



PLANO ESTADUAL DE **SAÚDE**

PES - **2024/2027**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



GOVERNO
DA PARAÍBA

PLANO
ESTADUAL
DE **SAÚDE**
PES - **2024/2027**

Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – Resolução nº 180/2023, de 10 de novembro de 2023



Governador do Estado

João Azevêdo Lins Filho

Secretário de Estado da Saúde

Jhony Wesllys Bezerra Costa – 2023/2024

Arimatheus Silva Reis – 2024

Secretária Executiva de Estado da Saúde

Renata Valéria Nóbrega – 2023/2024

Secretária Executiva de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

Vivian Kelly Rezende Costa – 2023

Patrick Aureo Lacerda de Almeida Pinto – 2024

GERENTES**Planejamento e Gestão**

Marcelo José Costa Mandu

Finanças

Wilton Fernandes de Lima

Administração

Anna Gabriella de B. C. Lopes

Atenção à Saúde

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Vigilância em Saúde

Talita Tavares Alves de Almeida

Atenção EspecializadaVanessa Oliveira C. Silva –
2023/2024

Dayana S. de Almeida - 2024

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

Lidiane Nascimento Cassimiro

Assistência Farmacêutica

Wênia Brito Barreto

Tecnologia da Informação

Kleyber Dantas Torres de Araújo

Gestão e Supervisão de Contratos

Maria da Conceição Charlliane de Medeiros Souza

Economia da Saúde

Guilherme José de O. Barbosa

Insumos, Bens e Serviços de Saúde

Edjard Sandro C. Arcoverde

ESTRUTURA DE GESTÃO DA SAÚDE**Escola de Saúde Pública - ESP/PB**

Vanessa Meira Cintra

Agência Estadual de Vigilância Sanitária - Agevisa/PB

Geraldo Moreira de Menezes

Hemocentro da Paraíba

Shirlene Dantas Gadelha

Lab. de Saúde Pública do Estado da Paraíba - Dr.ª Thelma Lobo

Bergson Bezerra de Carvalho

Centro Especializado Diagnóstico do Câncer

Roseane Soares da Nóbrega Machado

Centro de Especialidade Odontológica - CEO COCA tipo III

Fernando Heraldo dos Santos Torres

Central de Transplantes

Rafaela Dias de Araújo Carvalho

Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador - CEREST

Celeida Maria de Barros França Soares

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD III Jovem Cidadão

Cláudia Carolina Rodrigues de França

GERÊNCIAS REGIONAIS**1ª Gerência Regional de Saúde**

Wellison Moreira Cordeiro

2ª Gerência Regional de Saúde

Michelline Paulino Pereira

3ª Gerência Regional de Saúde

Laio Almeida Pimentel

4ª Gerência Regional de Saúde

Sabrina Márcia R. de A. S. Cunha

5ª Gerência Regional de Saúde

Ravena Farias Silva

6ª Gerência Regional de Saúde

José Francisco de Sousa

7ª Gerência Regional de Saúde

Amariles Araújo Lacerda

8ª Gerência Regional de Saúde

Ludimila Queiroga Rocha

9ª Gerência Regional de Saúde

Manuel Telamo Arruda Filho

10ª Gerência Regional de Saúde

Francisco George Sucupira Barbosa

11ª Gerência Regional de Saúde

Aline Paula Leite

12ª Gerência Regional de Saúde

Evyllane Matias Veloso Ferreira

HOSPITAIS E UPAs

Complexo de Psiquiatria Juliano Moreira

Tércio de Oliveira Ramos

Complexo de Saúde de Guarabira/Hospital Regional de Guarabira

Polyana T. de Oliveira –
2023/2024

Rosicler de Lima Pereira - 2024

Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga

Gilberto C. Teodozio –
2023/2024

Karine G. de S. Bezerra - 2024

Complexo Pediátrico Arlinda Marques

Daniel Gonçalves

Hospital de Emergência e Trauma Humberto Lucena

Laécio Bragante de Araújo

Hospital General Edson Ramalho

Cícero Ludgero Alcindo Melo

Hospital Dom José Maria Pires - Santa Rita

Louise Nathalie Queiroga Serejo
Fontes

Hospital Luiz Alexandrino Da Silva - Belém

Camila Pereira Cardoso Lima de
Almeida

Hospital Distrital Frei Damião - Lagoa de Dentro

Antônio Fernandes de Oliveira

Hospital Distrital Ovídio Duarte - Serraria

Gleyciany Ribeiro da Silva

Hospital Estadual Dr. Francisco Assis de Freitas - Solânea

Vanessa Alves Bezerra Viegas

Hospital Regional Sebastião R. de Melo - Itabaiana

Jennifer Oliviera de Souza

Hospital Geral José Félix de Brito - Itapororoca

Tássia Mendes Bezerra

Hospital Geral de Mamanguape

Rodrigo Adriano Figueiredo de
Oliveira

Hospital Regional Dr. Felipe Thiago Gomes - Picuí

Pedro Gustavo de Araújo Mota

Hospital Regional Santa Filomena - Monteiro

Adriana Batista Rodrigues

Hospital Geral Dr. Patrício Leal Melo - Queimadas

Ana Rita Ribeiro da Cunha

Hospital de Urgência Dom Luiz Gonzaga Fernandes - Campina Grande

Sebastião Viana da Silva Filho

Hospital das Clínicas - Campina Grande

Thyago Gomes de Moraes

Hospital Geral Antônio Hilário de Gouveia - Taperoá

Levi Firmino de Assis

Hospital e Maternidade Sinhá Carneiro - Santa Luzia

Hellyda Francinne de Medeiros
Dantas Araújo

Hospital Distrital Francisco Bento Cabral - Aguiar

José Cassimiro Leite

Hospital e Maternidade Estevam Marinho - Coremas

Josielma Oliveira Lima

Hospital Regional Dr. José Gomes da Silva - Itaporanga

Shirleyanne Brasileiro de Araújo

Hospital Regional Wenceslau Lopes – Piancó

Andryw Matheus Rodrigues
Antas Florentino

Hospital Regional Américo Maia de Vasconcelos - Catolé Do Rocha

José Fábio Cardoso Siqueira
Correia

Hospital Regional Dep. José de Sousa Maciel - Cajazeiras

Jacilene Eduardo de Sousa

Hospital Manoel Gonçalves de Abrantes - Sousa

Palomma Pereira de Abrantes
Lopes

Hospital Infantil Noaldo Leite - Patos

Isabella Cristina dos Santos

Hospital Regional Deputado Jandhuy Carneiro - Patos

Francisco dos Santos Guedes

Maternidade Frei Damião

Marcela Tácia Barros Pereira

Maternidade Peregrino Filho - Patos

Séfora Cândida Meira de
Vasconcelos

Hospital Senador Rui Carneiro - Pombal

Ramaiana Keyia Dantas Werton
de Queiroga

Unidade de Pronto

Atendimento - Santa Rita

Lídia Larissa Romana de Farias
Nogueira

Unidade de Pronto

Atendimento - Guarabira

Thaísa Maria Cardeal e Morais
Cirqueira

Unidade de Pronto

Atendimento - Princesa Isabel

Wagner da Silva Leite

Unidade de Pronto

Atendimento - Cajazeiras

Joanne Nóbrega

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Adélia de Moura Gomes
Adriana Nascimento Gomes
Ana Clara R. S. Mendes
Ana Rafaela S. Sales
Andréa Gusmão S. Ataíde
Anna Gabriella de B. C. Lopes
Anna Stella Cysneiros Pachá Assis Azevedo
Bárbara Vilhena Montenegro
Bergson Vasconcelos
Byanka Eduarda S. de Arruda
Camila Ravena de Oliveira
Carla N. V. Maia
Carolina Dantas Rocha
Xavier de Lucena
Celeida Maria de Barros F. Soares
Cesar Augusto de O Farias
Cindy Campêlo de Araújo
Cylene B. de M. Nóbrega
Dario Luis Patriota Pereira
Eby Yê Mârã Maia Correia de Siqueira
Edjanara Guedes Cabral
Eduardo Liberalino
Eliane de S. Gadelha Almeida
Emanoel Lira
Emerson da S. Andrade
Eurivaldo de Araújo
Fabrício Martins
Fernanda Carolina R. Vieira
Fernanda Lúcia da Silva
Flávia Barbosa B. do Nascimento
Gabriela Lygia Albuquerque Vasconcelos de Carvalho
Gabriel Calazans Baptista
Geisa Cristina P. Campos
Gerlane Carvalho de Oliveira
Guilherme José de Oliveira Barbosa
Hélio Soares da Silva
Heloisa Melo de Almeida
Heryanne de Oliveira Correia
Iaciara Mendes de Alcântara
Ivoneide L. Pereira
Janayra Araújo Bento
Jianeide da Silva Camargo
Joanna Angélica A. Ramalho
Joanna Lídia F. Hinojosa
Jorge Luiz de S. Junior
José Rogério B. Barbosa

Josefa Ângela P. de Aquino
Júlia Freitas S. de Azevedo
Kahallijah F. Montenegro
Kamilla Elhen R. Capistrano
Kercya Vêira de Sousa
Kleyber Dantas Tavares
Lais Paiva de Medeiros
Larissa M. Machado Santos
Lidiane Nascimento
Cassimiro
Lindinalva Dantas Santos
Lorena S. dos Santos Lima
Luciana Moura Mendes
Luiz Francisco de Almeida
Marcelo José Costa Mandu
Márcia Mayara de Q. Fernandes
Marcílio T. de Araújo
Maria Analuce Dantas de Figueredo
Maria Auxiliadora de Brito V. Pessoa
Maria Coeli do Rêgo Barros
Maria de Fátima M. Carvalho
Maria Francisca Claudino
Maria Izabel F. Sarmento
Mariana C. S. da Fonseca
Mariana Freire de Sousa
Mayara Kelly P. Ramos
Morena Arruda F. de Araújo
Naha Tawana B. de Oliveira
Nathalia Fernandes Thomaz
Paulo Fernando Aires de A. Filho
Polyana Montenegro Silva
Priscilla da Costa S. Fárias
Rafaela Araújo Lins Pereira
Rafaela Souto Maior Jatobá
Rayner Anderson F. Nascimento
Rogéria Gomes da Silva
Rosa Maria da C. Monteiro
Rôsangela G. de Oliveira
Roseane S. da Nóbrega Machado
Roseanny Marques Queiroga
Rosélia T. Erlich Bezerra
Sérgio V. Brindeiro
Shirlene Dantas Gadelha
Talita Tavares A. de Almeida
Tatiane Ferreira de Jesus
Thaise Clara Ribeiro
Thalita Emanuelle. B. G. de Lira Santos

Thiago Oliveira de Lima
Vanessa Oliveira Cintra Silva
Vanja Raquel V. Lemos
Victo G. S. Bezerra
Victor Pires De Sá
Vinícius Medeiros de Moraes
Wênia Brito Barreto Faheina
Wilton Fernandes de Lima

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES

GOVERNOS/ENTIDADES CONGREGADAS	ENTIDADES	CONDIÇÃO	CONSELHEIROS
SEGMENTO – GOVERNO			
Governo Federal	Superintendência do Minist. da Saúde na Paraíba	Titular	Joelma Greicy Fernandes Lira
		Suplente	Carinne Boto Fonseca
Governo Estadual	Secretaria Estadual da Saúde na Paraíba	Titular	Jhony Wesllys Bezerra Costa
		Suplente	Renata Valéria Nóbrega
Governo Municipal	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba	Titular	Davi Nunes da Paz
		Suplente	Clarisse dantas Oliveira
SEGMENTO - PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS			
Comunidade Científica na Área da Saúde e Prestadores de Serviços de Saúde Conveniados Com o Sus	Sindic. Estab. de Serviços de Saúde do Est. da Pb	Titular	Francisco José S. B. Pereira
		Suplente	José Targino da Silva
	Cmb - Confed. Santas Casas de Miseric. Hosp. e Ent. Filant.	Titular	George Guedes Pereira
		Suplente	Cristina Elizabeth o. Leal
	Associação Médica da Paraíba	Titular	Bruno Leandro de Souza
		Suplente	Sebastião de Oliveira Costa
SEGMENTO - TRABALHADORES ÁREA DA SAÚDE ABRANGÊNCIA ESTADUAL			
Entidades Congreg. de Sindicatos. de Trab. de Saúde do Setor Privado	Sindesep - Sindicato Empregados Estab. de Serviços de Saúde do Estado da Paraíba	Titular	Cledison Maia da Silva
		Suplente	Francisco Carlos Bezerra
		Titular	Antonio Eduardo Cunha
		Suplente	Fagno Roberto Alvarenga Santana
Entidades Congregadas de Sindicat. de Trabalhadores de Saúde do Setor Público	Sindsaúde - Sindic. dos Trabalh. Públ. Em Saúde do Est. Paraíba	Titular	Wanda Celi Cavalcanti
		Suplente	Johnson Acioly da Silva
		Titular	Cláudia Alexandra S. Silva
		Suplente	
Entidades Congregadas de Sindicat. de Trabalhadores de Saúde do Setor Público	Sindodonto - Sindicato dos Odontologistas do Est. da Paraíba	Titular	Joana Batista oliveira Lopes
		Suplente	Maria Eduarda de Oliveira Leal Cunha
		Titular	Carolina Barbosa Lopes de Lima
		Suplente	Leda Maria Santos de Assis

SEGMENTO – USUÁRIOS DO SUS ABRANGÊNCIA ESTADUAL

GOVERNOS/ENTIDADES CONGREGADAS	ENTIDADES	CONDIÇÃO	CONSELHEIROS
Ent. Congr. Conselhos Comunitários Assoc. De Moradores Ou Entidades Equivalentes	Fepac - Feder. Paraibana de Assoc. Comunitárias	Titular	Edson Cruz Da Silva Filho
		Suplente	Edson Cruz Da Silva
		Titular	Marcelo Melo Rodrigues
		Suplente	Jaqueline Vitorino Da Costa
Entidades. Congr. Assoc. Portadores De Deficiências	Aspadef - Associação Paraibana Deficientes	Titular	Íber Câmara De Oliveira
		Suplente	Adris Henrique De Oliveira Bezerra
		Titular	Jamacyr Mendes Justino
		Suplente	Sitônio Henrique Da Cruz
Entid. Congr. De Assoc. Em Defesa Do Consumidor	Assendicon - Assoc. Educação e Defesa dos Direitos da Cidadania do Consumidor	Titular	Pedro Paulo A. Peixoto
		Suplente	Pedro Soares Henriqye Silva
		Titular	Samara De Andrade Silva
		Suplente	Affonso Vieira Lianza Filho
Movimento Negro Em Saúde	Associação de Familiares e Amigos de Doentes Mentais Índios, Negros e Ciganos no Estado da Paraíba	Titular	Luciano Correia Carneiro
		Suplente	Francisco Gurgel Dos S. Neto
		Titular	Severino Ramos Da Cruz
		Suplente	Mãe Renilda Bezerra De Albuquerque
Entidades Congregadas De Portadores De Patologias	Sociedade de Hemofílicos da Paraíba	Titular	Daniele Araújo Correa
		Suplente	Daniel Bruno Justulino Do Nascimento
		Titular	Jeová Silva Correia
		Suplente	Edilma Silva Casaretto
	Morhan - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase	Titular	Severina Maria Dos S. Ribeiro
		Suplente	Erica Simone Barbosa Dantas
		Titular	Emanuela Santos Maciel Grangeiro
		Suplente	Rayana Vanessa De Lima

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 - HOSPITAIS APROVADOS COM PORTA DE ENTRADA NO PLANO DA RUE DA 1ª MACRORREGIÃO

QUADRO 02 - CENTRAIS DE REGULAÇÃO E MUNICÍPIOS REGULADOS

QUADRO 03 - CENTRAIS DO SAMU

QUADRO 04 - UPA EM FUNCIONAMENTO

QUADRO 05 - SAD EM FUNCIONAMENTO

QUADRO 06 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

QUADRO 07 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

QUADRO 08 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

QUADRO 09 - MATERNIDADES DE ALTO RISCO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DA RAPS NA PARAÍBA

QUADRO 11 - LISTA DE SERVIÇOS HABILITADOS NA LINHA DE CUIDADO DE ONCOLOGIA

QUADRO 12 - UNIDADES HABILITADAS COMO UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA

QUADRO 13 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, NA PARAÍBA, PARA ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS

QUADRO 14 - DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA

QUADRO 15 - COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA PARAÍBA

QUADRO 16 - POPULAÇÃO INDÍGENA DA PARAÍBA

QUADRO 17 - POPULAÇÃO CIGANA DA PARAÍBA

QUADRO 18 - INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE

QUADRO 19 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO ESTADO DA PARAÍBA

QUADRO 20 - VALORES FINANCEIROS DE PRODUTOS ADQUIRIDOS PELA SES PARA O ATENDIMENTO DE DEMANDAS JUDICIAIS

QUADRO 21 - CENÁRIO DOS CERESTS NA PARAÍBA, COM OS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS COBERTOS POR CADA CENTRO

QUADRO 22 - UNIDADES SENTINELAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA PARAÍBA

QUADRO 23 - NÚMERO DE PROCESSOS CADASTRADOS PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO

QUADRO 24 - NÚMERO DE INSPEÇÕES REALIZADAS PELA AGEVISA/PB

QUADRO 25 - MONITORAMENTO MENSAL DAS NOTIFICAÇÕES DOS EVENTOS ADVERSOS NO NOTIVISA (SEGURANÇA DO PACIENTE)

QUADRO 26 - PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO PELO ESTADO DA PARAÍBA DE ACORDO COM A LC 141, DE 2018 A 2022

QUADRO 27 - DEMONSTRATIVO DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA E DESPESAS COM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA, DE 2018 A 2022

QUADRO 28 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2018 A 2022

QUADRO 29 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2018 A 2022

QUADRO 30 - RECURSOS FEDERAIS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, POR BLOCO DE FINANCIAMENTO. PARAÍBA, DE 2018 A 2019

QUADRO 31 - RECURSOS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, PARAÍBA, DE 2020 A 2022

QUADRO 32 - PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA – SES DA PARAÍBA

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POR CIDADE DA PARAÍBA EM 2022

FIGURA 02 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS, CONFORME MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 E 2021

FIGURA 03 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS POR DOENÇA DE CHAGAS AGUDA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011A 2021

FIGURA 04 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011A 2021

FIGURA 05 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS TÉTANO ACIDENTAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

FIGURA 06 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011A 2021

FIGURA 07 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE LEPTOSPIROSE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011A 2021

FIGURA 08 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE ESQUISTOSSOMOSE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011A 2021

FIGURA 09 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

FIGURA 12 - CASOS CONFIRMADOS DE MONKEYPOX POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (12). PARAÍBA, 2022

FIGURA 13 - CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE

FIGURA 14 - NÚMERO DE PARTOS/ANO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2021

FIGURA 15 - MATERNIDADES SEGUNDO VOLUME DE PARTOS POR ANO E REGIÃO DE SAÚDE, DESTACANDO OS SERVIÇOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E ASSEGURANDO PELO MENOS 01 MATERNIDADE/HOSPITAL DE RISCO HABITUAL POR REGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021

FIGURA 16 - CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EQUIDADE DA SES/PB

FIGURA 17 - HIERARQUIA DA GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA PARAÍBA, 2022

TABELA 02 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 1ª MACRORREGIÃO, 2022

TABELA 03 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 2ª MACRORREGIÃO, 2022

TABELA 04 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 3ª MACRORREGIÃO, NO ANO DE 2022

TABELA 05 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000 E 2010

TABELA 06 - TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA (TFE) ENTRE MÃES COM IDADE DE 20 A 24 ANOS, NA PARAÍBA, NO NORDESTE E NO BRASIL, EM 2018, 2019 E 2020

TABELA 07 - MAIOR E MENOS TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL NA PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL

TABELA 08 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL DA PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL, 2011 E 2020

TABELA 09 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POR MACRORREGIÃO EM 2021

TABELA 10 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO. BRASIL, 2023

TABELA 11 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO. PARAÍBA, 2023

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO O TIPO. PARAÍBA, 2011 A 2021

LISTA DE TABELAS

TABELA 13 - ÓBITOS E COEFICIENTE BRUTO DE MORTALIDADE (ÓBITOS/100.000 HAB.) POR CAUSA EXTERNA (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS) EM RESIDENTES NA PARAÍBA, 2011, 2016 E 2021

TABELA 14 - COBERTURAS VACINAIS POR TIPO DE VACINA EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE E UM ANO E RESPECTIVAS METAS (%). PARAÍBA, DE 2011 A 2021

TABELA 15 - TAXA DE MORTALIDADE (POR 100.000 HABITANTES) E POR SEXO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2018 A 2021

TABELA 16 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA E MACRORREGIÕES DE SAÚDE, DE 2018 A 2022

TABELA 17 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. PARAÍBA POR REGIÃO DE SAÚDE, DE 2018 A 2022

TABELA 18 - LOCALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE APP

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - TAXA DE DESEMPREGO NA PARAÍBA, ENTRE 2012 E 2022

GRÁFICO 02 - TAXA DE DESEMPREGO EM JOÃO PESSOA, DE 2012 A 2022

GRÁFICO 03 - RENDA MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA NA PARAÍBA, BRASIL, DE 2012 A 2022

GRÁFICO 04 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS (NV) E TAXA BRUTA DE NATALIDADE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 05 - NÚMERO DE NV POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 06 - PROPORÇÃO DE NV POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 07 - PROPORÇÃO DE NV POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA MÃE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 08 - PROPORÇÃO DE NV POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO TIPO DE PARTO. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 09 - TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA POR ANO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 10 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT) POR ANO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 11 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL POR ANO NA PARAÍBA, NO NORDESTE E NO BRASIL, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 12 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 1ª MACRORREGIÃO – JOÃO PESSOA, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 13 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 2ª MACRORREGIÃO – CAMPINA GRANDE, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 14 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 3ª MACRORREGIÃO – SERTÃO/ALTO SERTÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 15 - TAXA DE FECUNDIDADE POR MACRORREGIÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 16 - TAXA DE FECUNDIDADE POR MACRORREGIÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020

GRÁFICO 17 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA PARAÍBA DE 2000 A 2021

GRÁFICO 18 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. BRASIL, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 19 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 20 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 21 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DNCT POR 100.000 HABITANTES. BRASIL E PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 22 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT POR 100.000 HABITANTES SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE. BRASIL, PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 23 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS PRECOCES POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO. BRASIL, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 24 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS PRECOCES POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 25 - COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS NO ÂMBITO DO SUS (POR 10.000 HAB.), SEGUNDO O ANO DE PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES. BRASIL E PARAÍBA, DE 2011 A 2021

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 26 - PROPORÇÃO E COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS NO ÂMBITO DO SUS (POR 10.000 HAB.) SEGUNDO O ANO DE PROCESSAMENTO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 27 - PROPORÇÃO DE VIOLÊNCIAS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO. PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 28 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSA EXTERNA CID-10 (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS), EM RESIDENTES NA PARAÍBA. DE 2011 A 2021

GRÁFICO 29 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 30 - PROPORÇÃO DE CURA NA COORTE DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 31 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 32 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO GERAL HANSENÍASE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 33 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO MENOR DE 15 ANOS DE HANSENÍASE POR 100.000 HABITANTE POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 34 - PROPORÇÃO DE CONTATOS EXAMINADOS POR HANSENÍASE, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 35 - TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 36 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 37 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 38 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 39 - TAXA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE A SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 40 - TAXA DE DETECÇÃO POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE B SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 41 - TAXA DE DETECÇÃO POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE C POR ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 42 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 43 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE SEGUNDO ETIOLOGIA. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 44 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS DE TÉTANO ACIDENTAL POR ANO DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 45 - NÚMERO DE ÓBITO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS POR ANO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 46 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 47 - NÚMERO DE ÓBITOS POR DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021

GRÁFICO 48 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021

GRÁFICO 49 - ÓBITOS POR CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021

GRÁFICO 50 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021

GRÁFICO 51 - ÓBITOS POR ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021

GRÁFICO 52 - NÚMERO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E ANO. PARAÍBA, DE 2011 A 2023

GRÁFICO 53 - NÚMERO DE ÓBITOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E ANO. PARAÍBA, DE 2011 A 2023

GRÁFICO 54 - NÚMERO DE CASOS LEVES E MODERADOS CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023

GRÁFICO 55 - NÚMERO DE CASOS GRAVES CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023

GRÁFICO 56 - TOTAL DE CASOS POR INÍCIO DE SINTOMAS E MÉDIA MÓVEL (7 DIAS). PARAÍBA, DE 2020 A 2023

GRÁFICO 57 - NÚMERO DE ÓBITOS CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023

GRÁFICO 58 - TOTAL DE ÓBITOS POR DATA DE ÓBITO E MÉDIA MÓVEL (7 DIAS). PARAÍBA, 2023

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 60 - CASOS CONFIRMADOS DE MONKEYPOX POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, PARAÍBA, 2022

GRÁFICO 61 - NÚMERO DE CASOS DE ACIDENTE DE TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021 (N=18.154)

GRÁFICO 62 - NÚMERO DE CASOS DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021 (N=5.373)

GRÁFICO 63 - NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS RELACIONADA AO TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021 (N=736)

GRÁFICO 64 - NÚMERO DE CASOS DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021 (N=2.811)

GRÁFICO 65 - COBERTURA VACINAL CANINA. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 66 - NÚMERO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (SERPENTES). PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 67 - NÚMERO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 68 - NÚMERO DE TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA LVC. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 69 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM IMPLANTAÇÃO DO SISGUA SEGUNDO CADASTROS DAS FORMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO, CONTROLE E VIGILÂNCIA. PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 70 - PERCENTUAL DE COBERTURA DE POPULAÇÃO ABASTECIDA SEGUNDO FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, PARAÍBA, 2021

GRÁFICO 71 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE COLIFORMES TOTAIS E ESCHERICHIA COLI POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 72 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE TURBIDEZ POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 73 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE CLORO RESIDUAL LIVRE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 74 - COBERTURA DA VACINA BCG EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 75 - COBERTURA DA VACINA ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE, PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 76 - COBERTURA DA VACINA HEPATITE A EM CRIANÇAS DE 1 ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 77 - COBERTURA DA VACINA MENINGOCÓCICA C EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 78 - COBERTURA DA VACINA PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 79 - COBERTURA DA VACINA PNEUMOCÓCICA EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 80 - COBERTURA DA VACINA POLIOMIELITE EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA DE 2011 A 2021

GRÁFICO 81 - COBERTURA DA VACINA FEBRE AMARELA EM CRIANÇAS MENORES DE ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 82 - COBERTURA DA VACINA TRÍPLICE VIRAL EM CRIANÇAS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021

GRÁFICO 83 - TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (POR 1.000 HABITANTES), SEGUNDO SEXO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021

GRÁFICO 84 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 PARAÍBA, DE 2000 A 2021

GRÁFICO 85 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO MASCULINO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021

GRÁFICO 86 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO FEMININO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021

GRÁFICO 87 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA, DE 2000 A 2022

GRÁFICO 88 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA E REGIÕES DE SAÚDE, 2022

GRÁFICO 89 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. PARAÍBA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, DE 2000 A 2022

GRÁFICO 90 - MORTALIDADE INFANTIL POR IDADE DO ÓBITO. PARAÍBA, 2022

GRÁFICO 91 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, 2022

GRÁFICO 92 - PROPORÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS DO CID-10 RELACIONADOS AO PERÍODO PERINATAL COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE. PARAÍBA, 2022

GRÁFICO 93 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS DE IDADE. PARAÍBA, 2022

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 94 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS DE IDADE. PARAÍBA, 2022

GRÁFICO 95 - PERCENTUAL DE COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR REGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2023

GRÁFICO 96 - PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE 2000 A 2021

GRÁFICO 97 - RAZÃO ENTRE TRATAMENTO CONCLUÍDO (TC) E PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA (PC)

GRÁFICO 98 - DISTRIBUIÇÃO DE CEO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA

GRÁFICO 99 - DISTRIBUIÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA



SUMÁRIO

1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	21
1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DA PARAÍBA	21
1.2 PERFIL DE PRODUÇÃO	21
1.3 TAXA DE DESEMPREGO	23
1.4 RENDA MÉDIA MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA	24
1.5 NATALIDADE	25
1.6 TAXA DE FECUNDIDADE	29
1.6.1 Taxa de fecundidade por faixa etária	29
1.6.2 Taxa de fecundidade por macrorregião	32
1.7 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	35
2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	37
2.1 MORBIDADE	37
2.1.1 Doenças crônicas não transmissíveis	37
2.1.2 Doenças transmissíveis	50
3 DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO	78
4 SAÚDE AMBIENTAL	81
4.1 RAIVA	81
4.2 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	82
4.3 LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA (LVC)	83
4.4 VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO	84
5 IMUNIZAÇÃO	89
6 MORTALIDADE	95
6.1 MORTALIDADE MATERNA	97
6.2 MORTALIDADE INFANTIL	99
7 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	103
7.1 REGIONALIZAÇÃO	103
7.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	106
7.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	111
7.3.1 Promoção, prevenção e vigilância em Saúde	111
7.3.2 Atenção básica em saúde (AB)	111
7.3.3 Componente hospitalar de urgência e emergência	112
7.3.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192	112
7.3.5 Centrais de regulação	112
7.3.6 Bases descentralizadas	113
7.3.7 Unidades de pronto atendimento	113
7.3.8 Serviço de atendimento domiciliar	115
7.3.9 Rede de atenção à saúde materno infantil	117
7.3.10 Atenção ao pré-natal de risco habitual	117
7.3.11 Atenção especializada – pré-natal de alto risco	118

7.3.12 Atenção hospitalar – parto e nascimento	118
7.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	125
7.4.1 Atenção básica (AB)	125
7.4.2 Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências	125
7.4.3 Capacidade instalada	126
7.4.4 Previsão de novos serviços	126
7.4.5 Atenção hospitalar e de urgência e emergência	127
7.4.6 Fluxos assistenciais	127
7.4.7 Rede de atenção psicossocial	127
7.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	134
7.6 REDE CUIDAR	136
8 ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	138
8.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO	138
8.1.1 Saúde da mulher	138
8.1.2 Saúde da criança e do adolescente	139
8.1.3 Triagem neonatal estadual	140
8.1.4 Plano de ação estadual para o enfrentamento de doenças respiratórias na área de pediatria	140
8.1.5 Ampliação da oferta do medicamento Palivizumabe	141
8.1.6 Plano estadual primeira infância da Paraíba: componente saúde	141
8.1.7 Promoção e incentivo ao aleitamento materno	143
8.1.8 Rede Paraibana de bancos de leite humano	145
8.1.9 Saúde bucal	147
8.1.10 Saúde do homem	150
8.1.11 Saúde da pessoa idosa	150
8.1.12 Saúde prisional	151
8.2 EQUIDADE EM SAÚDE	152
8.3 PROJETO SAÚDE PLENA	158
8.4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	159
8.4.1 Ambulatorial	160
8.4.2 Pré-hospitalar fixo	160
8.4.3 Atenção hospitalar	160
8.4.4 Assistência farmacêutica	166
8.5 HEMORREDE	170
8.6 CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER	171
8.7 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE	174
8.8 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	176
8.8.1 Laboratório central de saúde pública	177
8.8.2 Serviço de verificação de óbitos	179

8.8.3 Centros de referência em saúde do trabalhador	181
8.8.4 Causa animal	182
8.8.5 Agência estadual de vigilância sanitária	183
8.8.6 Ações necessárias da Agevisa/PB	184
8.8.6.1 Eixos estratégicos	185
8.9 PLANEJAMENTO E GESTÃO	186
8.10 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AUDITORIA	187
8.11 PROGRAMA OPERA PARAÍBA	190
8.12 PROGRAMA CORAÇÃO PARAIBANO	191
8.13 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	192
8.13.1 Gerência de Administração	192
8.13.2 Núcleo de Gestão do Trabalho (NGT-RH)	193
8.13.3 Escola de Saúde Pública da Paraíba	194
8.14 GERÊNCIA DE INSUMOS, BENS E SERVIÇOS PARA SAÚDE	196
8.15 GERÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA	198
8.16 OUVIDORIA	201
9 FINANCIAMENTO DA SAÚDE	203
10 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	207
11 MONITORAMENTO E GESTÃO DO PLANO	244
ANEXOS	246
ANEXO A - FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES	247
ANEXO B - MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CIB nº 43/2018	286
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	290

APRESENTAÇÃO

O presente Plano Estadual de Saúde (PES) se estabelece como o principal instrumento de planejamento para o período de 2024 a 2027. Ele evidencia o compromisso do Governo da Paraíba com a saúde e a construção da cidadania para a população paraibana, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde do povo. Desta maneira, ele organiza um conjunto de proposições do Governo Estadual na área da saúde e apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados, detalhados em diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

A elaboração deste plano envolveu as Gerências Executivas, os demais setores da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o Controle Social. Foi realizada de forma integrada ao Plano Plurianual (PPA) para o mesmo período, ao Plano de Governo, e também incorporou as propostas aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde da Paraíba, o Relatório da Consulta Pública para o PES no Orçamento Democrático Estadual (ODE), o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS e as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por meio da análise da situação de saúde do estado da Paraíba, da gestão do SUS e dos demais instrumentos já citados, foram identificados e priorizados os principais problemas. As viabilidades técnica, financeira e política também foram avaliadas, permitindo subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde.

Após vastas discussões, este plano apresenta-se em sete itens (caracterização do estado; perfil epidemiológico do estado; rede de atenção à saúde; organização da gestão da saúde na SES; financiamento da saúde; diretrizes, objetivos, metas e indicadores; monitoramento e gestão do plano). Inclui também alguns anexos com indicadores de avaliação, a Resolução CIB nº 43/2018 que define as Macrorregiões de Saúde do estado e o mapa das regiões de saúde.

Assim, com esses atributos, o PES 2024–2027 expressa a responsabilidade e o compromisso da gestão, em tempo oportuno, em uma construção coletiva de políticas públicas, contribuindo de maneira significativa para a melhoria das condições de vida e de saúde dos paraibanos.

Mapa Estratégico Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

MISSÃO

FORMULAR, COORDENAR E EXECUTAR, POR MEIO DE UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA, POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A EFETIVAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS, DE FORMA REGIONALIZADA E INTEGRADA, APOIANDO AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, NA PERSPECTIVA DE GARANTIR A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO.

VISÃO

SER UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE EXCELÊNCIA, INOVADORA, RESOLUTIVA E INTEGRADA A OUTROS SETORES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS, QUE CONTRIBUI PARA A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO PARAIBANA E O DESENVOLVIMENTO DO ESTADO

VALORES

ÉTICA, COMPROMISSO, RESPONSABILIDADE SOCIAL, TRANSPARÊNCIA E COOPERAÇÃO. ECONÔMICO E SOCIAL DO ESTADO

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

REDUZIR A MORTALIDADE PREMATURA POR DCNT

REDUZIR A MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

REDUZIR AS MORTALIDADES MATERNA E INFANTIL

AMPLIAR ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA

GARANTIR AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE E DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS À POPULAÇÃO

PROCESSOS

FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

FORTALECER A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

FORTALECER A GESTÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE FORMA REGIONALIZADA

IMPLEMENTAR A REDE DE ATENÇÃO E LINHAS DE CUIDADO, DE FORMA REGIONALIZADA

IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

GESTÃO REGIONALIZAÇÃO

IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO

FORTALECER A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

ESTRUTURAR A POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

IMPLEMENTAR A POLÍTICA DE SAÚDE DIGITAL E NOVAS TECNOLOGIAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

IMPLANTAR A POLÍTICA DA CAUSA ANIMAL

FINANCEIRO

QUALIFICAR O PLANEJAMENTO E A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

OTIMIZAR A EFICIÊNCIA E GESTÃO CUSTOS COM AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS NO ÂMBITO DA SES

DIMINUIR OS GASTOS CONSEQUENTES À JUDICIALIZAÇÃO

OTIMIZAR A CAPTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS



1

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DA PARAÍBA

A população da Paraíba, distribuída em seus 223 municípios, apresentou um crescimento de 5,2% entre 2011 e 2021, passando de 3.859.813 para 4.059.905 habitantes, o que corresponde a 1,9% da população nacional. Conforme o censo de 2010, as populações urbana e rural representavam, respectivamente, 75,4% e 24,6% do total populacional (IBGE, 2023). A densidade demográfica do estado, tendo como base a população de 2021, é de 71,89 hab/km², o que representa um acréscimo de 0,74 hab/km² em comparação a 2019, quando essa densidade era de 71,15 hab/km² (IBGE, 2023).

Quanto à população negra, o estado da Paraíba conta com um percentual de 58,39% do total populacional, o que corresponde à soma de pretos e pardos (2.199.587 habitantes). A população branca contabiliza 1.499.253 habitantes (39,80%), seguidos de 48.487 indivíduos de cor amarela (1,28%) e 19.149 habitantes indígenas (0,50%), totalizando 3.766.528 habitantes, de acordo com o IBGE, 2010. Contudo, segundo a atualização populacional realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2016 (IBGE, 2016), o percentual de indivíduos negros na Paraíba atingiu 65%.

1.2 PERFIL DE PRODUÇÃO

O perfil de produção espelha os dados de geração de emprego e de desemprego no país, permitindo o monitoramento da situação da mão de obra formal. O recenseamento de dados do estado da Paraíba foi executado através do Novo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Novo CAGED), que gera estatísticas de emprego formal a partir de informações coletadas nos sistemas e-Social,

CAGED e Empregador Web. Originalmente, os dados eram diretamente capturados do sistema do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). No entanto, desde janeiro de 2020, o uso do CAGED foi substituído pelo Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (e-Social) para algumas empresas, conforme determinado pela Portaria SEPRT nº

1.127, de 14/10/2019. Apenas órgãos públicos e organizações internacionais que contratam empregados sob o regime da CLT são obrigados a continuar enviando informações pelo CAGED.

Para avaliar o perfil produtivo, foram considerados municípios com população acima de 20.000 habitantes (classificados como municípios de médio porte), totalizando 34 municípios. A análise foi dividida em grupos de atividades laborais: agropecuária, indústria, construção, comércio e serviços.

Na Tabela 1, verifica-se que o setor com o maior número de empregados é o de serviços

(198.188), e que a maior parte destes trabalhadores está na 1ª e na 2ª Macrorregiões (111.928 hab. e 62.909 hab., respectivamente), como observado nas Tabelas 2 e 3. Contudo, na 3ª Macrorregião (Tabela 4), o setor de comércio se sobressai, totalizando 13.749 empregos. Estes dados guardam semelhança qualitativa com o que foi relatado no último Plano Estadual de Saúde, onde os mesmos setores foram realçados, por Macrorregião. Ou seja, o perfil permaneceu o mesmo após 4 anos. É importante enfatizar que, nesse período, ocorreu a pandemia de coronavírus SARS-CoV-2, que teve início em 2020, e cujas severas repercussões ainda são sentidas atualmente.

TABELA 1 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA PARAÍBA, 2022.

PARAÍBA	
Agrupamento Empregados	
Agropecuária	13628
Indústria	84621
Construção	38669
Comércio	115208
Serviços	198188
Total	450314

Fonte: Novo CAGED, 2023.

TABELA 2 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 1ª MACRORREGIÃO, 2022.

MACRO I	Empregados
Agropecuária	7182
Indústria	32607
Construção	27406
Comércio	64574
Serviços	111928
Total	288107

Fonte: Novo CAGED, 2023.

TABELA 3 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 2ª MACRORREGIÃO, 2022.

MACRO II	Empregados
Agropecuária	1213
Indústria	21710
Construção	5573
Comércio	25723
Serviços	62909
Total	117128

Fonte: Novo CAGED, 2023.

TABELA 4 - AGRUPAMENTOS DE ATIVIDADES LABORAIS E NÚMERO DE EMPREGADOS NA 3ª MACRORREGIÃO, NO ANO DE 2022.

