte Avançado (05 João Pessoa) 33 Unidades de Suporte Básico (10 João Pessoa)

2ª Macroregião

70 Municípios - 32 Bases (26 CG e 06 Monteiro) 11 Unidades de Suporte Avançado (10 CG e 01 Monteiro) 45 Unidades de Suporte Básico (39 CG e 06 Monteiro)

3ª Macroregião

55 Municípios - 20 Bases (07 Patos e 13 Piancó) 08 Unidades de Suporte Avançado (03 Patos e 05 Piancó) 27 Unidades de Suporte Básico (11 Patos e 16 Piancó)

4ª Macroregião

34 Municípios – 19 Bases (12 Sousa e 07 Cajazeiras), 07 Unidades de Suporte Avançado (05 Sousa e 02 Cajazeiras) 21 Unidades de Suporte Básico (14 Sousa e 07 Cajazeiras)

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

As Unidades de Pronto Atendimento estão sendo implantadas em locais estratégicos e se configuram como ponto importante na rede de atenção às urgências e emergências, utilizando também o 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 da RUE de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado, conforme determina o Pacto pela Saúde e a Portaria GM/MS nº 1.864/2003.

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. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com 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.

UPA Porte I: tem de 5 a 8 leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

UPA Porte II: 9 a 12 leitos de observação. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Quadro 18: UPAS EM FUNCIONAMENTO:

1. UPA 24h Santa Rita - Porte I – 10/2010; SES
2. UPA 24h Guarabira - Porte I – 08/2011; SES
3. UPA 24h João Pessoa - Porte II - 12/2011;
4. UPA 24h Campina Grande - Porte III - 05/2012;
5. UPA 24h Pombal - Porte I - 05/2012;
6. UPA 24h Monteiro - Porte I - 06/2012;
7. UPA 24h Cajazeiras - Porte I - 12/2013; SES
8. UPA 24h João Pessoa - Porte II - 08/2014;
9. UPA 24h Piancó - Porte II – 2013;
10 UPA 24h Princesa Isabel - Porte I – 2014.

Quadro 19: UPAS QUE ESTÃO SENDO IMPLANTADAS:

1. UPA 24h Bananeiras
2. UPA 24h Bayeux
3. UPA 24h Campina Grande

4. UPA 24h Conde
5. UPA 24h Cuíte
6. UPA 24h Esperança
7. UPA 24h Ingá
8. UPA 24h João Pessoa (Cruz das Armas)
9. UPA 24h João Pessoa (Bancários)
10. UPA 24h Patos
11. UPA 24h Rio tinto
12. UPA 24h Sapé
13. UPA 24h Serra Branca
14. UPA 24h Souza

Serviço de Atenção Domiciliar – SAD

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 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, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três Modalidades:

AD1: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

AD2: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

AD3: A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Para a admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença de cuidador identificado.

Nas modalidades AD2 e AD3, deverá ser garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Quadro 20: SAD (SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR) EM FUNCIONAMENTO:

UF	Municípios com Melhor em Casa	CNES	Estabelecimentos com equipes vinculadas	N° de EMAD Tipo 1 implantadas	N° de EMAD Tipo 2 implantadas	N° de EMAP implantadas
	CONCEICAO	2701677	Centro de Especialidades Médicas de Conceição	0	1	1
	CONDE	2341158	Unidade de Saúde da Família N S da Conceição	0	1	0
	CONDE	2342723	Centro Municipal de Saúde Dr. Jarbas Maribondo Vinagre	0	0	1
	CUITE	2342642	Hospital e Maternidade Munic. de Cuité	0	1	1
	GUARABIRA	3360415	Complexo Neurofuncional Maria Moura de Aquino	1	0	1
	ITAPORANGA	2604868	Policlínica Manoel Medeiros Maia Itaporanga	0	1	1
	JOAO PESSOA	7419473	Serviço de Atenção Domiciliar SAD João Pessoa	7	0	3
	MONTEIRO	7058284	UPA Joaquina Pires Barbosa Henrique	0	1	1
	POMBAL	2592088	Centro de Saúde Avelino Queiroga	0	1	1
	QUEIMADAS	5974925	Núcleo de Apoio a Saúde da Família Tataguassú	1	0	1
	SERRA GRANDE*	2701677	Centro de Especialidades Médicas de Conceição	0	0	0
Total				**9**	**6**	**11**

*O município de Serra Grande é coberto pelas equipes do município de Conceição (Consórcio).

SOS EMERGÊNCIA

O SOS Emergência é um programa para qualificação do componente de atenção hospitalar da RUE, realizado para melhoria da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares, conforme Portaria Nº 1.663 de Agosto de 2012, e em 2013 o Estado da Paraíba e o Ministério da Saúde assinaram convênio para ser implantado no Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena com Proposta Aprovada em CIB 30/11/2015 para ser no Hospital de Trauma de Campina Grande .

São objetivos do Programa SOS Emergências:

I - estimular a organização e a implantação da RUE, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão do SUS para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança de modelo de atenção nos grandes prontos-socorros dos estabelecimentos hospitalares integrados ao SUS;

II - intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS;

III - assessorar tecnicamente a equipe do hospital participante do Programa e oferecer capacitação para aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência e emergência;

IV - apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde; e

V - possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.

O Programa SOS Emergências se integra a RUE para promover a gestão interna e servir de modelo e orientação para as demais portas da Rede estadual, se adequando aos critérios de qualificação dispostos no art. 10 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, e cumprir as seguintes exigências:

I - construir processo seguro e qualificado de gestão das emergências por meio da criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), observado o disposto nos artigos 27 e 28 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 2011;

II - elaborar o diagnóstico situacional acerca do papel do estabelecimento hospitalar na Região de Saúde, com análise dos processos internos de trabalho e da gestão interna;

III - elaborar o plano de ação para melhoria do acesso e qualidade assistencial;

IV - monitorar e avaliar os produtos e resultados das ações previstas no plano de ação;

V - criar mecanismos seguros de gestão do acesso pelo risco por meio da implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR);

VI - implantar programa de qualificação dos profissionais para atendimento ao paciente em situação de urgência e emergência;

VII - instituir espaços de discussão coletiva com os trabalhadores;

VIII - induzir melhorias no gerenciamento da Unidade de Emergência por meio da readequação e/ou implantação de sistemas de gestão hospitalar para o monitoramento contínuo da qualidade assistencial;

IX - participar, por meio de representantes do NAQH, da construção do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências do seu território; e

X - atuar de forma conjunta desenvolvendo estratégias que envolvam a articulação e integração do estabelecimento hospitalar ao SUS e suas redes de atenção.

PORTAS DE ENTRADA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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/pronto atendimentos que são importantes referências para as redes municipais, regionais ou estaduais de saúde.

Conforme Portaria Nº 2.395 11 de outubro de 2011 que *Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

São objetivos do Componente Hospitalar da Rede 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 atendimentos 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.

Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

II - humanização da 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, urgência 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.

Art. 5º 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 (vinte e quatro) 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 Urgência previstas nesta Portaria.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

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

II -ter no mínimo 100 (cem) 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.

Quadro 21: Hospitais Aprovados no Plano da RUE para 1 º Macrorregião e as novas aprovações para ser Hospitais âncoras para toda a Paraíba:

CNES	Hospital	CNPJ	Município
2593262	Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HETSHL	08778268003771	João Pessoa
2399628	Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity – CHMGTB		João Pessoa
2400324	Hospital Edson Ramalho – HER	10848190000155	João Pessoa
	Hospital Municipal Valentina – HMV		João Pessoa
2399555	Hospital Municipal Santa Isabel – HMSI		João Pessoa
2603802	Hospital Regional de Guarabira (Complexo de Saúde do Município de Guarabira) – HRG	08778268003690	Guarabira
6644996	Hospital Regional de Itabaiana – HRI Passou ao perfil de cirurgias e eletivas e retaguarda		Itabaiana
	Hospital de Trauma de Campina Grande proposta aprovada em CIB 30/11/2015		Campina Grande
	Hospital de Patos Proposta aprovada em CIB 30/11/2015		Patos

5.2 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. Tendo como referencia norteadora das ações 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 (puerperio), 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).

Tem como objetivos:

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

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, através de Planos de Ação Regional (PAR) que foram discutidos e pactuados em CIR

(Comissão Intergestora Regionais), de acordo com as necessidades das regiões de saúde.

Inicialmente, 07 Maternidades ficaram de referência para o parto de alto risco, 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)

A Paraíba irá contar ainda com a construção de 05 Centros de Parto Normal (CPN), sendo 02 em João Pessoa, 01 em campina Grande, 01 em Patos e 01 em Cajazeiras. E 06 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP – Casas de apoio a Gestante, Bebê e Puerpera) que serão distribuídas da seguinte forma: 03 em João Pessoa, 01 em Campina Grande, 01 em Patos e 01 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 a mulher em todo o seu ciclo gravídico puerperal e a criança até 24 meses.

5.3 REDE DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

A Rede de Cardiologia Pediátrica teve início em 2011 quando a SES/PB implantou a Rede Paraíba/Pernambuco de Cardiologia Pediátrica, em convênio com a ONG Círculo do Coração, de Recife/PE. O convênio foi firmado o dia 17 de outubro de 2011 e renovado em 2013. Inicialmente, integrava treze maternidades localizadas em municípios pólos de referência como João Pessoa, Picuí, Monteiro, Esperança, Itaporanga, Guarabira, Campina Grande, Sousa, Patos e Cajazeiras, além de um Centro de Referência, o Hospital Infantil Arlinda Marques. Em 2013, passou a integrar vinte maternidades e o Centro de Referência.