MACRO III	Empregados
Agropecuária	463
Indústria	7164
Construção	2491
Comércio	13749
Serviços	12957
Total	36824

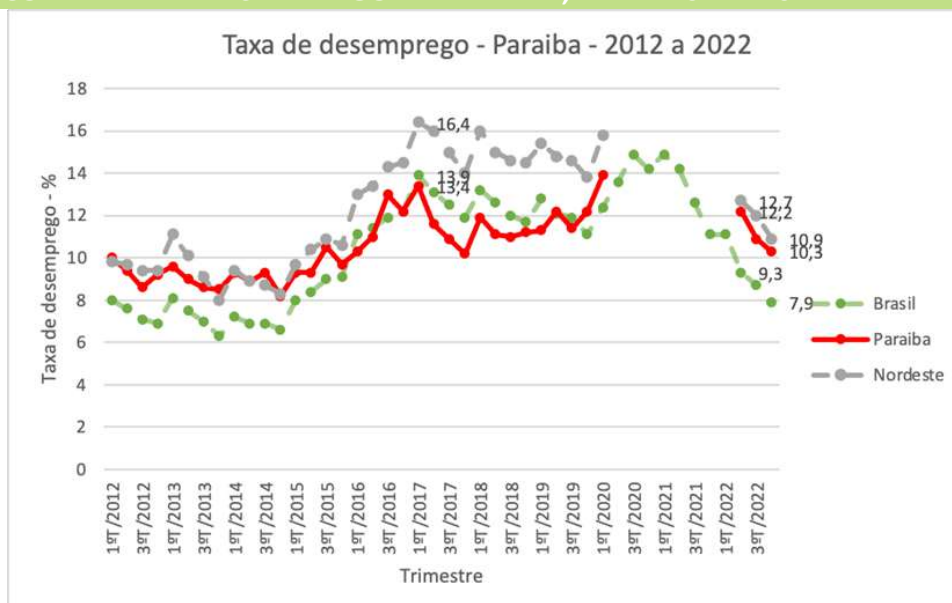
Fonte: Novo CAGED, 2023.

1.3 TAXA DE DESEMPREGO

A taxa de desemprego na Paraíba permaneceu, na maior parte do período estudado, abaixo da do Nordeste e acima da do Brasil até o final de 2015. No intervalo do 1º trimestre de 2016 até o 3º trimestre de 2019, a Paraíba apresentou uma taxa média inferior (11,53%) à do Nordeste (14,76%) e à do Brasil (12,28%), embora com uma ligeira tendência ao aumento.

Depois de um intervalo entre o 2º trimestre de 2020 e o 1º trimestre de 2022, período em que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) foi suspensa devido à pandemia de COVID-19, a Paraíba registrou uma taxa de desemprego (12,2%) superior à do Brasil (9,3%), porém inferior à do Nordeste (12,7%). No entanto, nesse período, os três entes apresentaram uma tendência de diminuição (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - TAXA DE DESEMPREGO NA PARAÍBA, ENTRE 2012 E 2022.

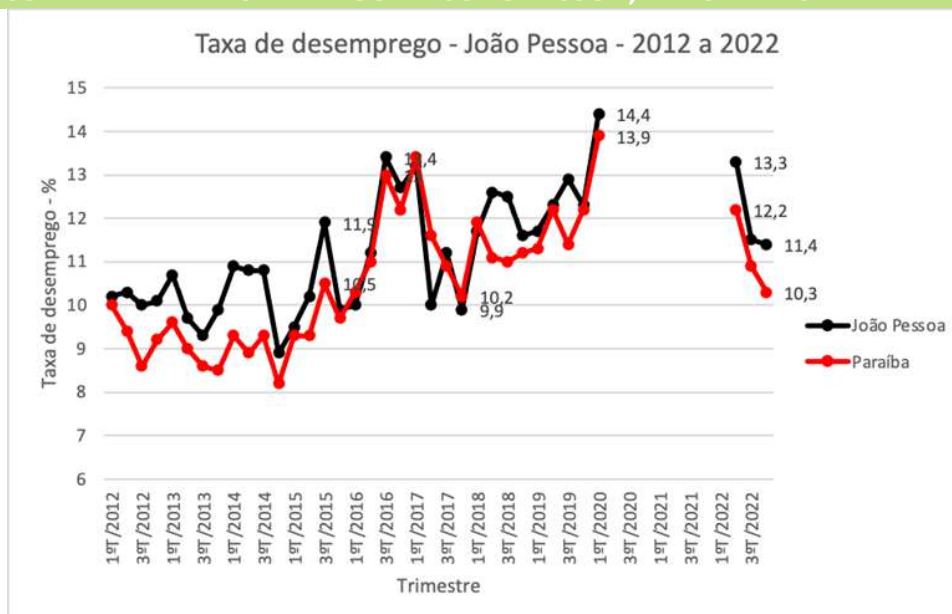


Fonte: PNAD, Tabela 4093, 2022.

A taxa de desemprego na Paraíba apresenta uma forte correlação ($r = 0,87$) com a taxa de desemprego na cidade de João Pessoa, devido ao peso econômico da capital, que possui o maior PIB entre todas

as cidades paraibanas. A taxa na capital se mantém acima da média do estado na maior parte do período analisado (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - TAXA DE DESEMPREGO EM JOÃO PESSOA, DE 2012 A 2022.



Fonte: PNAD – Pesquisa Nacional por amostra.

1.4 RENDA MÉDIA MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA

A renda média mensal domiciliar per capita é calculada através do somatório da renda recebida por cada habitante, sendo depois dividida pelo total de indivíduos na residência. Esse valor apresenta a renda média das pessoas que habitam um dado espaço no ano considerado. De 2012 a 2022, na Paraíba, a renda média domiciliar per capita subiu 108,4%, com a menor renda registrada no ano de 2012 e a maior no ano de 2022, apresentando valores de R\$526,00 e R\$1.096,00, respectivamente.

Observou-se um aumento progressivo de 2012 a 2017, seguido por uma redução entre os anos 2017 e 2018, e um aumento subsequente entre 2018 e 2019 (Gráfico 3). A redução progressiva foi notada de 2019 a 2021 (possivelmente devido à pandemia de COVID-19), com um novo aumento registrado entre 2021 e 2022.

GRÁFICO 3 - RENDA MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA NA PARAÍBA, BRASIL, DE 2012 A 2022.



Fonte: IBGE, 2023.

Além disso, é possível verificar que a 1ª Macrorregião manteve a maior renda domiciliar per capita nas três medições do censo consecutivamente (Tabela 5). Isso pode estar relacionado ao fato de ser a região que

concentra a maior parte da força produtiva do Estado. Além disso, a 3ª Macrorregião manteve o menor valor de renda domiciliar per capita, sendo inferior ao valor geral do estado da Paraíba.

TABELA 5 - RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE NA PARAÍBA EM 1991, 2000 E 2010.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	1991	2000	2010
MACRORREGIÃO III – SERTÃO/ALTO SERTÃO	105,78	198,54	335,79
MACRORREGIÃO II – CAMPINA GRANDE	143,22	267,63	401,9
MACRORREGIÃO I – JOÃO PESSOA	205,42	365,84	561,92
PARAÍBA	161,29	295,79	462,29

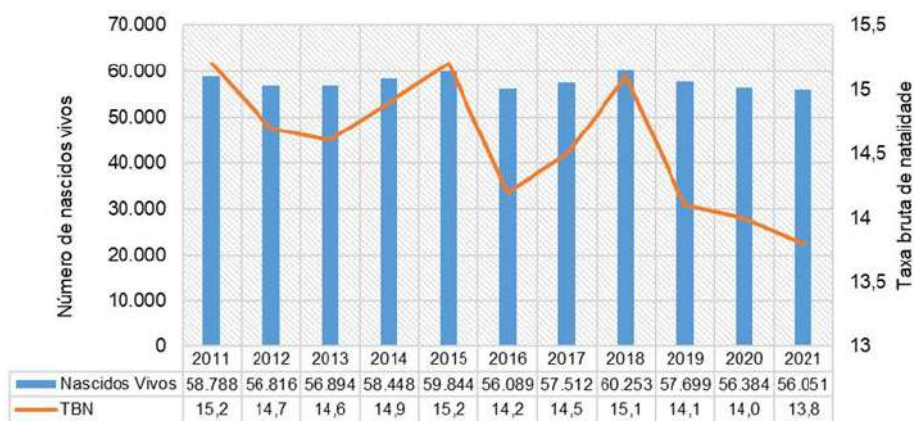
Fonte: IBGE, 2023.

1.5 NATALIDADE

O conhecimento sobre as características dos nascimentos em uma população é fundamental, pois permite a construção de indicadores epidemiológicos, demográficos e econômicos com base na realidade de cada ente federativo. Esses indicadores de saúde possibilitam o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas, programas e ações de saúde pública na atenção materno-infantil, além de identificar os grupos mais vulneráveis em termos socioeconômicos e demográficos, bem como o manejo das instalações de saúde públicas e privadas.

A gravidez e o nascimento são eventos biológicos naturais na vida reprodutiva da mulher, embora as práticas de parto sejam realizadas de maneiras diferentes em diferentes grupos, por razões relacionadas a aspectos culturais e históricos da população. Essas evidências indicam a existência de desigualdades que representam desafios a serem enfrentados pelo Estado e pelas Regiões de Saúde, e demonstram a necessidade de aprimorar e expandir políticas que garantam a qualidade do atendimento às mulheres durante a gravidez e no pós-parto assim como aos recém-nascidos (Gráfico 4).

GRÁFICO 4 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS (NV) E TAXA BRUTA DE NATALIDADE. PARAÍBA, 2011 A 2021.*

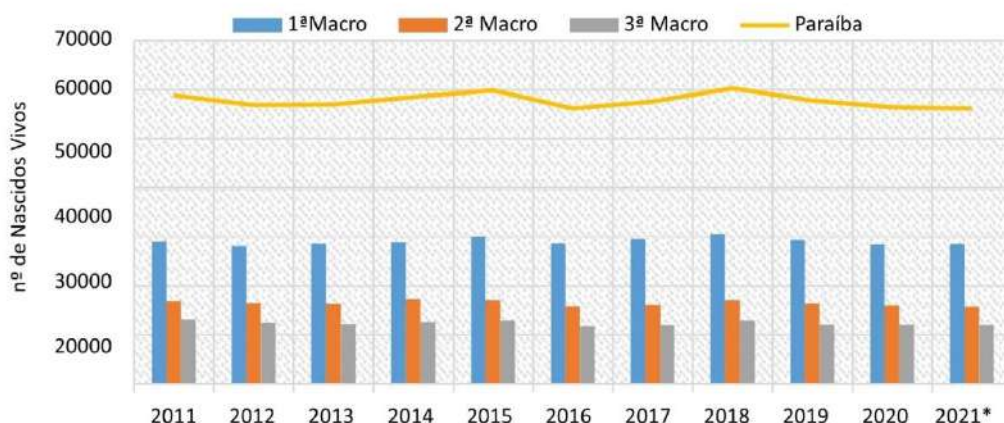


Fonte: SINASC/IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A taxa bruta de natalidade é calculada com base no número de nascidos vivos (NV) por mil habitantes e é usada para medir a intensidade de nascimentos em uma determinada área geográfica de uma população em um determinado ano. Em todos os estados brasileiros, a taxa de natalidade segue a tendência mundial, que vem diminuindo nos

últimos anos. Embora a população continue crescendo, as taxas de crescimento estão diminuindo, principalmente devido à queda na taxa de natalidade. No período analisado, observa-se uma diminuição na taxa bruta de natalidade, de 15,2 em 2011 para 13,8 em 2021, representando uma redução de 9,2% ao longo do período (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021.*

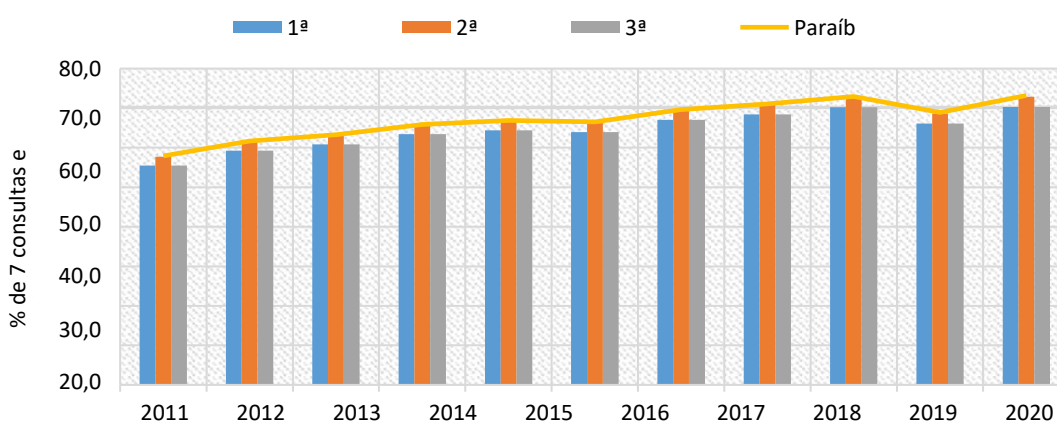


Fonte: SINASC. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Os dados sobre os Nascidos Vivos são utilizados para monitorar as características do pré-natal, da gestação e do parto, contribuindo para o conhecimento da situação de saúde das mulheres e dos bebês na população brasileira, além de subsidiar programas e políticas que visam melhorar a qualidade dos serviços de saúde pública prestados a essa população.

Na análise histórica, pode-se observar uma tendência de queda no número de Nascidos Vivos nas três macrorregiões de saúde e, conseqüentemente, no estado como um todo. O Gráfico 6 também revela que a curva observada segue o padrão do restante do país, com redução no número de Nascidos Vivos e aumento da população devido ao aumento da expectativa de vida.

GRÁFICO 6 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. PARAÍBA, 2011 A 2021.*



Fonte: SINASC/IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A cobertura de 7 ou mais consultas de pré-natal mede o percentual de mulheres com filhos Nascidos Vivos, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a atenção à gravidez e ao parto. É influenciada por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de

prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas.

As consultas de pré-natal prestadas à gestante contribuem na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal,

fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto da mãe como do bebê. Associadas a outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil, podem subsidiar a gestão nas ações de saúde voltadas para atenção ao pré-natal, ao parto e a atenção à saúde da criança.

No decorrer do período, o número de 7 ou mais consultas de pré-natal apresenta um incremento, como resultado de esforços para alcançar esse parâmetro, observado em todas as macrorregiões de saúde e conseqüentemente no Estado, com uma proporção de 73,2 % acima do percentual do Brasil (60%) (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA DA MÃE. PARAÍBA, 2011 A 2021.*



Fonte: SINASC/IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A proporção de Nascidos Vivos por idade materna gera subsídios sobre a frequência de mães adolescentes e idosas, que pode ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população. Contribui na avaliação dos níveis de saúde infantil e dos fatores socioeconômicos e culturais que intervêm na ocorrência da gravidez como também nas ações voltadas para a promoção de saúde reprodutiva e planejamento familiar. A proporção de Nascidos Vivos de mães

adolescentes (< 19 anos) por macrorregião de saúde apresenta variação distintas, a 1ª Macro com 5,4% a 2ª Macro com 4,1% e a 3ª Macro com 8,9%, sendo o estado com 18,4%.

A concentração maior se encontra na faixa etária de mães de 20 a 39 anos, onde observamos a 1ª Macro com 23,0%, a 2ª Macro com 15,8% e a 3ª Macro com 40,3% em distinção ao estado apresenta percentual de 79,0% (Gráfico 8).

GRÁFICO 8 – PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, SEGUNDO TIPO DE PARTO. PARAÍBA, 2011 A 2021.*



Fonte: SINASC/IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações

A proporção por tipo de parto pode indicar o modelo de assistência obstétrica adotado e é influenciada pelas condições socioeconômicas e de saúde da gestante, bem como pela disponibilidade de recursos especializados, tanto em termos de tecnologias quanto de serviços. Além disso, ela subsidia a gestão nas ações de saúde voltadas para aumentar o número de partos vaginais em relação aos partos por cesariana, conforme os parâmetros da OMS.

A 1ª Macrorregião apresenta uma taxa de 27,3% de cesáreas e 22,9% de partos vaginais. A 2ª Macrorregião tem uma taxa de 15,6% de cesáreas e 12,7% de partos vaginais. Já a 3ª Macrorregião tem uma taxa de 15,0% de cesáreas e 6,4% de partos vaginais. No Estado, observa-se uma proporção de 57,9% de cesáreas e 42,0% de partos vaginais. É importante observar que, em todas as macrorregiões de saúde e no estado, a proporção de cesáreas é alta em relação aos partos vaginais, permanecendo acima dos padrões internacionais.

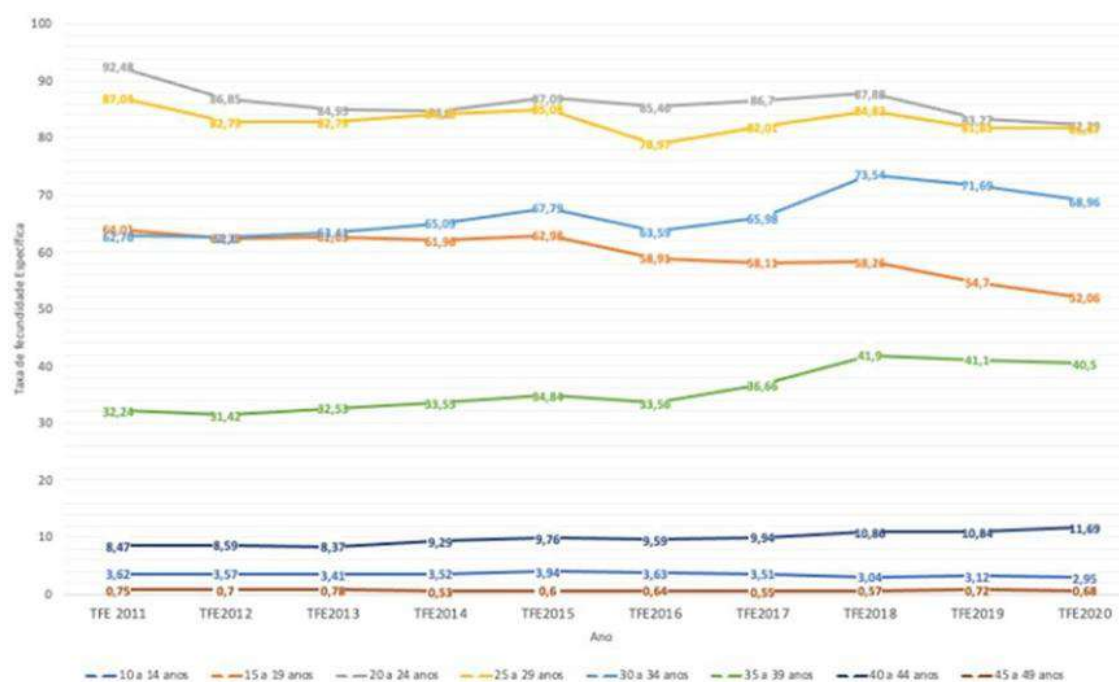
1.6 TAXA DE FECUNDIDADE

1.6.1 TAXA DE FECUNDIDADE POR FAIXA ETÁRIA

A taxa de fecundidade representa o número de filhos Nascidos Vivos pela população feminina em idade fértil, que vai dos 10 aos 49 anos. Durante os últimos 10 anos (2011 a 2020), foi observado que a taxa de fecundidade específica na Paraíba foi maior entre as mães com idade entre 20 e 24 anos. No entanto, houve uma redução progressiva nos anos de 2018, 2019 e 2020, com valores respectivos de 87,88, 83,27 e 82,29 a cada 1.000 mulheres (Gráfico 9). Podemos inferir que a queda notável entre 2019 e 2020 ocorreu devido à pandemia do COVID-19, onde muitas famílias optaram por reprogramar o planejamento familiar devido à situação de saúde da população. Além disso, os serviços de saúde ficaram sobrecarregados, principalmente com o atendimento aos usuários com sintomas gripais de 2015 a 2018, houve uma redução progressiva na taxa de fecundidade entre crianças e adolescentes entre

10 e 14 anos, seguida de um aumento entre 2018 e 2019 e uma redução posterior entre 2019 e 2020. Com relação à primeira redução mencionada, é possível refletir sobre a melhoria da assistência na atenção primária à saúde. Quanto à redução no segundo momento, acredita-se que a pandemia possa ter influenciado, devido à proibição de locais que promovam aglomerações de pessoas. Em relação às adolescentes entre 15 e 19 anos, houve uma redução progressiva na taxa entre 2018 e 2020. Por outro lado, entre as mulheres com idade entre 40 e 44 anos, houve um aumento progressivo na taxa de fecundidade no período de 2016 a 2020, embora tenha ocorrido uma pequena redução entre 2018 e 2019. Além disso, é importante ressaltar que muitas mulheres adiam a maternidade devido à priorização do crescimento profissional e, consequentemente, à busca de melhores condições socioeconômicas para o planejamento familiar.

GRÁFICO 9 - TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA POR ANO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

Assim como na Paraíba, o Nordeste e o Brasil apresentaram taxa de fecundidade específica maior entre mães com idade de 20 a

24 anos, também com redução progressiva entre 2018 e 2020 (Tabela 6).

TABELA 6 - TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA ENTRE MÃES COM IDADE DE 20 A 24 ANOS, NA PARAÍBA, NO NORDESTE E NO BRASIL, EM 2018, 2019 E 2020.

UF/REGIÃO	2018	2019	2020
Paraíba	87,88	83,27	82,29
Nordeste	86,03	82,28	79,34
Brasil	84,32	81,33	78,68

Fonte: DATASUS, 2023.

Entre os 10 anos avaliados, na Paraíba, a maior taxa de fecundidade total foi em 2018 (1,8 filhos/mulher em idade fértil), enquanto a menor taxa ocorreu em 2016 (1,67 filhos/mulher em idade fértil) (gráfico 10).

Pode-se observar que, entre os anos de 2018, 2019 e 2020, a taxa de fecundidade total (TFT) no estado da Paraíba reduziu, apresentando valores de 1,8, 1,74 e 1,7 filhos por mulher em idade fértil, respectivamente (Gráfico 10).

GRÁFICO 10 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL POR ANO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

No Nordeste, a maior e a menor Taxa de Fecundidade Total (TFT) foram observadas em 2011 (1,75) e em 2020 (1,6). No Brasil, a maior e menor taxa ocorreram nos anos de 2015 (1,77) e 2020 (1,62) (Tabela 7). Assim, a Paraíba vem apresentando uma redução progressiva desta taxa entre 2018, 2019 e 2020, seguindo a

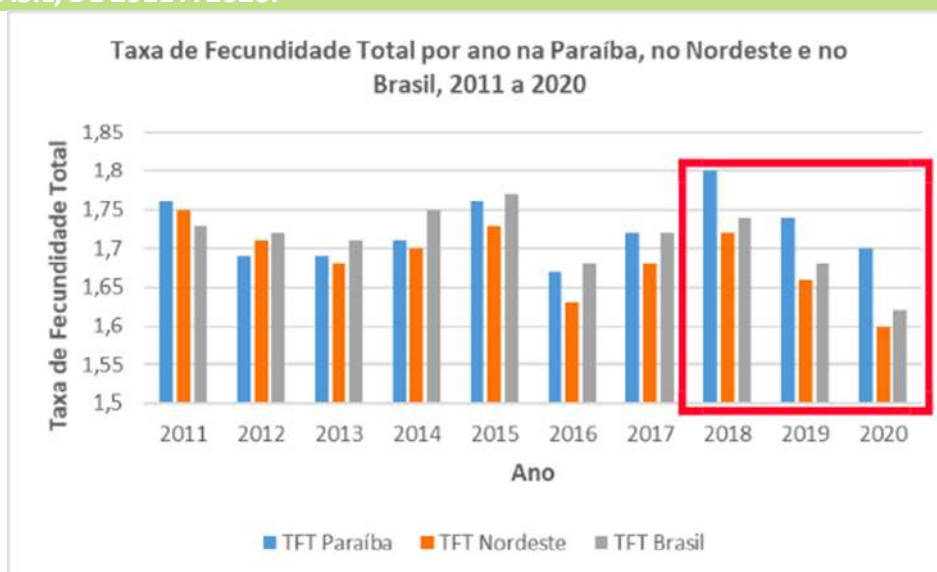
tendência do Nordeste e do Brasil (Gráfico 11). Portanto, o decréscimo da taxa de fecundidade (Tabela 8) pode estar relacionado a fatores como maior participação feminina no mercado de trabalho, uso de métodos contraceptivos e melhoria do nível educacional.

TABELA 7 - MAIOR E MENOR TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL NA PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL.

UF/REGIÃO	MAIOR TFT (ANO)	ZMENOR TFT (ANO)
Paraíba	87,88	83,27
Nordeste	86,03	82,28
Brasil	84,32	81,33

Fonte: DATASUS, 2023.

GRÁFICO 11 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL POR ANO NA PARAÍBA, NO NORDESTE E NO BRASIL, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

TABELA 8 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL DA PARAÍBA, REGIÃO NORDESTE E BRASIL, 2011 E 2020.

UF/REGIÃO	2011	2020	DIFERENÇA RELATIVA 2011/2020 (%)
Paraíba	1,76	1,7	-3,4%
Nordeste	1,75	1,6	-8,6%
Brasil	1,73	1,62	-6,4%

Fonte: DATASUS, 2023.

1.6.2 TAXA DE FECUNDIDADE POR MACRORREGIÃO

GRÁFICO 12 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 1ª MACRORREGIÃO – JOÃO PESSOA, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

Observa-se que a taxa de fecundidade na 1ª macrorregião (Gráfico 12) esteve em queda a partir de 2011, tendo alcançado sua menor baixa em 2014 (22,94). Houve um aumento em 2018, mas continuou a diminuir progressivamente após esse ano até 2020, quando ocorreu a segunda menor taxa (45,05). Esse fato pode estar relacionado à pandemia,

uma vez que as pessoas, por causa do medo do vírus, podem ter optado por adiar a gestação. Outro ponto que pode ter contribuído para essa diminuição da taxa em 2020 foi a inclusão do planejamento familiar nas diretrizes para formulação de políticas de atenção à saúde do jovem, o que trouxe mais visibilidade e conhecimento sobre o tema.

GRÁFICO 13 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 2ª MACRORREGIÃO – CAMPINA GRANDE, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.

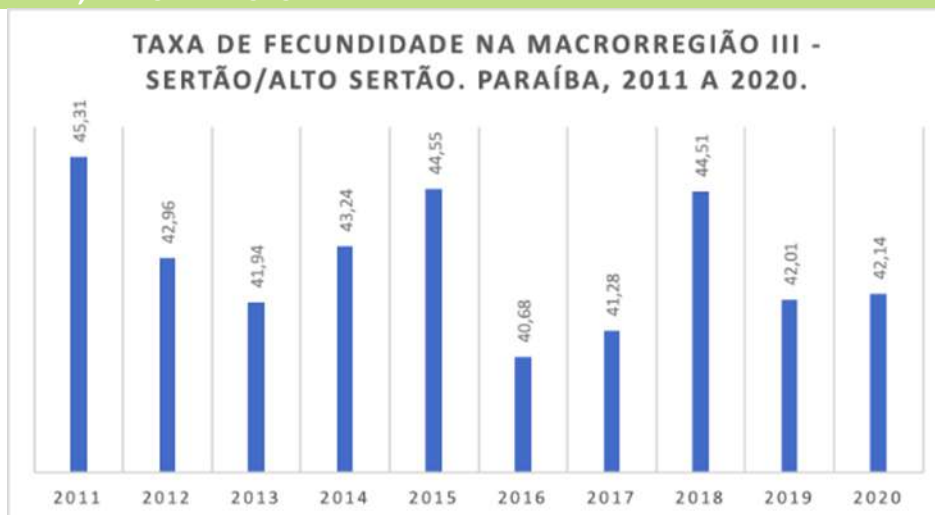


Fonte: DATASUS, 2023.

Na 2ª Macrorregião (Gráfico 13), a taxa de fecundidade caiu entre 2012 e 2013, apresentando sua maior taxa em 2014 (49,55), sendo a taxa mais alta de todos os anos das três macrorregiões. Em contrapartida, a taxa de 2016 (44,96) foi consideravelmente baixa se

comparada aos outros anos, assim como a de 2020 (45,83), que foi o segundo menor valor desses anos. Como ocorreu na 1ª Macrorregião, essa situação registrada em 2020 pode ter sido consequência da pandemia do COVID-19.

GRÁFICO 14 - TAXA DE FECUNDIDADE NA 3ª MACRORREGIÃO – SERTÃO/ALTO SERTÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

Em relação a 3ª Macrorregião (Gráfico 14) a taxa mais alta de fecundidade se deu em 2011 (45,31) e a mais baixa em 2016 (40,68). Assim como ocorre nas

demais Macrorregiões o ano de 2020 também teve uma das taxas mais baixas (42,14).

GRÁFICO 15 - TAXA DE FECUNDIDADE POR MACRORREGIÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

GRÁFICO 16 - TAXA DE FECUNDIDADE POR MACRORREGIÃO, NA PARAÍBA, DE 2011 A 2020.



Fonte: DATASUS, 2023.

É importante ressaltar que a maior participação das mulheres no mercado de trabalho influencia a diminuição da taxa de fecundidade em várias macrorregiões ao longo dos anos, como mostrado nos Gráficos 15 e 16. Isso se deve também ao aumento da educação e do conhecimento em relação ao planejamento familiar e aos métodos contraceptivos. Além disso, a região do Sertão apresentou uma taxa

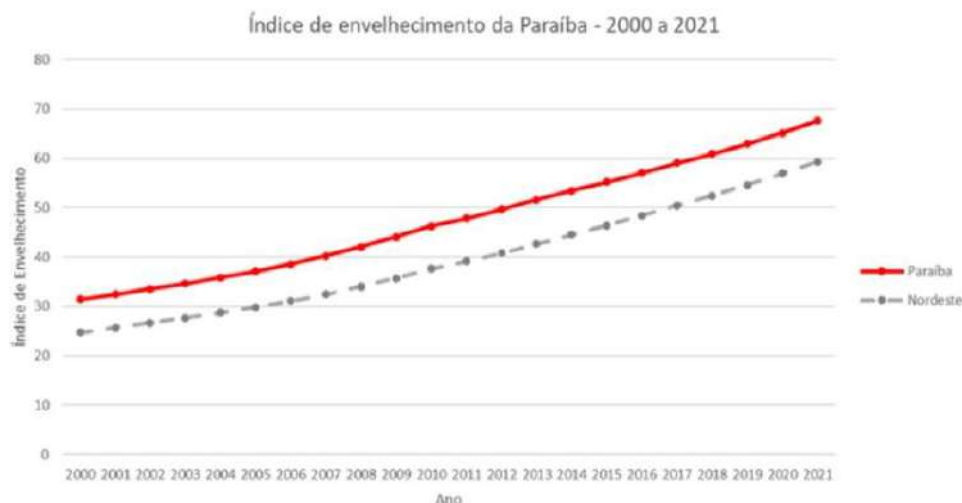
consideravelmente mais baixa do que as outras duas macrorregiões, o que pode estar relacionado a uma possível melhoria na atenção primária em relação à orientação sobre contracepção e educação sexual (Gráfico 14).

1.7 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

O Índice de envelhecimento da Paraíba acompanhou a variação da região Nordeste entre os anos de 2000 e 2021 apresentando

ligeira aceleração no ano de 2010 como pode ser observado no Gráfico 17.

GRÁFICO 17 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA PARAÍBA DE 2000 A 2021.



Fonte: Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000–2021 TABNET/DATASUS.

Observa-se que os maiores índices de envelhecimento estão na 2ª Macrorregião, superando a média estadual em 2021 (67,56),

conforme descrito na Tabela 9, que apresenta os valores por macrorregião.

TABELA 9 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POR MACRORREGIÃO EM 2021.

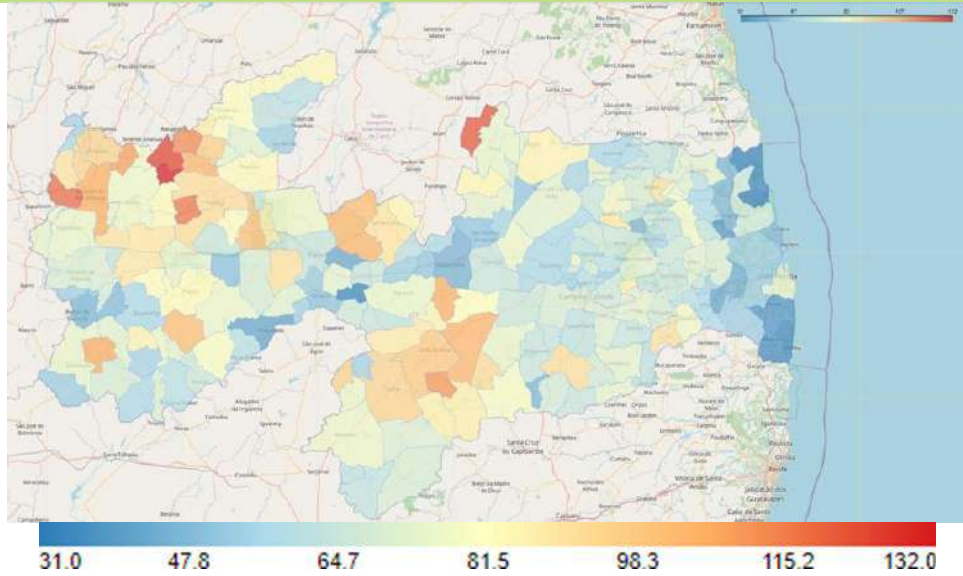
	População 0–14 anos	População 60 anos ou mais	Índice de envelhecimento
1ª Macrorregião	413.949 hab.	263.909 hab.	63,75
2ª Macrorregião	240.628 hab.	167.430 hab.	69,58
3ª Macrorregião	198.704 hab.	145.171 hab.	73,06

Fonte: DATASUS, 2023.

Os municípios com os menores índices estão localizados a leste do estado, na área da 1ª Macrorregião, como mostrado na Figura 1, que ilustra a evolução do indicador ao longo do período. No mapa, os municípios com maiores índices de envelhecimento (115,2 a 132) aparecem em vermelho, com destaque para o maior

agrupamento na 3ª Macrorregião, especificamente nos municípios da 9ª região de saúde. Em contraste, os municípios com menores índices (31 a 47,8) estão na 1ª Macrorregião, sendo que o menor valor é observado na cidade de Marcação.

FIGURA 1 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO POR CIDADE DA PARAÍBA EM 2022.



Fonte: TABNET/DATASUS, 2022.

Existem várias hipóteses para explicar essa diferença, incluindo a migração em busca de serviços e oportunidades de emprego nas grandes cidades, o que atrai a população jovem.

Além disso, fatores históricos e culturais, como a ocupação inicial do litoral e a presença de cidades mais antigas na região da Mata Paraibana, também podem influenciar.



2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico de morbimortalidade é um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população. É determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes,

como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos. Além disso, é resultado da urbanização, das tecnologias e da melhoria das condições de vida, o que impacta no declínio da mortalidade.

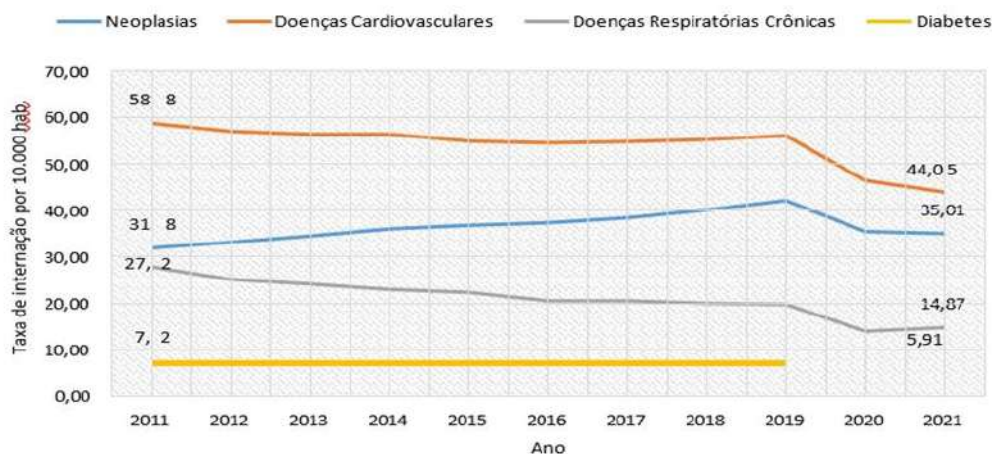
2.1 MORBIDADE

2.1.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por DCNT e 11,5% por agravos. As DCNT são um problema de saúde global, caracterizado por etiologia múltipla, com muitos fatores de risco, como o uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação não saudável e atividade física insuficiente. Elas têm longos períodos de latência, curso

prolongado, origem não infecciosa e também estão associadas a deficiências e incapacidades funcionais. No Brasil, em 2021, dentre as principais DCNT (doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, Diabetes Mellitus e neoplasias), as doenças cardiovasculares e as neoplasias apresentaram as maiores taxas de internações hospitalares, com 44,05 e 35,01 por 10.000 habitantes, respectivamente (Gráfico 18).

GRÁFICO 18 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. BRASIL, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Comparando os anos de 2011 e 2019, observa-se um aumento de 32,02% na taxa de internação hospitalar por neoplasias no Brasil. No entanto, houve uma queda da taxa de internação em 2020 de 15,79% e 16,82% em 2021, quando comparadas ao ano de 2019.

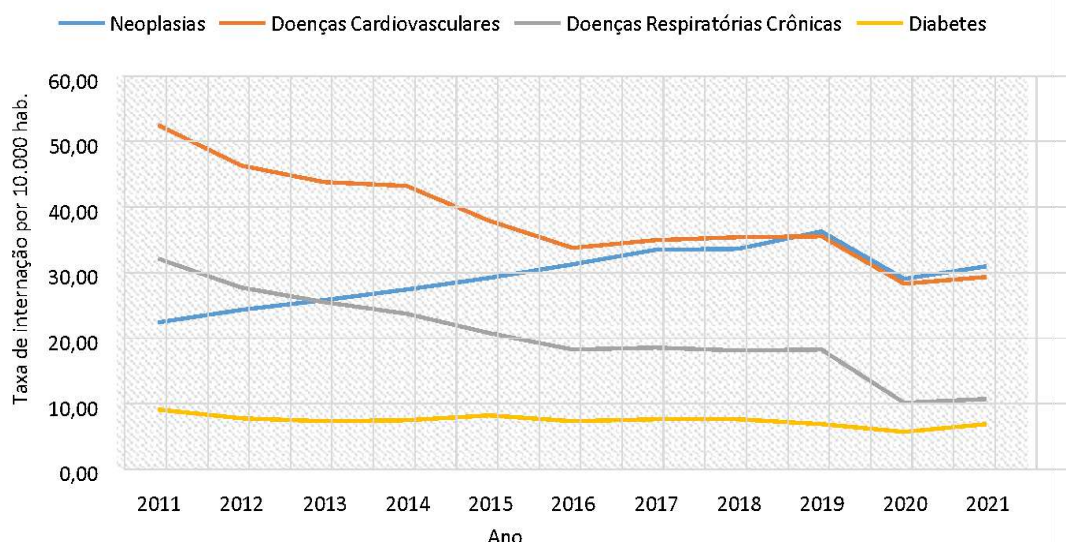
Ao comparar as internações dos anos pré-pandemia (2018 e 2019) com o período de maior pico da pandemia da COVID-19 (2020 e 2021), o Brasil apresentou uma redução de aproximadamente 2,7 milhões no número de internações hospitalares, incluindo todas as causas. Na Paraíba, ocorreu uma redução de 21 mil internações. Quanto ao número de internações hospitalares por doenças crônicas, houve uma redução de 3.548 internações no Brasil e 209 internações na Paraíba.

As taxas de internação por Doenças Cardiovasculares, Respiratórias Crônicas e Diabetes apresentaram quedas de 24,93%, 46,54% e 21,40%, respectivamente, no período

de 2011 a 2021 no Brasil. As Doenças Respiratórias Crônicas tiveram as maiores reduções nos anos de 2020 e 2021, com declínios nos números de internações em todo o país. Na Paraíba, observa-se um aumento de 66,33% nas taxas de internações por Neoplasias no período de 2011 a 2019. Porém, nos anos de 2020 e 2021, houve uma redução de 36,20% e 14,72% nas internações por Neoplasias, em comparação com a taxa de 2019.

As taxas de internação por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, e Diabetes na Paraíba apresentaram quedas de 42,20%, 66,65% e 24,53%, respectivamente, no período de 2011 a 2021. É importante destacar que, quando comparamos os dois últimos anos do período, essas quedas são mais acentuadas. Especialmente no caso das taxas de internações por Doenças Respiratórias Crônicas, que registraram uma queda de 44,26% em 2020, em comparação com o ano de 2019 (Gráfico 19).

GRÁFICO 19 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

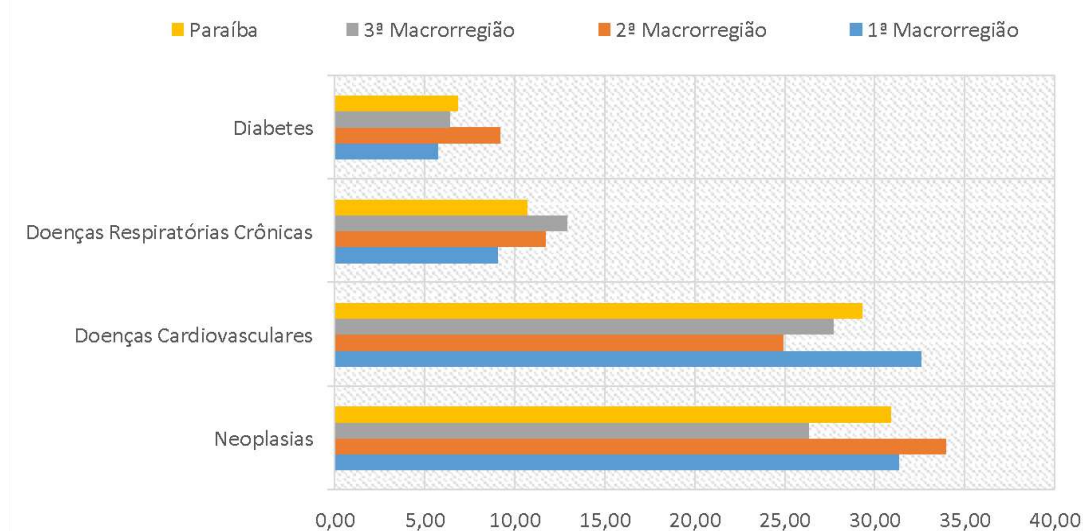


Fonte: SIH/SUS e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em 2021, as taxas de internação por doenças crônicas selecionadas nas macrorregiões de saúde da Paraíba apresentaram números diferentes dos números do estado. As doenças cardiovasculares têm a maior taxa de internação na 1ª Macrorregião (32,59/10.000 hab.).

As doenças respiratórias crônicas têm a maior taxa de internação na 3ª Macrorregião, com uma taxa de 12,87/10.000 habitantes. A 2ª Macrorregião de Saúde tem as maiores taxas de internação por neoplasias e diabetes, taxas essas maiores do que as taxas no estado como um todo (Gráfico 20).

GRÁFICO 20 - TAXA DE INTERNAÇÃO POR 10.000 HAB. PELAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021.*



Fonte: SUS-SIH/SUS e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que haverá aproximadamente 705 mil

casos novos de neoplasias malignas no Brasil em 2023, sendo cerca de 12 mil na Paraíba. No

Brasil, a maioria dos casos estimados ocorre no sexo feminino, o que também ocorre na Paraíba (Tabelas 10 e 11). Tanto no Brasil quanto na Paraíba, o tipo de neoplasia mais comum no sexo feminino é o câncer de mama (66,54 e 55,40 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente), seguido de cólon e reto e colo do útero no Brasil, e tireoide e colo do útero na Paraíba. No sexo masculino, o câncer de

próstata é o mais comum (67,86 e 83,38 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente, para Brasil e Paraíba), seguido de cólon e reto e traqueia, brônquios e pulmões no Brasil, e traqueia, brônquios e pulmões e estômago na Paraíba (Tabelas 10 e 11).

TABELA 10 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO. BRASIL, 2023.

Localização Primária da Neoplasia	Mulheres no Brasil	
	Casos	Taxa bruta
Mama	73.610	66,54
Cólon e Reto	23.660	21,41
Colo do útero	17.010	15,38
Traqueia, Brônquios e Pulmões	14.540	13,15
Glândula Tireoide	14.160	12,79
Estômago	8.140	7,36
Corpo do útero	7.840	7,08
Ovário	7.310	6,62
Pâncreas	5.690	5,15
Linfoma Não Hodgkin	5.620	5,08
Todas as Neoplasias	362.730	327,96
Localização Primária da Neoplasia	Homens no Brasil	
	Casos	Taxa bruta
Próstata	71.730	67,86
Cólon e Reto	21.970	20,78
Traqueia, Brônquios e Pulmões	18.020	17,06
Estômago	13.340	12,63
Cavidade Oral	10.900	10,30
Esôfago	8.200	7,76
Bexiga	7.870	7,45
Laringe	6.570	6,21
Linfoma Não Hodgkin	6.420	6,08
Fígado	6.390	6,06
Todas as Neoplasias	341.350	323,00

Fonte: Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

TABELA 11 - ESTIMATIVA DO NÚMERO DE CASOS DE CÂNCER E TAXA BRUTA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB. SEGUNDO AS 10 PRINCIPAIS LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS POR SEXO. PARAÍBA, 2023.

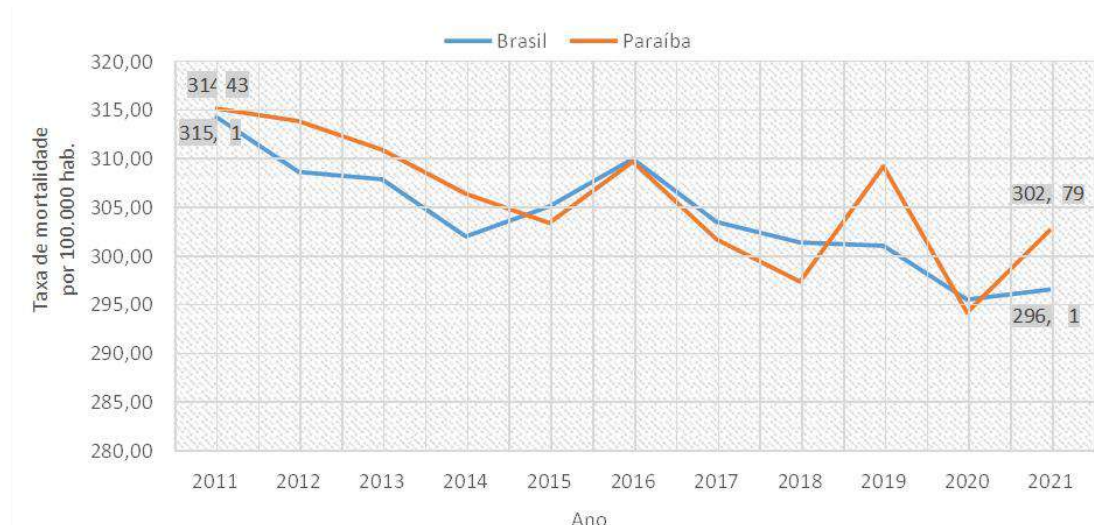
Localização Primária da Neoplasia	Mulheres na Paraíba	
	Casos	Taxa bruta
Mama	1.180	55,40
Glândula Tireoide	360	17,17
Colo do útero	290	13,42
Traqueia, Brônquios e Pulmões	260	12,43
Cólon e Reto	210	9,70
Estômago	160	7,39
Ovário	150	6,99
Corpo do Útero	130	6,06
Leucemias	120	5,52
Fígado	120	5,47
Todas as Neoplasias	6.200	291,97
Localização Primária da Neoplasia	Homens na Paraíba	
	Casos	Taxa bruta
Próstata	1.650	83,38
Traqueia, Brônquios e Pulmões	260	13,21
Estômago	250	12,51
Cólon e Reto	190	9,41
Cavidade Oral	170	8,39
Laringe	120	6,30
Fígado	120	6,27
Leucemias	120	6,04
Esôfago	110	5,57
Bexiga	100	5,25
Todas as Neoplasias	5.490	277,88

Fonte: Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

No Brasil e na Paraíba, as DCNT representaram 42% e 44% de todas as causas de óbitos em 2021. Desses óbitos por doenças crônicas, 41% e 38% ocorreram precocemente em indivíduos entre 30 e 69 anos, no Brasil e na Paraíba, respectivamente. Tanto no Brasil quanto na Paraíba, os óbitos precoces (< 70 anos) causados por doenças crônicas registraram quedas nos anos de 2012 a 2015. O ano de 2016 registrou uma elevação no Brasil e na Paraíba, mas as taxas continuaram a cair até o final do estudo em 2021 (Gráfico 21).

Ao analisar o período de 2011 a 2021, foi observado um declínio na mortalidade precoce de 5,4% no Brasil e 3,8% na Paraíba. Isso ressalta a importância da implementação de políticas públicas intersetoriais, bem como do investimento em tecnologias de média e alta complexidade na atenção básica, a fim de qualificar o cuidado integral aos portadores de DCNT.

GRÁFICO 21 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30-69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DNCT POR 100.000 HABITANTES. BRASIL E PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

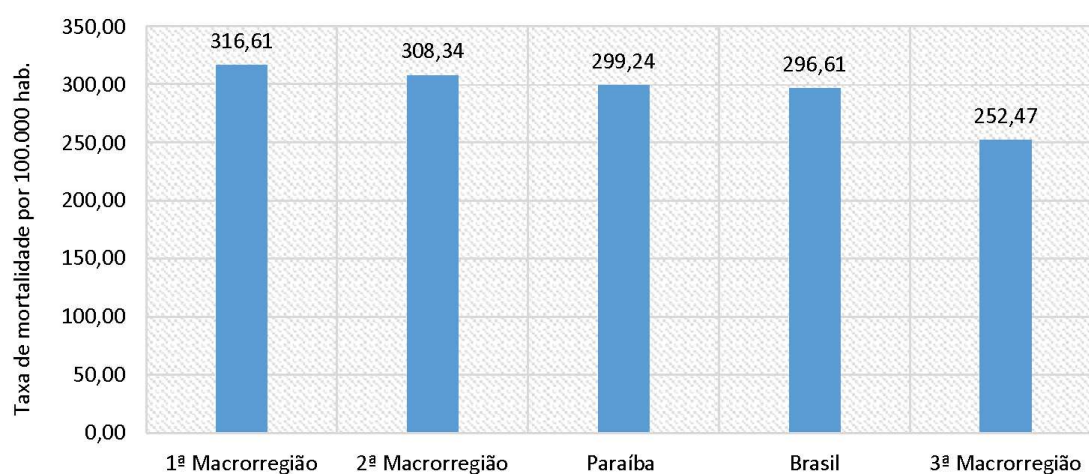


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A 1ª Macrorregião de Saúde da Paraíba apresentou a maior taxa de mortalidade precoce por 100.000 habitantes pelas quatro principais DCNT na Paraíba (316,61), taxa essa maior que a taxa do estado (299,24) e a taxa do Brasil (296,61) (Gráfico 22). No Brasil e na

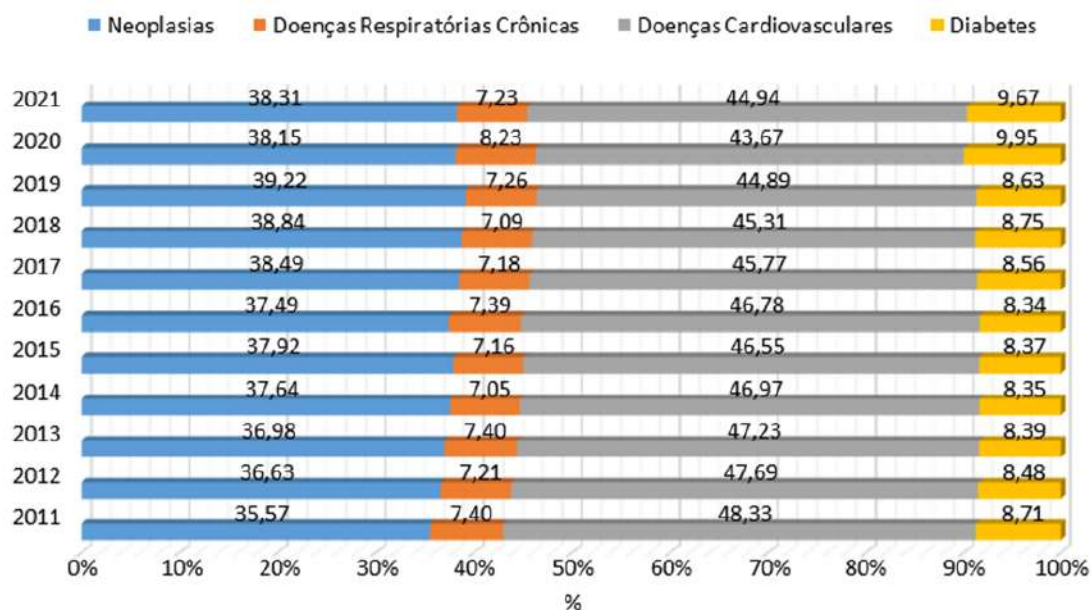
Paraíba, de 2011 a 2021, as Doenças Cardiovasculares apresentaram as maiores proporções de óbitos precoces no grupo das principais DCNT, seguidas pelas neoplasias (Gráfico 23).

GRÁFICO 22 - TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELAS QUATRO PRINCIPAIS DCNT POR 100.000 HABITANTES SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE. BRASIL, PARAÍBA, 2021.*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 23 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS PRECOSES POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO. BRASIL, DE 2011 A 2021.*

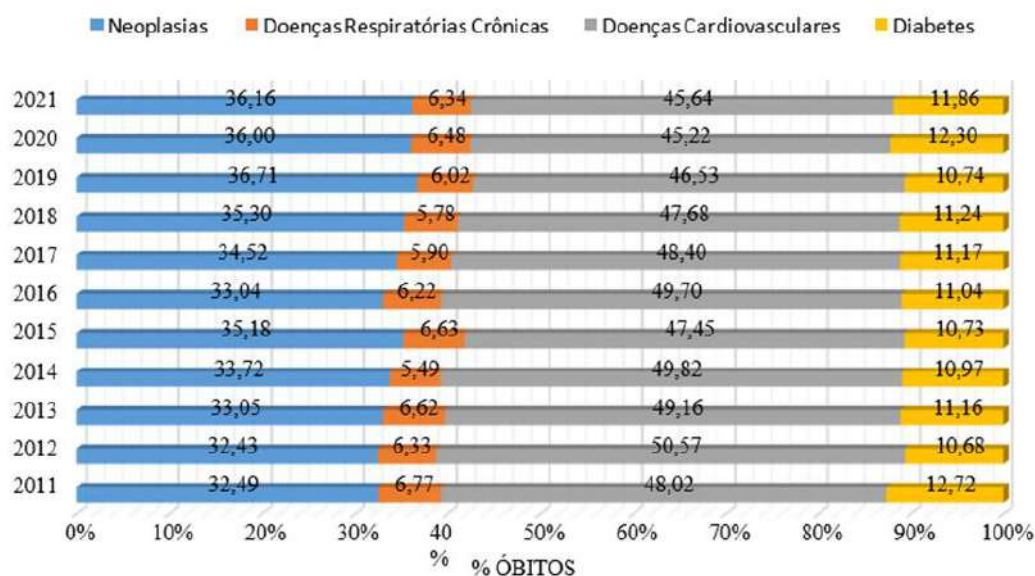


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Acompanhando os resultados no Brasil, na Paraíba, a proporção de óbitos precoces por diabetes aparece em terceiro lugar entre as principais DCNT, apresentando taxas que variam de 9,67% no Brasil a 11,86% na Paraíba em 2021. Ao analisar o período, observa-se uma queda de 9,92% nos óbitos por diabetes no Brasil

e de 6,76% na Paraíba. As doenças respiratórias crônicas apresentam as menores proporções nesse período, ocupando o último lugar tanto no Brasil quanto na Paraíba no ranking de doenças crônicas com óbitos prematuros (Gráficos 23 e 24).

GRÁFICO 24 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS PRECOSES POR GRUPOS DE DCNT SEGUNDO ANO DO ÓBITO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Reduzir a morbimortalidade por DCNT é um desafio que passa pela promoção, desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, é necessário apoiar os serviços de saúde voltados para as doenças. Considerando a rede de saúde existente, é necessário fortalecer as três macrorregiões de saúde, concentrando-se em ações que abordem os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Também é importante implementar uma política de cuidado para os portadores de DCNT na rede de urgência, garantindo acesso humanizado e

integral aos usuários em situação de urgência nas Unidades Hospitalares e de Pronto Atendimento de forma rápida e oportuna (terapia de reperfusão).

Em 2023, o estado da Paraíba implantou o Programa Estratégico de Gerenciamento Administrativo e Hospitalar da Rede de Assistência à Linha de Cuidado de Urgência e Emergência de Doenças Isquêmicas (Coração Paraibano). Esse programa contribuirá para a redução da morbimortalidade das doenças vasculares (AVC) em todo o Estado.

Causas externas

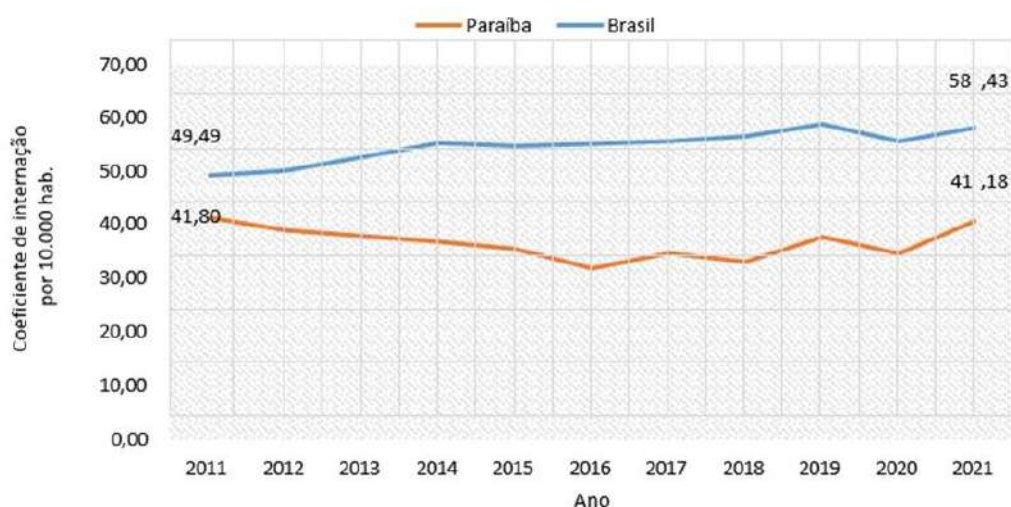
Os acidentes e a violência, fenômenos complexos e profundamente preocupantes, vêm aumentando a cada dia. No Brasil, esse problema é vivenciado desde a década de 1980, com uma transformação nos padrões de saúde e doença da população. Isso tem elevado as taxas de morbidade e mortalidade, sendo que a violência é a terceira causa de morte na população geral da Paraíba.

As crianças, adolescentes e idosos são especialmente afetados pela violência, causando efeitos emocionais nas famílias. Isso resulta em altos custos econômicos e sociais para a sociedade, devido ao impacto na saúde, qualidade de vida e anos potenciais de vida perdidos. As causas externas representam 7,69% (161.322/2.097.755) do total de internações hospitalares processadas e aprovadas entre 2011 e 2021 no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no Estado da Paraíba. Interessante notar que, quando comparadas as internações hospitalares totais do Estado entre 2011 (219.395) e 2021

(182.752), houve uma queda de 20,05%. Porém, no grupo das causas externas nesse mesmo período, observa-se um aumento nas internações, indicando uma variação positiva de 5,22%, com 2011 registrando 15.846 internações e 2021 registrando 16.719.

No Brasil, houve um aumento de 15,29% nos coeficientes brutos (por 10.000 hab.) de internações por causas externas, comparando-se os anos de 2011 (49,49/10.000 hab.) e 2021 (58,43/10.000 hab.). Na Paraíba, esse aumento é significativamente menor, apenas 2,9 vezes, apesar do aumento de cerca de 5,22% no número de internações por essas causas. Nesse estado, o coeficiente mostrou uma variação negativa de 1,49%, comparando 2011 (41,80/10.000 hab.) e 2021 (41,18/10.000 hab., Gráfico 25). Esse comportamento reflete a demanda por serviços hospitalares do SUS, concentrando-se nessas causas. Além disso, pode sugerir correlações com os contextos econômicos e sociais, além da mudança na estrutura etária da população (progressivo envelhecimento) nesse período.

GRÁFICO 25 - COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS NO ÂMBITO DO SUS (POR 10.000 HAB.), SEGUNDO O ANO DE PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES. BRASIL E PARAÍBA, 2011 A 2021.*



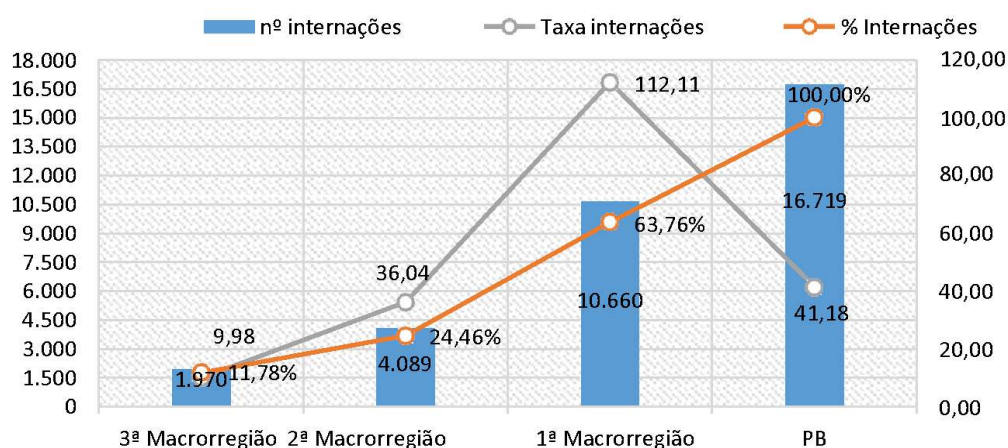
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na distribuição das internações por causas externas no Estado em 2021, observou-se que os acidentes de transporte representaram a maioria das internações, correspondendo a 31,18% (5.213/16.719); seguidos por outras causas externas de lesões acidentais, representando 43,82% (7.327/16.719); as sequelas de causas externas representaram 15,24% (2.548/16.719), e apenas 3,76% (629/16.719) das vítimas de agressões e 0,83% (138/16.719) das vítimas de lesões autoprovocadas voluntariamente foram internadas.

De acordo com as três macrorregiões de saúde (Gráfico 26), a maioria dessas internações, ou seja, 63,76% (10.660/16.719),

ocorreu na 1ª Macrorregião, envolvendo 99,22% das internações por sequelas de causas externas, 88,40% por lesões autoprovocadas voluntariamente, 62,52% por acidentes de transporte e 74,08% por agressões. Nessa macrorregião, o coeficiente de internação foi de 112,11/10.000 habitantes, seguida pela 2ª macrorregião, que concentrou 24,46% (4.089/16.719) das internações e obteve um coeficiente de 36,04/10.000 habitantes, 3,1 vezes menor que o da 1ª macrorregião, e finalmente a 3ª macrorregião, que concentrou apenas 1,78% (1.970/16.719) das internações. Os achados das internações reforçam a ideia de que parte das internações na Paraíba poderia ter sido evitada por meio de medidas preventivas simples.

GRÁFICO 26 - PROPORÇÃO E COEFICIENTE DE INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS NO ÂMBITO DO SUS (POR 10.000 HAB.) SEGUNDO O ANO DE PROCESSAMENTO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021.*

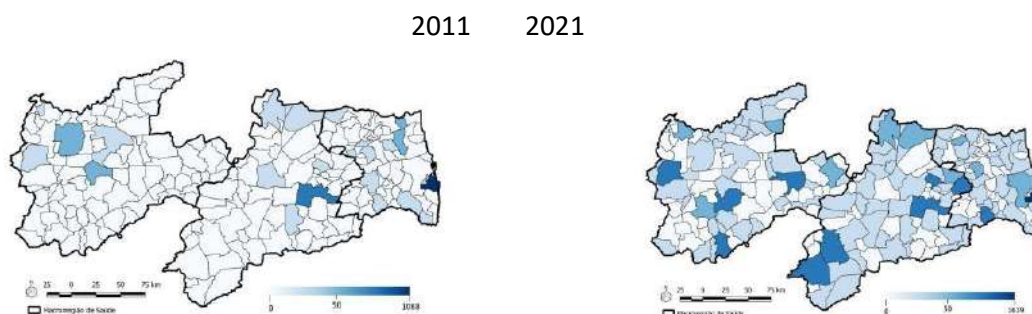


Fonte: SIH/SUS e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Considera-se violência, para fins de notificação, "o uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, ou grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (KRUG, 2002). No período de 2011 a 2021, ocorreram 37.900 notificações (caso suspeito ou confirmado) no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, informadas no Sistema de Informação de Agravos de

Notificação (SINAN) da Secretaria de Estado da Saúde - SES. Nesse período (Figura 2), é claramente perceptível o crescimento na distribuição espacial das notificações. Os 89 municípios da 1ª macrorregião foram responsáveis por grande parte (50,67%) das notificações. Portanto, a caracterização do perfil epidemiológico pode ser uma contribuição importante para a prevenção da violência no Estado, permitindo inferências relevantes sobre morbidade e mortalidade.

FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS, CONFORME MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 E 2021.*

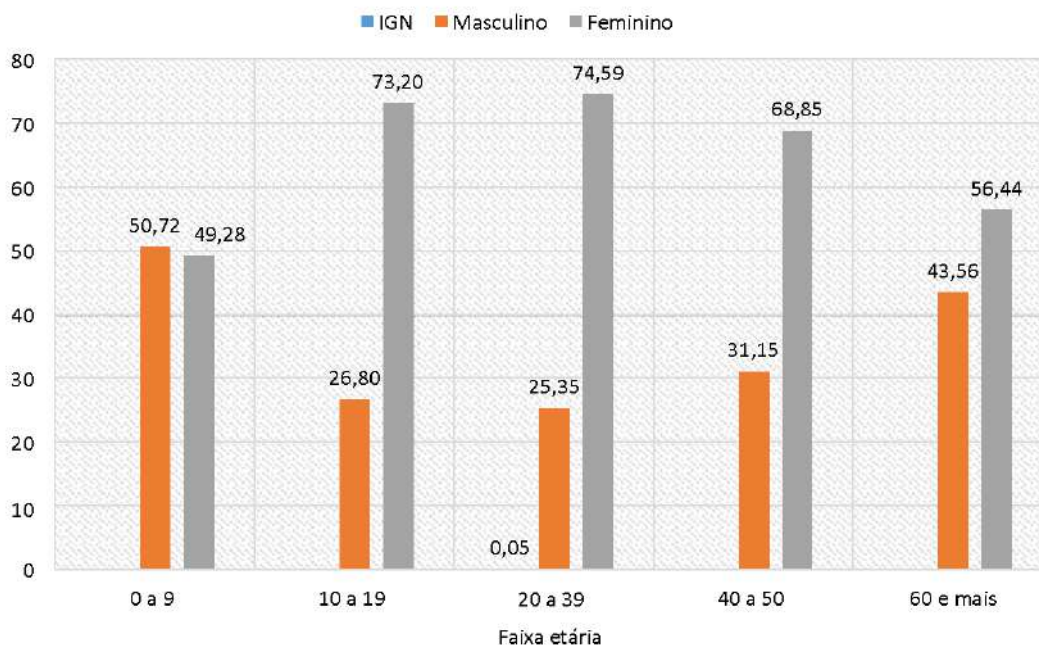


Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, informadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações

Das 3.963 notificações, 70,70% ocorreram a predominância do gênero feminino, houve crianças em 6,96% (276), adolescentes 24,58% (974) e idosos 4,1% (163),

com destaque na faixa etária de 20 a 39, representando 46,28% (1.834), adultos jovens e adultos. Cor parda com maior potencial 79,70% (3.161) (Gráfico 27).

GRÁFICO 27 - PROPORÇÃO DE VIOLÊNCIAS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO. PARAÍBA, 2021.*



Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, informadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na Tabela 12, observa-se que a distribuição das violências no período entre 2011 e 2021 aumentou na Paraíba. A maior proporção das violências foi física (47,2%), seguida das psicológicas/morais (17,4%) e negligência/abandono (11,4%). A maior variação positiva foi na violência financeira/econômica (91,74%), seguida pela negligência/abandono (75,14%). Acompanhar essas notificações

dentro dos Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes é extremamente importante para o acolhimento, atendimento, cuidados profiláticos, tratamento, seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde da cultura da paz.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO O TIPO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

Tipos de violência	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%	Δ% total
Física	937	1904	2283	1683	2103	1928	2291	2573	2643	1910	1935	22190	47,2	51,58
Psicológica/moral	366	696	843	760	721	711	685	828	1128	620	826	8184	17,4	55,69
Negligência/abandono	46	1522	1806	370	394	192	230	231	236	166	185	5378	11,4	75,14
Outras Violência	234	134	132	111	288	284	358	435	1080	1011	1159	5226	11,1	79,81
Sexual	154	297	367	304	335	338	351	358	468	311	384	3667	7,8	59,90
Tortura	41	142	136	109	102	105	101	118	138	90	119	1201	2,6	65,55
Financeira/econômica	10	158	126	114	115	67	86	90	129	31	121	1047	2,2	91,74
Trabalho infantil	4	7	3	3	2	4	13	3	7	5	5	56	0,1	20,00
Intervenção legal	1	4	6	2	3	2	6	6	4	3	4	41	0,1	75,00
Tráfico de seres humanos	2	7	1	5	4	0	2	0	2	4	4	31	0,1	50,00
Total Geral	1795	4871	5703	3461	4067	3631	4123	4642	5835	4151	4742	47021	100,0	62,14

Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações. Nota: Considerado o número de ocorrências segundo o tipo de violência ocorridos por vítimas.

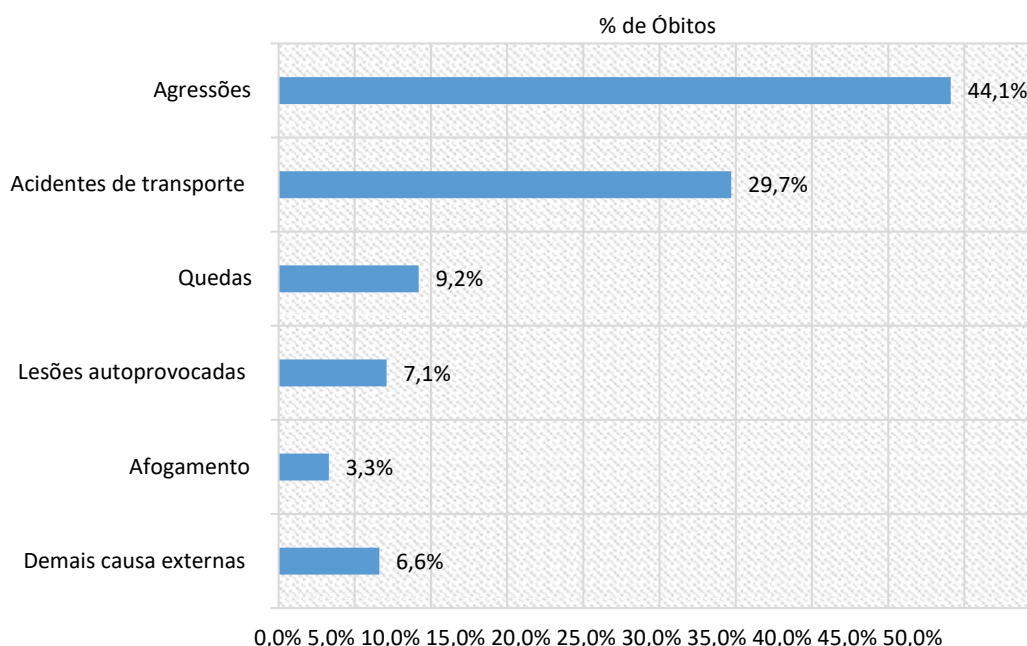
Nos registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM/CID-10), entre os anos de 2011 e 2021, morreram no país 1.660.289 vítimas de causas externas (acidentes e violência), com coeficiente médio de 73,81/100.000 habitantes. Na Paraíba, totalizou nesse período 34.059 óbitos e coeficiente médio de 78,24/100.000 habitantes.

Neste período, a proporção dos óbitos apresentou um destaque para as vítimas de agressões 15.007 (44,06%), com predomínio de homicídios por armas de fogo (12.128 ou 80,82%). Em seguida, temos as violências no trânsito 10.097 (29,65%) e as quedas 3.126 (9,18%). Quanto às lesões autoprovocadas intencionalmente, as causas somadas totalizaram 2.419 (7,10%), representando vítimas de suicídios (Gráfico 28). Houve uma

significativa contribuição de 72,22%, concentrada nas faixas etárias de 10 a 19 anos (12,11%), 20 a 29 anos (26,58%), 30 a 39 anos (19,70%) e 40 a 49 anos (13,86%).

Percebe-se claramente na distribuição a expressiva participação das vítimas adolescentes, representando 12,11% (4.125/3.059) com um coeficiente de 56,07/100.000 habitantes. Também constatamos um destaque desses adolescentes nos homicídios por disparo de armas de fogo, com 19,12% (2.319/12.128). Ainda no período analisado, a predominância é da cor parda (82,48%) e do sexo masculino (82,48%). Os homens vivenciam a violência em 5,5 vezes mais do que as mulheres, e os solteiros são vitimados de maneira discrepante em 41,34% (11.917/28.820).

GRÁFICO 28 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSA EXTERNA CID-10 (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS), EM RESIDENTES NA PARAÍBA. DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Os maiores coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes, apresentados sequencialmente (Tabela 13) nos anos de 2011, 2016 e 2021, foram para as vítimas de Agressões (42,97, 34,08 e 28,08/100.000 habitantes), com redução de 42,89%; Acidentes de transporte (21,87, 25,63 e 20,75/100.000 habitantes), que cresceram cerca de 1,65%; Quedas (4,22, 7,85 e

7,78/100.000 habitantes), sendo esta última uma das causas que mais cresceram (49,37%); e suicídios (40,65%), onde o município de João Pessoa foi o principal responsável pelo crescimento, com um aumento de aproximadamente 53,33%, passando de 35 óbitos em 2011 para 75 em 2021.

TABELA 13 - ÓBITOS E COEFICIENTE BRUTO DE MORTALIDADE (ÓBITOS/100.000 HAB.) POR CAUSA EXTERNA (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS) EM RESIDENTES NA PARAÍBA, 2011, 2016 E 2021.*

Causas (CID-10)	2011		2016		2021		Diferença (%) 2021/2011
	nº	Coef.	nº	Coef.	nº	Coef.	
Agressões	1629	42,97	1363	34,08	1140	28,08	-42,89
Acidentes de transporte	829	21,87	1025	25,63	843	20,76	1,66
Quedas	160	4,22	314	7,85	316	7,78	49,37
Lesões autoprovocadas intencionalmente	165	4,35	186	4,65	278	6,85	40,65
Afogamento e submersão acidentais	168	4,43	99	3,28	111	5,39	-51,35
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	51	1,35	39	2,48	49	2,73	-4,08
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	21	0,55	14	0,98	11	1,21	-90,91
Envenenamento (intoxicação) acidental por e exposição a substâncias nocivas)	2	0,05	5	0,35	4	0,27	50,00
Intervenções legais e operações de guerra	0	0	0	0,13	0	0,1	
Todas as outras causas externas	97	2,56	131	0	219	0	55,71
TOTAL	3.122	82,35	3.176	79,41	2.971	73,18	-5,08

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e IBGE. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período analisado, observou-se mudanças radicais nos óbitos por causas externas em relação aos padrões de ocorrência, com um grande aumento nas informações e notificações na Paraíba.

No entanto, é importante ressaltar a necessidade de uma política voltada para o contexto socioeconômico para controlar e interromper esse comportamento.

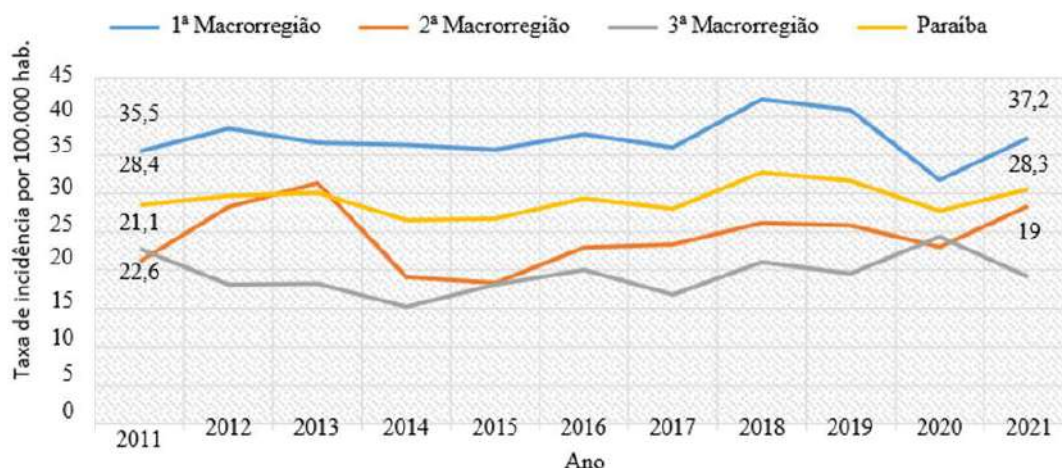
2.1.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

TUBERCULOSE

Em 2021, foram notificados no Brasil 68.271 novos casos de tuberculose, o que equivale a uma taxa de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes. No mesmo ano, o estado da Paraíba registrou 1.283 novos casos, ocupando o 5º lugar no Nordeste em incidência de casos de tuberculose e o 21º lugar no Brasil (Brasil, 2022). Ao analisar a série histórica entre 2011 e 2021, observa-se que a maior incidência

de tuberculose na Paraíba ocorreu em 2019, ano anterior à pandemia de COVID-19. Na 1ª Macrorregião, os anos de 2018 e 2019 registraram uma maior detecção, sendo que o ano de 2020 teve a menor detecção dentro da série histórica. Na análise da 2ª e 3ª Macrorregião, observou-se uma variação no coeficiente de incidência, com um impacto maior na 3ª, 6ª, 7ª, 9ª e 10ª GRS.