A Rede de Cardiologia Pediátrica no estado aprofundou discussões acerca do fluxo hospitalar, atendimento ambulatorial, recém-nascido pós-alta, crianças crônicas, cirurgias neonatais e da rede cardiológica no estado. Além disso, hoje oferece à população a Rede de Perinatologia, a qual apresenta evidentes benefícios para os recém-natos e seus familiares.

No entanto, hoje o Hospital Infantil Arlinda Marques não suporta mais a

sobrecarga de outras atribuições clínicas e cirúrgicas demandadas pela população e a cirurgia cardíaca pediátrica ficou limitada em seus horizontes de crescimento naquele hospital. Por esta razão, a SES/PB passou a realizar mutirões de cirurgias cardíacas pediátricas no Hospital de Mamanguape/PB, o qual instituirá a rotina dessas cirurgias no hospital.

Nesse ínterim, a SES/PB desenvolveu um projeto de adequação do novo Hospital Metropolitano de Santa Rita (em construção) para cumprir o perfil de alta complexidade em Cardiologia e Neurologia adulta e pediátrica no Estado. Concluída essa etapa, até o final de 2018, a SES/PB terá consolidado a rede Paraíba/Pernambuco de Cardiologia Pediátrica e concluirá a transferência de toda tecnologia para o Estado da Paraíba, além de dar suporte para a implantação do mesmo modelo de rede da cardiologia pediátrica, para toda linha de cuidado de pacientes com doença arterial coronariana e doença cérebro vascular.

Dessa forma, a perspectiva para o quadriênio 2016-2019 é de plena atividade da Rede de Cardiologia Pediátrica Paraíba-Pernambuco em solo paraibano e com integral transferência de tecnologia para os trabalhadores de saúde da SES/PB.

Além disso, o Hospital Metropolitano de Santa Rita, futura sede da Rede de Cardiologia Pediátrica Paraíba-Pernambuco, também integrará a Rede de Urgência e Emergência (RUE) do estado da Paraíba, pois será a porta de entrada dos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e com Acidente Vascular Cerebral (AVC), referência para todos os 223 (duzentos e vinte e três) municípios do estado.

Finalmente, além de integrar a RUE, o hospital será a sede física da coordenação de toda rede de atenção às condições crônicas cardiológicas e neurológicas, realizando a atenção clínica e cirúrgica de adultos e crianças em condições de se submeterem a procedimentos eletivos.

5.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O usuário de Saúde Mental na Paraíba pode contar com serviços específicos da REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Portaria 3088, Republicada em 21 de Maio de 2013).

Estes serviços são:

- Consultório na Rua

  Com equipes que realizam atividades de forma itinerante às demandas das pessoas em situação de rua e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (USB) do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, com os CAPS, os Prontos Socorros e etc..

- Centros de Convivência

  É unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

- Caps I e II

  Serviços implantados nos municípios de menor porte 15 mil habitantes, que além dos demais usuários portadores de transtorno mental, atendem as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Funcionam de segunda à sexta, no horário diurno.

- 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.

- Caps AD e AD III

  É um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada. Seu público específico são os adultos, mas também podem atender crianças e adolescentes, desde que observadas às orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os CAPS oferecem atendimento à população, realizam 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. Os CAPS

também atendem aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias (AD III).

- CAPS Infatojuvenil

  Serviço de atenção diária destinado especificamente o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Funcionam de segunda à sexta, no horário diurno.

- Unidades de Acolhimento Adulto ou Infantojuvenil

  Serviço que oferece 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. Funciona 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 07 (sete) dias da semana; e tem caráter residencial transitório. Os usuários acolhidos nestes serviços são referenciados pelo Caps (AD III e Infantojuvenil) nos quais são acompanhados.

- Serviços Residenciais Terapêuticos

  São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

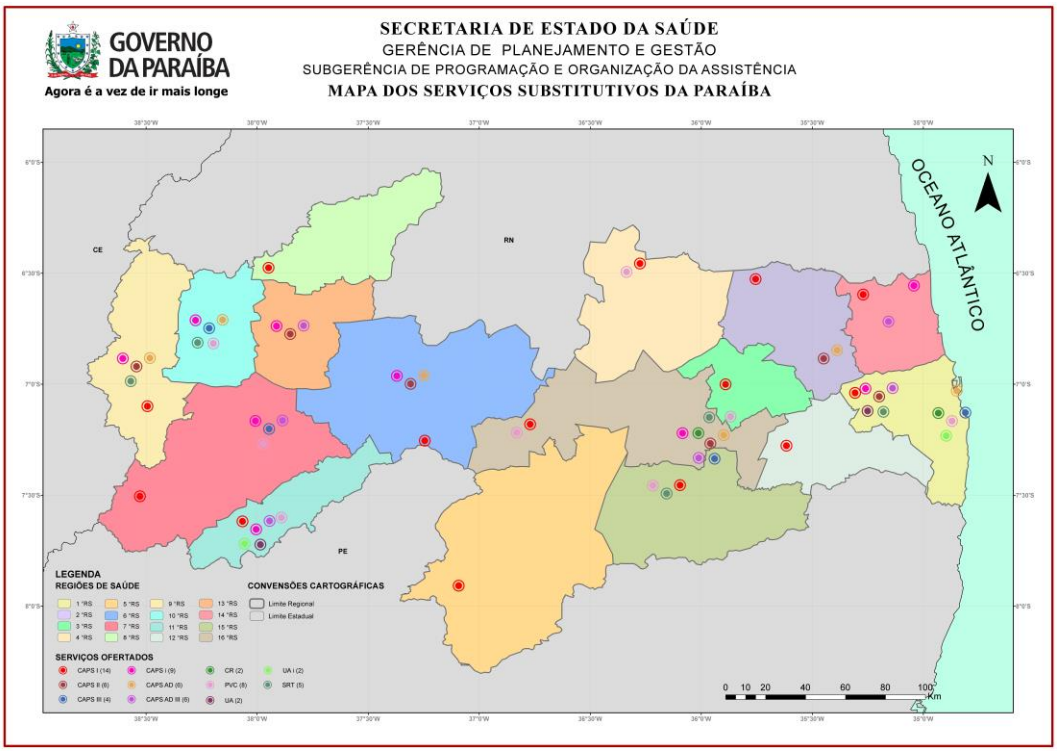
- Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

  Oferecem atenção hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.

- Programa de Volta para Casa (PVC)

  Enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Mapa 02: Total de serviços substitutivos da Paraíba – 2015



Quadro 22: Distribuição dos serviços substitutivos na Paraíba

RS	# CAPS I	# CAPS II	# CAPS III	# CAPSi	# CAPS AD	# CAPS AD III	# SRT	# PVC	# UA	# UA i	# CR
1° RS	4	4	2	2	1	3	3	2	1	1	4
2° RS	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
3° RS	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4° RS	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
5° RS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6° RS	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
7° RS	3	0	1	1	0	1	0	6	0	0	0
8° RS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9° RS	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
10° RS	0	0	1	1	1	0	2	4	0	0	0
11° RS	4	0	0	1	0	1	0	3	1	1	0
12° RS	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13° RS	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
14° RS	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
15° RS	6	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0
16° RS	7	1	1	2	1	1	7	68	0	0	1

5.4REDE DE ATENÇÃO AS DOENÇAS CRÔNICAS

I-Conceito

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas, que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

II-Objetivos:

1- Realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

2-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

Competências por ente federativo:

III Compete às Secretarias de Saúde dos Estados:

1 - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas;

2 - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado;

3 - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado;

4 - acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

5 - organizar a referência e a contrarreferência estaduais e regionais por meio da regulação com definição de critérios e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

6 - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e

7 - apoiar e organizar a implantação de sistemas de informação vigentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos Municípios, e apoiar a utilização dos sistemas

IV Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios:

1 - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais;

2 - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas;

3 - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas;

4 - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades;

5 - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e

6- garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber.