GRÁFICO 29 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

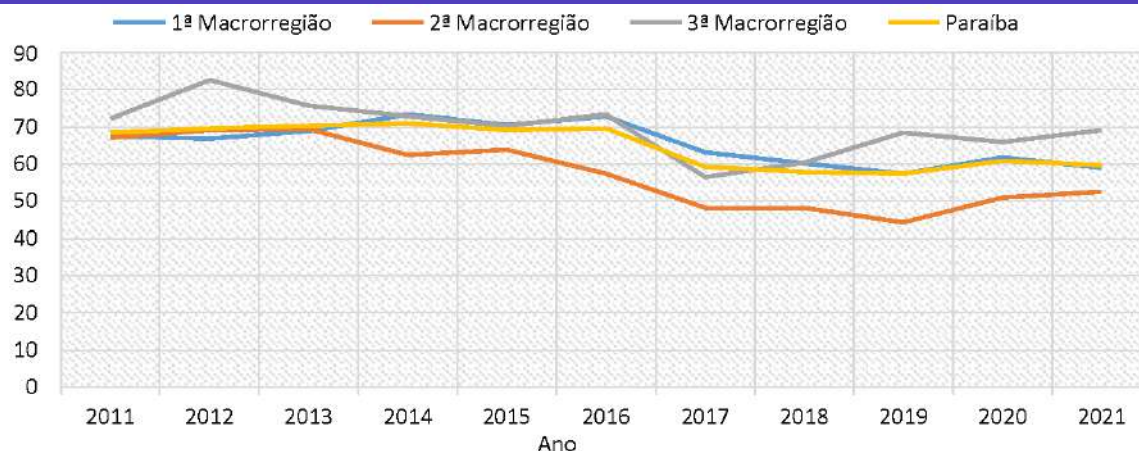


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem como objetivo alcançar uma taxa de cura de pelo menos 85% dos casos diagnosticados de tuberculose pulmonar. Ao analisar esse indicador na Paraíba, observa-se que a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde não foi alcançada ao longo do tempo. Em relação às Macrorregiões, foi identificado que a 2ª Macrorregião apresenta o menor número de casos curados, destacando-se a

3ª Região de Saúde com casos sem desfecho. Esses dados demonstram a necessidade dos municípios em priorizar o acompanhamento das ações de controle da tuberculose junto às suas Equipes de Saúde, expandindo o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o registro das informações no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

GRÁFICO 30 - PROPORÇÃO DE CURA NA COORTE DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE COM CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



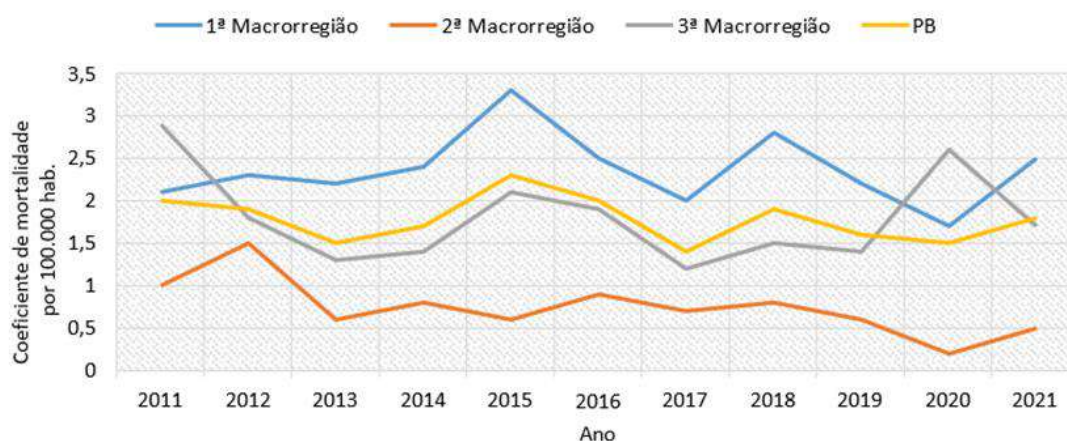
Fonte: Sistema de informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No Brasil, em 2021, o coeficiente de mortalidade por tuberculose foi de 2,9 óbitos a cada 100 mil habitantes. No mesmo período, a Paraíba registrou um coeficiente de mortalidade de 1,8 óbitos por 100 mil habitantes, representando um aumento de 11 casos de óbitos relacionados à tuberculose em comparação a 2020. Esses dados estão em linha com o relatório global da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2021, que apontou um

aumento no número de óbitos em todo o mundo, devido principalmente à diminuição da

detecção de novos casos em 2020, causada pela pandemia de COVID-19. Isso ressalta a importância das ações de prevenção, controle e monitoramento do tratamento da tuberculose junto à população.

GRÁFICO 31 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE TUBERCULOSE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

HANSENÍASE

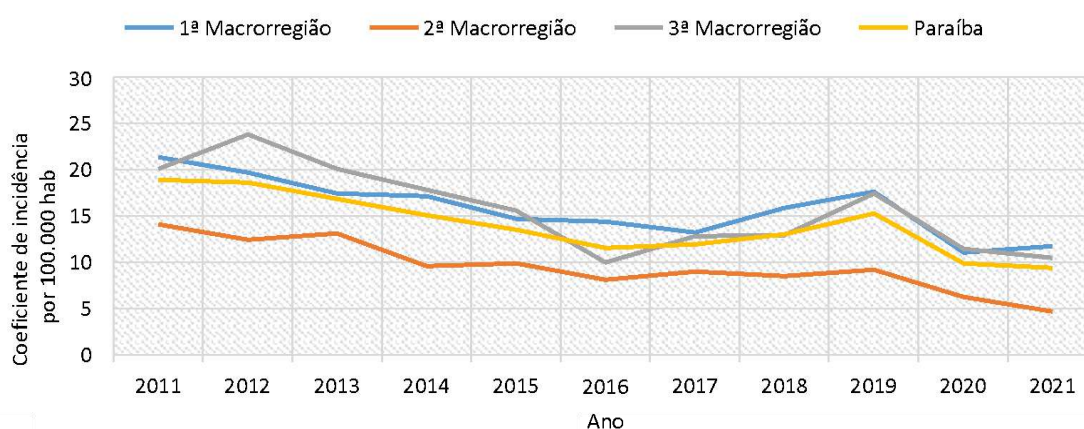
De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2021, 106 países registraram

140.594 novos casos de hanseníase. O Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos no

mundo, com 18.318 novos casos. No mesmo ano, a Paraíba notificou 384 casos, representando uma taxa de detecção de 9,5 e classificando o estado como de média magnitude. Na avaliação realizada por Macrorregião de Saúde, observa-se uma diminuição na detecção de casos ao longo do tempo nas três macrorregiões, com destaque para a 2ª macrorregião, que em 2021 apresentou uma detecção de 4,7%, mantendo o parâmetro estadual. No entanto, essa região

possui áreas com silêncio epidemiológico que precisam ser monitoradas com frequência. Quanto à 1ª e 2ª Macrorregiões de Saúde, elas apresentaram municípios mais endêmicos durante o período de avaliação e ambas estão classificadas como de alta endemicidade. Esse comportamento epidemiológico sinaliza a necessidade contínua de desenvolvimento de atividades preventivas e de diagnóstico junto à população.

GRÁFICO 32 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO GERAL HANSENÍASE POR 100.000 HABITANTES POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

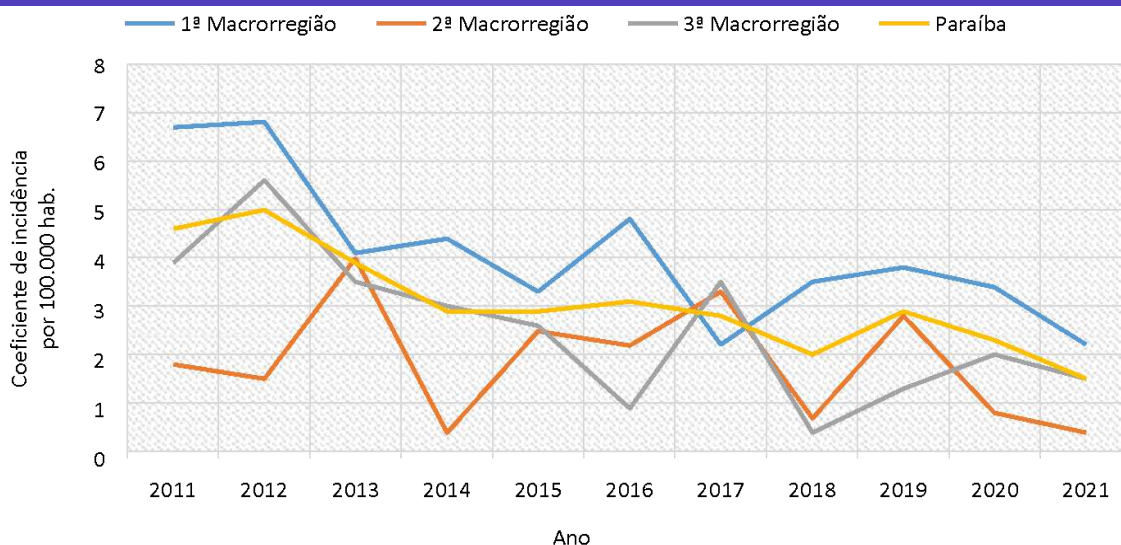


Fonte: Sistema de informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a análise do coeficiente de incidência na população de zero a 14 anos completos é realizada com o objetivo de medir a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. A taxa esperada para essa faixa etária é de 0,5 casos por 100.000 habitantes. Esse é um importante indicador para a vigilância da hanseníase, pois fornece uma avaliação do desempenho do sistema de saúde na eliminação da doença no território. Ao observar os parâmetros encontrados nas três Macrorregiões

durante o período de 2011 a 2021, destaca-se a 1ª Macrorregião, que teve um parâmetro considerado muito alto para hanseníase nos anos de 2011 e 2012, seguido por uma diminuição consecutiva nos anos seguintes. Ao avaliar o ano de 2021, a endemicidade entre as Macrorregiões varia de baixa (2ª Macrorregião) a média (1ª e 3ª Macrorregiões), refletindo também nos dados gerais da Paraíba. Esses valores sugerem uma descontinuidade nas ações de detecção de novos casos.

GRÁFICO 33 - COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO MENOR DE 15 ANOS DE HANSENÍASE POR 100.000 HABITANTE POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

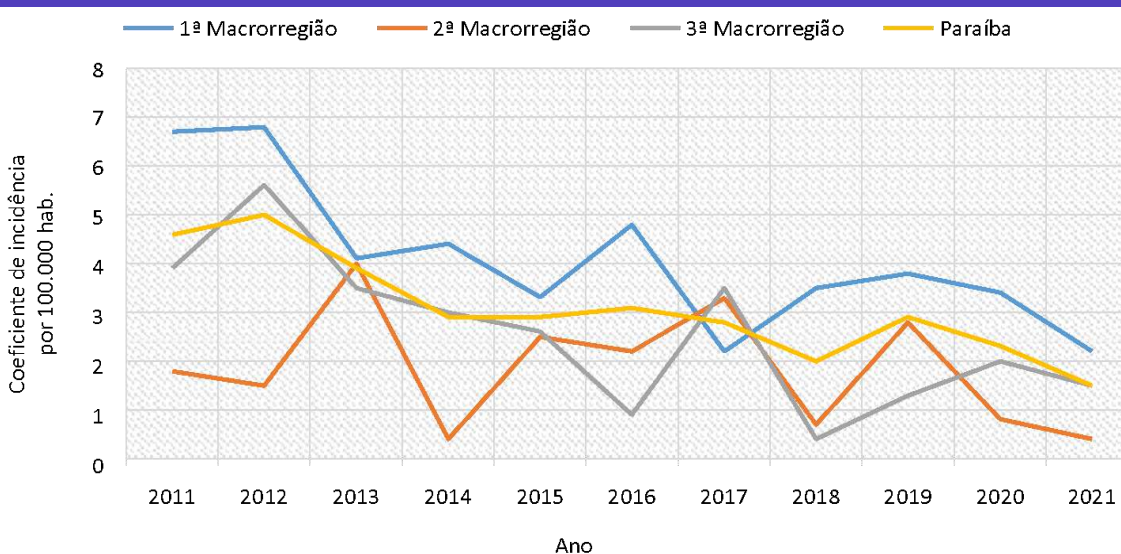


Fonte: Sistema de informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O número de contatos examinados referente aos casos novos permite avaliar a capacidade dos serviços de saúde na realização da vigilância de contatos intradomiciliares, permitindo a detecção oportuna e o aumento da taxa de detecção da infecção. Considerando a série histórica de contatos examinados dos casos de hanseníase na Paraíba, verifica-se uma manutenção no percentual ao longo dos

anos, mantendo-se abaixo da meta nacional pactuada pelo Ministério da Saúde, que é de 90%. Esse padrão se repete quando se observam os dados por Macrorregião de Saúde, com destaque para os anos de 2014 e 2020, quando obtiveram melhores resultados. Chama atenção a 3ª Macrorregião de Saúde, que atingiu a meta do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) em 2020.

GRÁFICO 34 - PROPORÇÃO DE CONTATOS EXAMINADOS POR HANSENÍASE, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

SÍFILIS GESTANTES

Segundo dados da OMS, diariamente, no mundo, são conhecidos mais de um milhão de casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Tendo como base essa estimativa e dados do boletim epidemiológico do MS (2019), aponta-se que houve um aumento na taxa de detecção de sífilis no país. A sífilis em gestantes passou de 8,9/1.000 Nascidos Vivos em 2014 para 21,4/1.000 Nascidos Vivos no ano de 2018, e a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 5,5/1.000 Nascidos Vivos em 2014 para 9,0/1.000 Nascidos Vivos em 2018, sendo, portanto, a sífilis um problema de saúde pública no Brasil.

No período de 2011 a 2021, a Paraíba diagnosticou 6.626 casos de sífilis em gestante, destacando-se a 1ª macrorregião pelo maior número de casos no Estado, registrando 3.947 (59,00%) casos confirmados. Na 2ª macrorregião foram diagnosticados 1.576 (24,00%) casos, e na 3ª Macrorregião, 1.103

(17,00%) casos. Esse crescimento da sífilis gestacional ocorre pelo aumento do diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, a partir da oferta do teste rápido, onde hoje tem-se 100% dos municípios realizando os testes na atenção primária e nas maternidades, oportunizando o acesso precoce da gestante ao resultado de triagem e sua vinculação oportuna ao protocolo de prevenção da transmissão vertical.

Na Paraíba, entre 2011 e 2021, a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 10,4 por 1.000 Nascidos Vivos. Observa-se uma tendência ascendente, com destaque para o ano de 2021, apresentando a maior taxa de 19,3/1.000 Nascidos Vivos no período avaliado. A 2ª Macrorregião destaca-se entre os anos de 2015 e 2017, chegando a 13 casos por 1.000

Nascidos Vivos em 2017. A 3ª Macrorregião mostrou um aumento na taxa de detecção ao longo do período analisado.

GRÁFICO 35 - TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

SÍFILIS CONGÊNITA

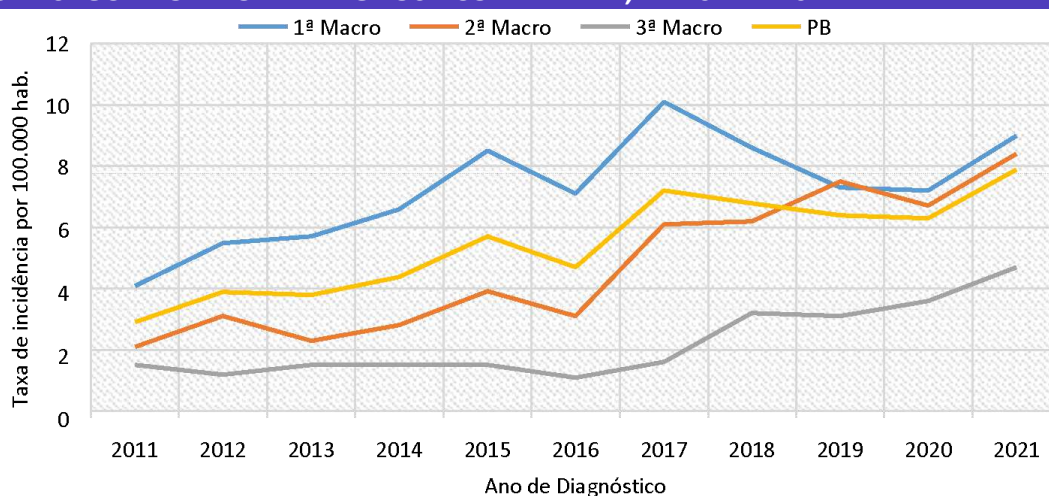
No Estado da Paraíba, foram diagnosticados 3.467 casos de sífilis congênita no período de 2011 a 2021, apresentando um coeficiente de incidência (CI) de 5,5 a cada 1.000

Nascidos Vivos, com tendência ascendente e um aumento percentual de 256,6%, com uma leve queda no ano de 2016. Diante do cenário epidemiológico, observa-se um aumento no

número de casos notificados nas três macrorregiões de saúde. Na 1ª Macrorregião, foram diagnosticados 2.315 casos, com um coeficiente de incidência de 7,2 a cada 1.000 NV, registrando uma tendência ascendente com um aumento percentual de 216% na taxa de incidência. Esses números correspondem a 67% dos casos registrados na Paraíba, sendo que o município de João Pessoa registrou o maior número, com 1.222 casos. Na 2ª Macrorregião, foram diagnosticados 850 casos, com um

coeficiente de incidência de 4,7 a cada 1.000 Nascidos Vivos, apresentando uma tendência ascendente com um aumento percentual de 377%. O município de Campina Grande registrou o maior número de casos, com 449. Na 3ª Macrorregião, foram diagnosticados 302 casos, com um coeficiente de incidência de 2,2 a cada 1.000 Nascidos Vivos. O município de Patos confirmou 47 casos, sendo o município com o maior número de casos nessa Macrorregião.

GRÁFICO 36 - TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Ressalta-se que a sífilis adquirida e a sífilis em gestantes podem ter sua detecção facilitada pela melhoria das ações de vigilância relacionadas ao acesso ao diagnóstico, incluindo um maior compromisso com a notificação dos casos. A incidência da sífilis congênita requer uma abordagem diferenciada nas ações da Atenção Primária à Saúde, com ênfase no

fortalecimento das ações pré-natais. Toda gestante deve realizar os testes para diagnóstico da sífilis e, caso o resultado seja positivo, deve ser encaminhada imediatamente para tratamento, com acompanhamento e cuidado integral de sua saúde, bem como acompanhamento e seguimento da criança exposta à sífilis.



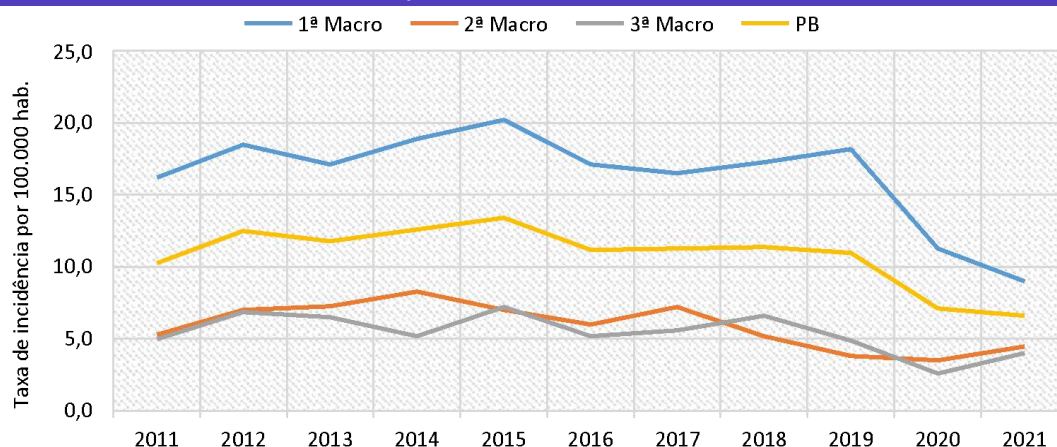
HIV/AIDS

No Brasil, entre 2014 e 2018, as taxas de detecção de AIDS foram reduzidas devido ao aumento da adesão aos antirretrovirais (ARV), o que resultou em uma redução na taxa de mortalidade por AIDS. Por outro lado, as taxas de detecção de HIV aumentaram, principalmente a partir de 2014, quando a notificação compulsória foi implementada. As taxas de detecção em gestantes permaneceram estáveis e houve uma pequena redução nos casos de AIDS em crianças menores de 5 anos de idade. Observa-se que a Paraíba apresenta o mesmo perfil epidemiológico do Brasil, com uma queda na taxa de detecção de AIDS. No período de 2011 a 2021, foram diagnosticados 4.711 casos de AIDS no estado da Paraíba. Ao longo

dos anos, observa-se uma redução de 66% no número de casos confirmados por infecção.

Na 1ª Macrorregião, foram confirmados 3.432 casos, o que corresponde a 72,9% dos casos do estado. O ano de 2015 teve a maior taxa de detecção, com 20,2 casos. Na 2ª Macrorregião, foram confirmados 721 casos, sendo que o ano de 2014 registrou a maior taxa de detecção, com 8,3 casos. Já na 3ª Macrorregião, houve 558 casos confirmados, e o ano de 2015 teve a maior taxa de detecção, com 7,2 casos. Observa-se uma diminuição na taxa de detecção na 1ª Macrorregião em 2021, enquanto na 2ª e 3ª Macrorregiões houve um discreto aumento no número de casos.

GRÁFICO 37 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

AIDS EM MENORES DE 5 ANOS

O número de casos de AIDS em crianças menores de cinco anos é utilizado como indicador para avaliar a transmissão vertical do HIV. Na Paraíba, no período de 2011 a 2021, foram confirmados 54 casos de AIDS em menores de 5 anos. Na 1ª Macrorregião, foram confirmados 26 casos, o que corresponde a 48,14% dos casos do estado. Verifica-se uma diminuição de 85% nos casos entre 2011 e 2021, com uma taxa de detecção de 0,7 em 2021.

Na 2ª Macrorregião, foram confirmados 19 casos (35,20%), sendo que a maior taxa de detecção registrada foi em 2015, com 5,1 casos. Houve uma redução nos anos seguintes, e em 2021 a taxa é de 2,5 casos. Na 3ª Macrorregião, foram confirmados 9 casos (16,66%), e a maior taxa de detecção foi registrada em 2019, com 4,5 casos a cada grupo de 100.000 habitantes. Observa-se uma redução nos anos seguintes.

GRÁFICO 38 - TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



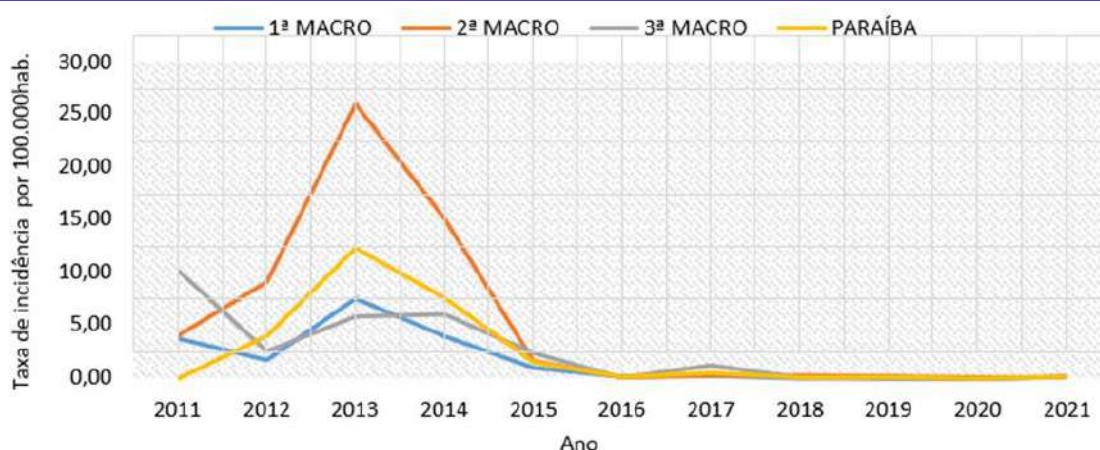
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

HEPATITES VIRAIS

Entre os anos de 2011 e 2021, foram notificados 1.268 casos de hepatite A na Paraíba, dos quais 97 (7,64%) foram registrados em residentes de João Pessoa. Do total de casos notificados no estado, 0,5% foram em pessoas com sorologia

positiva para o HIV, sendo 55% do sexo feminino. Ao longo desse período, houve uma diminuição na taxa de detecção (TD), que foi de 0,20 casos por 100.000 habitantes em 2021.

GRÁFICO 39 - TAXA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE A SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

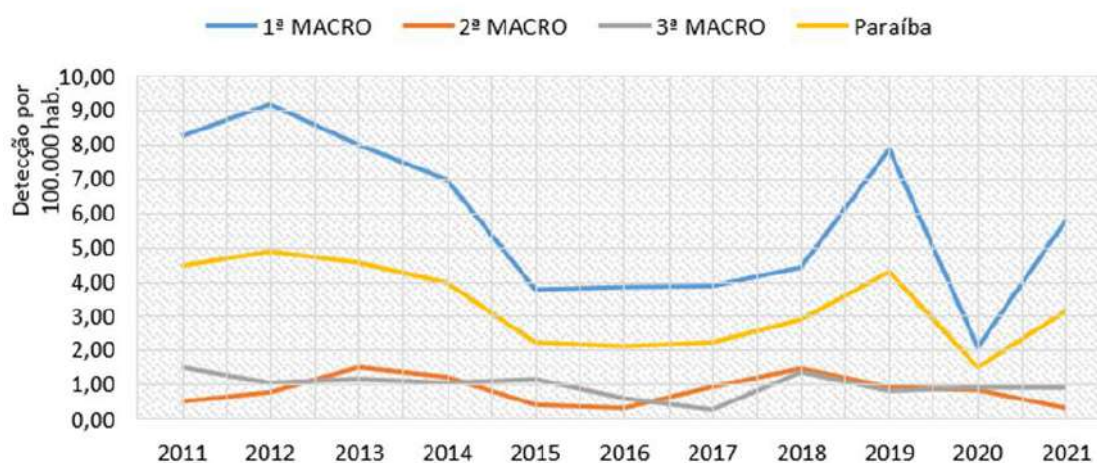


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período de 2011 a 2021, foram confirmados 1.431 casos de hepatite B. Desses, 1.219 (85,18%) dos casos confirmados ocorreram em residentes da 1ª Macrorregião de Saúde, 108 (7,54%) foram registrados na 2ª Macrorregião e 104 (7,26%) na 3ª Macrorregião de Saúde. Em relação à incidência de hepatite B no estado, as maiores taxas foram observadas nos anos de 2011 a 2014, diminuíram no período de 2015 a 2017, aumentaram nos anos de 2018 e 2019, diminuíram em 2020 e voltaram a aumentar em 2021. A 1ª Macrorregião de Saúde apresentou as maiores taxas de incidência no ano de 2012, com 9,16/100.000 hab. Nos anos seguintes, houve uma redução nessa taxa, com um aumento significativo em 2019, quando

alcançou 7,86/100.000 habitantes, voltando a diminuir em 2020 (2,14/100.000 habitantes) e aumentando novamente em 2021 para 5,82/100.000 habitantes. A 2ª Macrorregião de Saúde apresentou taxas de incidência mais baixas, sendo 1,55/100.000 habitantes em 2013, 1,27/100.000 habitantes em 2014 e 1,52/100.000 habitantes em 2018. Na 3ª Macrorregião de Saúde, as taxas de incidência também não foram altas, sendo as mais altas nos anos de 2011 e 2018, com 1,52/100.000 habitantes e 1,38/100.000 habitantes, respectivamente. O ano com menor incidência foi 2017, com uma taxa de 0,32/100.000 habitantes.

GRÁFICO 40 - TAXA DE DETECÇÃO POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE B SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

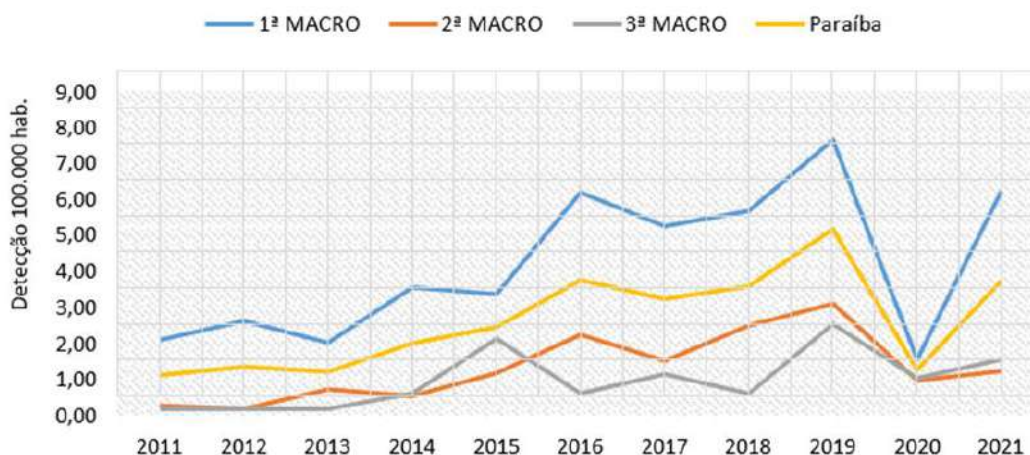


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na Paraíba, entre 2011 e 2021, foram confirmados 1.155 casos de hepatite C por 100.000 habitantes. Quanto à distribuição de casos por Macrorregião de Saúde, verifica-se que 889 casos ocorreram na 1ª Macrorregião, correspondendo a 76,97% do total de casos no período; 162 casos foram na 2ª Macrorregião, o que corresponde a 14,03% dos casos, e 104 ocorreram na 3ª Macrorregião, o que equivale a 9,00%. Quanto às taxas de incidência de hepatite C por Macrorregiões e na Paraíba, neste mesmo período, observa-se que as maiores taxas ocorreram na 1ª Macrorregião de

Saúde. Os anos de maiores incidências foram 2016, com 6,19/100.000 habitantes, 2019, com 7,65/100.000 habitantes, e 2021, com 6,23/100.000 habitantes. Na 2ª Macrorregião de Saúde, no período de 2011 a 2014, as taxas de incidência ficaram abaixo de 1,00/100.000 habitantes, elevando-se acima deste valor a partir de 2015, atingindo em 2019 a taxa mais elevada de todo o período. Na 3ª Macrorregião de Saúde, as maiores incidências ocorreram nos anos de 2015 e 2019, com taxas respectivas de 2,14/100.000 habitantes e 2,54/100.000 habitantes.

GRÁFICO 41 - TAXA DE DETECÇÃO POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE HEPATITE C POR ANO DE NOTIFICAÇÃO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

SARAMPO/RUBÉOLA

O último surto de sarampo registrado na Paraíba ocorreu no ano de 2019, com registro de 66 casos confirmados laboratorialmente, em 23 municípios. A maior ocorrência de casos ocorreu no município de João Pessoa, com 20 casos confirmados. Nesse ano, a cobertura

vacinal do estado para Tríplice Viral foi de 72,75%. A faixa etária mais afetada foi a de menores de um ano e de 40 a 49 anos, com 9,29 casos para cada grupo de 100.000 habitantes. Desde 2009, não há ocorrência de casos de rubéola no Estado.

POLIOMIELITE

O último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989, no município de Sousa, na Paraíba. Reforça-se a importância da vigilância e da manutenção de altas coberturas vacinais desse agravado (igual ou acima de 95%). Na Paraíba, as coberturas vacinais nos anos de 2011, 2013 e 2014

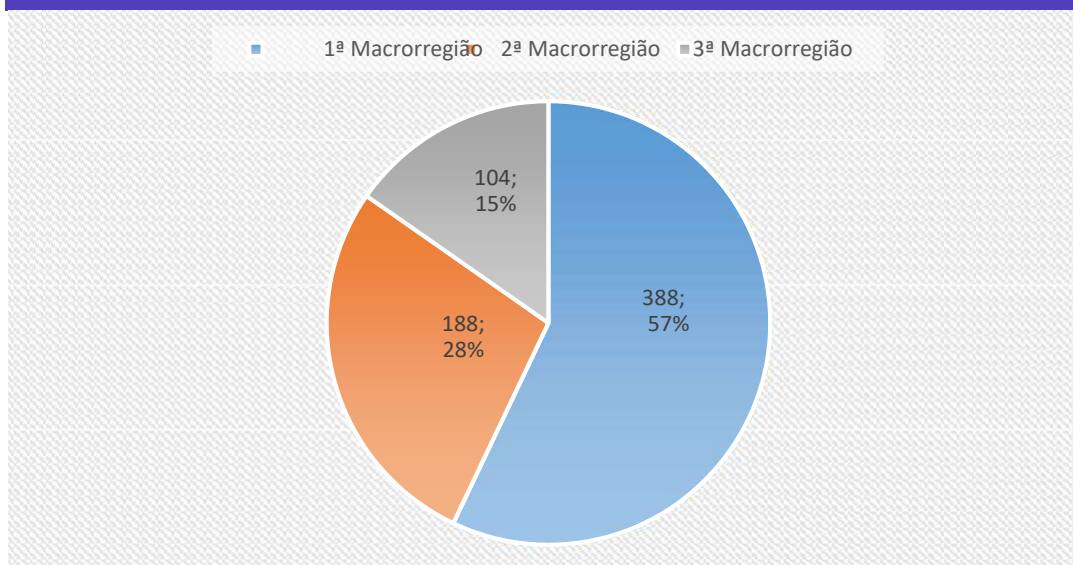
mantiveram-se acima da meta, com 101,97%, 108,24% e 100,40%, respectivamente. Nos demais anos, o estado apresentou baixos índices de cobertura vacinal, e não foi detectado nenhum caso da doença.

MENINGITES

A meningite é considerada, no Brasil, uma doença de caráter endêmico, ocorrendo ao longo de todo o ano. Na Paraíba, no período de 2011 a 2021, foram notificados 1.719 casos de meningites. Destes, 680 (39,5%) casos foram confirmados, 660 casos foram descartados e 379 (22%) casos não foram especificados, muitas

vezes por falta de diagnóstico laboratorial. A 1ª Macrorregião de saúde apresentou o maior número de casos confirmados, com 388 (39,32%). Na 2ª Macrorregião, foram confirmados 188 (10,87%) casos, e na 3ª Macrorregião, 104 (6,01%) casos foram confirmados.

GRÁFICO 42 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

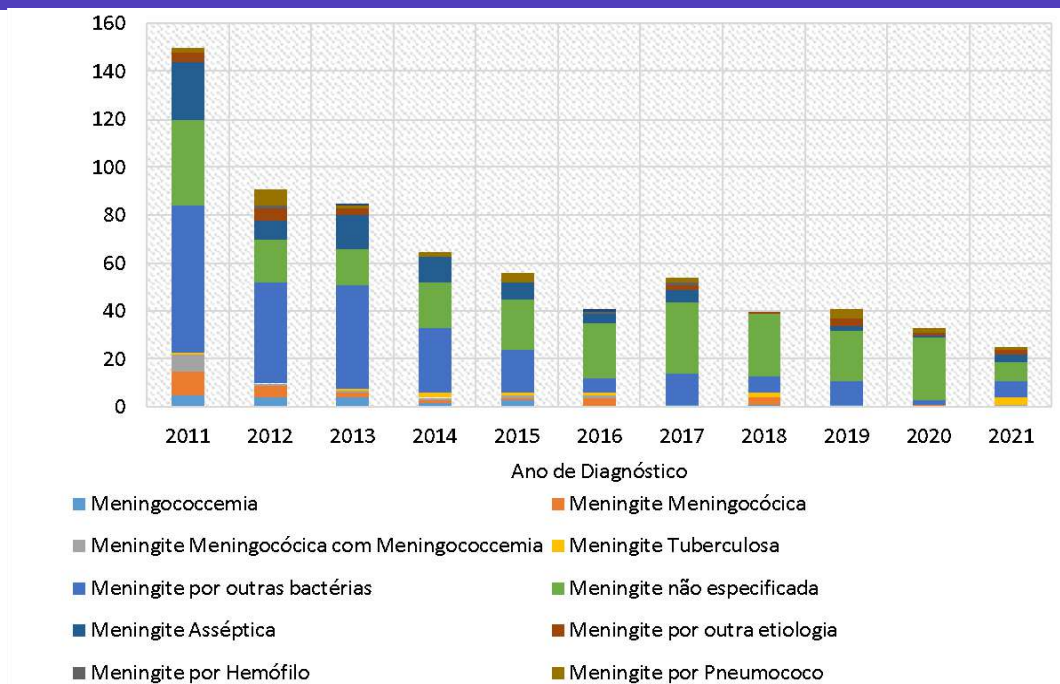


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Com o objetivo de monitorar a situação epidemiológica das meningites e detectar surtos de doenças meningocócicas e de meningite viral, é de suma importância o diagnóstico laboratorial para determinar o agente etiológico circulante e a prevalência dos sorogrupos e sorotipos. Na Paraíba, de 2011 a 2021, as doenças meningocócicas apresentaram uma redução significativa nos últimos cinco anos,

enquanto as meningites por outras bactérias, meningite não especificada e meningite asséptica mantiveram o maior número de casos confirmados, totalizando 557. Em menor número, foram confirmados 25 casos de meningites por pneumococos, 21 casos de meningite por outra etiologia, 11 casos de meningite tuberculosa e 3 casos de meningite por hemófilos.

GRÁFICO 43 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITE SEGUNDO ETIOLOGIA. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



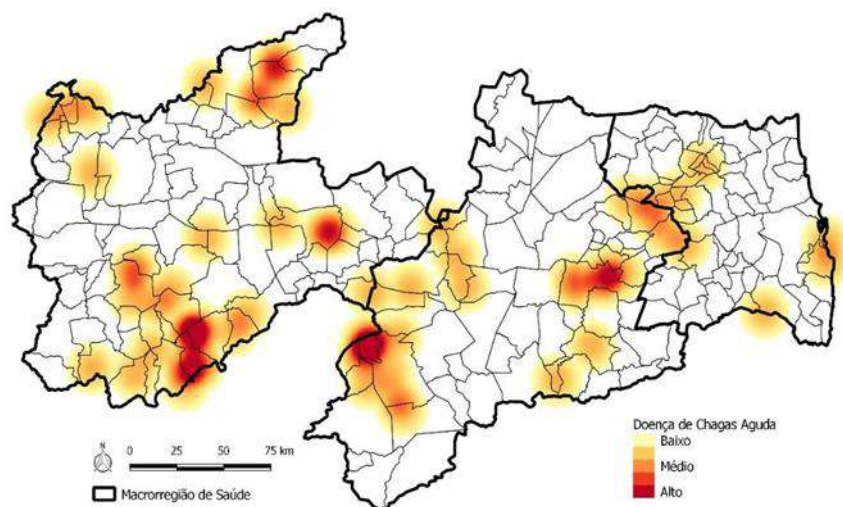
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

Entre 2011 e 2021, na Paraíba, foram notificados 663 casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda (DCA). Desses, 70 casos foram confirmados, 434 casos foram descartados e 159 casos não tiveram diagnóstico concluído. A média de idade dos casos confirmados foi de 51

anos. Observa-se um aumento no número de casos confirmados nos anos de 2014, 2017, 2018 e 2021. Entre os casos confirmados, foi registrado um óbito de uma residente do município de Sertãozinho por DCA no ano de 2016, do sexo feminino e com 95 anos de idade.

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS POR DOENÇA DE CHAGAS AGUDA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O mapa acima mostra a distribuição espacial dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda por macrorregião de saúde nos anos de 2011 a 2021. Observa-se que os casos estão presentes em todas as macrorregiões, com uma maior concentração na 2ª e 3ª Macrorregiões. Os

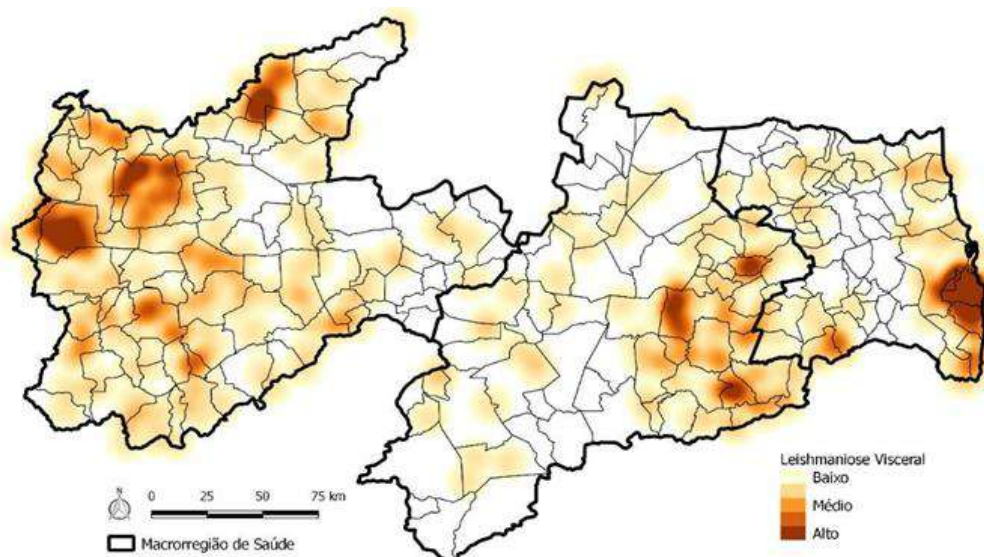
anos com maior incidência na Paraíba foram 2021, com uma taxa de 0,29/100.000 habitantes, e 2018, com uma taxa de 0,27/100.000 habitantes. Nos demais anos, as taxas de incidência foram menores que 0,25/100.000 habitantes.

LEISHMANIOSE VISCERAL

Entre 2011 e 2021, foram notificados 1.219 casos de Leishmaniose Visceral na Paraíba. Dentre esses, 537 casos foram confirmados, 499 casos foram descartados e 183 estão em investigação, resultando em uma média de 54 casos confirmados por ano. O coeficiente variou entre 1,58 (2014) e 0,12 (2019) por 100.000 habitantes. O ano de 2014 teve o maior número de casos confirmados, com 62 casos, sendo que 42 destes estavam na 3ª macrorregião de saúde. A faixa etária mais

afetada foi de 20 a 39 anos, com 302 casos, seguida pela faixa etária de 40 a 59 anos, com 252 casos. É importante destacar que essas faixas etárias apresentaram um número maior de casos em comparação com as demais faixas etárias em todos os anos avaliados. O sexo mais afetado nos anos avaliados foi o masculino, correspondendo a 63% (773) dos casos notificados. O ano de 2015 registrou o maior número de óbitos, com 09 casos.

FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Observa-se que 131 (58%) dos municípios apresentaram casos confirmados de Leishmaniose Visceral ao longo dos anos avaliados (2011-2021). É possível identificar várias áreas de concentração em todas as macrorregiões

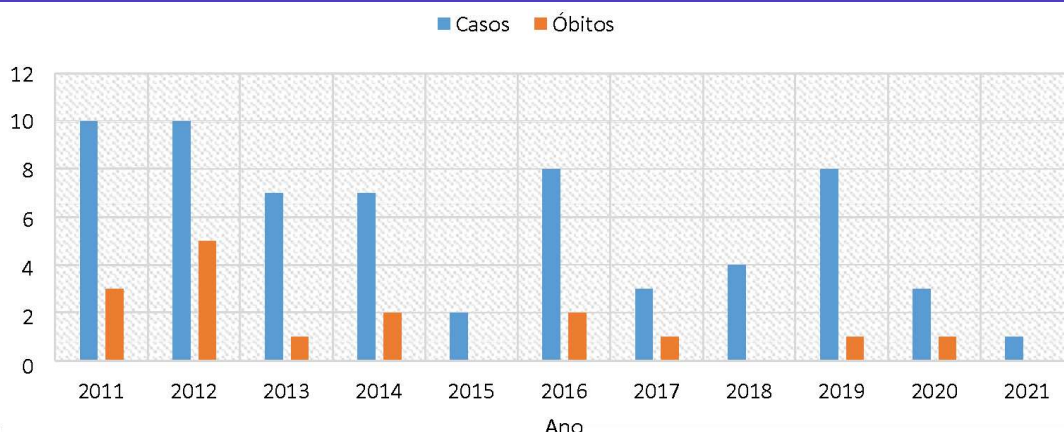
de saúde. O estado apresentou maior incidência no ano de 2014, com uma taxa de 1,58/100.000 habitantes. Nos demais anos, as taxas de incidência foram menores que 1,58/100.000 habitantes.

TÉTANO ACIDENTAL

No estado da Paraíba, no período de 2011 a 2021, foram notificados 108 casos de tétano acidental. Desses, 63 (58,34%) casos foram confirmados, 25 (23,15%) foram descartados e 20 (18,51%) ainda não têm diagnóstico. Os anos de 2011 e 2012 apresentaram o maior número de casos confirmados, com 10 casos cada, e o ano de 2019 teve 08 casos. A maioria dos casos confirmados está no sexo masculino,

totalizando 93,7% (59 casos), enquanto 6,3% (04 casos) estão no sexo feminino. Quanto às faixas etárias, observam-se casos em todas as faixas, sendo a faixa de 40 a 59 anos a mais afetada, com 25 casos, seguida pela faixa de 20 a 39 anos, com 21 casos. Foram confirmados 16 óbitos por tétano acidental, sendo que 1 (6,25%) caso apresentou esquema vacinal incompleto e 15 (93,75%) casos não tinham esquema vacinal.

GRÁFICO 44 - NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS DE TÉTANO ACIDENTAL POR ANO DIAGNÓSTICO. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

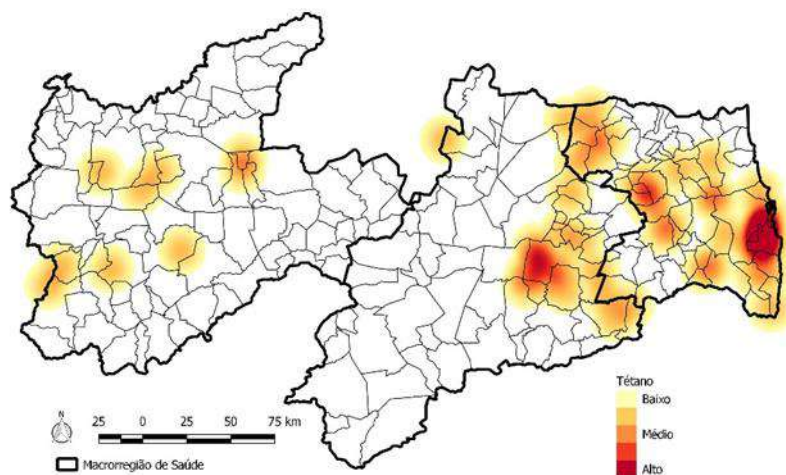


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação à distribuição espacial dos casos de tétano acidental no estado, observa-se que 39 (17,48%) municípios tiveram casos confirmados ao longo dos anos avaliados (2011-2021). O estado teve as maiores taxas de incidência nos anos de 2011 e 2012, com 0,25/100.000 habitantes, respectivamente. Nos demais anos, as taxas de incidência foram

menores que 0,19/100.000 habitantes. Houve casos confirmados de tétano acidental nas três macrorregiões de saúde, sendo que a 1ª Macrorregião de saúde se destaca com o maior número de casos, 37 (58,73%), seguida pela 2ª Macrorregião, com 17 (26,98%) casos, e pela 3ª Macrorregião, com 9 (14,28%) casos.

FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS TÉTANO ACIDENTAL POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



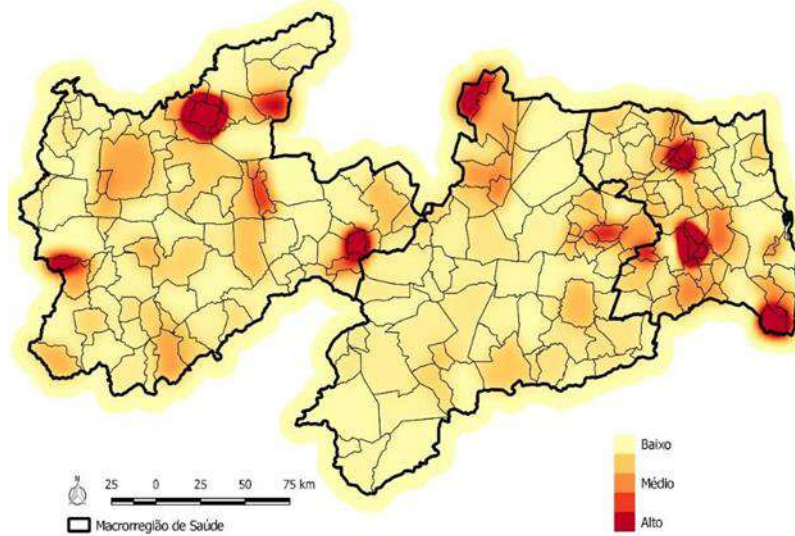
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

Na Paraíba, foram registrados 1.260.920 casos de Doenças Diarreicas Agudas no período de 2011 a 2021. Observa-se no mapa que há diversas áreas de concentração em todas as macrorregiões de saúde, sendo que a 3ª

Macrorregião de saúde se destaca com o maior número de casos, 600.492 (47,7%), seguida pela 1ª Macrorregião, com 366.446 (29%), e pela 2ª Macrorregião, com 293.982 (23,3%) casos da doença.

FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021*.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período de 2011 a 2021, ocorreram 1.023 óbitos por doenças diarreicas agudas. Dentre esses, 456 (44,58%) ocorreram em pessoas do sexo masculino e 567 (55,42%) no sexo feminino. Durante o período avaliado, constatou-se que houve óbitos por doenças diarreicas agudas em 179 (80,26%) municípios do estado. Na 1ª Macrorregião de saúde, ocorreram 524 óbitos, sendo 2013, 2018 e 2019

os anos que apresentaram maior ocorrência de óbitos. A 3ª Macrorregião registrou 283 (27,66%) óbitos por DDA, sendo o ano de 2016 o de maior ocorrência, com 46 óbitos. Já a 2ª Macrorregião registrou o menor número de óbitos por DDA, com 216 (21,11%) óbitos, e observa-se uma discreta diminuição do número de óbitos ao longo do período.

GRÁFICO 45 - NÚMERO DE ÓBITO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS POR ANO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021.*



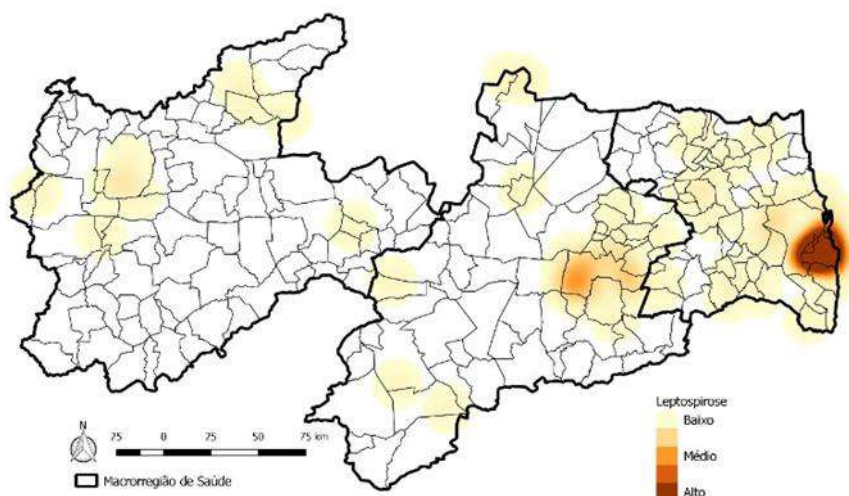
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

LEPTOSPIROSE

No estado da Paraíba, no período de 2011 a 2021, foram notificados 713 casos de leptospirose. Desses, 174 (24,40%) foram confirmados, 435 (61,00%) foram descartados e 104 (14,58%) permanecem sem diagnóstico. Na 1ª Macrorregião, houve a maior concentração de casos, com 120 (68,97%) casos confirmados, e desses, 21 (77,78%) evoluíram para óbito. A

capital, João Pessoa, destaca-se por apresentar o maior número de casos, com 98 (47,8%), dos quais 15 (55,55%) evoluíram para óbito. A 2ª Macrorregião teve 43 (24,71%) casos confirmados, dos quais 6 (22,22%) desses evoluíram para óbito. A 3ª Macrorregião registrou 11 (6,32%) casos confirmados, sem ocorrência de óbitos.

FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE LEPTOSPIROSE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021. *



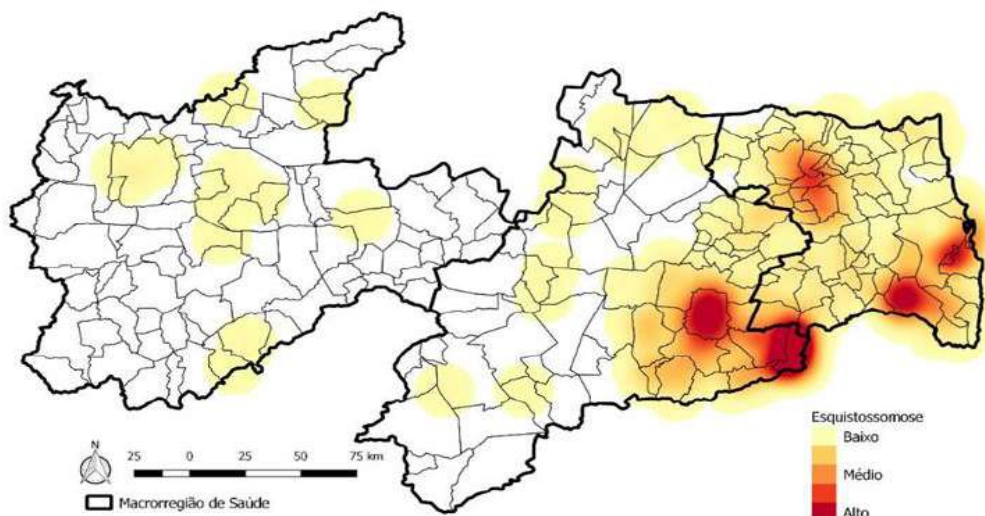
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

ESQUISTOSSOMOSE

Na Paraíba, 67 (44%) municípios são endêmicos para esquistossomose e 152 (68%) municípios são de área de vigilância, ou seja, são municípios que ao longo dos anos apresentaram casos, sendo necessário manter a notificação, investigação e tratamento de casos eficientes e eficazes, impedindo o estabelecimento da transmissão da esquistossomose. Entre 2011 e 2021, foram notificados 987 casos de esquistossomose, dos quais 544 (55,11%) foram casos confirmados e 443 (44,89%) foram descartados. A 2ª Macrorregião de Saúde

apresentou o maior número de casos, com 306 (56,25%), seguida da 1ª Macrorregião de Saúde com 232 (42,65%) casos e a 3ª Macrorregião de Saúde registrou 6 (1,10%) casos. Quanto aos óbitos por esquistossomose, ocorreram 127 óbitos, sendo 43 (33,85%) em indivíduos do sexo masculino e 84 (66,15%) no sexo feminino. Quanto à distribuição por Macrorregião de saúde, 93 óbitos ocorreram na 1ª Macrorregião, 25 óbitos na 2ª Macrorregião e 9 óbitos na 3ª Macrorregião.

FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE ESQUISTOSSOMOSE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

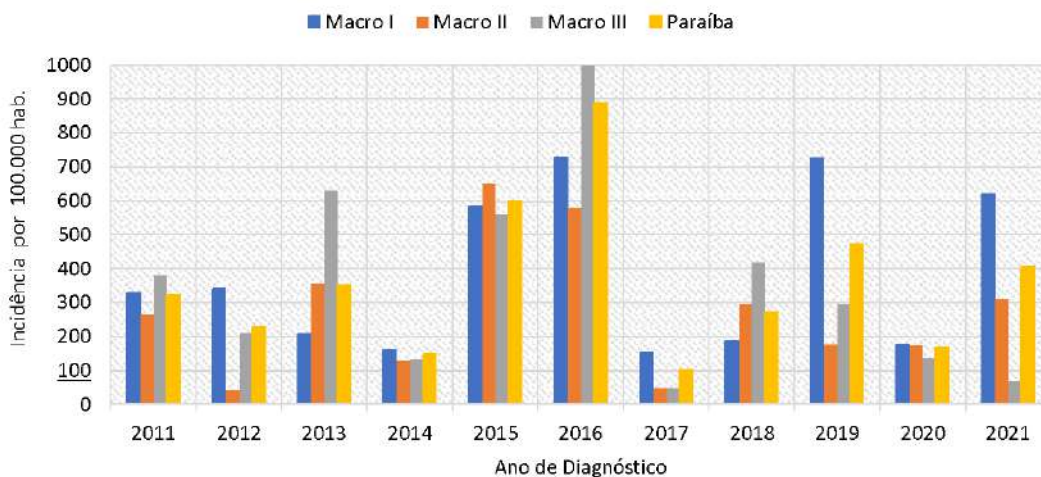
VIGILÂNCIA DAS ARBOVIROSES DENGUE/CHIKUNGUNYA/ZIKA

No período de 2011 a 2021, que é reconhecidamente epidêmico no estado da Paraíba, foi constatada a circulação simultânea de dois sorotipos virais (DENV-1 e DENV-2), além da introdução de duas novas arboviroses (Chikungunya e Zika). No ano de 2012, no município de João Pessoa, foram identificados os quatro sorotipos virais (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). A incidência de Dengue no estado da Paraíba, nos anos de 2011 a 2021, possui quedas e aumentos nas curvas, após o

aumento de casos prováveis em 2014, que chegou à epidemia em 2016 (886,99), ocorrendo uma redução de casos no ano de 2017. No gráfico 46, pode-se observar que após 2013, a cada 2 anos há um aumento na incidência no estado. A 1ª e 3ª macrorregião de saúde apresentaram as maiores incidências, porém, no ano de 2015, a 2ª macrorregião de saúde (653,80) ultrapassou as demais macrorregiões de saúde.

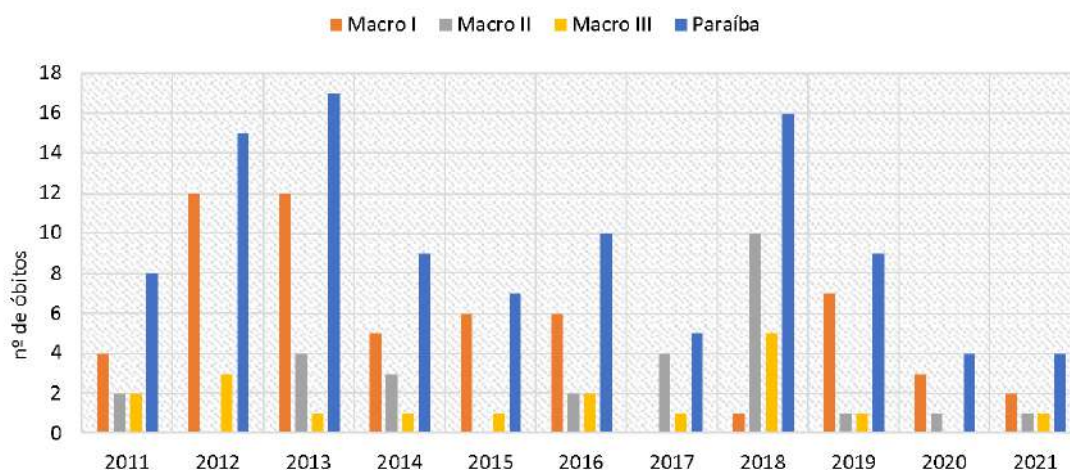


GRÁFICO 46 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 47 - NÚMERO DE ÓBITOS POR DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2011 A 2021.*

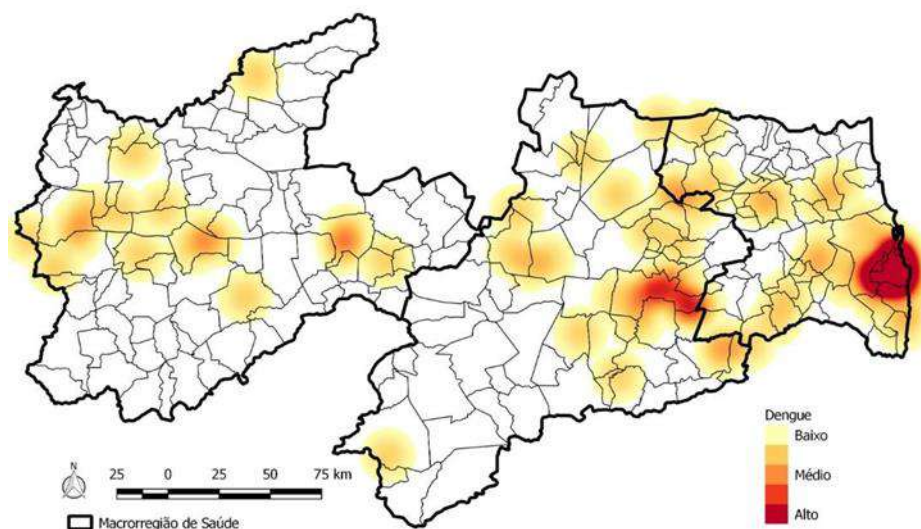


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O estado da Paraíba registrou 104 óbitos por dengue nos anos de 2011 a 2021. Na 1ª Macrorregião, ocorreram 55,77% (58) dos óbitos totais, seguida da 2ª Macrorregião com

26,92% (28) e da 3ª Macrorregião com 17,31% (18). No ano de 2018, a 2ª Macrorregião registrou o maior número de óbitos (10).

FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR DENGUE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

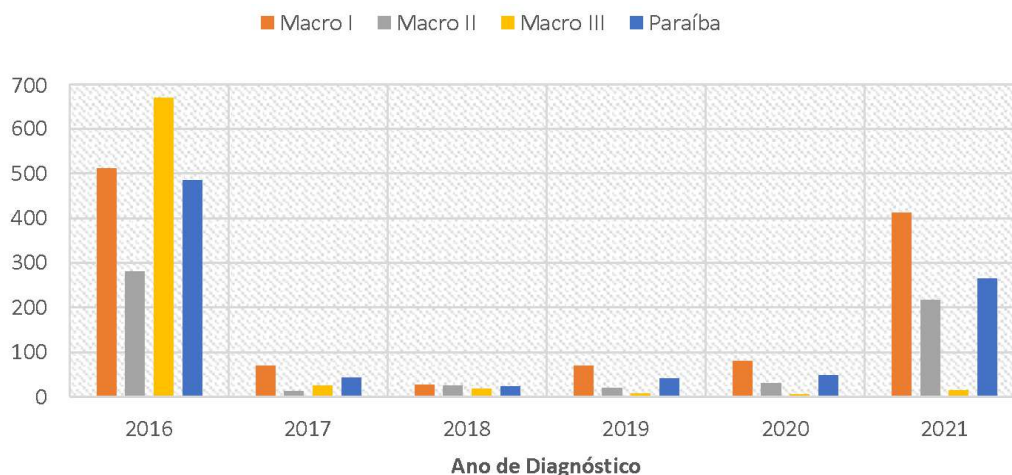


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quanto à incidência de Chikungunya no estado da Paraíba, há registros de 2016 a 2021. Existe uma discreta ascendência na curva de incidência dos anos de 2018 a 2021, com um maior número de casos de 2020 a 2021. No Gráfico 48, pode-se observar que a 1ª

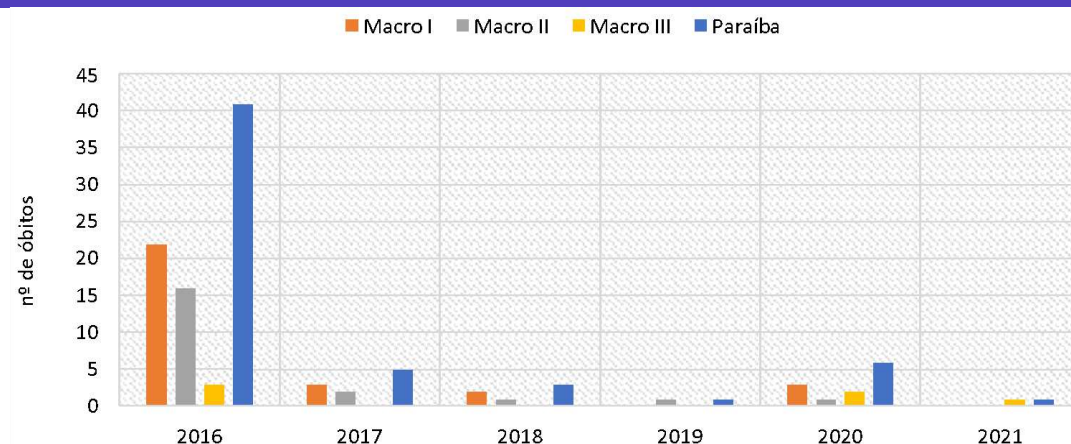
Macrorregião se destaca ao longo do período avaliado. Após a epidemia em 2016 (PB 484,96), o ano de 2021 registrou os maiores números, com uma incidência de 265,60 em todo o estado.

GRÁFICO 48 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 49 - ÓBITOS POR CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021.*

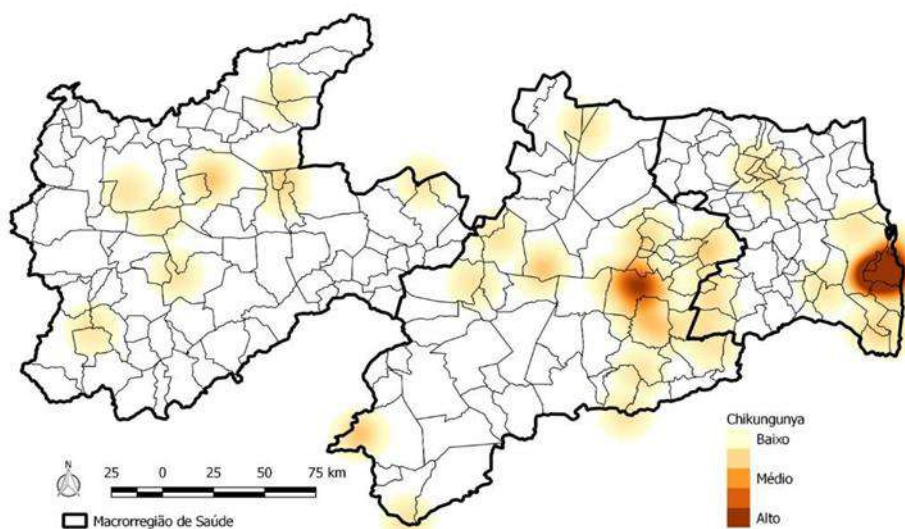


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A Paraíba registrou 57 óbitos por Chikungunya, entre 2016 e 2021, sendo a 1ª por Macrorregião de Saúde a que mais possui óbitos totais – 30 (52,63%). A 2ª por Macrorregião de Saúde registrou 21 óbitos

(36,84%) e a 3ª Macrorregião registrou 6 (10,53%). No ano de 2016, a 1ª por Macrorregião de Saúde registrou maior número de óbito (22).

FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR CHIKUNGUNYA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

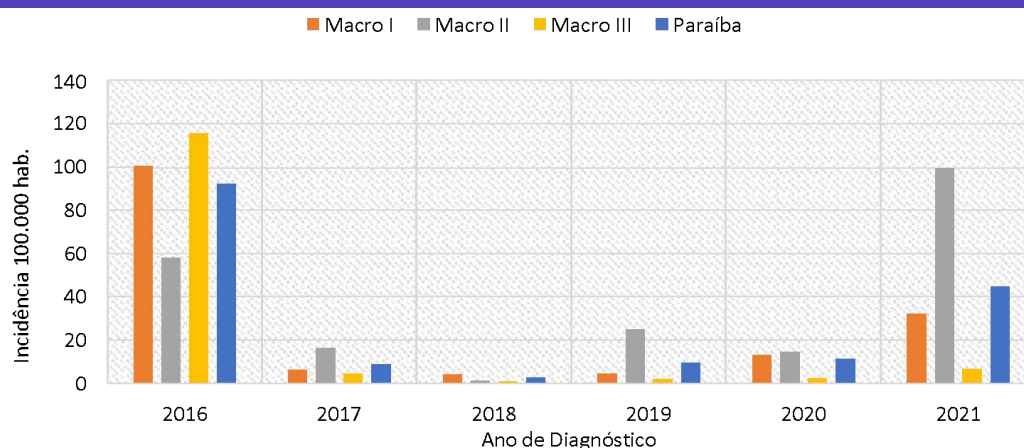


Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A incidência de Zika no estado da Paraíba tem registros de 2016 a 2021. Existe uma discreta ascensão da curva nos anos de 2018 a 2020, com um maior número de incidências em 2016 (PB- 92,50) e 2021 (PB-

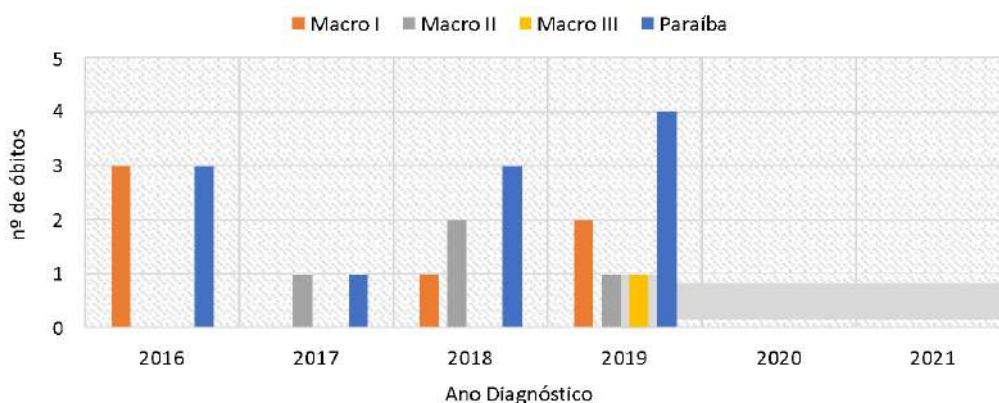
45,17). No Gráfico 38, observa-se que a 2ª por Macrorregião de Saúde se destaca, de 2017 a 2021, com uma incidência de 99,72 no último ano analisado.

GRÁFICO 50 - TAXA DE INCIDÊNCIA DOS CASOS PROVÁVEIS DE ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021.*



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 51 - ÓBITOS POR ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2016 A 2021.*

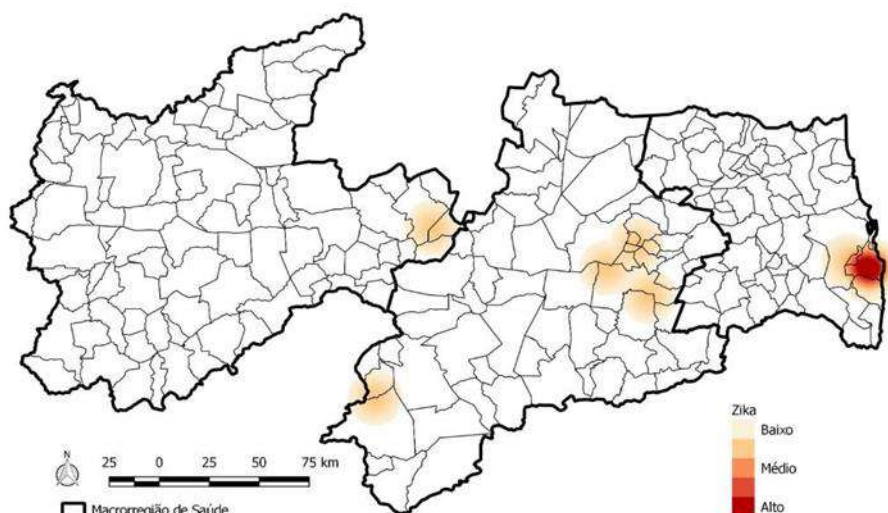


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na Paraíba, foram registrados 11 óbitos por Zika, sendo que a 1ª por Macrorregião de Saúde possui seis óbitos, representando 54,55%, seguida da 2ª por Macrorregião de Saúde com

quatro óbitos (36,36%) e a 3ª por Macrorregião de Saúde com um óbito (9,09%). Nos anos de 2020 e 2021, não foram registrados óbitos causados por esse agravo.

FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS ÓBITOS POR ZIKA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



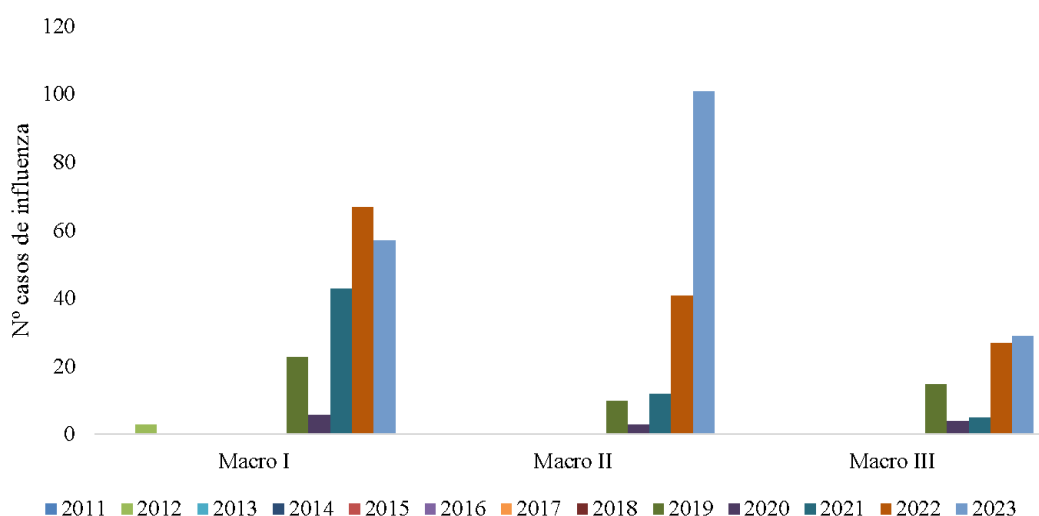
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

VÍRUS RESPIRATÓRIOS

Na Paraíba, entre 2011 e 2023, houve um predomínio dos casos confirmados de influenza A e B na 1ª Macrorregião, representando 199 casos (44,62%), seguida da 2ª Macrorregião, com 167 (37,44%), e da 3ª Macrorregião, com 80

(17,94%). Observa-se um aumento na detecção de influenza em 2023, o que demonstra uma maior sensibilidade da vigilância em comparação com anos anteriores.

GRÁFICO 52 - NÚMERO DE CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E ANO. PARAÍBA, DE 2011 A 2023.*

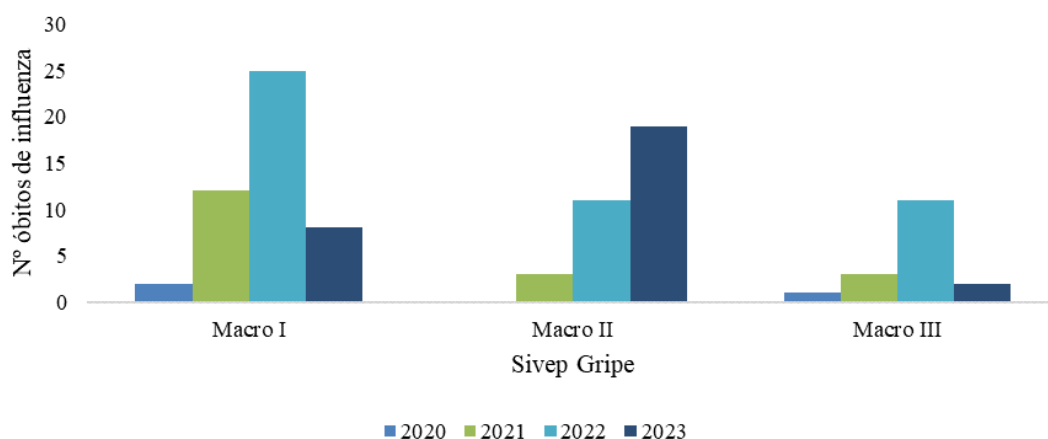


Fonte: OpenDataSUS e Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quanto à evolução dos óbitos por influenza no período de 2020 a 2023*, observa-se uma maior concentração de casos na 1ª Macrorregião, representando 47 óbitos (48,45%), seguida da 2ª Macrorregião, com 33 (34,02%) e da 3ª Macrorregião, com 17 (17,53%). Apesar de a 3ª Macrorregião apresentar um menor

número de óbitos por influenza, nota-se que foi a mais alta em comparação com as demais Macrorregiões, atingindo 60% em 2021 e 40,74% em 2022, enquanto a 2ª Macrorregião de saúde apresenta a maior taxa de letalidade para influenza em 2023, com 18,81%.

GRÁFICO 53 - NÚMERO DE ÓBITOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR INFLUENZA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E ANO. PARAÍBA, DE 2011 A 2023.*



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP-Gripe. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

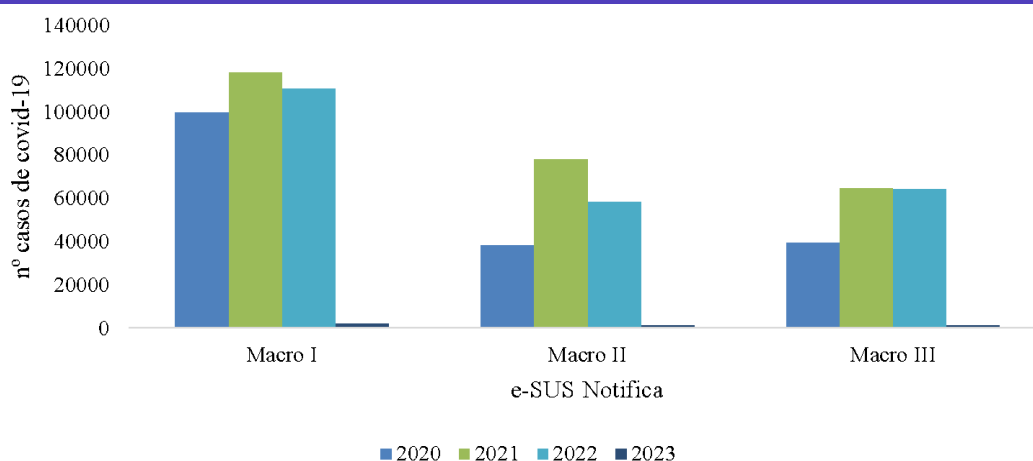
COVID-19

Na Paraíba, até 6 de setembro de 2023, foram confirmados 712.926 casos de COVID-19, sendo 681.241 (95,56%) casos leves ou moderados e 31.685 (4,44%) casos graves. Houve predominância de casos na 1ª

Macrorregião, representando 49,18% dos casos (350.648), seguida pela 2ª Macrorregião de Saúde com 26,05% (185.701) e pela 3ª Macrorregião de Saúde com 24,77% (176.577) dos casos.

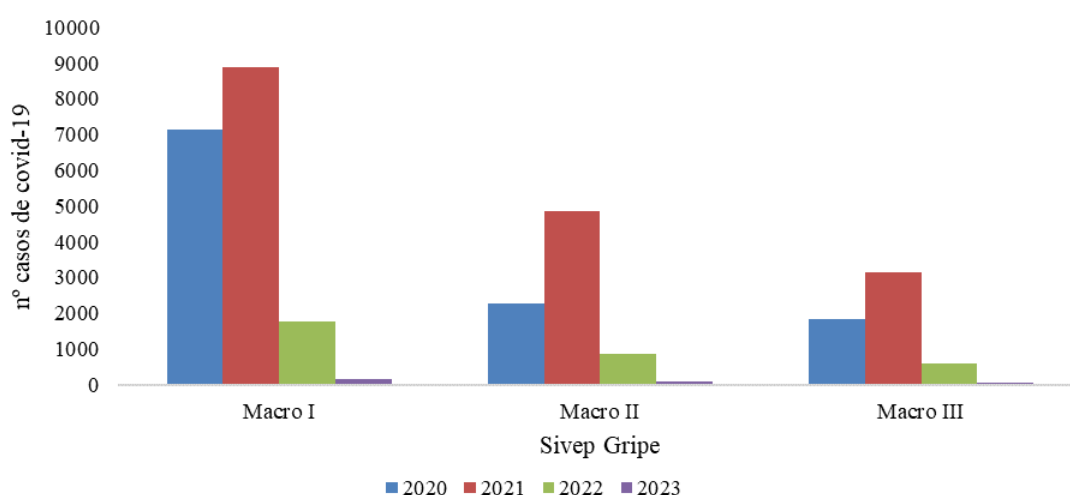


GRÁFICO 54 - NÚMERO DE CASOS LEVES E MODERADOS CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023.*



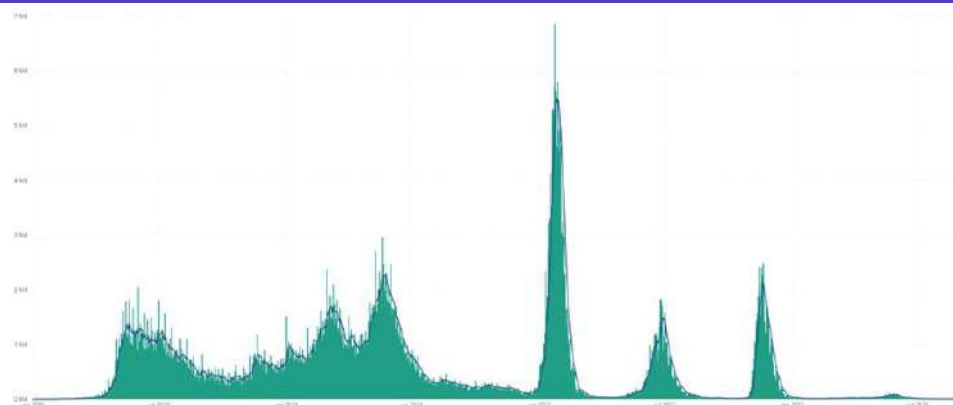
Fonte: e-SUS Notifica. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 55 - NÚMERO DE CASOS GRAVES CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023.*



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP-Gripe. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 56 - TOTAL DE CASOS POR INÍCIO DE SINTOMAS E MÉDIA MÓVEL (7 DIAS). PARAÍBA, DE 2020 A 2023.*

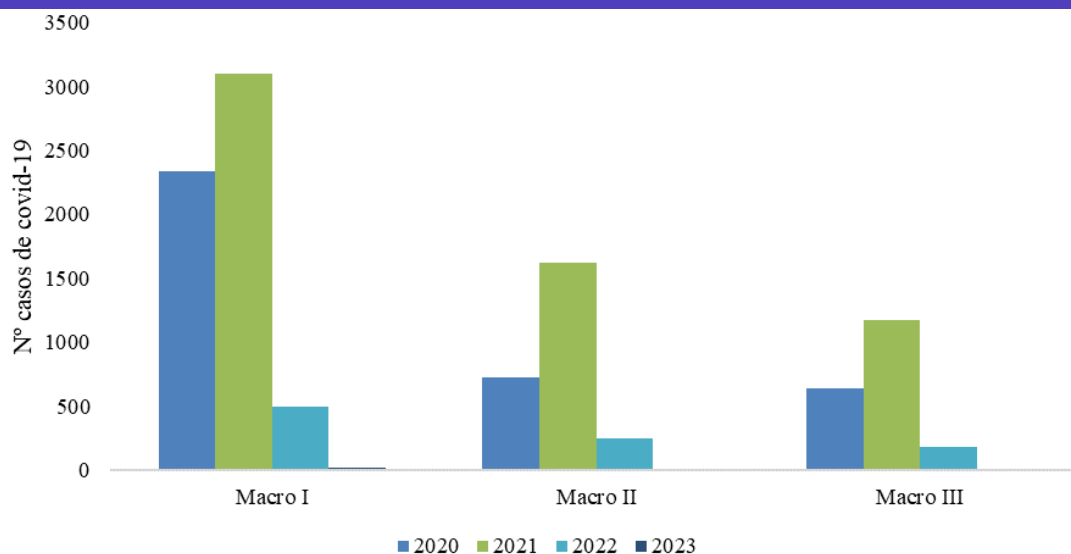


Fonte: e-SUS Notifica e Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP-Gripe. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No Gráfico 56, observa-se um pico na média móvel em 20 de novembro de 2022 (2.130,14). No entanto, em 2023, a média móvel diminuiu para 43,57 em 1º de janeiro e chegou a 0,29 em 31 de agosto de 2023. Ao observar o período de agosto de 2022, a média móvel foi de 26,00. Em relação ao mesmo período em 2023, a média móvel era de 0,29, o que representa

uma redução de 98,88%. No que diz respeito aos óbitos, a Paraíba registrou 10.576 mortes por covid-19 até 6 de setembro, com o maior número de casos na 1ª Macrorregião de Saúde, representando 62,93% dos casos (2.334), seguida pela 2ª Macrorregião de Saúde, com 19,68% (730), e a 3ª Macrorregião de Saúde, com 17,39% (645) das mortes.