V- Perspectivas de Organização e Implantação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas no Estado:

1- O estado da Paraíba na perspectiva da construção dessa rede de atenção e alinhada à legislação vigente, pautou-se nas **Portaria Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013**que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **Portaria nº 425, de 19 de Março de 2013** estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Portaria nº 874, de 16 de Maio de 2013** que 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). **Portaria GM 483/2014** que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, estabelecendo como prioritário o enfrentamento às condições crônicas relativas às neoplasias e o sobrepeso e obesidade e de forma paulatina e em apoio aos municípios organizará a implantação das demais condições crônicas mais incidentes e de maior agravo no estado e **Portaria SAS 140/2014** que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento,

monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS

2- Priorizou as Doenças crônicas mais incidentes considerando os agravos de maior magnitude: Neoplasias, Sobrepeso e Obesidade, Nefrocardiovasculares, Diabetes e Hipertensão;

3- Avançou na discussão com a Elaboração do **Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis com ênfase na implantação da Linha de Cuidado das Pessoas com neoplasias,** considerando os cânceres mais incidentes do estado;

4- Avaliou e apontou as principais fragilidades e potencialidades da Rede de atenção às pessoas com neoplasias de maior incidência

5- Elaborou Plano de Ação para Monitoramento e Avaliação da Rede de Atenção às neoplasias com objetivos e metas definidas entre os componentes de atenção e ente estadual e municipais para organização e qualificação da Rede;

6-Encontra-se em construção o **Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças crônicas não transmissíveis com ênfase na implantação da Linha de Cuidado das Pessoas com sobrepeso e obesidade.**

VI- Pontos de Atenção da Rede de Atenção ás doenças crônicas;

Atenção Básica:

Planilha anexa

Atenção Especializada:

Planilha anexa

VII-Desafios:

- Insuficiência nas ações de promoção e prevenção das neoplasias, focadas apenas em mama, colo de útero e próstata;

- Ausência de uma linha de cuidado por desarticulação da atenção básica e os pontos de atenção especializados;
- Dificuldade de acesso para diagnóstico e tratamento do câncer;
- Mediana de 120 dias entre a data do diagnóstico e início do tratamento;
- Ausência de Regulação, o acesso se dá por demanda espontânea;
- Grandes distâncias entre o município de origem do usuário e o município de referência.
- Ausência de ações de promoção e prevenção do sobrepeso e obesidade na Atenção Básica;
- Ausência de uma linha de cuidado direcionada ao sobrepeso e obesidade por parte da atenção básica e os pontos de atenção especializados;
- Ausência de referência e contra referência entre os pontos de atenção .

VIII-Estratégias para Enfrentamento:

- Readequação dos serviços especializados: CACON e UNACON à luz da Portaria 140/2014 impõe a realização do diagnóstico diferencial ao tratamento;
- Readequação da oferta de serviços de acordo com as pactuações com os municípios de referência através da programação de incrementos em portarias MAC ainda não programados;
- Implantação do UNACON em Patos;
- Proposta de iniciar a regulação pelos municípios de João Pessoa e Campina Grande;
- Plano de ação para monitoramento das linhas de cuidado das neoplasias mais incidentes;
- Tonar efetivas as ações de prevenção e promoção da Atenção Básicadirecionadas ao sobrepeso e obesidade.
- Monitorar a linha de cuidado do sobrepeso e obesidade através do Plano de Ação.

5.5 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Governo do Estado da Paraíba reafirma o compromisso com 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. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi instituída pela Portaria GM/MS 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.

Componentes da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência:

a) Atenção Básica;

A Atenção Básica (AB), a partir do processo de regionalização do SUS, e da estruturação das Redes de Atenção a Saúde, 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 na Rede de Atenção a Saúde do Estado.

O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver, e 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;

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à 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 temos a rede especializada em reabilitação seja permanente ou temporária. Nesse componente identificamos no Estado da Paraíba serviços no âmbito governamental e de outras instituições que atendem as 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 serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional.

O serviço do tipo CER, funcionando no Estado da Paraíba é o CER IV da FUNAD. Há outros serviços aprovados, em fase de conclusão (vide tabela abaixo):

Quadro 23: SERVIÇOS (CER e Oficinas Ortopédicas) APROVADOS POR REGIÃO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	TIPO DE CER
1ª REGIÃO	JOÃO PESSOA	**Habilitação CER IV – FUNAD** **Construção de Oficina Ortopédica FIXA-FUNAD** Construção CER II (Física e Intelectual)
	SANTA RITA	Construção CER II (Física e Visual)

	CONDE	Ampliação CER II (Física e Auditiva)
2ª REGIÃO	ARARURA	Ampliação CER II (Física e Auditiva)
	GUARABIRA	Ampliação CER III (Física, Intelectual e Visual)
	SOLÂNEA	Construção CER II (Física e Visual)
4ª REGIÃO	CUITÉ	Construção CER II (Física e Auditiva)
10ª REGIÃO	SOUSA	Construção CER IV (Física, Intelectual, Auditivo e Visual)
11ª REGIÃO	PRINCESA ISABEL	Construção CER III (Física, Intelectual e Visual)

Além dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) o Estado custei com recursos próprios o Centro de Referência em Esclerose Múltipla da Paraíba (CREM/PB) que funciona na FUNAD e o Programa SOS Bebê de Alto Risco, convênio firmado entre o Estado, a partir da FUNAD, e maternidades públicas e privadas de João Pessoa, dentre elas o Instituto Cândida Vargas, a Maternidade Frei Damião, o Hospital Universitário Lauro Wanderley, a CLIM – Clínica Integrada da Mulher Hospital e Maternidade, o Hospital Unimed João Pessoa e o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho, ação em rede para captar os recém nascidos e encaminhar para acompanhamento assim que se detecta qualquer tipo de deficiência.

Entidades Beneficentes e sem fins

Associação de Assistência à Criança Deficiente, AACD de Campina Grande. (Convênio com o Estado)

Centro Elohim de Equoterapia e Hipismo- CEEQ- Campina Grande/PB. (Convênio com o Estado)

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 se dará a partir do momento que os Centros de Reabilitação (CER) estiverem funcionando serão contratualizados com 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.

A perspectiva é que em breve possamos concluir os Planos de Ação Regionais para termos uma rede de atenção e cuidados à pessoa com deficiência funcionando em todo o Estado de forma pactuada entre os gestores, profissionais e unidades de saúde.

VI FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 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. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde (BRASIL, 2011).

A referida Emenda foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, a mesma 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 (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 providências"(extraído da ementa da referida lei) (BRASIL, 2012).

A Emenda preconiza para os Estados um investimento mínimo em ações e serviços de saúde de 12% da receita liquida de impostos de natureza estadual. No tocante ao investimento previsto, a Paraíba superou esse índice, atingindo o mínimo de 12,0% e o máximo de 13,69 (Quadro 24).

Quadro 24 - Histórico do percentual mínimo e aplicado pelo Estado da Paraíba de acordo com a com a EC 29 e LC 141 - 2011 / 2015.

Estado	2011		2012		2013		2014	
	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado	% mínimo	% aplicado
25 - Paraíba	12,00	12,03	12,00	13,45	12,00	13,44	12,00	13,69

Fonte: SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, disponível em http://siops.datasus.gov.br.

Por sua vez, o quadro 25, traz o demonstrativo da Receita Corrente Líquida do Estado da Paraíba – 2011/2014.

Quadro 25– Demonstrativo da Receita Corrente Líquida do Estado da Paraíba. Ano 2008/2011.

ANO	RECEITA LIQUIDA ARRECADADA	% APLICADO - EC 29 / LC 141	DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	RESTOS A PAGAR CANCELADOS
2011	5.418.001.050,50	12,03	722.222.044,15	70.550.928,62
2012	5.890.069.653,64	13,45	800.084.077,57	7.974.352,26
2013	6.562.191.029,55	13,44	896.407.126,35	0,00
2014	7.305.185.814,29	13,69	1.000.343.453,56	0,00
2015*	5.150.683.000,00	12,57	647.687.000,00	0,00

Fonte: SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, disponível em http://siops.datasus.gov.br.

De acordo com o Quadro 26, dentre os quatro anos apontados, a saúde apresenta crescimento no tocante a evolução da despesa.

Quadro 26 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde, Estado da Paraíba. Ano 2011/2014.

ANO	VALOR - R$
2011	722.222.044,15
2012	800.084.077,57
2013	896.407.126,35
2014	1.000.343.453,56
2015*	647.687.000,00

***** Até o 4º Bimestre

Fonte: SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, disponível em http://siops.datasus.gov.br.

Conforme o Quadro 26, dentre os quatro anos apontados, a saúde, apresenta crescimento no tocante a evolução da despesa. No período analisado, houve crescimento substancial dos recursos aplicados em saúde no estado.

Quadro 27: Participação da despesa total empenhada com ações e serviços públicos de saúde. Paraíba. Ano 2011/2014.

ANO	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS - VALOR LIQUIDADO	OUTRAS DESOESAS CORRENTES - VALOR LIQUIDADO	DESPESAS DE CAPITAL - VALOR LIQUIDADO	TOTAL
2011	451.451.186,53	315.124.325,65	46.185.942,97	812.761.455,15
2012	459.958.654,49	422.609.072,00	33.780.792,46	916.348.518,95
2013	490.523.445,45	444.818.082,55	52.701.388,67	988.042.916,67
2014	543.261.504,91	497.078.824,74	70.635.634,42	1.110.977.978,07
2015*	347.609.000,00	341.308.000,00	48.797.000,00	737.714.000,00

Fonte: SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, disponível em http://siops.datasus.gov.br.

* Até o 4º Bimestre.

Considerando a Despesa Orçada e Empenhada por ano e categoria de despesas, observou-se que, na categoria de despesas Pessoal e Encargos Sociais, o orçamento inicial é determinado pela Secretaria de Administração quando é apresentado o teto financeiro para elaboração da proposta orçamentária, ficando sempre muito aquém do que é realizado durante o exercício. Pela série histórica fica claro essa situação, que é regularizada através de suplementações ao final da execução.

Por sua vez, a mesma situação ocorre para a categoria Outras Despesas Correntes, que representa o custeio da Rede de Saúde do Estado, pois o limite

financeiro inicial ofertado a Saúde apresenta-se insuficiente para as despesas necessárias à prestação de bons serviços, sendo necessária realização de suplementações para cobertura de tais despesas.