GRÁFICO 57 - NÚMERO DE ÓBITOS CONFIRMADOS DE COVID-19. PARAÍBA, DE 2020 A 2023.*

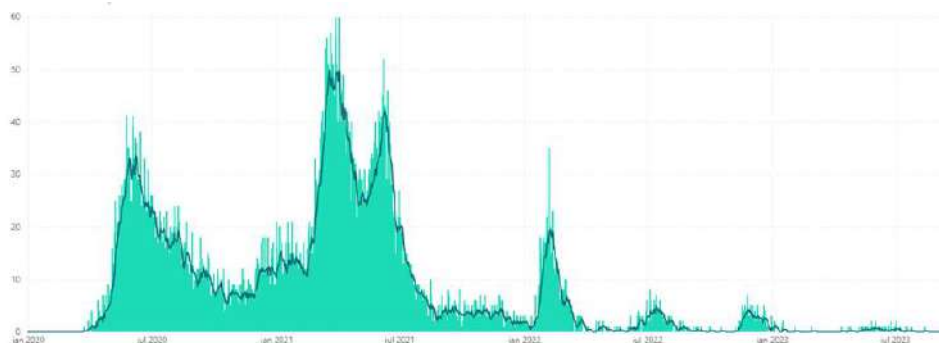


Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe - SIVEP-Gripe e Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Ao observar as mortes no período de agosto de 2022, a média móvel foi de 0,29. Em relação ao mesmo período em 2023, a média

móvel era de 0,0, o que representa uma redução de 100%.

GRÁFICO 58 - TOTAL DE ÓBITOS POR DATA DE ÓBITO E MÉDIA MÓVEL (7 DIAS). PARAÍBA, 2023.*



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe SIVEP-Gripe e Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

MONKEYPOX

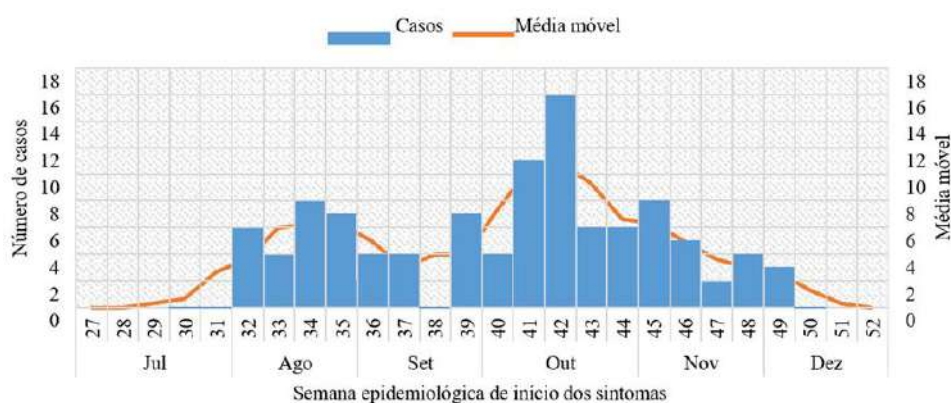
A Monkeypox (MPOX), também conhecida como a varíola dos macacos, é uma doença infecciosa viral transmitida por animais silvestres, principalmente macacos. É causada por um vírus da família Orthopoxvírus, o mesmo grupo que causa a varíola em humanos. A mpox foi identificada pela primeira vez em humanos em 1970, na República Democrática do Congo, e desde então tem sido registrada em vários países da África Central e Ocidental.

A partir de 13 de maio de 2022, houve relatos de aumento de casos de mpox em países sem histórico documentado de transmissão da doença. É a primeira vez em que casos e cadeias sustentadas de transmissão são relatados em países não diretamente relacionados às áreas endêmicas da África Ocidental ou Central. Diante dessa mudança do cenário epidemiológico global, com a disseminação da doença em 72 países e 14.533 casos confirmados, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPII) em 23 de julho de 2022. Isso aumentou a atenção sobre a doença e recomendou a necessidade de fortalecer a vigilância e as medidas de saúde pública para conter a transmissão nos países afetados.

Na Paraíba, em 29 de julho de 2022, foi confirmado o primeiro caso de mpox. Ao longo do ano, houve registro de 657 casos suspeitos da doença em 73 municípios (32,7% do estado). Desses, 106 casos (16,1%) foram confirmados por critérios laboratoriais, três foram classificados como prováveis com base nos sintomas clínicos e vínculo epidemiológico com casos confirmados por laboratório, e 548 casos (83,4%) foram descartados. A curva epidêmica da mpox mostra um surto de transmissão progressiva ou propagada, com maior concentração de casos confirmados e prováveis nas semanas epidemiológicas 41 e 42, seguido por um declínio considerável após a semana epidemiológica 50.

GRÁFICO 59 - CASOS CONFIRMADOS E PROVÁVEIS DE MPOX (109) E MÉDIA MÓVEL, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INÍCIO DOS SINTOMAS. PARAÍBA, 2022.*

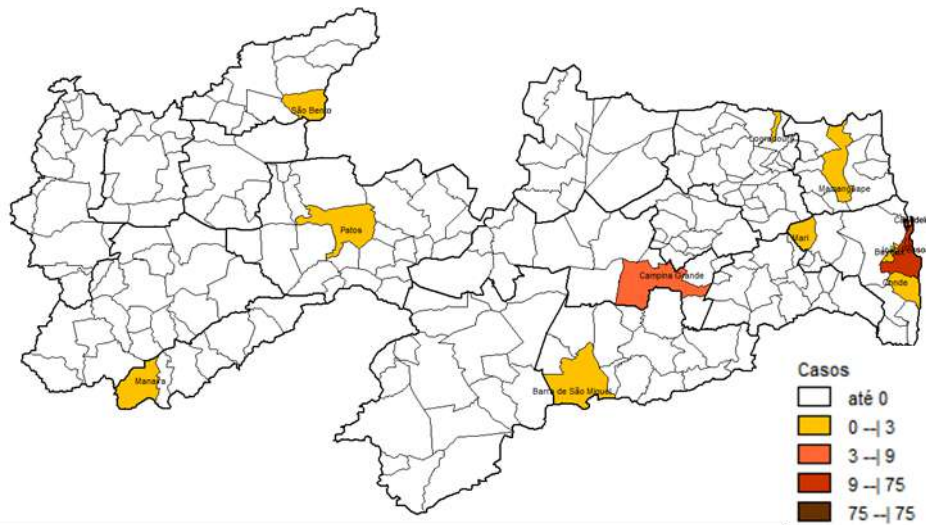


Fonte: REDCap e eSUS SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Os casos confirmados e prováveis foram registrados em 12 municípios do estado. Os municípios mais afetados foram: João Pessoa,

representando 69% (75) do total, seguido de Cabedelo, 12% (13), e Campina Grande, 7% (8).

FIGURA 12 - CASOS CONFIRMADOS DE MONKEYPOX POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA (12). PARAÍBA, 2022.*

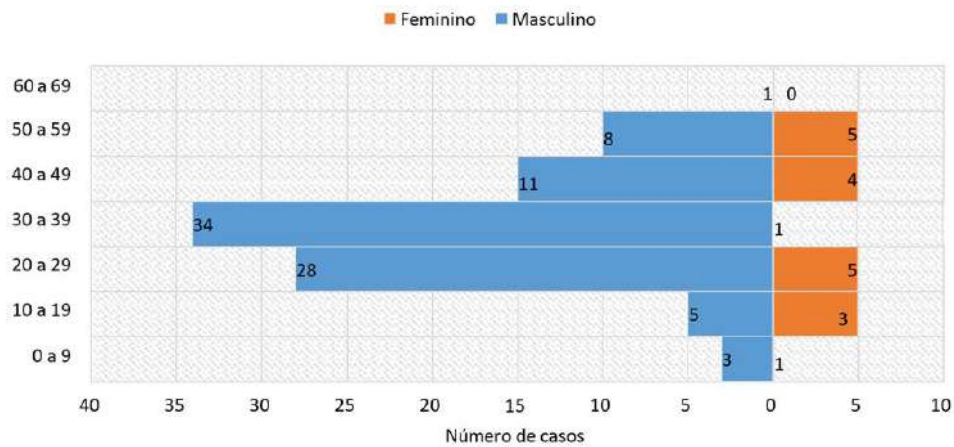


Fonte: REDCap e eSUS SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

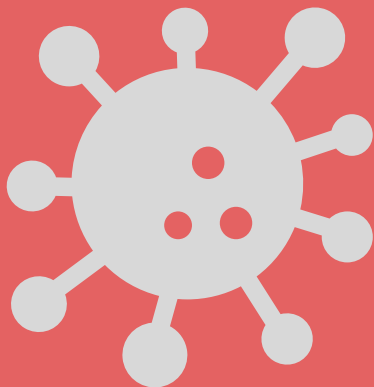
A mediana de idade dos casos confirmados ou prováveis foi de 31,5 anos (variando de 0 a 69 anos). Ao analisar a distribuição dos casos por faixa etária e sexo de nascimento, observa-se que a maior frequência de casos entre o sexo

masculino ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (34, 31,2%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (28, 25,7%), enquanto os casos no sexo feminino concentraram-se em indivíduos entre 20 a 29 anos (5, 4,6%).

GRÁFICO 60 - CASOS CONFIRMADOS DE MONKEYPOX POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, PARAÍBA, 2022.*



Fonte: REDCap e eSUS SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.



3

DOENÇAS E AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

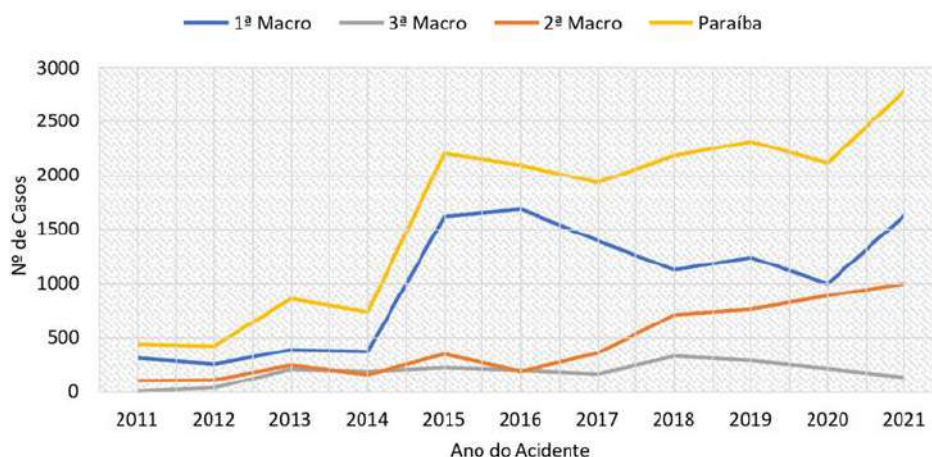
No cotidiano de trabalho, os sujeitos estão expostos a múltiplas situações e fatores de risco para a saúde, em diversas atividades produtivas organizadas de várias formas, com diferentes níveis de tecnologia e formas de gestão, em cadeias produtivas de todos os setores econômicos. O estado da Paraíba destaca-se pelas múltiplas atividades produtivas, incluindo a extração mineral, a indústria de transformação, as indústrias de utilidade pública, a construção civil, o comércio, os serviços, a administração pública e a agropecuária. Cada atividade desenvolvida apresenta elementos econômicos e sociais que podem agir sinergicamente e ter um impacto direto no perfil de morbi-mortalidade dos trabalhadores desses territórios.

No período de 2011 a 2021, o estado da Paraíba registrou 27.074 casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho, distribuídos nas três macrorregiões de saúde. Entre os agravos, o acidente de trabalho foi o mais prevalente, com 67,05% (18.154) das notificações, seguido de acidentes com exposição a material, com 19,85% (5.373), e intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho,

com 2,72% (736). Já entre as doenças, as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) foram as mais prevalentes, com 8,26% (2.235); os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, 1,9% (514); a Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), 0,09% (25); as Dermatoses Ocupacionais, 0,08% (23); as Pneumoconioses, 0,04% (10); e o Câncer Relacionado ao Trabalho, 0,01% (4).

Com relação ao número de acidentes de trabalho registrados por macrorregião de saúde no período analisado (Gráfico 61), nota-se um maior número na 1ª Macrorregião durante todo o período, representando 61% das notificações, distribuídas entre 36 municípios. Em seguida, a 2ª Macrorregião registrou 27% das notificações, distribuídas entre 41 municípios, enquanto a 3ª Macrorregião apresentou o menor número de notificações, correspondendo a aproximadamente 12% e distribuídas entre 44 municípios. Observa-se também que 46% dos municípios paraibanos não apresentaram notificações de acidentes de trabalho. Dos 18.154 casos de acidentes de trabalho, 0,47% (84) resultaram em óbito.

GRÁFICO 61 - NÚMERO DE CASOS DE ACIDENTE DE TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021* (N=18.154).

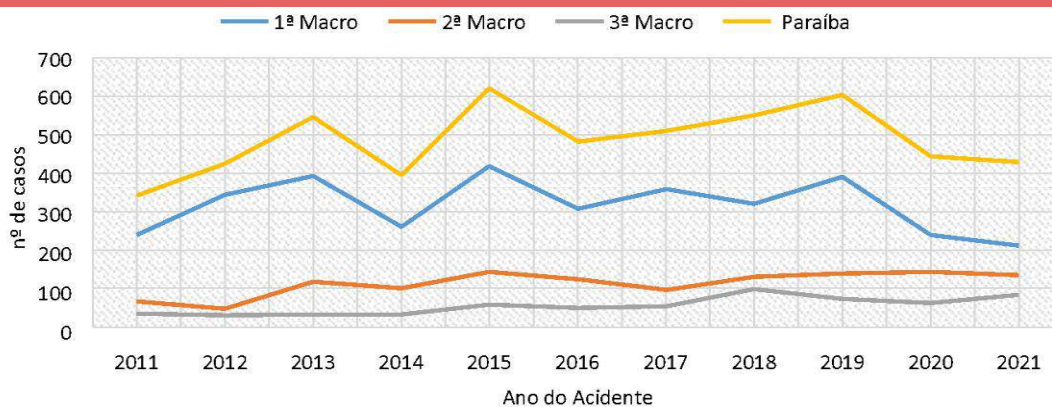


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No que diz respeito aos acidentes de trabalho com exposição a material biológico registrados acumulados por macrorregião de saúde entre 2011 e 2021 (Gráfico 62), observa-se que 65,1% (3.499) desses casos ocorreram na 1ª Macrorregião, com a maior concentração de notificações no município de João Pessoa, representando 95% dos registros dessa macrorregião. Isso ocorre porque esse território

possui uma unidade de referência estadual para esse tipo de acidente, o Hospital Clementino Fraga. A 2ª Macrorregião ocupa a segunda posição, com 23% do total de casos registrados no estado, enquanto a 3ª Macrorregião apresentou o menor número de notificações, correspondendo a cerca de 12% do total de casos registrados no estado.

GRÁFICO 62 - NÚMERO DE CASOS DE ACIDENTE COM EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO, POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021* (N=5.373).



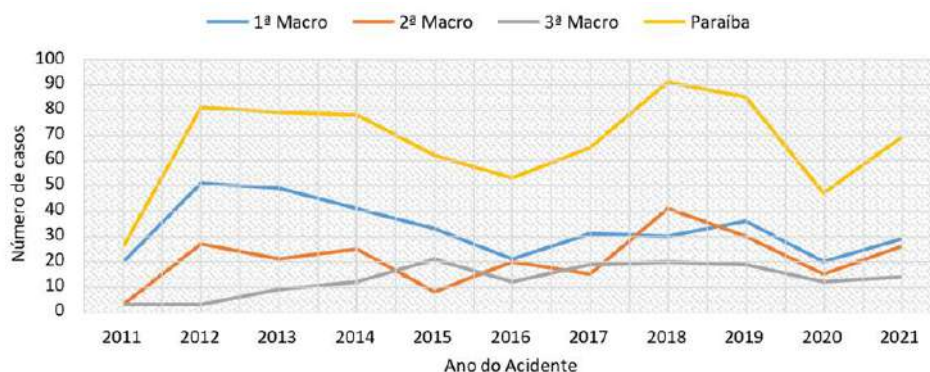
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Com relação às Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho, são agravos provocados por substâncias químicas, como os agrotóxicos, metais pesados e outros, quando os trabalhadores estão expostos aos processos e ambientes de trabalho e às condições em que estão expostos. Na análise dos dados de 2011 e 2021, verificou-se que a 1ª macrorregião

registrou o maior volume de notificações, 49% do total acumulado, seguida pela 2ª macrorregião com 31%, e a 3ª macrorregião apresentou o menor registro, com 20% do total de casos registrados no estado. Também nesta análise, foi possível observar o subregistro dos campos de ocupação, atividade econômica e

exposição ou contaminação decorrente do trabalho ou ocupação.

GRÁFICO 63 - NÚMERO DE CASOS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS RELACIONADOS AO TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021* (N=736)

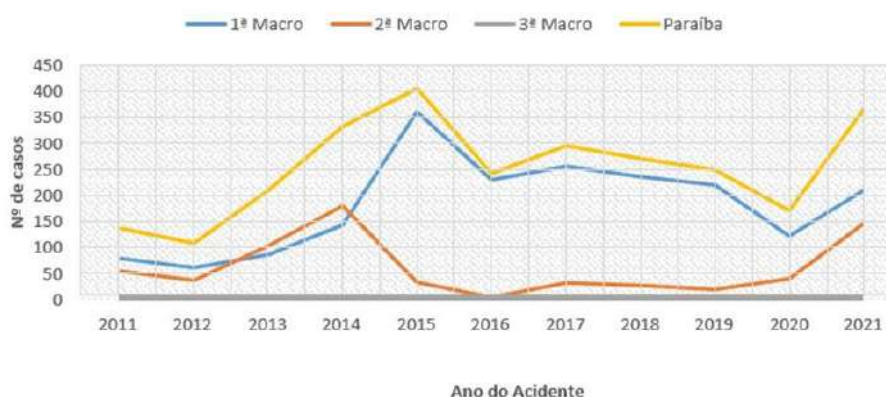


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No que diz respeito às doenças relacionadas ao trabalho com notificação em unidade sentinela (Gráfico 64), verificou-se que o maior número de notificações ocorreu na 1ª macrorregião de saúde, com 72% do total registrado no estado, o que pode estar associado à retaguarda técnica dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e, principalmente, do serviço de saúde dessa macrorregião. A 2ª macrorregião registrou cerca de 25%

dessas notificações e a 3ª macrorregião notificou apenas 3% do total registrado no estado, o que pode indicar uma subnotificação e um subdiagnóstico das doenças relacionadas ao trabalho, considerando o perfil produtivo desenvolvido na área de abrangência desse território. As notificações são fontes importantes para priorizar as ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho nesse território.

GRÁFICO 64 - NÚMERO DE CASOS DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021* (N=2.811).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.



4

SAÚDE AMBIENTAL

4.1 RAIVA

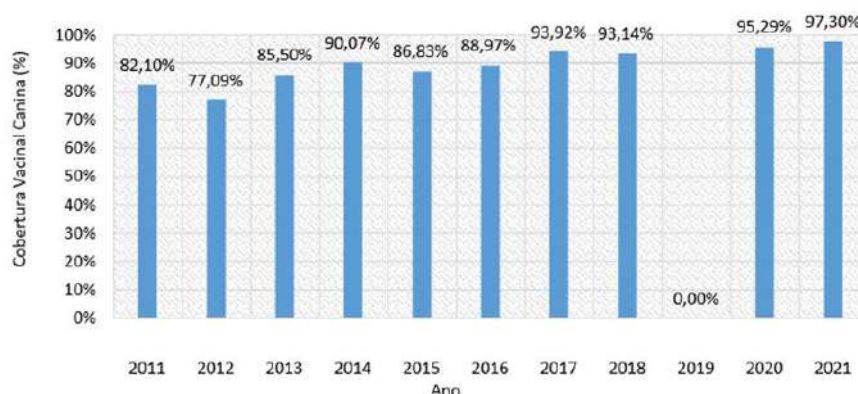
Na Paraíba, nos últimos 24 anos, não houve registro de casos de raiva em humanos (Variante Canina). No entanto, no período de 2011 a 2021, foram registrados 22 casos de raiva animal: canino (2), morcego não-hematófago (5), raposa (2), felino (1), bovino (11) e equino (1). Dessas ocorrências, 18 tiveram a confirmação da variante 3, oriunda dos Quirópteros.

Em 2015, houve a confirmação de um caso humano, um acidente provocado por um felino com a confirmação da variante 3 (morcego hematófago) residente no município de Jacaraú, sexo masculino, de 1 ano e 10 meses, que evoluiu a óbito na cidade de Natal. No ano de 2020, houve a confirmação de um caso humano, o acidente foi provocado por uma raposa residente no município de Riacho dos Cavalos, sexo feminino, 58 anos, que evoluiu para óbito na cidade de João Pessoa. Os dois casos acima descritos não receberam a profilaxia da raiva humana.

O atendimento antirrábico a humanos é realizado pela Atenção Primária em Saúde e pelos demais serviços da rede hospitalar do estado. No período de 2011 a 2021, foram realizados 99.262 atendimentos antirrábicos humanos na Paraíba. A 1ª Macrorregional de Saúde realizou 52.195 (52,82%) atendimentos, a 2ª Macro realizou 22.224 (22,49%) atendimentos, e a 3ª Macro realizou 24.389 (24,69%) atendimentos.

De acordo com o Plano de Controle da Raiva no Ciclo Urbano, especialmente a raiva transmitida por cães, que tem a vacinação dessas espécies animais como principal instrumento de prevenção e controle da doença, a Paraíba tem alcançado bons índices de cobertura vacinal ao longo dos anos. Em 2019, não houve campanha de vacinação contra a raiva animal devido ao desabastecimento do imunizante em nível nacional.

GRÁFICO 65 - COBERTURA VACINAL CANINA. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



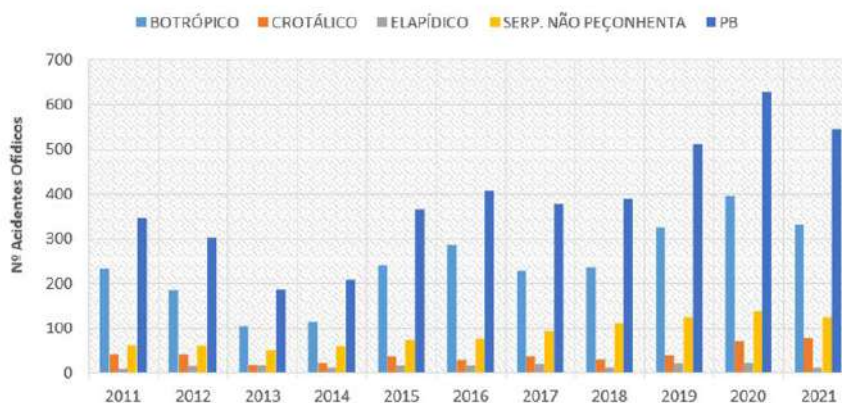
Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

4.2 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS

Na Paraíba, entre 2011 e 2021, foram registrados 3.296 acidentes ofídicos. Desses, 2.689 (81,58%) foram causados por serpentes botrópicas (jararacas), 436 (13,23%) por crotálicas (cascavéis) e 171

(5,19%) por elapídicas (corais). Além disso, foram registrados 971 acidentes causados por serpentes não-peçonhentas e 45.984 acidentes causados por escorpiões.

GRÁFICO 66 - NÚMERO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS (SERPENTES). PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No mesmo período, ocorreram na Paraíba 53 óbitos. Desses, 27 (54,94%) ocorreram em indivíduos do sexo masculino e 26 (45,06%) do sexo feminino. Em relação à

distribuição por Macrorregião, 16 óbitos ocorreram na 1ª, 26 óbitos ocorreram na 2ª e 11 óbitos ocorreram na 3ª.

GRÁFICO 67 - NÚMERO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SINAN. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em 2013, houve um desabastecimento dos soros antiofídicos. Desde então, temos recebido de forma insuficiente a quantidade necessária para uma ampla descentralização do

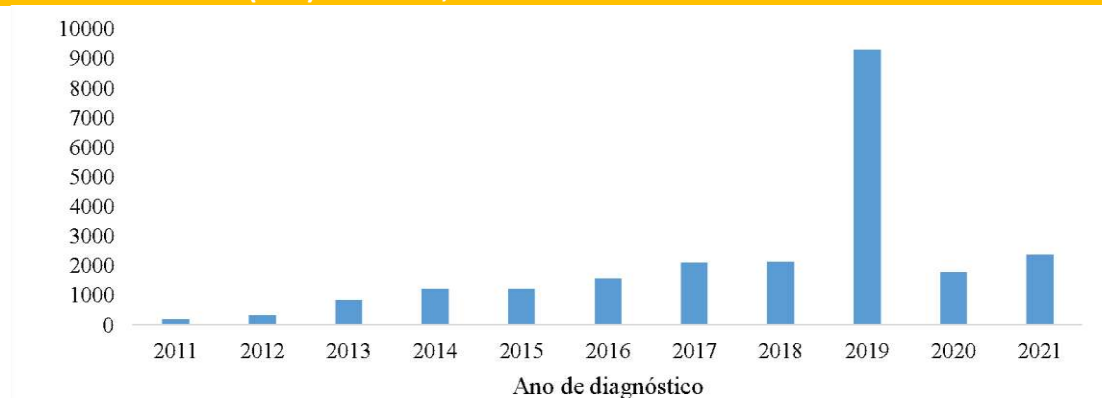
imunizante. Portanto, continua sendo adotada a estratégia de referência por macrorregião de saúde.

4.3 LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA (LVC)

Na Paraíba, ao longo dos anos, houve um crescente aumento no número de testes realizados, mas ainda é considerado baixo, devido à alta endemicidade na maioria dos municípios. Alguns municípios implantaram em sua rotina a ação de testagem da LVC, no entanto, não houve efetividade desta ação. No período de 2011 a 2021, foram realizados 23.262 testes rápidos para diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina. Em 2019, foram intensificadas as capacitações para municípios,

através das Gerências Regionais de Saúde, visando o fortalecimento das ações de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral Canina. Com isto, verificou-se um aumento significativo tanto no número de testes realizados, quanto no número de municípios que passaram a realizar os testes de LVC. No ano subsequente, houve uma diminuição do número de testes em decorrência da crise sanitária da pandemia de COVID-19.

GRÁFICO 68 - NÚMERO DE TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA (LVC) PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SES da Paraíba. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Considerando que a LVC tem um ciclo de transmissão complexo, pois envolve diversos fatores biológicos e não biológicos, o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVC-LV) recomenda aos municípios a realização de ações de forma integrada nas

áreas de maior risco, atingindo os três elos da cadeia de transmissão: o vetor, o homem e o cão. Ressalta-se a importância de notificar casos suspeitos da doença e realizar testes para fins de diagnóstico, objetivando a prevenção e a promoção da saúde da população humana.

4.4 VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

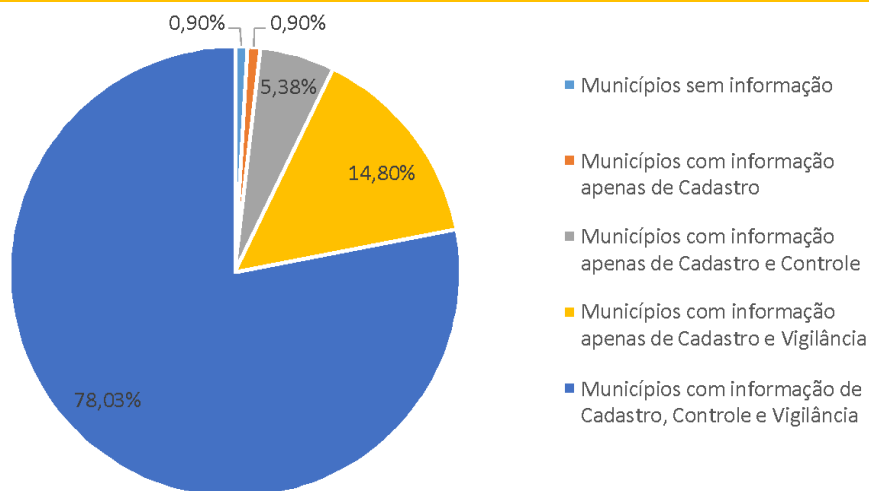
O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) tem como objetivo avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida, abrangendo todo o sistema de produção de água potável, desde a captação até o ponto de consumo, incluindo estações de tratamento, reservatórios e sistemas de distribuição.

As informações da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano são avaliadas através do Sistema de Informação (Sisagua), cujo objetivo é auxiliar o gerenciamento de risco à saúde a partir dos dados gerados rotineiramente pelos profissionais do setor saúde (vigilância), pelos responsáveis pelos serviços de abastecimento

de água (controle) e pela geração de informações em tempo hábil para o planejamento, tomada de decisão e execução de ações de saúde relacionadas à água para consumo humano.

De acordo com os dados do Sisagua, em 2021, o estado da Paraíba possuía 78,03% (174) municípios com o Vigiagua implantado. Isso significa que esses municípios apresentavam dados de Cadastros das Formas de Abastecimento de Água para Consumo Humano, Controle e Vigilância. Além disso, 14,80% (33) municípios estavam realizando o Cadastro e Vigilância, 5,38% (12) municípios estavam realizando Cadastro e Controle, 0,90% (2) municípios possuíam apenas Cadastro e 0,90% (2) municípios não possuíam informação.

GRÁFICO 69 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM IMPLANTAÇÃO DO SISAGUA SEGUNDO CADASTROS DAS FORMAS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO, CONTROLE E VIGILÂNCIA. PARAÍBA, 2021*

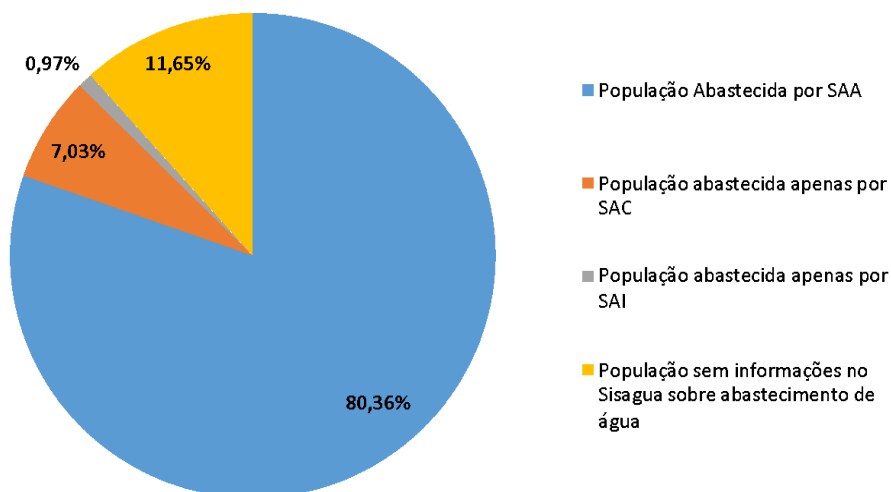


Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A Diretriz Nacional do Plano de Amostragem do Vigiagua determina o número mínimo mensal de análises por parâmetro básico que devem ser realizadas por cada município, de acordo com as faixas populacionais. Esse quantitativo mínimo de amostras deve ser distribuído para o monitoramento da qualidade da água proveniente das três formas de abastecimento: SAA (Sistema de Abastecimento de Água), SAC (Solução Alternativa Coletiva) e SAI (Solução Alternativa Individual).

No estado da Paraíba, observa-se que no ano de 2021 a principal forma de abastecimento de água foi o SAA, atendendo a 80,36% (3.262.515) da população. Logo, 7,03% (285.237) foram abastecidos apenas por SAC, e 0,97% (39.307) foram abastecidos por SAI. Além disso, 11,65% (472.846) representam o percentual da população sem informações no Sisagua sobre abastecimento de água.

GRÁFICO 70 - PERCENTUAL DE COBERTURA DE POPULAÇÃO ABASTECIDA SEGUNDO FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, PARAÍBA, 2021.*

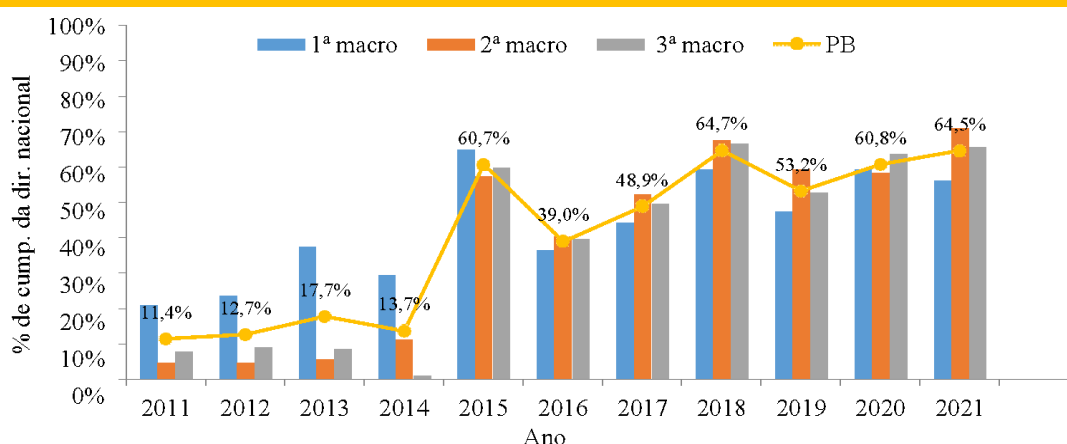


Fonte: Sisagua. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O percentual de amostras analisadas em relação ao cumprimento da diretriz nacional do plano de amostragem do Vigiagua para o parâmetro de Coliformes Totais/*Escherichia coli* nas três macrorregiões de saúde do estado da Paraíba no período de 2011 a 2021 é observado. Nota-se que em 2011 os municípios da 1ª Macrorregião obtiveram melhor desempenho quanto ao percentual de amostras analisadas para o parâmetro de coliformes totais e *Escherichia coli*. Durante o período analisado, destaca-se a progressão ascendente das ações de vigilância em relação ao parâmetro microbiológico em questão.

No meio de 2014, foi implantada uma nova versão do Sisagua, e a SES da Paraíba realizou qualificação para os 223 municípios, contribuindo para a implementação do Vigiagua em municípios que anteriormente estavam inativos. Verifica-se que no ano seguinte, em 2015, houve um aumento no número de amostras de água analisadas para o parâmetro de coliformes totais e *Escherichia coli*. Entre 2016 e 2021, observa-se o avanço no desempenho da 2ª Macrorregião, mantendo-se acima da média estadual, exceto em 2020. Ao longo do período analisado, a 3ª Macrorregião apresentou evolução no desempenho das ações de vigilância.

GRÁFICO 71 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE COLIFORMES TOTAIS E ESCHERICHIA COLI POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

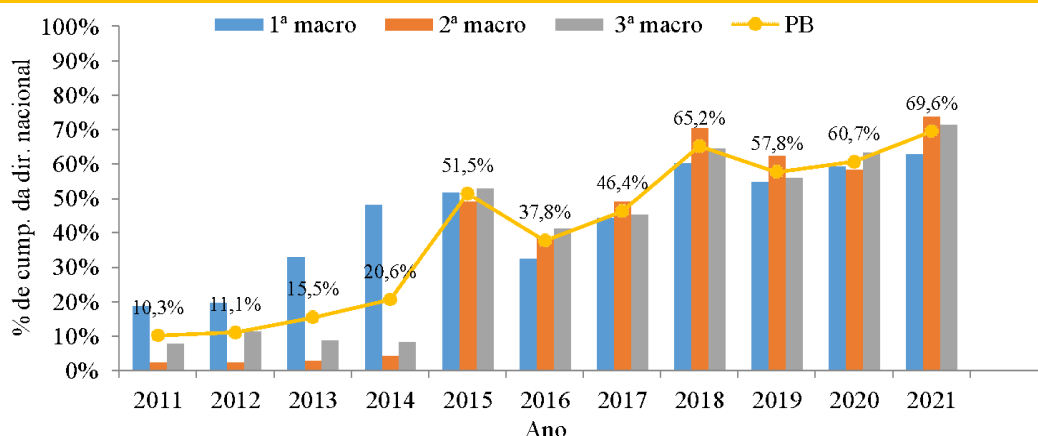


Fonte: Sisagua. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na Paraíba, de 2011 a 2021, todas as três macrorregiões de saúde apresentaram desempenhos e números semelhantes quanto ao percentual de amostras analisadas em relação ao cumprimento da diretriz nacional do plano de amostragem do Vigiagua para o

parâmetro de turbidez. Isso ocorre porque os parâmetros de coliformes totais/*Escherichia coli* e turbidez são analisados pela rede de laboratórios de água vinculados ao LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública do estado da Paraíba) em uma única amostra coletada.

GRÁFICO 72 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE TURBIDEZ POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

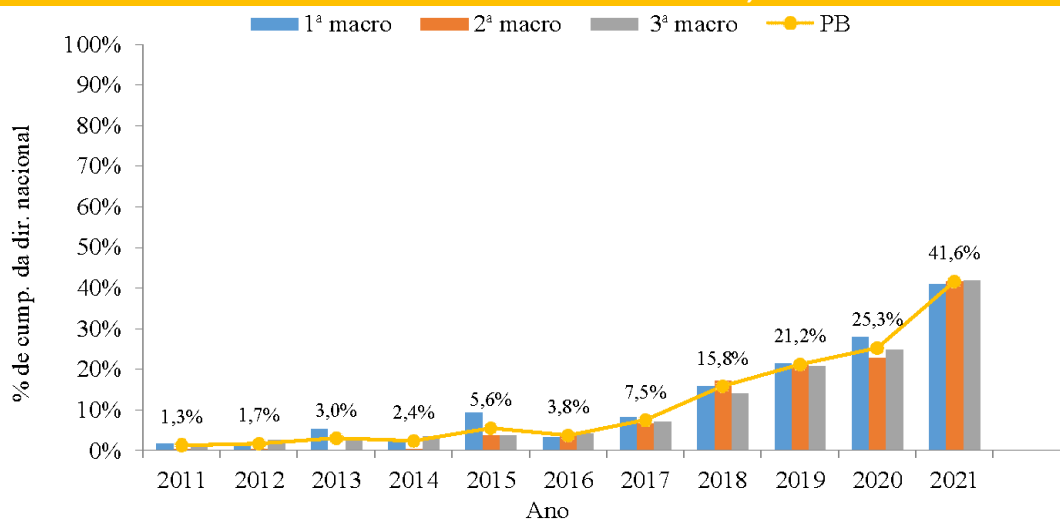


Fonte: Sisagua. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O monitoramento do residual desinfetante (Cloro Residual Livre) na água utilizada para consumo humano possibilita avaliar o cumprimento do teor mínimo exigido na água tratada em toda a extensão da rede de distribuição, a fim de prevenir uma possível recontaminação. Devido à fácil degradação das formas de cloro na água, a análise do residual do agente desinfetante deve ser realizada em campo, logo após a coleta, para garantir um resultado mais fidedigno. Portanto, os municípios são responsáveis pela aferição desse parâmetro.

No que diz respeito ao parâmetro de Cloro Residual Livre na Paraíba, observam-se baixos percentuais atingidos pelas macrorregiões de saúde, principalmente no período de 2011 a 2017, em que menos de 10% do cumprimento da diretriz nacional foi alcançado. A partir de 2018, verifica-se um aumento nos percentuais devido ao incentivo do Ministério da Saúde por meio do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Em 2021, as macrorregiões de saúde alcançaram um percentual de amostras realizadas para esse parâmetro superior a 40%.

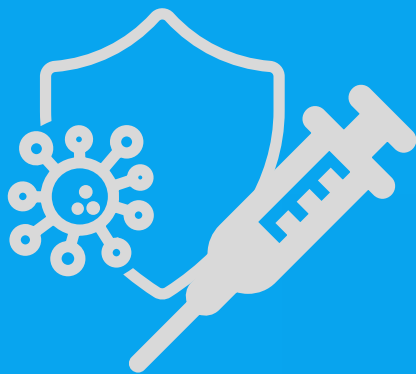
GRÁFICO 73 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS PARA O PARÂMETRO DE CLORO RESIDUAL LIVRE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: Sisagua. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A Gerência Operacional de Saúde Ambiental, com o objetivo de fortalecer o cumprimento da Diretriz Nacional pelos municípios, realiza atividades como: monitoramento das informações do Sisagua para aprimorar a completude e reduzir as inconsistências; visitas técnicas aos municípios;

qualificações periódicas para os técnicos que atuam na vigilância ambiental dos municípios e nas gerências regionais de saúde; e reuniões de monitoramento e avaliação dos dados de vigilância com as equipes técnicas e gestores municipais.



5

IMUNIZAÇÃO

As vacinas são consideradas hoje um dos principais fatores que contribuem para a redução da morbidade e mortalidade da população mundial, levando a um aumento na

expectativa e qualidade de vida, e ao controle de doenças, com grandes contribuições para a erradicação de várias doenças (Tabela 14)

TABELA 14 - COBERTURAS VACINAIS POR TIPO DE VACINA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE E UM ANO E RESPECTIVAS METAS (%). PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

Vacinas	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BCG	113,41	108,66	112,35	111,91	104,9	97,29	103,71	105,09	93,57	66,9	69,17
Rotavírus	84,38	79,63	89,81	92,47	89,68	89,08	84,83	95,94	95,38	76,45	71,04
Hepatite A	0,00	0,00	0,00	42,16	75,09	68,43	83,43	82,91	91,44	70,94	61,42
Meningocócica C	82,65	86,87	96,81	92,23	90,13	88,61	85,5	94,8	96,69	76,78	70,54
Penta	0,00	29,2	97,61	93,18	89,49	87,79	82,4	91,39	81,93	73,63	70,99
Pneumocócica	82,86	83,48	93,34	89,96	87,72	93,05	91,13	100,58	99,78	81,35	74,65
Poliomielite	101,97	92,08	108,24	100,4	90,91	85,71	82,32	92,1	92,28	73,73	70,15
FA	0,41	0,47	0,58	0,53	0,38	0,39	0,52	0,51	0,53	13,10	47,29
Tríplice Viral – D1	102,34	92,72	114,64	120,35	86,25	89,8	90,84	96,48	105,36	80,43	70,79
Tríplice Viral – D2	0,00	0,00	60,95	86,96	49,33	51,47	67,82	71,86	87,46	55,37	44,00

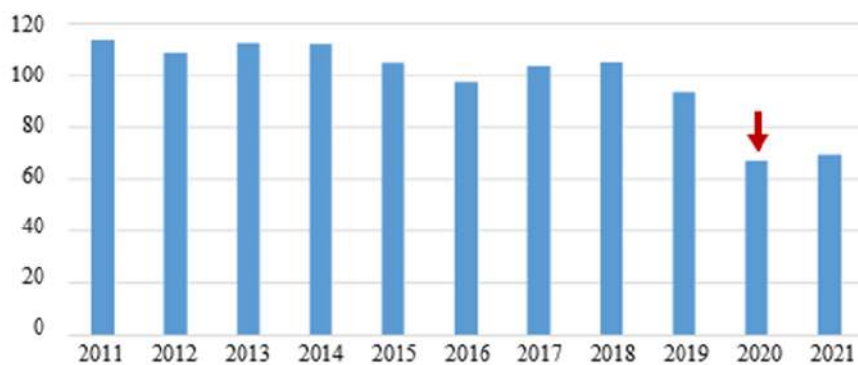
Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) * Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A cobertura vacinal da BCG no estado da Paraíba manteve-se alta, alcançando mais de 90% durante o período de 2011 a 2019. No ano de 2020, houve uma queda considerável nos valores, com apenas 66,9% da população vacinada. A maior taxa de homogeneidade

dessa vacina entre 2011 e 2021 foi de 26,01% (em 2015), onde apenas 58 municípios atingiram a cobertura vacinal adequada de 90%, como preconizado pelo Ministério da Saúde



GRÁFICO 74 - COBERTURA DA VACINA BCG EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A cobertura vacinal da vacina Rotavírus no estado da Paraíba manteve-se alta, alcançando mais de 90% nos anos de 2014, 2018 e 2019. No entanto, houve uma queda considerável nos valores em 2020, com apenas

66,9% da população vacinada. A maior taxa de homogeneidade dessa vacina foi em 2018, com 76,68% dos municípios tendo uma cobertura acima de 90%, o necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 75 - COBERTURA DA VACINA ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE, PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

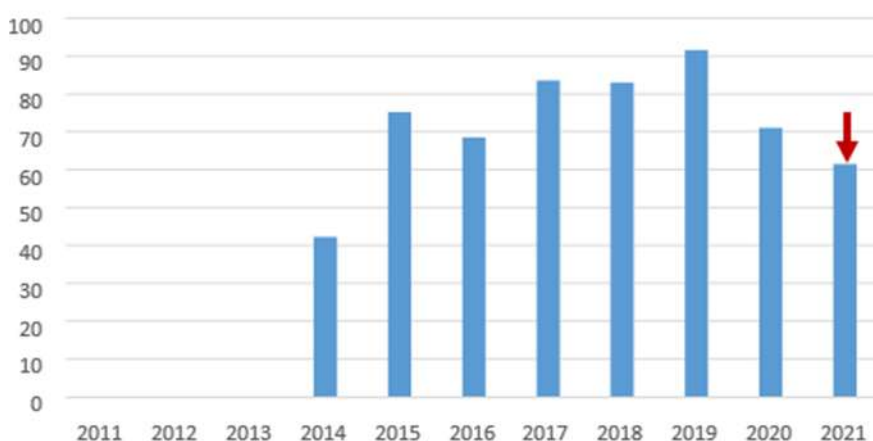


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Considerando o período de análise em relação à cobertura da vacina Hepatite A na população a partir de um ano de idade, entre os anos de 2011 a 2021 foi possível observar uma evolução entre os anos de 2014 a 2019. Inicialmente, o percentual era de 42,16% em 2014, chegando a 91,44% em 2019. No entanto, nos anos seguintes, houve uma queda

considerável nos valores. Vale ressaltar que a vacina Hepatite A foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2014. A maior taxa de homogeneidade dessa vacina foi de 54,26% (em 2019), onde apenas 121 municípios atingiram a cobertura vacinal adequada de 95%, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

GRÁFICO 76 - COBERTURA DA VACINA HEPATITE A EM CRIANÇAS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

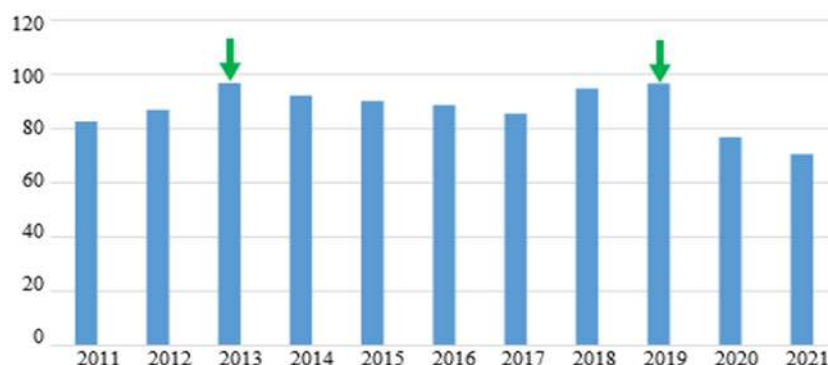


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Na Paraíba, as coberturas vacinais da Meningocócica C foram elevadas em 2013 e 2019, alcançando mais de 95%. No entanto, a partir de 2020, houve quedas consideráveis nos valores. A maior taxa de homogeneidade dessa

vacina ocorreu em 2018, com 69,96% (156) dos municípios atingindo uma cobertura acima de 95%, que é o necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 77 - COBERTURA DA VACINA MENINGOCÓCICA C EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação à vacina Pentavalente, as coberturas vacinais no estado da Paraíba foram elevadas em 2013, ultrapassando 95%. No ano seguinte, no entanto, ficaram muito abaixo das metas estabelecidas.

A maior taxa de homogeneidade dessa vacina foi em 2013, com 60,09% (134) dos municípios alcançando uma cobertura acima de 95%, o necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 78 - COBERTURA DA VACINA PENTAVALENTE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

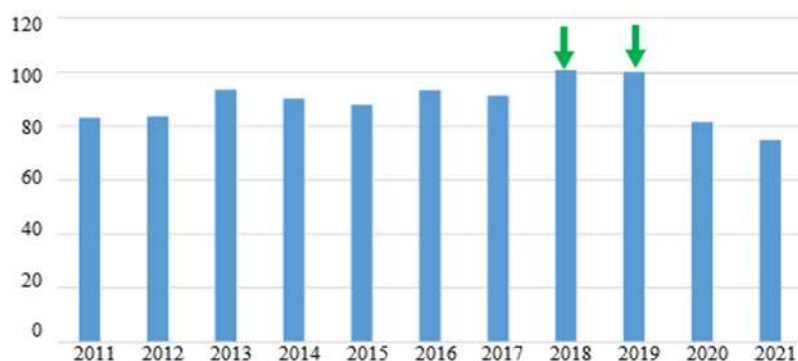


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período de 2011 a 2021, observou-se que as coberturas vacinais da vacina Pneumocócica no estado da Paraíba foram elevadas em 2018 e 2019, ultrapassando 95%. Nos anos seguintes, no entanto, ficaram muito

abaixo das metas estabelecidas. A maior taxa de homogeneidade dessa vacina ocorreu em 2018, com 74,44% (166) dos municípios atingindo uma cobertura acima de 95%, o necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 79 - COBERTURA DA VACINA PNEUMOCÓCICA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

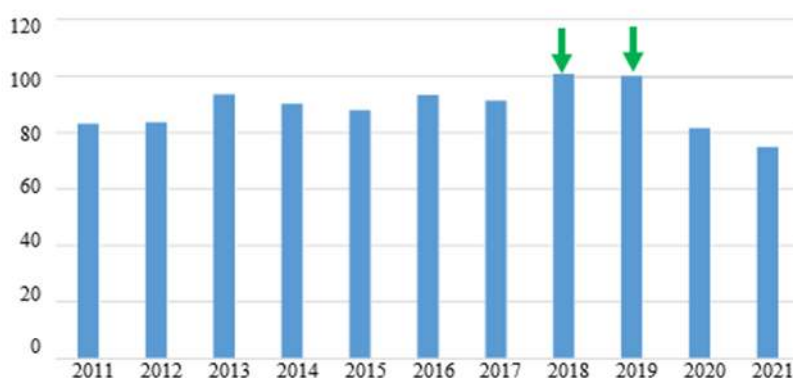


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação à vacina Pólio, no período de 2011 a 2021, observou-se que as coberturas vacinais no estado da Paraíba foram elevadas em 2011, 2013 e 2014, ultrapassando 95%. Nos anos seguintes, no entanto, ficaram muito abaixo das metas

estabelecidas. A maior taxa de homogeneidade dessa vacina ocorreu em 2013, com 61,88% (138) dos municípios alcançando uma cobertura acima de 95%, o necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 80 - COBERTURA DA VACINA POLIOMIELITE EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA DE 2011 A 2021.*

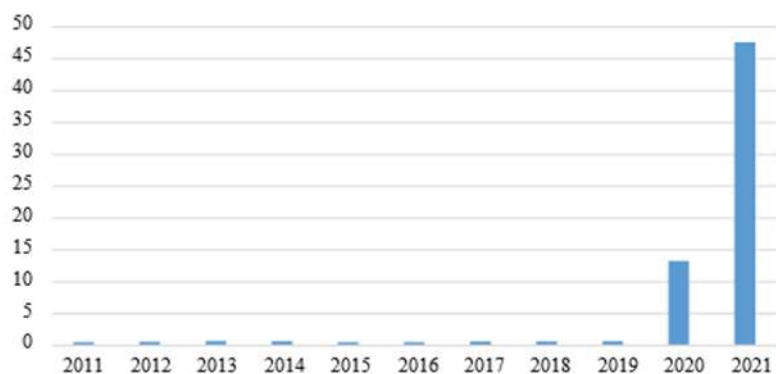


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Com a intenção de proteger todo o território nacional contra a doença e melhorar a cobertura vacinal brasileira, o Ministério da Saúde promoveu a ampliação da vacina contra a Febre Amarela no Calendário Nacional de forma gradual em 2020 e com término em 2021, tornando todo o território nacional prioritário para a vacinação.

Dessa forma, observou-se um aumento nas coberturas da vacina contra a Febre Amarela na população menor de um ano de idade, entre os anos de 2011 e 2021, chegando a 47,29% em 2021.

GRÁFICO 81 - COBERTURA DA VACINA FEBRE AMARELA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*

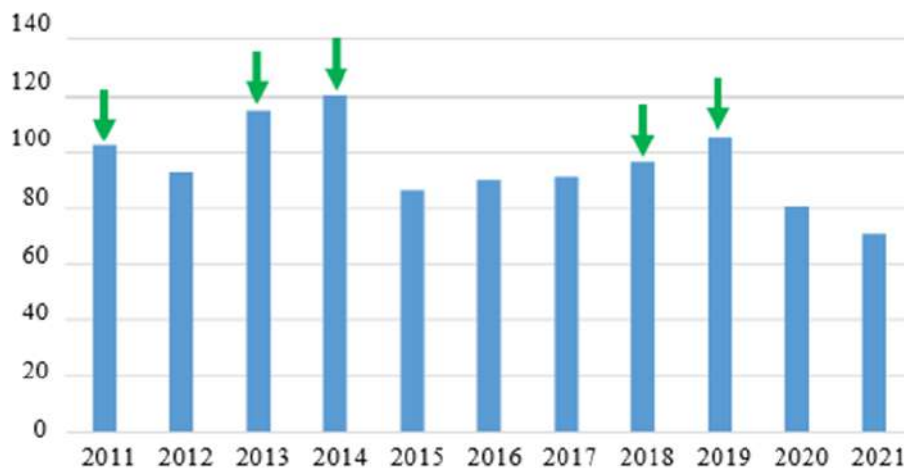


Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

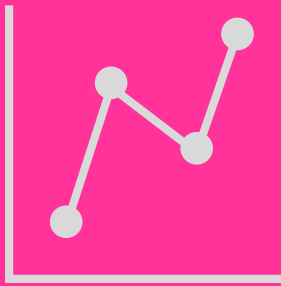
Com relação às coberturas da vacina Tríplice Viral D1 na população a partir de um ano de idade, entre os anos de 2011 a 2021, constatou-se que no ano de 2011, 2013, 2014, 2018 e 2019 as coberturas vacinais no estado da Paraíba foram elevadas, alcançando mais de 95%. Nos anos seguintes, no entanto, as

coberturas vacinais foram muito inferiores às metas estabelecidas. A maior taxa de homogeneidade dessa vacina foi em 2019, com 72,65% (162) dos municípios tendo uma cobertura acima de 95%, o que é necessário para obter imunidade coletiva.

GRÁFICO 82 - COBERTURA DA VACINA TRÍPLICE VIRAL EM CRIANÇAS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, DE 2011 A 2021.*



Fonte: SI-PNI (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações..



6

MORTALIDADE

Na Paraíba, de 2000 a 2021, a taxa bruta de mortalidade apresentou uma tendência de aumento médio de 2,5%, com um incremento significativo nos últimos dois anos, devido ao impacto da pandemia

da Covid-19. Esse aumento pode ser observado nos óbitos associados direta ou indiretamente à pandemia, que são descritos como "excesso de mortalidade".

GRÁFICO 83 - TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (POR 1.000 HABITANTES), SEGUNDO SEXO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021.*



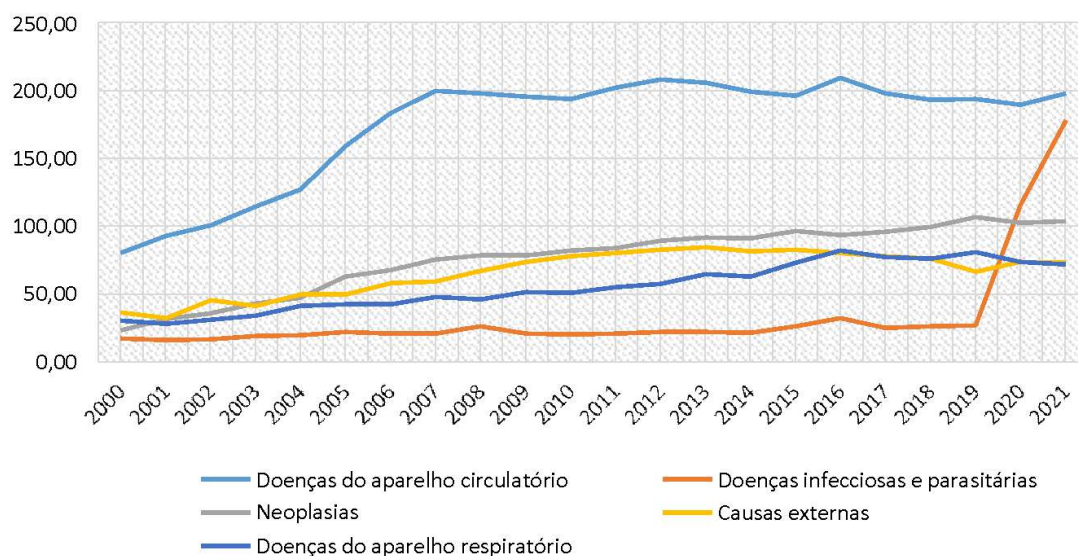
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e IBGE (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação aos principais grupos de causas de morte, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as doenças cardiovasculares e as neoplasias ocuparam o primeiro e o segundo lugar no ranking. A partir de 2020, com o surgimento da pandemia de COVID-19, houve uma mudança no perfil de mortalidade, com as doenças infecciosas e parasitárias ocupando o segundo lugar entre as principais causas de morte no estado, sendo responsáveis por cerca de 90% dos óbitos classificados no Capítulo I do CID-10: Algumas doenças infecciosas e parasitárias. Em 2021, as doenças cardiovasculares (24,1%), as doenças infecciosas e parasitárias (21,7%), as neoplasias

(12,6%) e as causas externas (8,9%) lideram o ranking das principais causas de óbito. As doenças respiratórias (8,8%) também são uma das principais causas de morte, ocupando o quinto lugar.

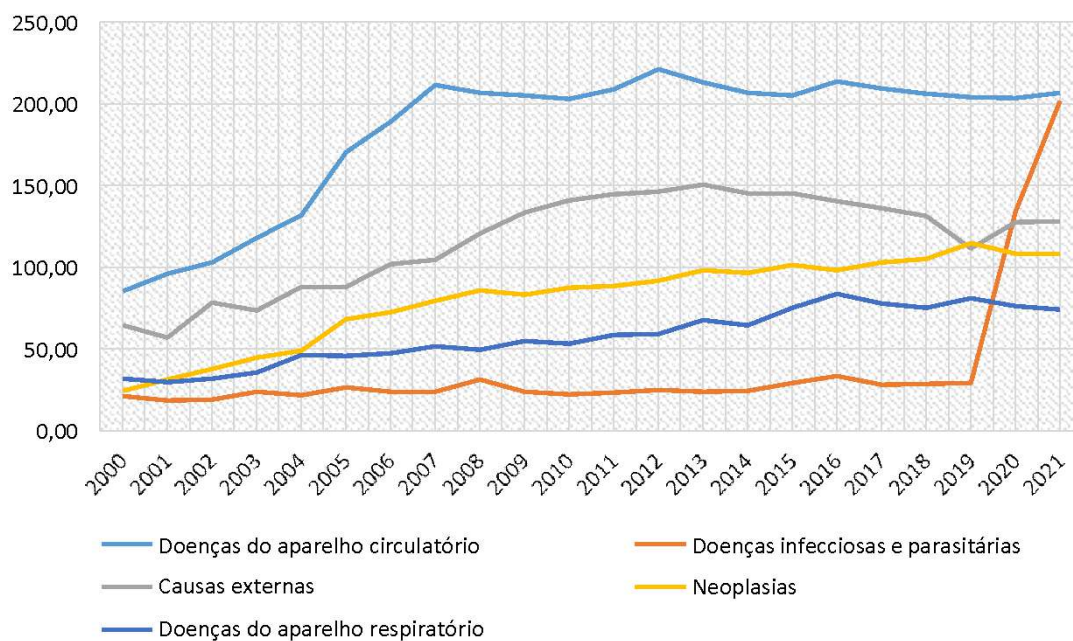
Em 2021, a principal causa de morte para ambos os sexos foi devido a doenças do aparelho circulatório, seguida por doenças infecciosas. Entre os homens, a segunda maior causa de morte foi devido a causas externas, seguida por neoplasias. Entre as mulheres, a terceira maior causa de morte foi devido a doenças do aparelho respiratório.

GRÁFICO 84 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 PARAÍBA, DE 2000 A 2021.*



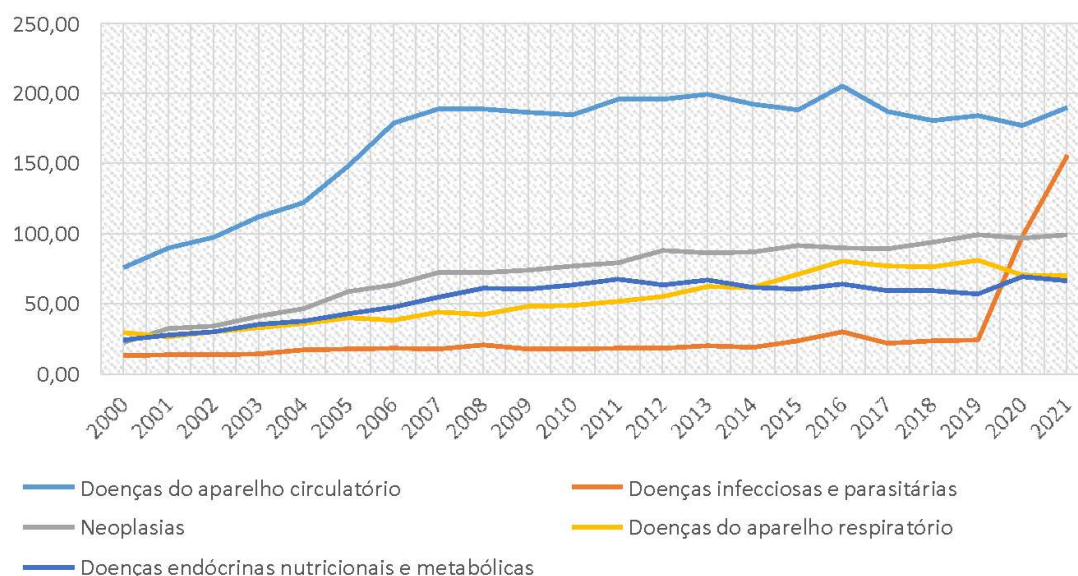
Fonte: SIM e IBGE (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 85 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO MASCULINO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021.*



Fonte: SIM e IBGE (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 86 - TAXA DE MORTALIDADE POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES GRUPOS DA CID-10 E SEXO FEMININO. PARAÍBA, DE 2000 A 2021.*



Fonte: SIM e IBGE (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No período, observam-se diferenças entre sexos, com taxa de mortalidade para homens maior que para mulheres, tanto na Paraíba quanto nas

Macrorregiões de Saúde. A tendência crescente foi significativa entre sexos e Macrorregiões de Saúde.

TABELA 15 – TAXA DE MORTALIDADE (POR 100.000 HABITANTES) E POR SEXO E MACRORREGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, DE 2018 A 2021.*

Sexo e Macrorregião de Saúde	2018	2019	2020	2021
Masculino				
I – João Pessoa	763,5	761,1	911,0	981,9
II – Campina Grande	799,0	809,4	869,3	973,9
III -Sertão e Alto Sertão	776,9	771,7	903,9	969,4
Paraíba	777,3	778,8	898,7	977,8
Feminino				
I – João Pessoa	582,5	606,8	697,6	772,3
II – Campina Grande	767,1	797,7	844,4	958,4
III -Sertão e Alto Sertão	480,9	495,3	536,7	588,3
Paraíba	597,1	620,1	687,0	764,2

Fonte: SIM (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

6.1 MORTALIDADE MATERNA

Ressalta-se que, a seguir, na análise da mortalidade materna e infantil, foram incluídos os dados referentes ao ano de 2022. Apesar de serem dados preliminares, o número de óbitos infantis registrados em 2022 ultrapassou o

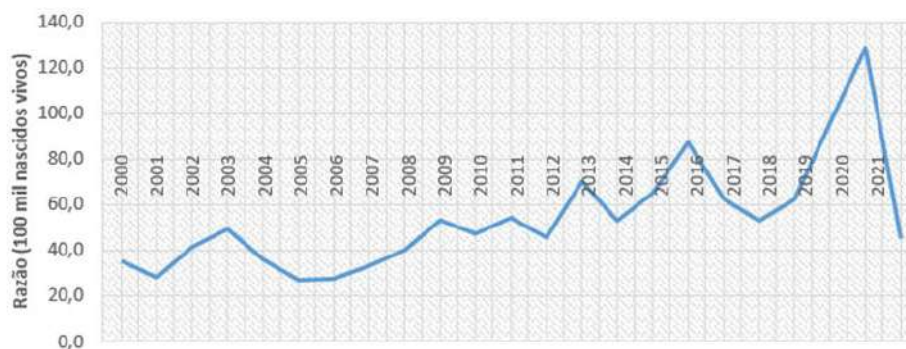
número do ano anterior, enquanto a redução dos óbitos maternos em 2022 foi significativa.

A mortalidade materna é uma preocupação global de saúde pública e tem sido

um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde para mulheres em todo o mundo. Na Paraíba, a taxa de mortalidade materna tem sido um problema de saúde significativo ao longo dos anos. As menores Razões de Mortalidade Materna (RMM) observadas no início do período analisado, entre os anos 2000 e 2010, podem ser atribuídas a dois fatores: a qualidade das informações sobre as causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito, o que dificulta o monitoramento real do nível e da tendência da mortalidade materna.

O aumento dos óbitos maternos nos anos de 2020 e 2021 está relacionado ao excesso de mortes maternas causadas direta e indiretamente pela COVID-19. Em 2020, 23% (10/44) dos óbitos maternos foram causados pela COVID-19 e em 2021 esse número foi de 44% (32/72). Em 2022, a RMM apresentou uma drástica redução em relação ao ano anterior, passando de 128,5 para 45,3 óbitos maternos por 100.000 Nascidos Vivos (NV), o que representa uma queda de 65%. Vale ressaltar que neste ano não foi registrado nenhum óbito materno por COVID-19. Essa redução na razão de mortalidade materna é um indicativo positivo.

GRÁFICO 87 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA, DE 2000 A 2022.*



Fonte: SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A redução da mortalidade materna foi observada em todas as Macrorregiões de Saúde no ano de 2022 em comparação com o ano de 2021. As maiores reduções ocorreram nas 1ª e 2ª Macrorregiões, com -71% e -72%, respectivamente.

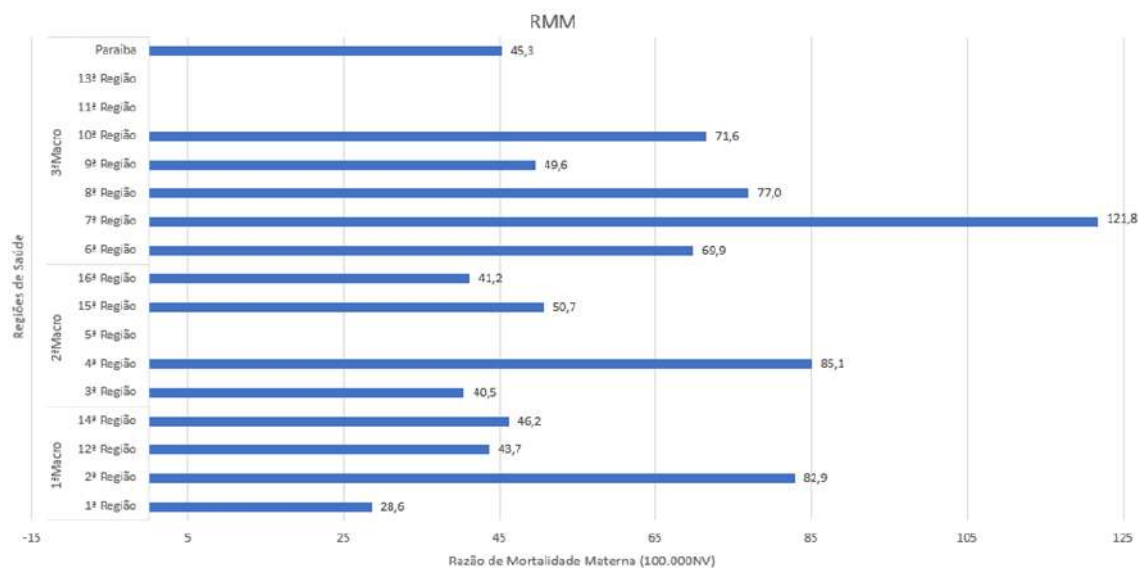
Esses índices de redução foram superiores aos apresentados pelo estado, que foi de -65%. Quanto às Regiões de Saúde, a 5ª, 11ª e 13ª não registraram óbitos maternos em 2022, e a 7ª Região foi a que apresentou a maior RMM.

TABELA 16 – RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA E MACRORREGIÕES DE SAÚDE, DE 2018 A 2022.*

Macrorregião de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Variação
I – João Pessoa	39,5	75,1	109,4	133,9	39,1	-71%
II – Campina Grande	94,5	49,1	94,1	146,8	41,7	-72%
III -Sertão /Alto Sertão	31,0	49,5	66,1	91,6	65,0	-29%
Paraíba	53,1	62,4	95,8	128,5	45,3	-65%

Fonte: SES/GEVS/GORR – SIM e SINASC. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 88 - RAZÃO DA MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV). PARAÍBA E REGIÕES DE SAÚDE, 2022.*



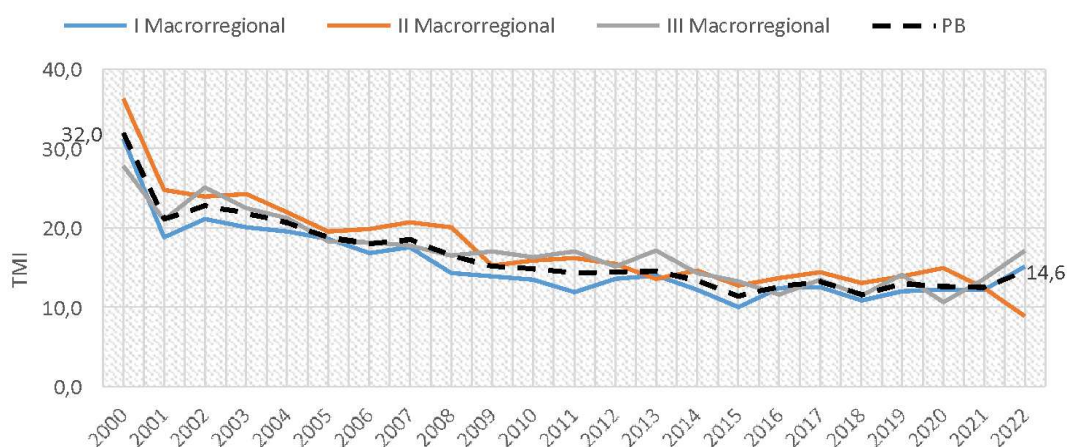
Fonte: SIM e SINASC. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

6.2 MORTALIDADE INFANTIL

Apesar de persistir como um importante problema de saúde pública na Paraíba, é importante destacar que a taxa de mortalidade infantil vem apresentando uma redução significativa nas últimas décadas. Observa-se que a taxa de mortalidade infantil (TMI) vem apresentando uma tendência de queda desde o ano 2000, quando foram

registradas 32,0 mortes de crianças com menos de 1 ano a cada 1.000 NV. No entanto, em 2022, a Paraíba apresentou uma taxa de 14,6 óbitos por cada 1.000 NV, representando um aumento de 16,3% em relação ao ano anterior. Esse aumento na TMI foi observado em todas as macrorregiões, com exceção da 2ª Macrorregião.

GRÁFICO 89 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. PARAÍBA POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, DE 2000 A 2022.*



Fonte: SINASC (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

O aumento da TMI em 2022 pode ser observado na maioria das Regiões de Saúde do estado, com exceção da 3ª, 6ª e

7ª. A variação foi analisada em relação aos anos de 2021/2022.

TABELA 17 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. PARAÍBA POR REGIÃO DE SAÚDE, DE 2018 A 2022.*

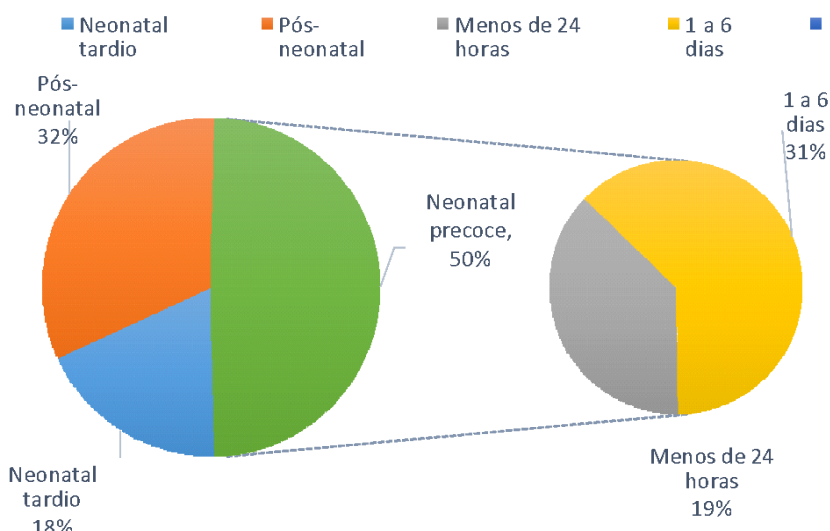
Região de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Variação
1ª	11,4	12,6	11,9	12,8	15,0	16,9%
2ª	10,7	12,0	11,2	13,0	16,6	28,0%
3ª	10,2	14,0	12,8	16,1	13,8	-14,3%
4ª	14,3	15,6	16,4	9,6	17,0	76,5%
5ª	19,3	10,7	17,4	9,6	12,2	27,2%
6ª	9,2	13,5	10,7	15,8	9,1	-42,4%
7ª	14,7	11,8	10,3	15,2	9,7	-35,7%
8ª	19,5	10,6	9,7	11,4	13,9	21,6%
9ª	11,8	16,4	12,0	12,4	19,3	55,5%
10ª	6,9	18,7	9,9	12,5	19,3	54,0%
11ª	12,1	16,2	12,8	13,8	16,2	17,5%
12ª	7,6	10,3	14,6	9,7	18,4	88,6%
13ª	7,3	10,9	8,2	10,4	15,9	52,6%
14ª	10,3	10,1	14,3	9,6	12,0	24,8%
15ª	16,5	10,6	16,4	9,3	12,2	30,4%
16ª	11,7	15,3	14,5	13,1	14,4	9,8%
PB	11,7	13,0	12,7	12,6	14,6	16,1%

Fonte: SIM e SINASC (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quanto aos componentes etários da mortalidade infantil, em 2022, observa-se que 50% dos óbitos infantis ocorreram nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias), seguidos de 32% no pós-neonatal (28 a 364 dias) e 18% no

neonatal tardio (7 a 27 dias). Ressalte-se que 31% de todos os óbitos de crianças menores de 1 ano de idade ocorrem nas primeiras 24 horas de vida (Gráfico 90).

GRÁFICO 90 - MORTALIDADE INFANTIL POR IDADE DO ÓBITO. PARAÍBA, 2022.*

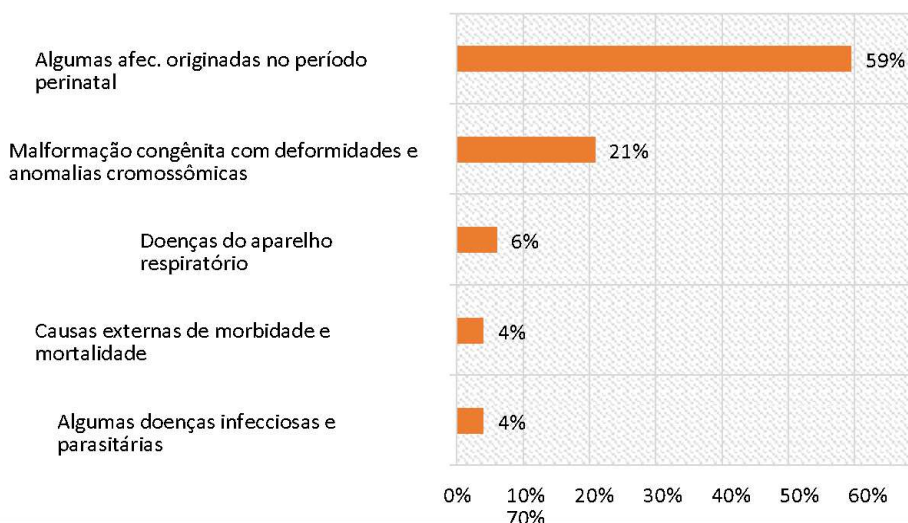


Fonte: SIM (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

A mortalidade na infância, que é definida como o óbito de crianças menores de cinco anos, é um importante indicador para avaliar a saúde da população. A inclusão desse indicador entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o ano de 2030 destaca sua relevância. A análise das principais causas de morte na infância tem

especial relevância para a definição de ações preventivas mais efetivas. Os cinco primeiros grupos de causas de óbito em menores de um ano são as complicações relacionadas à gestação, parto e período perinatal, as malformações congênicas, as doenças respiratórias, as causas externas e as doenças infecciosas.