No Quadro 27 observa-se o percentual de distribuição do recurso entre as três linhas de execução, ou seja, pessoal e encargos sociais, outras despesas correntes e capital.

Quadro 28 - Recursos Federais transferidos ao Fundo Estadual de Saúde por Blocos de Financiamento. Paraíba. Ano 2011/2014.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	2011	2012	2013	2014
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	9.777.673,55	13.392.862,71	15.305.913,71	12.655.045,81
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	33.186.276,23	59.953.248,77	63.232.554,86	77.391.633,51
INVESTIMENTO	6.150.511,56	2.998.232,00	2.246.727,00	4.957.300,71
GESTÃO DO SUS	4.623.294,07	5.267.631,06	1.806.957,79	466.512,00
ATENÇÃO BÁSICA	76.475,67	308.760,00	355.320,00	200.340,00
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	15.664.869,00	9.462.989,61	9.172.459,38	8.155.769,91
TOTAL - R$	**69.479.100,08**	**91.383.724,15**	**92.121.945,74**	**103.826.601,94**

A participação dos recursos provenientes do Ministério da Saúde cresce de forma lenta. Cabe ressaltar que com as novas diretrizes implementadas pelo Pacto pela Saúde, esta fonte de recursos tende a declinar em ritmo mais acelerado, uma vez que a partir da assinatura e homologação dos termos de compromissos pelos municípios. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. Dessa forma, todos passam a condição de gestores plenos do sistema dentro das suas responsabilidades pactuadas, recebendo a partir de então, diretamente os recursos provenientes do Ministério da Saúde na forma de repasse fundo a fundo no que concerne ao bloco de financiamento de média e alta complexidade - MAC.

O Orçamento Público, em sentido amplo, é um documento legal (aprovado por lei) 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 se basear 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 elaboração e controle dos Orçamentos Públicos, que estão definidos no caso brasileiro na Constituição, na Lei 4.320/64, no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na recente Lei de Responsabilidade Fiscal.

Quadro 29 – Projeção Orçamentária – Secretaria de Estado da Saúde da PB. Ano 2016/2019.

DESPESAS POR CATEGORIA ECONOMICA	2016	2017	2018	2019
1 - CUSTEIO				
PESSOAL E ENCARGOS	420.237.300,00	439.147.978,50	458.909.637,53	479.560.571,22
OUTRAS DESPESAS	751.322.471,00	785.131.982,20	820.462.921,39	857.383.752,86
2 - CAPITAL (INVESTIMENTOS)	86.029.737,00	89.901.075,17	93.946.623,55	98.174.221,61
TOTAL - R$	**1.257.589.508,00**	**1.314.181.035,86**	**1.373.319.182,47**	**1.435.118.545,69**

Fonte: Plano Plurianual 2016/2019. Secretaria de Estado de Planejamento-PB.

Diante destas considerações, a SES apresenta em linhas gerais a projeção orçamentária para os anos 2016, 2017, 2018 e 2019 (Quadro 29). Vale ressaltar que, a linha de projeção orçamentária configura-se em um aumento de 4,5% ao ano do valor total da Receita Líquida Arrecadada do Estado.

VII AUDITORIA

Auditoria é considerada um órgão de controle interno do SUS, instituída e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, através de Decreto Presidencial de Número 1.651, de 28 de Setembro de 1995, previsto no art.16, inciso XIX da Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. É organizada junto à direção do SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

De forma cooperativa e solidária, a Auditoria trabalha, buscando proteger a gestão e, sobretudo, proporcionando aos usuários do SUS um serviço de qualidade, em tempo oportuno e com o menor custo possível, garantindo acesso igualitário interagindo com as diversas áreas da gestão do SUS, em todas as esferas, ouvindo seus desafios, discutindo sobre estratégias de apoio e promovendo a cooperação técnica.

> As ações do Sistema Nacional de Auditoria visam aperfeiçoar a gestão com transparência, estimular e apoiar o controle social, possibilitar o acesso da sociedade às informações e resultados das ações e serviços de saúde do SUS, contribuindo para a garantia da atenção aos usuários, em defesa da vida. A auditoria, no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde e a gestão de análise dos resultados, com o fortalecimento de um perfil preventivo, para melhor contribuir para a qualidade de assistência, a garantia do acesso, a atenção aos usuários, à humanização nas ações e serviços, em defesa da vida, pautada na visão do coletivo (BRASIL, 2007) Portaria GM/MS nº 3027/2007.

O Estado da Paraíba, fundamentado na legislação existente e através do Decreto Estadual nº 1710, de 10 de outubro de 1995, criou o SUBSISTEMA ESTADUAL DE AUDITORIA – SEA, integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo a "Avaliação Técnico-científica, Contábil, Financeira e Patrimonial do Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de fiscalização exercida pelos Órgãos de Controle interno e externo". No inicio da implantação do SUS, no período 1998/1999, ocorreram modificações na estrutura organizacional da SES/PB, surgindo a Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria – COCAV com suas subdivisões: Núcleo de Controle e Avaliação; Núcleo de Contas Médicas e NUCLEO DE AUDITORIA E SUPERVISÃO – NAS.

A partir de 2006, a COCAV passou a compor a Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência – GERAV, denominada como GERÊNCIA OPERACIONAL DE AUDITORIA/GOAUD/SES/PB, permanecendo até a presente data e executando todas as atividades que lhes são peculiares.

A missão precípua da GOAUD/SES/PB é realizar todas as Auditorias que lhe são demandadas dentro de sua competência, assim como demais atividades inerente à função, contribuindo para a qualificação da Gestão, visando à melhoria da Atenção e do

Acesso às Ações e Serviços de Saúde de forma abrangente e descentralizada no Estado, com o propósito de executar suas atividades enquanto potente instrumento de apoio à Gestão, trabalhando para proteger e fortalecer os SUS e no fortalecimento da regionalização, colaborando efetivamente para a alocação e aplicação adequada dos recursos públicos e para na qualidade da Atenção oferecida aos cidadãos.

A AUDITORIA DO SUS também assume a missão de bem avaliar suas Ações e Serviços de Saúde, prestar cooperação técnica e propor medidas corretivas, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações atualizadas e confiáveis. Esta ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos com o aperfeiçoamento da democracia do Estado, surgiu com a formulação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), em 2007, com a publicação da Portaria MS/GM nº3.027/2007, que consolidou e reforçou o compromisso constitucional ao direito universal à Saúde, participação social, equidade e integralidade no atendimento. Esta concepção altera a lógica da produção/faturamento (época do INAMPS) para a da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análises dos resultados, através das linhas de cuidado.

VIII GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAUDE

Na Paraíba, segundo dados do CNES, no período de Outubro de 2015 encontram-se cadastrados 46.363 profissionais que trabalham na área da saúde, dentre estes, 43.346 estão vinculados ao SUS, representando 93,4% destes profissionais. Embora seja um valor significativo, não podemos comprovar que 100% dos profissionais em saúde estão cadastrados nesta base de dados, existindo a necessidade de implantação e implementação de Sistemas que forneçam informações mais fidedignas com relação ao quadro de pessoal atuante na saúde, para melhor planejamento das ações desenvolvidas para este grupo.

O Pacto pela Saúde em 2006 vem a definir as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS e dentre elas consta uma política de recursos humanos voltada para a valorização do trabalho, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. Com base nessas diretrizes, bem como nas definidas pela NOB/RH

construímos nossos objetivos e metas para fortalecer a política de Gestão do Trabalho na Paraíba.

O Núcleo de Gestão do Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde está vinculado a subgerência de recursos humanos. Foi constituído pela Lei Estadual N.º 8186, em 16 de Março de 2007, em que houve a Estruturação Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual. Sendo atualmente composto por uma equipe multiprofissional. No âmbito do Estado a gestão do trabalho se configura como o espaço de intervenção nas relações profissionais diante de uma diversidade de vínculos. Essa multiplicidade de vínculos, uma tendência nas novas formas de gestão pública, representa um desafio a mais ao exigir diferentes olhares sobre um cenário multifacetado nas relações de trabalho.

Diante desse cenário de mudanças nas formas de contratação e de permanência do trabalhador no âmbito das políticas públicas e, em especial, na saúde, no qual se tenta solucionar os problemas de precarização dos vínculos de trabalho e das dificuldades de contratação de profissionais qualificados, se faz necessário pensar nas políticas de valorização dos trabalhadores da saúde não apenas em termos de remuneração, mas também da própria possibilidade de desenvolvimento profissional com vistas a garantir uma permanente adequação as novas demandas e desafios postos por uma sociedade em rápidas e permanentes mudanças no mundo do trabalho.

A política de gestão do trabalho, portanto visa garantir as condições necessárias para permanência e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na saúde do Estado a partir de medidas focadas em mesas de negociação permanente, programas de desenvolvimento das relações interpessoais e também no aprimoramento das formas de gestão de pessoas e consolidação de um programa permanente de avaliação profissional.

O resultado esperado é, em primeiro lugar, a satisfação dos profissionais da saúde no desenvolvimento de suas atividades em todos os aspectos, minimizando os conflitos de interesse e consolidando uma dinâmica de trabalho e de modernização dos quadros em conformidade com as novas demandas postas no âmbito da saúde.

Os desafios postos diante do que se almeja alcançar dizem respeito ao mapeamento dos quadros de profissionais da saúde distribuídos pelo Estado nos serviços estaduais, municipais e privados; a caracterização dos diferentes vínculos de trabalho existente, planos de cargos, carreiras e remuneração; e, interiorização das ações da equipe de gestão do trabalho.

A gestão da educação em saúde na Paraíba é desenvolvida pelo Centro

Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB), enquanto área técnica da SES e Escola Técnica do SUS. Dessa forma, articula a Política de Educação Permanente em Saúde no estado, realiza formações para os trabalhadores do SUS em seu território, bem como contribui com o desenvolvimento da política de Educação Popular em Saúde da Paraíba.

Enquanto Escola Técnica atua no sentido de qualificar os trabalhadores e seu respectivo processo de trabalho nos serviços de saúde do estado, realizando formações de nível técnico - Cursos Técnicos em Hemoterapia, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e Enfermagem - e também pós-graduações *lato sensu* em parceria com instituições de ensino superior - Especialização em Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Gestão da Atenção Básica e Redes Microrregionais de Saúde, Saúde da Família com ênfase nas Linhas de Cuidado - ofertadas para trabalhadores do SUS de todo o estado, considerando sempre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Sendo assim, a projeção para o próximo quadriênio é de continuarmos e ampliarmos a oferta de cursos técnicos, de acordo com o catálogo nacional de cursos, e parcerias para especializações.

Atualmente, o CEFOR-RH/PB também está realizando um curso de aperfeiçoamento para 800 gestores do SUS a partir de um convênio celebrado com a Fiocruz/Aggeu Magalhães. O Qualigestores-SUS, têm conseguido tanto qualificar os gestores do SUS das 16 Regiões de Saúde do Estado, quanto ofertado uma estrutura de Apoio Institucional às regiões, o que tem impulsionado a regionalização e a ampliação das redes prioritárias de atenção à saúde.

Desde 2011 a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), por meio do CEFOR-RH/PB, realiza esforços também no sentido de organizar e qualificar as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), realizando ou incentivando ações de caráter formativo e que permitam mudanças de práticas em serviço, seja no âmbito da atenção, gestão, do ensino ou controle social nas 16 regiões de saúde.

Nesse sentido, 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 auxilia na implementação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) em todos os serviços de saúde da gestão estadual. Para tal, neste quadriênio, esperamos concluir, junto aos municípios e as CIES, todas as ações referentes aos PMEPS das quatro macrorregiões,

bem como contribuir no planejamento das ações de cada um dos NEP da gestão estadual.

Pretendemos ainda para os próximos quatro anos, a perspectiva no que se refere ao fortalecimento da Rede Escola SUS-PB é instituir os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Dentre outras questões, acreditamos que esses contratos possibilitarão: uma maior corresponsabilidade das três esferas federativas; uma organização mais uniforme das residências; um fortalecimento da regionalização e do papel das CIES, Comissões Intergestores Regionais (CIR) e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e do controle social no que se refere à integração ensino-serviço; e valorização da atividade de preceptoria.

A Educação Popular em Saúde é uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, a valorização dos saberes populares, da ancestralidade, do incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

A Paraíba tem sido uma referência nacional na Educação Popular em Saúde, principalmente a partir dos projetos de extensão popular da universidade que têm expandido as ações da universidade para as comunidades, serviços públicos de saúde e espaços de controle social como os conselhos locais, distritais, municipais e estadual de saúde.

Em 2013 foi lançada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS – SUS), através da 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.

No ano de 2015, iniciamos a organização do Comitê Estadual de Educação Popular em Saúde da Paraíba (CEEPS-PB), a partir da articulação do gabinete da secretária de estado da saúde com professores universitário ligados à Educação Popular em Saúde, junto ao Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB). 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, apoiar e monitorar a Política Estadual de Educação Popular em Saúde (PEEPS).

Esta política deve integrar as ações de Educação em Saúde do estado, dialogar com a gestão e os serviços do estado, assim como se articular com a Política de Educação Permanente em Saúde e o Controle Social no estado. O desafio é articular-se com o fazer educação e o fazer saúde no estado, promovendo o apoio às iniciativas já existentes, melhorando a comunicação e visibilidade das ações, assim como promover o pensamento crítico e analítico da realidade social na saúde de nosso estado.

IX OUVIDORIA

A Ouvidoria é um espaço de escuta e inclusão dos usuários do SUS ao serviço de ouvidoria do nosso estado, aumentando sua participação como fiscalizador, 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 com atribuições de receber reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios além de prestar informações, estimulando a participação do cidadão no controle e avaliação da prestação dos serviços de saúde. As manifestações dos usuários do SUS são recebidas na Ouvidoria pelos acessos de telefone, email, presencial, carta e registradas em formulários para os devidos encaminhamentos.

Na perspectiva de melhorar o número de Ouvidorias SUS instaladas na Paraíba, como também sua descentralização, a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde vem vencendo desafios no propósito de formar a rede de Ouvidoria SUS e assim contribuir para o fortalecimento da participação popular na administração pública. As metas para implantação e implementação das Ouvidorias nos últimos quatro anos foram alcançadas considerando os percentuais de municípios visitados como também o número de Ouvidorias em funcionamento. Do total de municípios visitados, encontrou-se 28 ouvidorias em funcionamento.

Quadro 30: Percentual de municípios visitados

Ano	Percentual de municípios visitados
2011	7%
2012	10%

2013	15%
2014	25%
2015	40%

Entre outras atividades está a participação mensal das Ouvidorias SUS no ciclo anual de reuniões do Fórum Paraibano de Ouvidorias (FOPO) criado em 16 de março de 2011, favorecendo a interatividade na rede de Ouvidoria SUS, onde a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde atuou no primeiro mandato da coordenação do referido Fórum à frente da secretaria geral.

Também foram realizadas visitas técnicas as Ouvidorias SUS da rede própria do Estado nos hospitais, nas gerências regionais de saúde, secretarias de saúde e órgãos vinculados onde as ouvidorias estão em funcionamento para monitoramento, intercâmbios de experiências e entrega de material informativo. Em 2011 foi realizado o primeiro encontro Estadual de Ouvidorias contando com a participação dos técnicos do departamento de Ouvidoria geral do SUS (DOGES), em 2013 foi realizado um curso de capacitação para uma turma de 40 ouvidores e assistentes técnicos dos hospitais da rede própria do estado, secretarias de saúde e órgãos vinculados, em 2014 aquisições de material informativo da Ouvidoria SES e em 2015 Segundo Encontro Estadual de Ouvidorias promovido em parceria com o Fórum Paraibano de Ouvidorias (FOPO), participação no curso de capacitação em Ouvidoria ministrado pela Ouvidoria da Controladoria Geral da União (CGU). As perspectivas das metas para 2016-2019 foram elencadas e aprovadas em avaliação com os ouvidores, assistentes técnicos e coordenação da Ouvidoria Geral do Estado (OGE). Metas: 1- Melhoria das estruturas físicas e condições de trabalho nas Ouvidorias, 2- Sensibilização dos gestores, para haver o melhoramento e apoio aos objetivos da Ouvidoria, 3- Divulgação da Ouvidoria nos setores internos e externos das secretarias correspondentes, 4- Capacitação, qualificação e 5- Visitas técnicas.

Diante do exposto, pode-se afirmar que cada ano se espera o aprimoramento das atividades laborais de todas as Ouvidorias SUS no Estado da Paraíba.

X DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

DIRETRIZ 1: Fortalecer o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde em todos os ciclos da vida, de modo a considerar os determinantes sociais, aprimorando a política de atenção básica, atenção especializada, vigilância em saúde, regulação, assistência farmacêutica e a consolidação das redes regionalizadas de atenção à saúde;	
OBJETIVOS:	**METAS:**
1) Implementar a Política de Atenção Básica no Estado na perspectiva da promoção, prevenção e cuidado integral nos ciclos da vida.	- Apoio Institucional a implementação da Política de Atenção Básica em 100% dos municípios do Estado; - Estimulo ao credenciamento e implantação de novas ESF, ESB (com ênfase na modalidade II) e EACS, em 100% dos municípios com teto para ampliação; - Apoio institucional à Atenção integral à saúde da criança com a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança em 100% das regiões de saúde do Estado; - Apoio institucional à Atenção integral à saúde da criança com a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, em 100% das regiões de saúde do Estado; - Apoio institucional para fortalecimento da Política de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, em 100% das regiões de saúde do Estado; - Apoio a 100% dos municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde no programa bolsa família; - Apoio a implantação e implementação dos Planos Operativos de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em 100% dos municípios; - Apoio institucional a 100% dos Municípios para a Implantação/implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no Estado da Paraíba; - Apoio institucional para a implementação da política nacional de Atenção Integral a Saúde da pessoa idosa, nos três níveis de atenção, priorizando as ações de promoção da saúde, saúde mental, envelhecimento ativo, prevenção de quedas e violências e ampliação da autonomia para o autocuidado em 100% do estado da Paraíba, em consonância com o Programa Cidade Madura da Companhia Estadual de Habitação Popular-CEHAP, estimulando o fortalecimento da intersetorialidade das políticas sociais no Estado.

2) Implantar, implementar e integrar as redes de atencao a saude, sobretudo as prioritarias: Rede de atenção materno infantil, Rede de atenção as urgências e emergências, rede de atencao psicosocial, Rede de cuidado à pessoa com deficiência, e rede de atenção as doenças cronicas	- Qualificacao da rede de atenção materno infantil em 100% das regioes de saude do Estado, para melhoria de acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, com implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança; - Fomento a implantação e implementação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em 100% dos municípios da Paraíba; - Consolidação da Rede Paraibana de Cardiologia Pediátrica em 100% das macrorregiões de saúde no Estado; - Fomento a implantação e Implementação dos Componentes da Rede de Urgência e Emergência em 100% das regiões de saúde, de forma articulada e integrada , com ênfase nas linhas de cuidado prioritárias de traumatologia, cardiovascular, cerebrovascular e pediatria. - Apoio institucional às Regiões de Saúde para a execução de 80% das ações e serviços pactuados nos Planos Regionais da RAPS, com enfase no cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, alcool e outras drogas; - Realização anual da Semana Estadual da Luta Antimanicomial; - Apoio institucional para a qualificação da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência em 100% das Regiões de Saúde do Estado da Paraíba - Apoio a organização e a implementação das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS em 100% das regiões de saúde no Estado, com a finalidade de reduzir as doencas cronicas\agravos mais prevalentes. - Implementação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) em 100% das Regiões de Saúde.
3) Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica no Estado, assegurando e qualificando o acesso aos medicamentos;	- Fornecimento em 100% dos medicamentos estratégico e especializado; - Fornecimento de medicamentos básicos para o Sistema Prisional de acordo com a RENAME em 100% das unidades que possuem equipes de saude no sistema prisional; - Reorientação da assistência farmacêutica básica em 100% dos

	municípios, tendo como ênfase o Qualifar-SUS; - Incentivo a implantação e implementação do Sistema Hórus nos três componentes da assistência farmacêutica nos 223 municípios; - Redução em 50% da judicialização em medicamentos, com implantação da câmara técnica na sede da secretaria.
4) Reduzir a morbimortalidade por meio de implantação e implementação das ações de vigilância em Saúde através da promoção, proteção, prevenção, reabilitação, redução dos riscos e danos à saúde da população.	- Investigação de 80% das Doenças de Notificação Compulsória; - Fomento e implementação em 100% das ações de vigilância nos serviços de saúde da rede estadual para o controle, prevenção, diagnóstico e tratamento de Doenças transmissíveis, doenças /agravos não transmissíveis e riscos e danos a saúde. - Fomento e implementação da vigilância ambiental e Saúde do Trabalhador em 100% das Regiões de Saúde do Estado. - Apoio em 100% dos municípios para o alcance das metas preconizadas do Calendário Vacinal com a finalidade de controle e proteção específica de doenças imunopreveníveis. - Fomento de 100% das ações do laboratório de saúde publica estadual para execução do diagnóstico das doenças\agravos, análise de água para consumo humano e ambiental, assim como de produtos sujeitos a vigilância sanitária. - Fomento e implementação das ações de vigilância sanitária em 100% das regiões de saúde do Estado.
5) Fomentar a política de regulação do Estado visando o acesso em tempo oportuno e de qualidade, nas Redes de Atenção à Saúde	- Implantação em 100% do Complexo Regulador Estadual e apoio a implementação das centrais de regulação municipais nas quatro macrorregiões de saúde; - Fortalecimento da Regulação da Atenção através da criação de mecanismos de Controle, monitoramento e avaliação dos serviços em 100% das regiões de saúde do Estado; Fortalecimento das ações de Auditoria, com vistas a avaliação de desempenho, qualidade e resolutividade das ações e serviços integrais da Rede SUS em 100% das regiões da saúde do Estado; Garantia do acesso do usuário ao tratamento de saúde através da Central de Regulação de Alta Complexidade - CERAC e do Tratamento Fora do Domicilio - TFD em 100% das regiões de saúde do Estado;

6) Fortalecer a atenção especializada garantindo acesso da população à serviços de qualidade, com vistas para qualificação, ampliação e descentralização da oferta de serviços de saúde no Estado	Qualificação de 100% da rede de atenção hospitalar em consonância com as demandas das redes prioritárias de saúde no Estado, da Política Nacional de Atenção Hospitalar e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Qualificação de 100% da rede de atenção ambulatorial em consonância com as demandas das redes prioritárias de saúde no Estado.
7) Implementar a atenção hematológica e hemoterápica, ampliando o atendimento de referência aos usuários, considerando a regionalização	Adequação do espaço físico de 100% dos serviços de Hemoterapia da Hemorrede/PB; Estruturação do hemocentro coordenador para realização da triagem sorológica e dos exames de imunohematologia de 100% da hemorrede do estado; Aquisição de novos equipamentos visando à reestruturação de 100% da hemorrede; Implementação da informatização de 100% da Hemorrede, garantindo a integração de informações; Qualificação de 100% dos profissionais da hemorrede para atender a necessidade da nova estrutura; Estruturação do núcleo de Hemoterapia de Patos para realização do processamento das bolsas coletadas na região.
DIRETRIZ 2: Promover atenção integral à saúde da mulher com atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção das situações de violência, bem como atenção as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social;	
OBJETIVOS:	**METAS:**
1) Qualificar o cuidado integral para mulheres com ampliação do apoio diagnóstico, para câncer de mama e de colo de útero.	- Fomento e implementacao de Serviços de Referência para Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero e Mama em 100% das macrorregioes de saude do Estado. - Estímulo à ampliação anual em 30% da oferta de exames citopatológicos de colo de útero na Atenção Básica e Mamografia de Rastreamento; - Apoio à implantação e implementação do controle e monitoramento da qualificação dos prestadores de exames citopatológicos de colo de útero e de mamografias de rastreamento

	em 100% das regiões de saúde no Estado; - Garantia de exames citopatologicos de colo de útero e mamografias de rastreamento para as mulheres privadas de liberdade em 100% das unidades que possuem equipes de saude no sistema prisional.
2) Fortalecer a rede de atenção e cuidado para mulheres em situação de violência, protegendo os direitos das mulheres, considerando as questões étnicas, raciais, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional.	- Qualificação em 100% da Rede de Atenção e Cuidado as mulheres vitimas de violencia no Estado; - Articulação intersetorial para desenvolvimeto de ações que previnam e promovam cuidado das mulheres vitimas de violencia nas 4 macro regiões do estado; - Articulação intrasetorial da Secretaria Estadual de Saúde e intersetorial das politicas de governo para desenvolvimento de ações que previnam e promovam cuidado das mulheres vitimas de violencia nas 4 macro regiões do estado.

DIRETRIZ 3: Implementar as políticas de atenção à saúde, promoção e vigilância das populações específicas, tradicionais e/ou em situação de vulnerabilidade social (população negra, cigana, quilombolas, comunidade de terreiros, indígenas, de rua, do campo, privada de liberdade, LGBT, profissionais do sexo);

OBJETIVOS:	**METAS:**
1) Implantar e implementar Políticas de Promoção à Equidade, contemplando Atenção Integral à Saúde da População Negra, Quilombola, Cigana e Indígena no Estado;	- Apoio institucional a 100% dos municípios do estado, para implantação e implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra ; - Apoio a 100% das regiões de saúde do estado, no desenvolvimento de ações de enfrentamento ao racismo, preconceito e intolerância religiosa nos serviços de saúde; - Apoio institucional ao Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra; - Apoio técnico a 100% dos municípios com ESF Quilombola, para qualificação do cuidado à população, avaliação e monitoramento. - Apoio institucional, por meio da 10ª GRS, no fortalecimento das ações de saúde para 100% da comunidade cigana. - Apoio institucional, por meio da 1ª GRS, em parceria com o Distrito Sanitário Indígena, no fortalecimento das ações de saúde para 100% da comunidade indígena.

2) - Implantar e implementar a Política de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Estado;	-Fomento a implantação e implementação do plano de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 100% das Regiões de Saúde; - Apoio a implantação do protocolo de atendimento as mulheres lésbicas e bissexuais em 29 municípios prioritários conforme Portaria nº 3276 GM 26 dezembro de 2013; -Ampliação anual em 20% da oferta dos serviços de ambulatório de TT (Travestis e Transexuais) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga; Apoio institucional as ações do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT.
3) - Implantar e implementar a Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAIPS);	- Qualificacao da atencao e cuidado em saude de 100% da populacao privada de liberdade no Estado; - Ampliação em 40% das equipes de saúde no sistema prisional; - Implantação do E-sus, em 100% das unidades com atuação de equipes de Saúde no Sistema Prisional.
DIRETRIZ 4: Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde;	
OBJETIVOS:	**METAS:**
1) Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Estado da Paraíba	Apoio institucional na implantação e implementação de 100% das CIES do Estado; Apoio à execução dos quatro Planos de Educação Permanente em Saúde (PMEPS); Fomento as discussões e práticas de EPS em 100% das regiões de saúde para o fortalecimento da gestão e da rede de serviços do Estado.
2) Instituir a Política Estadual de Educação Popular em Saúde;	Apoio à implantação e implementação da politica estadual de Educação Popular em Saúde nas quatro Macrorregiões do Estado;
3) Fortalecer a Rede Escola SUS na Paraíba	Apoio à implantação e implementação do Contrato Organização de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) em 100% das regiões; Regulamentação em 100% das contrapartidas entre Instituições de

	Ensino e Secretaria de Estado da Saúde; Apoio à consolidação da Comissão de Residências Médicas (COREME) com ênfase a ampliação das especialidades médicas prioritárias no SUS; Apoio à consolidação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) com incentivo à ampliação da oferta de residências com ênfase às redes de atenção prioritárias do estado (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doença Crônica).
4) Ampliar a formação para trabalhadores do SUS	Realização de 5 (cinco) Cursos Técnicos, contemplando às áreas de Prótese Dentária, Vigilância em Saúde, Farmácia, Saúde Bucal, e Hemoterapia; Realização de um curso de especialização de gestão da vigilância em saúde em parceria com a Universidade Federal da Paraiba (UFPB) Realização de um Curso Pós-Técnico em Radiologia; Realização de um Curso de especialização, nas áreas da Pedagogia Aplicada à Saúde; Realização de Curso para Qualificação de Enfermeiras (os) Obstetras; Realização de Curso de Qualificação em Vigilância Sanitária; Realização de dois Cursos de Qualificação de Auditoria do SUS; Realização de curso de capacitação em Sala de Vacina para os trabalhadores das Quatro Macrorregiões; Qualificação de 100% dos Gerentes e apoiadores regionais da 12 Gerências de Saúde do Estado.Qualificação em 100% das regiões de saúde para os profissionais que atuam na área de Assistência e Vigilância a Saúde, conforme o perfil epidemiológico.
5) Fortalecer a Instituição Formadora da Secretaria de Estado da Saúde.	Qualificação em 100% dos recursos humanos e ampliação da infraestrutura da Instituição Formadora da Secretaria de Estado da Saúde;
6) Implementar a política de gestão do trabalho com ênfase na valorização e democratização das relações	Implementação de 100% da Mesa de Negociação Permanente do SUS do Estado da Paraíba (MNNP-SUS/PB) - Implementação de programas de intervenção nas relações

de trabalho dos profissionais que atuam no SUS.	interpessoais de trabalho em 100% dos setores de saúde do Estado; - Apoio a modernização dos Programas de gestão de pessoas dos serviços de saúde nas quatro Macrorregiões de Saúde do Estado; - Incentivo a programas de avaliação de desempenho dos servidores de saúde para 100% dos setores da Secretaria de Estado da Saúde.
DIRETRIZ 5: Fortalecer os instrumentos de gestão, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados e participação social.	
OBJETIVOS:	**METAS:**
1) Promover a elaboração e utilização dos Instrumentos de planejamento e gestão do SUS e o fortalecimento da regionalizacao da saúde.	- Elaboração de forma participativa dos Instrumentos de Gestão (Plano Estadual de Saude - PES, Programacao Anual de Saude - PAS, Relatorio de Gestao, Plano Plurianual - PPA, Peça Orcamentaria) - Apoio a 100% dos municípios na elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS (Planos de saúde - PS, PAS e Relatório de Gestão); - Monitoramento de 100% dos municípios na utilização do sistema SARGSUS; - Apoio a 100% dos municípios na pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de saúde; - Implantação e implementação da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) nas 16 regiões de saúde; - Fomento ao processo de regionalização em 100% das regiões da saúde; - Fomento a 100% dos instrumentos de gestão no eixo da Economia da Saúde para melhor alocação dos recursos e custeio da rede hospitalar em saúde; - Implantação e apoio ao monitoramento em 100% dos sistemas APURASUS, BPS, SIOPS do Estado e dos Municípios.
2) Fortalecer a gestão participativa e descentralizada do SUS	- Garantia do apoio matricial das gerencias regionais de saude a 100% dos municipios sob seu territorio sanitário. - Apoio em 100% à conferência estadual de saúde e conferências temáticas; - Garantia ao Conselho Estadual de Saúde de oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que o

	mesmo possa exercer plenamente suas funções cumprindo com as suas atribuições definidas em lei. - Apoio técnico institucional ao Conselho Estadual de Saúde para fortalecimento da gestão democrática e participativa do SUS; - Implantação e implementação das ouvidorias em 100% das Gerências Regionais de Saúde (GRS), serviços da rede estadual de saúde e conselho de saúde, com a finalidade de fortalecer o canal de acesso, participação e controle social; - Implantação do Sistema informatizado Ouvidor SUS em 100% das GRS; - Apoio à implantação de ouvidorias do SUS em 100% dos municípios da Paraíba; - Qualificação de 100% dos trabalhadores dos serviços de ouvidoria do estado da Paraíba; - Garantia de capacitação e orientação dos Conselhos de Saúde referente à adequação e qualificação conforme Lei 8.142/90 Art.4º e Acórdão 1660/13 TCU;

XI MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Na Paraíba o Planejamento da Saúde atua de forma contínua, articulada, integrada e solidária com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo do Estado, quais sejam: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de maneira transversal aos demais setores e ações desenvolvidas pela SES-PB.

Nesse sentido, o Plano Estadual de Saúde funciona como um instrumento relevante à 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 a avaliação 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.

Assim, o PES tem sua execução por meio da Programação Anual de Saúde - PAS, que é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas do mesmo e tem por objetivo anualizar as metas do plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Desta forma a Gerência de Planejamento e Gestão da SES desenvolveu uma ferramenta de acesso online para o monitoramento da PAS com o objetivo de estabelecer um maior rendimento dos coeficientes de eficiência de suas ações e metas. É realizado quadrimestralmente e tem como consequência a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

O RAG se configura como um importante instrumento de acompanhamento e avaliação do Plano de Saúde, apresentando os resultados alcançados com a execução da PAS e orientando eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. A avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos, além de ser de grande importância para a implementação e consolidação do Planejamento do SUS.

Para acompanhar os gestores na elaboração e envio do RAG de forma mais ágil aos Conselhos de Saúde, o MS desenvolveu o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS – SARGSUS. É uma ferramenta eletrônica de gestão que qualifica os processos e práticas de monitoramento e avaliação da gestão. Nela, são

armazenadas e disponibilizadas informações estratégicas como forma de dar transparência à gestão conforme previsto na Lei Complementar (LC) nº 141 de 13 de janeiro de 2012.

Nesta lógica, a avaliação e o monitoramento são entendidos como instrumentos interligados e complementares que possibilitam o gerenciamento das metas do PES, destacando sua importância no processo de qualificação da gestão, mediante o acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas e de seus resultados alcançados. Seu objetivo é acumular informações que subsidiem a tomada de decisão para o alcance satisfatório das metas pactuadas para o final do quadriênio.

Ainda nesse sentido, um conjunto de indicadores propostos pelo MS e pactuados pelo Estado permitem aferir se todas as atividades estão sendo realizadas conforme a programação. Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o RAG. Portanto, o monitoramento da operacionalização do PES deverá ser realizado pelas áreas técnicas responsáveis, utilizando também o conjunto de indicadores pactuados.

Além desses instrumentos, o processo de monitoramento e avaliação da Gestão do SUS na Paraíba tem sido desenvolvido também por meio de estratégias importantes e inovadoras. No início de 2015, a SES/PB instituiu o Colegiado Gestor. A criação de colegiados gestores está sendo utilizada em vários setores, públicos e privados, como ferramenta de gestão, visando facilitar e equacionar problemas e dificuldades de implementação de mudanças.

A gestão colegiada propicia a construção de um ambiente organizacional que incentiva os colaboradores a agirem tecnicamente como facilitadores na criação de alternativas de ações inovadoras, visando a melhoria na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode melhorar o atendimento às demandas e necessidades internas e externas do Serviço.

Outra estratégia adotada no estado foi a formação do Colegiado das Redes de Atenção à Saúde, um importante espaço de articulação, negociação e definição de prioridades e apontamento de soluções para a organização do processo de Implantação, Operacionalização e integração das Redes de Atenção à Saúde no Estado.

Tal colegiado funciona como uma instância de acompanhamento das fases de implantação/implementação, monitoramento e avaliação das RAS, auxiliando no planejamento das Redes e colaborando no fortalecimento do papel dos Grupos Condutores de Rede no estado.

Outra importante instância de acompanhamento e avaliação do processo permanente de planejamento é o Conselho Estadual de Saúde. Este 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3410, de 30 de dezembro de 2013.** Publicada em 02 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008** - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação,Controle, Avaliação e Auditoria do SUS; NOÇÕES Básicas sobre os processos de apoio à gestão. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010** - que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013**- institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 424 de 19 de março de 2013** - Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 140 de 27 de fevereiro de 2014**- Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n° 55 de 24 de fevereiro de 1999** - Dispõe sobre rotina de concessão de tratamentos de saúde fora do Estado de origem ou Município no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 258 de 30 de julho de 2009** - Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas

especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 1651 de 28 de setembro de 1994**- Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. **Portaria nº 54 de 03 de fevereiro de 2014** –Regulamenta a Concessão do Tratamento Fora do Domicílio – TFD no âmbito do SUS no estado.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/tabwin . Banco de dados Datasus.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS/CNES. http://cnes2.datasus.gov.br/

BRASIl. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa, v. 1).

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde**, **Paraíba 2012-2015**. Publicado em Julho/2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro**. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dou de 05/10/2015 (nº 190, seção 1, pág. 668).

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012**. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011**. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas(CEO).

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria n.º 22, de 20 Dezembro de 1 989.** Secretaria nacional de saúde de vigilância sanitária. Publicada no Diário Oficial da União de 22 de Dezembro de 1989 – Seção 1 – Pg. 24111.

BRASIL . Ministério da saúde. Gabinete do ministro. **Portaria n.º 635/Bsb, de 26 de Dezembro de 1975**. D.O. de 30/01/76 Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei n.º 6050/74.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministro**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Portaria MS/GM N° 1.600, de 07 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).

_____. Resolução MS/ANVISA N° 443, DE 09 DE JUNHO DE 2011. Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde.

_____. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

_____.Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 . Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____.Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002.

_____.Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde

_____. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

PARAÍBA (estado). **LEI N. º 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. Disponível em http://www.agevisa.pb.gov.br/index.php/licitacoes/cat_view/281-legislacao/283-leis. Acesso em: 13 de novembro de 2015.

PARAÍBA (estado). **LEI Nº 7.325, de 24 de ABRIL de 2003**. Altera a Lei nº 7,069, de 12 de abril de 2002, e dá outras providências.. Disponível em http://www.agevisa.pb.gov.br/index.php/licitacoes/cat_view/281-legislacao/283-leis. Acesso em: 13 de novembro de 2015.

APÊNDICE I

CARDIOLOGIA (Informações necessárias no LM:CID, diagnostico, classe funcional, fator RH, peso, resultado do ecocardiograma/ e ou cateterismo; arteriografia ou angiografia)

Quadro 07: Referência em CARDIOLOGIA por região geográfica

PROCEDIMENTO	HOSPITAL	ESTADO
Valvuloplastia Pulmonar Percutânea Valvuloplastia Aórtica Percutânea Angioplastia Coronariana com Implante de Dupla Prótese Intraluminal Arterial Angioplastia em Enxertos Coronariano Angioplastia em Enxertos Coronariano com Implante de prótese	IMIP	RECIFE
Angioplastia Coronariana Primária (incluso cateterismo)	REAL PORTUGUÊS	RECIFE
Valvuloplastia Mitral Percutânea	PROCAPE	RECIFE
Correção de Comunicação Inter-Ventricular e insuficiência Aórtica	PEQUENO PRINCIPE	PARANÁ
Correção de Drenagem Anômala Parcial das Veias Pulmonares Correção de Janela Aorto-Pulmonar	HOSPITAL ANGELINA CARON	PARANÁ
Correção de Lesões na Transposição Corrigida dos Vasos da Base	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	PORTO ALEGRE
Correção de Tetralogia de Fallot e Variantes	INCOR	SÃO PAULO
Abertura da Estenose Aórtica Valvar Correção de Estenose Supraoaórtica	BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	SÃO PAULO
Ampliação de Via de Saída do VD e/ou ramos pulmonares Anastomose Cavo Pulmonar Total	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO	PARANÁ
Correção de Átrio Único		

Correção de Cor Triatriatum Correção da drenagem Anômala do Retorno Sistêmico Valvuloplastia Tricúspede Percutânea Angioplastia da Aorta e ramos e Vasos Venosos Correção Endovascular de Aneurisma ou Dissecção da Aorta Torácica com Endoprótese reta ou cônica. Correção Endovascular de Aneurisma ou dissecção da Aorta Abdominal com endoprótese reta ou cônica Correção Endovascular de Aneurisma ou dissecção da Aorta Abdominal e Iliacas com Endoprótese bifurcada Abertura de Comunicação Inter Atrial Abertura da Estenose Pulmonar Valvar Correção de Banda Anômala do Ventrículo Direito Fechamento de Comunicação Inter Atrial Fechamento de Comunicação Inter Ventricular Ressecção de Membrana Subaórtica Anastomose Cavo Pulmonar Bidirecional Correção de Correção do Canal Átrio-Ventricular Parcial/ Intermediário Correção de Comunicação Inter-Ventricular e nsuficiência Aórtica Correção de Drenagem Anômala Parcial das Veias Pulmonares Correção de Janela Aorto-Pulmonar Correção de Lesões na Transposição Corrigida dos Vasos da Base Correção de Tetralogia de Fallot e Variantes Ressecção de Tumor Intracardíaco Abertura da Estenose Aórtica Valvar Correção de Estenose Supraoaórtica		

Ampliação de Via de Saída do VD e/ou ramos pulmonares Anastomose Cavo Pulmonar Total Correção de Átrio Único Correção de Cor Triatriatum Correção da drenagem Anômala do Retorno Sistêmico		

ORTOPEDIA(Informações necessárias no LM: :CID, diagnostico, fator RH, peso, imagens recentes e exames: PCR,VHS,Hemograma completo)

Quadro 08: Referência em ORTOPEDIA por região geográfica

PROCEDIMENTO	**HOSPITAL**	**ESTADO**
Artroplastia de joelho (não convencional) Artroplastia total do joelho-revisão /reconstrução Artroplastia total primária do joelho	**INSTITUTO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA-INTO** **(FILA DE ESPERA)**	**RIO DE JANEIRO**
Artropalstia unicomportimental primaria do joelho Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior) Artroplastia total de cotovelo (revisão / reconstrução) Artroplastia total de cotovelo (revisão/ reconstrução)		

Quadro 09: Referência em CIRURGIA BARIÁTRICA por região geográfica

PROCEDIMENTO	**HOSPITAL**	**ESTADO**
Gastroplastia c/derivação intestinal Gastroplastia vertical c/banda Acompanhamento de paciente pós-gastroplastia	**HOSPITAL ESCOLA DE MEDICINA-UNIFESP**	**SÃO PAULO**

Gastrectomia c/ ou s/desvio duodenal Mamoplastia pós-gastroplastia Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós gastroplastia Dermolipectomia crural pos-gastroplastia Dermolipectomia abdominal pos-gastroplastia		

Quadro 10: Referência em NEUROLOGIA por região geográfica

PROCEDIMENTO	HOSPITAL	ESTADO
Exploração diagnóstica de Epilepsia; Cirurgia de Epilepsia; Embolização de aneurisma cerebral; Microcirurgia para malformação arteriovenosa profunda; Embolizacao de aneurisma cerebrais com espirais destacaveis Embolizacao de malformacoes arteriovenosas Artrodese da coluna por via posterior Artrodese inter-somática por via posterior ou póstero-lateral -"plif"; 39045170 artroplastia articulação metatarsofalangeana ou interfalangeana 39046028 artrodese posterior occiput-cervical (inclui instrumentação e enxertia) 39047024 artrodese posterior c1-c2 (inclui instrumentação) 39048020 artrodese posterior ou póstero-lateral, distal a c2; três a sete níveis; 39049027 artrodese posterior ou póstero-lateral, distal a c2; oito ou mais níveis; Microcirurgia para lesionectomia com	Hospital das clinicas	Ribeirão Preto-SP
	Hospital de Base de São José do Rio Preto	São Paulo
	Instituto Materno Infantil	Recife
	Hospital Luis Antonio	Natal
	Escola de Medicina de São Paulo-UNIFESP	São Paulo
	Instituto de Neurologia	Goiânia
	Santa Casa de Misericórdia	Porto alegre

monitoramento intraoperatorio Microcirurgia para lobectomia temporal / amigdalo- .hipocampectomia seletiva		

Quadro 11: Referência em ONCOLOGIA por região geográfica

PROCEDIMENTOS	HOSPITAL	ESTADO
Braquiterapia com fios de iridium Braquiterapia com iodo 125 / ouro 198 Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireóide (150 mci) Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireóide (200 mci) Ressecção de tumor retroperitonial c/ resseccao de orgaos contiguos em oncologiacao de lesao maligna c/ esvaziamento ganglionar em oncologia Ressecção múltipla de segmentos do tubo digestivo (esofago, estomago e intestino delgado) em oncologia Tratamento de neoplasia resseccao de um corpo vertebral toraco-lombo-sacro (inclui reconstrucao)asia da orbita por tumor Iodoterapia de carcinoma diferenciado da tireóide (100 mci)	**HOSPITAL DAS CLINICAS**	**RECIFE**
	HOSPITAL DO CÂNCER	**RECIFE**
	INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER-INCA	**RIO DE JANEIRO**

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE-CERAC

Quadro 12: ESPECIALIDADES - 1ª MACRORREGIÃO

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA
1ªGRS	**78**	45	10	03	20
2ª GRS	**20**	08	02	03	07
12ªGRS	**15**	05	02	03	05
TOTAL DE USUÁRIOS =113					

Quadro 13: ESPECIALIDADES - 2ª MACRORREGIÃO

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA
3ªGRS/15ª/ 16ª	**194**	65	20	05	104
4ª GRS	**17**	05	05	02	05
5ªGRS	**34**	14	06		14
TOTAL DE USUÁRIOS= 245					

Quadro 14: ESPECIALIDADES - 3ª MACRORREGIÃO

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA
6ªGRS	**41**	17	05	05	14
7ª GRS	**23**	08	05	01	09
11ªGRS	**07**	02	02	02	01
TOTAL DE USUÁRIOS= 71					

Quadro 15: ESPECIALIDADES - 4ª MACRORREGIÃO

REGIONAL DE SAÚDE	Nº DE USUÁRIOS	CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA
8ªGRS	**17**	07	05	01	04
9ª GRS	**32**	07	07	01	17

10ª /13ªGRS	**47**	11	07	02	27
TOTAL DE USUÁRIOS= 96					