GRÁFICO 91 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, 2022.*

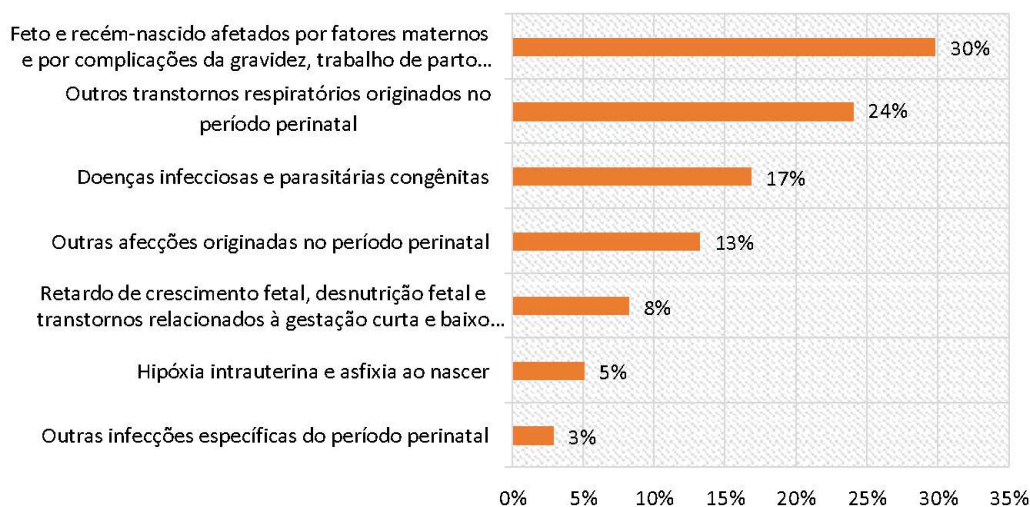


Fonte: SIM. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Entre as principais causas de óbitos infantis relacionadas ao período perinatal (CID-10 P00-P96) tem-se as complicações

relacionadas à gestação, ao parto e ao período perinatal (30%), os transtornos respiratórios (24%) e as septicemias (17%).

GRÁFICO 92 - PROPORÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPO DE CAUSAS DO CID-10 RELACIONADOS AO PERÍODO PERINATAL COM MENOS DE UM ANO DE IDADE. PARAÍBA, 2022.*

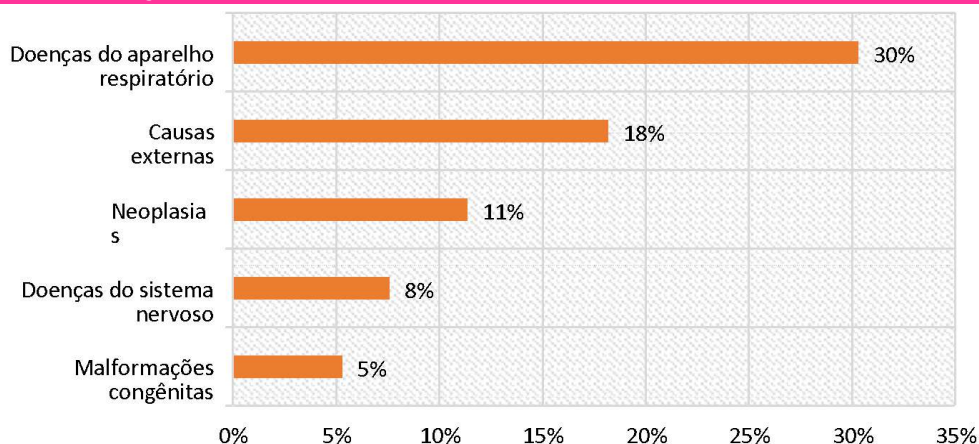


Fonte: SIM. (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Esse perfil sofre mudanças significativas ao considerar a faixa etária acima de um ano. Os gráficos 80 e 81 apresentam as cinco principais causas de óbito em crianças de um a quatro anos e de cinco a nove anos, respectivamente. As doenças do aparelho respiratório (30%) são o grupo principal de causas entre as crianças de um a quatro anos, seguidas por causas externas (18%),

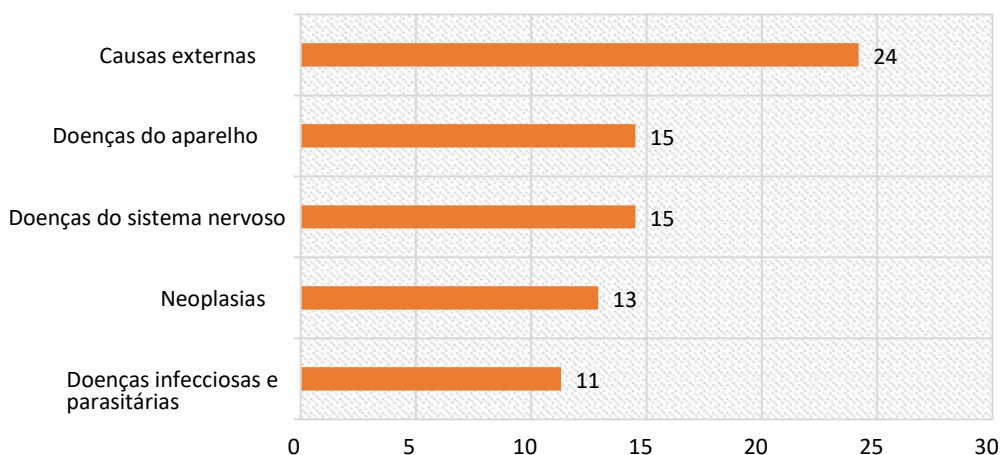
neoplasias (11%), doenças neurológicas (8%) e malformações congênitas (5%). Para crianças de cinco a nove anos, causas externas (24%) representam a principal causa de morte, seguidas por doenças do aparelho respiratório (15%), doenças neurológicas (15%), neoplasias (13%) e doenças infecciosas (11%).

GRÁFICO 93 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE UM A QUATRO ANOS DE IDADE. PARAÍBA, 2022.*



Fonte: SIM (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.

GRÁFICO 94 - MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS DEFINIDAS DO CID-10 PARA CRIANÇAS DE CINCO A NOVE ANOS DE IDADE. PARAÍBA, 2022.*



Fonte: SIM (*) Dados preliminares, sujeitos a alterações.



REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido destacada como uma forma de articular ações e serviços, com potencial para diminuir a fragmentação do cuidado. A garantia da coordenação do cuidado é um dos pilares para sua efetivação (Viana et al., 2018).

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

Nesse contexto, é necessária uma Atenção Primária em Saúde (APS) robusta, capaz

de coordenar a navegação do usuário pelos diferentes pontos de cuidado. Isso facilitará a prestação de serviços e ações de saúde em locais e momentos oportunos, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade do cuidado. Serão compartilhados objetivos, compromissos e resultados sanitários (Viana et al., 2018).

Dado o perfil econômico e populacional da maioria dos municípios brasileiros, é impossível que serviços municipais isolados consigam oferecer esse cuidado. Portanto, a regionalização deve ser guiada pela hierarquização dos níveis de complexidade necessários às necessidades de saúde das pessoas. Dessa forma, a rede de atenção deve ser concebida como resultado da integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos (união, estados e municípios). O desenho das redes de atenção à saúde na Paraíba está centrado nas Regiões de Saúde, visando obter economia de escala e acesso aos serviços de saúde, levando em consideração a escassez relativa de recursos.

7.1 REGIONALIZAÇÃO

A regionalização da saúde, presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevista desde a Constituição Federal de 1988, configura-se como um eixo estruturante do SUS e vem sendo aprimorada desde então como estratégia para o fortalecimento da articulação

entre os gestores de diferentes regiões de saúde. O processo de discussão/ negociação/ pactuação interfederativa é a base para a efetiva gestão desse sistema, de modo a garantir à população seus direitos constitucionais.

Com a publicação do Decreto nº 7.508, em 28 de junho de 2011, a regionalização é retomada do ponto de vista dos acordos técnicos-políticos entre os gestores na organização do sistema, proporcionando intensificação dessa pauta na agenda da gestão, ampliando o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR), fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, e tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização.

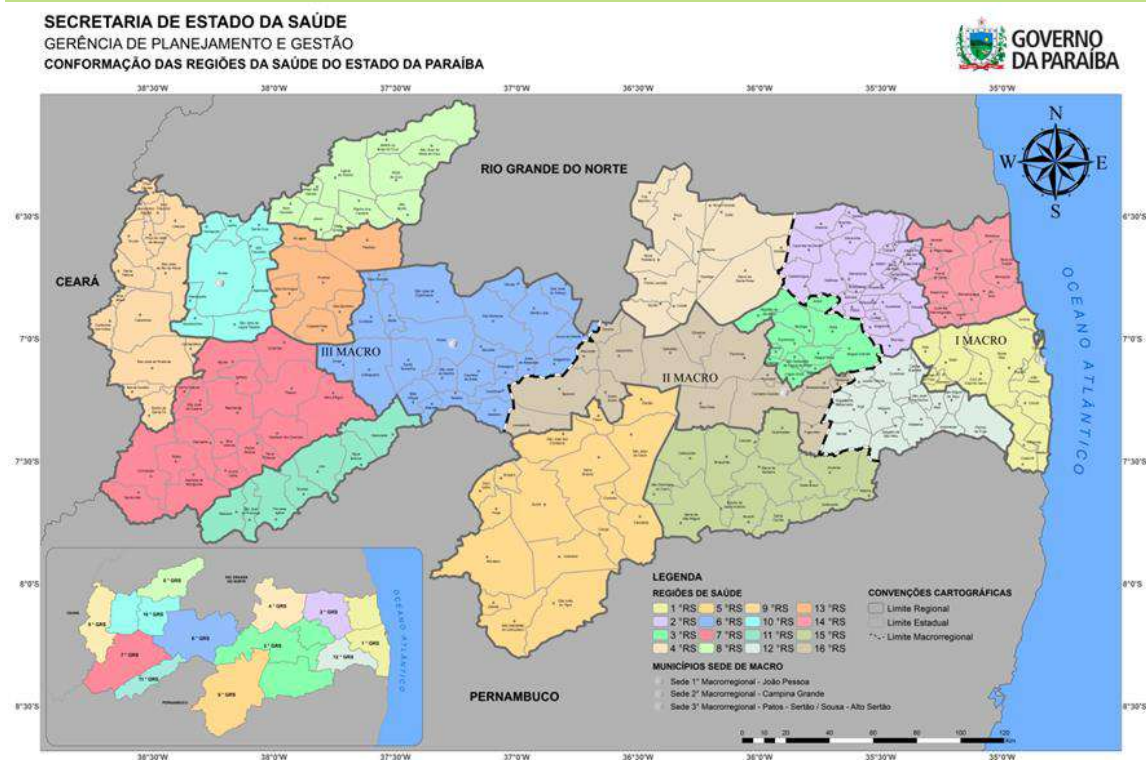
Destaca-se no processo de regionalização a construção de um conjunto de instrumentos e mecanismos de planejamento, gestão e financiamento de ações e serviços de saúde, visando à provisão e organização de um sistema regionalizado, tendo como destaque a identificação de demandas e necessidades de saúde da população e o estabelecimento dos fluxos assistenciais dos serviços para a conformação de redes de atenção (Shimizu et al., 2021).

Outro ponto a se destacar é que a regionalização sofre influência das dinâmicas socioeconômicas, dos ciclos de implantação/implementação das políticas, bem como do grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais que constroem

os espaços de governança do setor e que buscam gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas para construir desenhos regionais que visem à garantia de acesso a ações e serviços de saúde (Shimizu et al., 2021).

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando seus 223 municípios. Porém, com a publicação da Resolução Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37/2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado, na CIB, a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Resolução CIB nº 43/2018, que define 03 Macrorregiões de Saúde. A primeira Macrorregião de Saúde é composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (Figura 13).

FIGURA 13 – CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE.



Fonte: SES PB, 2019.

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

Dando um passo importante para aperfeiçoar o SUS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018. Essas resoluções estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado do SUS, com o objetivo de organizar a Rede de Atenção à Saúde. Seguindo essa normativa, a Paraíba, com apoio do Projeto

de Aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde na Paraíba, proveniente da Portaria nº 1812/2020, consolidou a construção dos Planos Regionais Integrados das 16 Regiões de Saúde do Estado de forma coletiva e ascendente, aprovados em CIR e pela Resolução CIB/PB nº 259, de 07 de dezembro de 2022.

No nível Macrorregional, tendo como base o trabalho realizado pelo projeto da Portaria nº 1812/2020 nos níveis municipal e regional, o Estado, em parceria com o Projeto Regionalização, que é um projeto PROADI-SUS, conduzido na Paraíba com o apoio da Beneficência Portuguesa de São Paulo, juntamente com COSEMS e SEMS, vem promovendo a organização da Rede de Atenção à Saúde nas Macrorregiões de Saúde, de forma ascendente e participativa. Isso tem favorecido o avanço na diretriz de regionalização e no Planejamento Regional Integrado (PRI), levando em consideração, de forma fundamental, as necessidades dos territórios para a modelagem da RAS. Além disso, o projeto tem fornecido apoio teórico-metodológico às equipes de

gestão e aos atores estratégicos, contribuindo para a elaboração dos Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde e para o aprimoramento da governança, conforme previsto no arcabouço legal do SUS.

Entre as etapas do PRI está a Programação da Atenção Especializada em Saúde (PAES) que, em consonância com o processo de planejamento regionalizado e hierarquizado, compõe definições e delimitações das ações e serviços de saúde para atender as necessidades da população em cada território, seja municipal, regional, estadual ou interestadual, mediante pactos intergestores estabelecidos, com o objetivo de garantir o acesso aos serviços de saúde à população.

Considerando parâmetros de necessidade e oferta de serviços na região e no estado, a programação busca a otimização dos recursos físicos e financeiros das três esferas de governo, por meio da pactuação de fluxos assistenciais entre os gestores envolvidos, visando o acesso da população aos serviços de que necessita, independentemente da disponibilidade desses no seu município de residência. Tem como objetivo organizar a

rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Brasil, 2006).

A Paraíba vem trabalhando na atualização da Programação Pactuada e Integrada (PPI), através da PAES, desde 2017, utilizando a metodologia apresentada pelo MS, com proposta de conclusão até o final de 2023. Esta é uma agenda prioritária para a gestão, considerando que a programação vigente data de 2010 e as mudanças no perfil epidemiológico da população trazem necessidades distintas previstas na PPI 2010.

Cada região apresenta uma realidade distinta em relação ao acesso da população e aos serviços de saúde, no entanto, é unânime a necessidade de implantação de novos serviços e ampliação de outros. O trabalho desenvolvido para fortalecer a regionalização no Estado tem possibilitado reconhecer as necessidades por região de saúde, bem como analisar o cardápio de serviços existentes e sua demanda, contribuindo para um planejamento qualificado com o envolvimento de todos os entes federativos.

7.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas em saúde, tanto individuais quanto coletivas, que são consideradas internacionalmente como a base para um novo modelo de assistência em sistemas de saúde, que tenham o usuário-cidadão como centro e levem em consideração o contexto em que ele está inserido. No Brasil, o marco legal que estabeleceu a missão da APS foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que ampliou o escopo e incorporou atributos específicos, sendo considerada equivalente ao termo "atenção básica".

Nessa concepção, a atenção básica é a estratégia prioritária para a organização da

atenção à saúde e a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado. Seu objetivo é responder regionalmente, de forma contínua e sistematizada, às necessidades de saúde da população, garantindo ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são desenvolvidas em territórios definidos e realizadas por uma equipe multiprofissional.

A PNAB define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo tático permanente para a expansão, consolidação e qualificação da APS. Ela representa a principal porta de entrada

do SUS e o primeiro contato do indivíduo com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A equipe da ESF é composta, no mínimo, por um enfermeiro e um médico, que podem ser generalistas ou especialistas em Saúde da Família e Comunidade, além de um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também faz parte da equipe de saúde bucal um cirurgião dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal. Dependendo da

demanda da população, a atenção básica recebe o apoio de um agente de combate às endemias e de uma equipe multiprofissional. Essas equipes são responsáveis pela ordenação e coordenação do cuidado, pela comunicação com as redes de atenção à saúde e pelo desenvolvimento de práticas democráticas e participativas. Na Paraíba, o percentual de cobertura da APS corresponde a 93,34% (Gráfico 95).

GRÁFICO 95 - PERCENTUAL DE COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR REGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2023.



Fonte: e-Gestor, 2023.

Observa-se que a Paraíba apresenta uma elevada cobertura pela ESF. No entanto, é importante destacar que ainda existem alguns desafios a serem superados para garantir a qualidade e a eficácia da assistência oferecida pela atenção básica no estado. Esses desafios incluem: fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre elas e a gerência dos serviços, como a falta de coordenação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como a falta de coordenação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas para o mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Além disso, também há fragmentação das ações e oferta de serviços, padrão cultural presente tanto na sociedade

quanto nas instituições de ensino, problemas estruturais, falta de pessoal, insumos e materiais, falta de utilização adequada de recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), desorganização de pactuações, fluxos regulatórios, marcações de consultas inadequadas e fragilidades nas relações entre os serviços de saúde e as redes de atenção, fluxos internos nas unidades básicas e deficiências no acolhimento, bem como a falta de investimentos prioritários na atenção primária.

Com relação à análise de cobertura da atenção básica por Macrorregião de Saúde, constata-se que: dos 64 municípios que compõem a 1ª Macrorregião, 78,12% apresentam cobertura de 100% de ESF; na 2ª

Macrorregião, dos 70 municípios componentes, 84,28% possuem cobertura total; e na 3ª Macrorregião, dos 89 municípios, 74,15% apresentam cobertura de 100%. Observa-se que as três macrorregiões têm potencial de ampliação para cobertura da APS, o que poderia mitigar os impactos provocados pela distribuição e maior concentração dos demais serviços das redes de atenção à saúde na 1ª Macro em detrimento da 3ª, na qual, por sua vez, existem maiores lacunas e carências assistenciais, considerando as suas especificidades loco-regionais.

Quanto ao número de equipes, segundo dados da plataforma e-Gestor, a Paraíba apresenta 1.548 equipes de saúde da família, 08 equipes de atenção primária e 8.040 agentes comunitários de saúde (ACS). A disponibilidade de equipes multiprofissionais com formação adequada é uma das condições para a APS cumprir seu objetivo no sistema de saúde. Dessa maneira, é imprescindível ressaltar a necessidade de planejar a oferta de recursos humanos para a APS, elaborando um plano de formação profissional com ênfase nas especificidades desse campo de atuação, bem como ter uma estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para APS em áreas com dificuldade de alocação desse profissional.

O lançamento do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, marcou um avanço importante no enfrentamento da carência histórica de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população, principalmente de médicos. O PMM é a intervenção mais abrangente para ampliação do acesso à atenção médica na ESF, por meio de provisão emergencial em larga escala (cerca de 18 mil médicos em seu pico), combinada com melhorias na infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dessa categoria profissional. No seu 28º CICLO, o Estado da Paraíba foi contemplado com 57 vagas distribuídas entre 41 municípios, os quais realizaram 100% de adesão ao programa,

conforme critérios estabelecidos pelo edital de chamamento público. O projeto de ampliação de Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) reforça a proposta de indução na expansão da ação multiprofissional na APS, incentivando a contratação de profissionais de várias áreas dentro de três modalidades de equipes eMulti. Os municípios aderem ao programa de acordo com suas necessidades locais de profissionais para as equipes.

O Projeto TeleNordeste (TeleNE), por sua vez, está sendo executado em algumas Regiões de Saúde do Estado e reforça a atuação multiprofissional ao contribuir ao acompanhamento especializado de pacientes crônicos na APS, suprimindo a demanda de médicos especialistas e evitando o deslocamento dos usuários para centros de saúde distantes de seu município, principalmente em municípios que têm apenas a APS como referência de atendimento e assistência à população. As teleinterconsultas realizadas com os especialistas podem proporcionar um cuidado efetivo e adequado à saúde dessa população específica, aumentando assim a resolutividade da atenção primária do município.

Além disso, junto com os programas de melhoria na gestão do trabalho, o Projeto Estratégico de Qualificação e Ampliação da APS, desenvolvido pelo Núcleo de Integração e Projetos Estratégicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (NIPE/SAPS/MS), está em fase de implementação. Esse projeto irá apoiar as 3 macrorregiões de saúde, começando com 4 municípios da Paraíba, com ações planejadas de acordo com as particularidades de cada território de saúde.

Além disso, a instância federal propõe outros programas, projetos e estratégias que o Estado da Paraíba adere, a fim de subsidiar as ações sistemáticas na Rede de Atenção à Saúde, como a Academia da Saúde, o Requalifica UBS, o Programa Saúde na Escola (PSE), o PlanificaSUS, o FortaleceRAS, o TeleNordeste e as Estratégias

de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal com foco na qualificação das práticas clínicas. No ciclo 2023/2024, os 223 municípios da Paraíba aderiram ao PSE e, ao longo de 2022, foram realizadas 16.557 atividades das ações do programa, considerando as 13 ações, com 415.190 participantes de uma ou mais ações, em 204 municípios, ou seja, em 91% dos municípios aderidos, em 1.760 escolas pactuadas no Estado. Além disso, de janeiro a dezembro, em relação à ação de Prevenção à Covid-19, foram realizadas 1.934 atividades, com 51.069 participantes, em 634 escolas pactuadas, de 111 (49,7%) municípios aderidos.

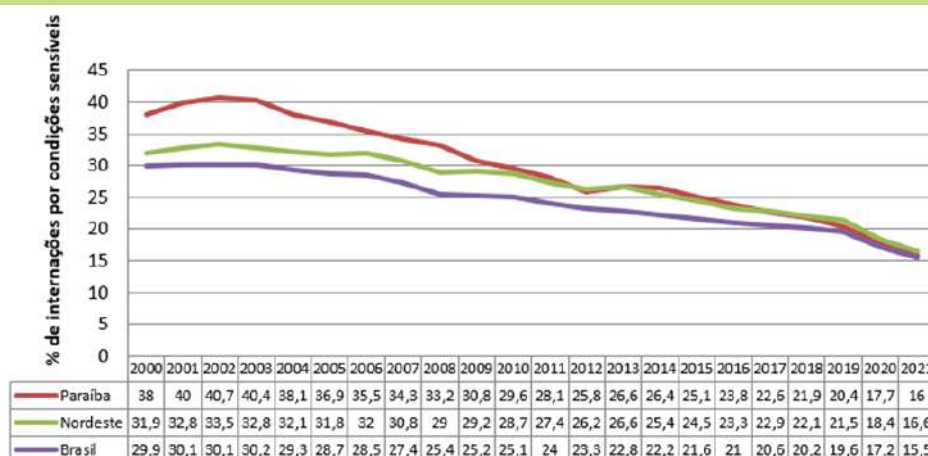
O PlanificaSUS é executado na 14ª Região de Saúde e visa apoiar o corpo técnico-gerecencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AEE). A planificação permite desenvolver a competência das equipes para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O projeto iniciou com 11 unidades e, atualmente, integra 65 unidades, considerando a renovação do triênio e dos ciclos de etapas, que resultaram em vários avanços na referida região pelo fomento às boas práticas, à mudança no modus operandi das equipes e dos serviços, e à articulação colegiada com pactuação e organização dos fluxos assistenciais.

O FortaleceRAS busca fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do apoio à implementação das linhas de cuidado de sobrepeso e obesidade, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. A Paraíba aderiu ao projeto, iniciando sua execução na 1ª Região de Saúde. Atualmente, encontra-se em fase de implementação do instrumento de estratificação de risco cardiovascular na APS e da ficha de referência e contrarreferência para

as linhas de cuidado acima citadas. Além disso, considerando a incorporação do Programa Coração Paraibano em todo o território estadual e a necessidade de qualificar a atenção básica para o cuidado ordenado e integrado às ações desenvolvidas por este, foi articulada uma parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP) para fins de capacitação e formação de multiplicadores que irão apoiar a proposta de expansão do instrumento nas demais regiões de saúde. Além destes, destaca-se ainda o Programa Estadual Primeira Infância. Trata-se de uma iniciativa intergovernamental que integra o plano estadual da primeira infância, componente saúde e prevê uma série de ações que visam garantir acesso e qualidade de vida para crianças de 0 a 6 anos de idade, envolvendo 3 eixos temáticos: atenção ao pré-natal de risco habitual e alto risco; acompanhamento das crianças nessa faixa etária e nos diversos níveis de atenção; e incentivo à amamentação, alimentação complementar saudável e prevenção da obesidade infantil.

Tais estratégias e ações executadas pelo Estado têm a perspectiva de ampliar, qualificar e melhorar a APS dentro da RAS, refletindo na mudança dos indicadores de morbimortalidade e outros mais específicos. Um dos indicadores de saúde que pode demonstrar a melhoria da resolubilidade da APS é o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Este indicador representa eventos que podem ser evitados por ações desenvolvidas no nível da atenção básica, e que, em caso de ausência no atendimento efetivo e oportuno destas, pode demandar a hospitalização dos usuários. As ICSAB dimensionam a efetividade e revelam o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos e do diagnóstico e tratamento precoces, mensurando, de forma indireta, a avaliação da atenção primária e a eficiência no uso dos recursos. Para tanto, é imprescindível monitorá-lo e dar visibilidade aos registros históricos (Gráfico 96).

GRÁFICO 96 - PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DE 2000 A 2021.



Fonte: PROADES/FIOCRUZ.

Analisando a série histórica entre 2000 e 2021, o maior percentual dessas internações na Paraíba ocorreu no ano de 2002, anterior à instituição da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Observa-se um declínio nos registros nos anos subsequentes, acompanhando os resultados do Brasil e do Nordeste. Essas internações representam eventos que podem ser evitados por ações típicas do primeiro nível de atenção em saúde, cuja evolução, em caso de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode requerer a hospitalização dos usuários. Estudos indicam uma relação entre a ampliação da AB, seja de forma tradicional ou pela ESF, e menores percentuais de ICSAB.

Ao comparar com o número de encaminhamentos da atenção primária para internação hospitalar, observa-se que esse número ainda é baixo e não reflete a realidade das unidades hospitalares. No ano de 2022, foram realizados apenas 541 encaminhamentos por 53 municípios. A partir desses dados, pode-se inferir que existem fragilidades na ordenação do cuidado pela atenção básica, uma vez que os usuários têm buscado atendimento inicialmente pelas portas de urgência e emergência da rede de serviços, incluindo UPAS e unidades hospitalares.

Diante do cenário exposto, para que a ESF tenha oportunidade de inovar e aprimorar a capacidade de resposta aos problemas de saúde contemporâneos, desempenhando o seu papel com efetividade, é preciso dispor de estratégias para o enfrentamento das barreiras e intervenções conjuntas pelas três instâncias de gestão do SUS, incluindo, portanto, a perspectiva de: investimentos na incorporação de tecnologias; estabelecimento de mecanismos de acesso avançado, como a ampliação do horário de funcionamento e acesso não presencial; incentivo ao trabalho colaborativo mediante integração do serviço com os complexos reguladores; adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes ou a construção de novas unidades onde houver necessidade; implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais, com aperfeiçoamento da performance clínica das equipes de saúde; qualificação do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RAS e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial; incentivo à divulgação de informações sobre APS, buscando dar transparência e facilitar o

conhecimento da população sobre serviços oferecidos, como, por exemplo, listas de espera, horários e serviços ofertados, bem como resultados obtidos a partir das ações de saúde; viabilização da participação das pessoas e na avaliação dos serviços, pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não-presenciais e ouvidoria.

Nesta perspectiva, o Estado da Paraíba vem fomentando a discussão para o aprimoramento e fortalecimento da APS, com o objetivo de garantir, nos próximos anos, a eficiência e efetividade dessa política, coordenando e apoiando a qualificação dos processos de trabalho na APS; bem como incorporando o cofinanciamento e transferência

de recursos financeiros para os municípios, de forma articulada ao monitoramento, com mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho. Outra estratégia de investimento no âmbito estadual envolve a inserção do apoio institucional como pilar na cogestão da APS, sendo um dispositivo para a gestão e qualificação do cuidado em saúde. O objetivo prioritário é o acompanhamento das ações da atenção primária, apoiando os municípios nas regiões de saúde e fortalecendo a comunicação entre o Estado, os gestores e os trabalhadores das instâncias municipais. Isso ocorre por meio das atividades de educação permanente no território e fomento às estratégias programáticas, sobretudo no eixo da Primeira Infância.

7.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem como objetivo reorganizar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, a fim de melhor organizar a assistência, definindo fluxos e referências adequadas.

É composta pela promoção, prevenção e vigilância em saúde; Atenção Básica (AB);

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); Componente Hospitalar (Porta de Entrada – RUE, leitos de retaguarda, leitos de terapia intensiva, unidades de cuidados prolongados) e Atenção Domiciliar. As linhas de cuidado prioritárias são infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e trauma.

7.3.1 PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A gestão estadual estimula e incentiva o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, juntamente com os gestores municipais. Essas ações serão direcionadas à vigilância e prevenção de violências, acidentes, mortes no trânsito e

doenças crônicas não transmissíveis. Elas serão complementadas por ações intersetoriais, participação e mobilização da sociedade para promover a saúde, prevenir agravos e realizar vigilância em saúde.

7.3.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (AB)

Tem como objetivo ampliar o acesso, fortalecer o vínculo, responsabilizar e fornecer o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento para outros pontos de atenção quando necessário, com a

implementação de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidades.

7.3.3 COMPONENTE HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A organização da RUE na AH (Atenção Hospitalar) visa, entre outros objetivos, qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que são serviços instalados em uma unidade hospitalar para fornecer atendimento contínuo a demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental. As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência estratégicas para o desenho da RUE devem atender aos seguintes critérios:

a. Pertencer a uma unidade hospitalar estratégica para a RUE que seja referência

regional, realizando no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios;

b. Contar com no mínimo 100 leitos cadastrados no SCNES;

c. Ser habilitado em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria. O Quadro 1 apresenta os hospitais aprovados como porta de entrada no plano da RUE da 1ª Macrorregião.

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

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

Fonte: Coordenação da RUE Paraíba, 2023.

7.3.4 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, prestando orientações e enviando veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza atendimentos em residências, locais de

trabalho e vias públicas, contando com equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. O SAMU 192, atualmente sob a gestão municipal, recebe uma contrapartida estadual mensalmente.

7.3.5 CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A regionalização do SAMU 192 na Paraíba é composta por sete centrais de regulação localizadas nos seguintes municípios: João Pessoa, Campina Grande, Patos, Piancó, Sousa, Monteiro e Cajazeiras. Essas centrais

fornecerão cobertura para as respectivas regiões. Com essa configuração, todos os municípios da Paraíba agora têm cobertura da Rede de APH – Móvel (Quadro 2).

QUADRO 2 - CENTRAIS DE REGULAÇÃO E MUNICÍPIOS REGULADOS.

CENTRAL DE REGULAÇÃO	MUNICÍPIOS REGULADOS
João Pessoa	1ª macrorregião
Campina Grande	2ª macrorregião
Patos	3ª macrorregião
Monteiro	2ª macrorregião
Piancó	3ª macrorregião
Sousa	3ª macrorregião
Cajazeiras	3ª macrorregião

Fonte: Coordenação da RUE – PB, 2023.

7.3.6 BASES DESCENTRALIZADAS

As bases exclusivamente construídas para o SAMU 192 serão de inteira responsabilidade do município-sede.

O Quadro 3 demonstra o quantitativo de unidades do SAMU 192 por central de regulação.

QUADRO 3 - CENTRAIS DO SAMU.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	BASES DESCENTRALIZADAS	USA	UBS
1ª	João Pessoa	28	12	37
2ª	Campina Grande	27	10	33
2ª	Monteiro	6	01	06
3ª	Patos	9	03	12
3ª	Piancó	17	05	19
3ª	Sousa	13	05	16
3ª	Cajazeiras	11	02	13
Total		111	38	136

Fonte: Coordenação da RUE – PB, 2023.

7.3.7 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Ela faz parte de uma rede organizada de atenção às urgências, junto com essas unidades, e tem como objetivo prestar serviços de urgência 24 horas, de forma não-hospitalar, com atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes com quadros agudos ou agudizados de natureza clínica.

Além disso, a UPA 24h também realiza o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial. Em todos os casos, a UPA 24h avalia a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, conforme estabelecido na Portaria nº 03 de consolidação, de 28/09/2017, Art. 10º, anexo III, livro II. No momento, as UPA 24h sob gestão municipal recebem mensalmente uma contrapartida estadual (Quadro 4).



QUADRO 4 - UPA EM FUNCIONAMENTO.

MUNICÍPIO	NOME DA UPA	PORTE	GERÊNCIA	SITUAÇÃO
Cajazeiras	Dr ^a Valéria Macambira Guedes	I	Estadual	Em funcionamento
UPA de Guarabira	Guarabira	I	Estadual	Em funcionamento
Monteiro	Joaquina Pires Barbosa Henrique	I	Municipal	Em funcionamento
Pombal	Pombal	I	Municipal	Em funcionamento
Princesa Isabel	Princesa Isabel	I	Estadual/OS	Em funcionamento
Santa Rita	Santa Rita	I	Estadual/OS	Em funcionamento
João Pessoa	Oceania	II	Municipal	Em funcionamento
João Pessoa	Célio Pires de Sá	II	Municipal	Em funcionamento
João Pessoa	Cruz das Armas	II	Municipal	Em funcionamento
João Pessoa	Bancários	II	Municipal	Em funcionamento
Bayeux	Bayeux	II	Municipal	Em funcionamento
Piancó	Piancó	II	Municipal	Em funcionamento
Campina Grande	Dr Maia	III	Municipal	Em funcionamento
Campina Grande	Dr Adhemar Dantas	II	Municipal	Em funcionamento
Sousa	Dr Mauro Abrantes Sobrinho	II	Municipal	Em funcionamento
Patos	Dr Otávio Pires de Lacerda	I	Municipal	Em funcionamento
Patos	João Bosco de Araújo	I	Municipal	Em funcionamento/sem habilitação
Ingá	Maria das Mercês Lira da Silva	I	Municipal	Em funcionamento

Fonte: Coordenação da RUE Paraíba, 2023.

7.3.8 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) caracteriza-se por ser uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituída por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e cuidados paliativos, prestadas no domicílio, e que garantem a continuidade do cuidado. Seu objetivo é proporcionar ao usuário um cuidado contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiares, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de

infecções. Além disso, a Atenção Domiciliar potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos disponíveis, servindo também como "porta de saída" qualificada para a rede de urgência e emergência, diminuindo a superlotação desses serviços. Atualmente, existem no estado 46 Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) implantados, conforme quadro abaixo. Esses serviços estão sob gestão municipal.

QUADRO 5 - SAD EM FUNCIONAMENTO

SEDE	MUNICÍPIOS AGRUPADOS	EMAD TIPO 1	EMAD TIPO 2	EMAP
Água Branca	Imaculada		1	1
Alagoa Nova				
Alcantil	Barra de São Miguel + Riacho de Santo Antônio + Santa Cecília		1	1
Areia				
Bayeux			1	1
Belém	Logradouro			
Boa Ventura	Curral Velho Ibiara + São José de Caiana		1	1
Bonito de Santa Fé	Monte Horebe Santana de Mangueira		1	1
Boqueirão	Cabaceiras + Caturité + São Domingos de Cariri			
Brejo do Cruz	Belém do Brejo da Cruz + São José do Brejo do Cruz		1	1
Caaporã			1	1
Cabedelo		1		1
Cajazeiras		1		
Campina Grande		3		1
Conceição	Serra Grande		1	1
Conde			1	1
Coremas	São José da Lagoa Tapada		1	1
Cuité			1	1
Esperança			1	1
Guarabira		1		1
Ingá	Riachão Bacamarte		1	1
Itabaiana				
Itaporanga				
João Pessoa		7		3
Juripiranga	Salgado de São Félix		1	
Lagoa Seca				
Mamanguape		1		
Monteiro			1	1
Patos		1		1
Pedras de Fogo			1	1
Piancó	Igaracy		1	1
Pilar	Miguel de Taipu + São José dos Ramos		1	1
Princesa Isabel			1	
Pombal		1		1
Queimadas		1		1
Santa Cruz	Aparecida Lastro + São Francisco		1	1
Santa Rita		1		1
São Bento			1	
São João do Rio do Peixe	Triunfo		1	1
São José de Piranhas			1	1
Sapé		1		1
Solânea			1	1
Sousa		1		1
Tavares	Juru		1	1
Teixeira	Maturéia		1	1
Uiraúna	Bernardino Batista + Joca Claudino		1	1

Fonte: Coordenação da RUE Paraíba, 2023.

7.3.9 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL

A Rede Materno Infantil da Paraíba/Rede Cegonha é uma rede de cuidados que tem como objetivo garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como garantir às crianças o direito a um nascimento seguro e um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No contexto do SUS, a Rede Cegonha foi instituída em todo o território nacional em 2011 e consolidada em 2017 por meio da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Essa portaria estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, incluindo a Rede Cegonha e seus anexos de 1 a 12. Além disso, ela

possui respaldo de outras normas legais, como a Portaria SAS/MS nº 650, de 05 de outubro de 2011, que trata dos Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha; a Resolução CIB/PB nº 193/2012, de 04 de setembro de 2012, que homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no estado da Paraíba; a Portaria GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015, que estabelece critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS; e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS. No estado da Paraíba, os Planos Regionais da Rede Cegonha foram homologados por meio da Resolução CIB/PB nº 193, de 04 de setembro de 2012.

7.3.10 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

A atenção ao pré-natal na Atenção Primária em Saúde (APS) tem como objetivo acolher as gestantes precocemente, garantindo o bem-estar materno e neonatal e promovendo a interação entre profissionais de saúde, gestantes e suas famílias, contribuindo para o estabelecimento do vínculo com o serviço de saúde. O pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, devendo ser garantido o acompanhamento por uma equipe multiprofissional, que inclui os exames de rotina do pré-natal de risco habitual, como a testagem rápida (TR) para HIV e sífilis. Na Paraíba, a cobertura da Atenção Primária à Saúde é de 95,95%, o que significa que 1.556 Equipes de APS, distribuídas nos 223 municípios do estado, realizam o acompanhamento pré-natal de baixo risco ou risco habitual das gestantes.

A gestante de baixo risco (risco habitual) deve ser acompanhada pela equipe de APS durante todo o pré-natal, com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a). A gestante de médio risco (risco intermediário) deve receber acompanhamento da equipe de APS durante todo o pré-natal, com consultas

médicas e de enfermagem, além da avaliação do especialista (médico obstetra) quando necessário, contando também com o suporte remoto dos obstetras da Rede Cuidar, que disponibiliza obstetras de plantão online 24 horas por dia, sete dias por semana.

No acompanhamento do pré-natal na APS, é necessário realizar a estratificação do risco gestacional a cada consulta e, caso haja indicação clínica, a gestante deve ser encaminhada para o cuidado especializado de pré-natal de alto risco, seguindo o Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia. Mesmo após o encaminhamento para o serviço especializado, a gestante deve manter o vínculo com a equipe da APS. Além disso, as gestantes devem estar cientes do serviço de referência para urgências/emergências obstétricas, assim como para o parto, a fim de evitar peregrinações. A visita prévia à maternidade de referência deve ser sempre oferecida às gestantes. É importante destacar que, com o intuito de melhorar a assistência materno-infantil, foi implantado o PlanificaSUS na 14ª região de Saúde, por meio do PROADISUS, direcionado à Rede Materno-

Infantil, com a replicação do aprendizado e dos instrumentos para as demais regiões de saúde.

7.3.11 ATENÇÃO ESPECIALIZADA – PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Atualmente, existem nove Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) na rede materno-infantil. No entanto,   necessário ampliar/implantar ambulatórios nas seguintes Regiões de Saúde: 2 , 4 , 5 , 7 , 8 , 11 , 12 , 13  e 15 , com base na análise das necessidades de saúde e nos parâmetros do AGAR.

Nas Regiões de Saúde que não possuem AGAR, as consultas para gesta o de alto risco são encaminhadas para os serviços dos municípios sede da macrorregião de saúde. Essa não   a situa o ideal, pois esses serviços deveriam estar disponíveis nas Regiões de Saúde. O acompanhamento especializado deve ser compartilhado com a APS, que   responsável pelo cuidado.

7.3.12 ATEN O HOSPITALAR – PARTO E NASCIMENTO

Na Paraíba, existem 946 leitos obstétricos pelo SUS, conforme registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Quanto ao atendimento de alto risco para recém-nascidos, o SUS possui 59 leitos de UTI Neonatal, 56 leitos de UCI Neonatal Convencional e 57 leitos de UCI Neonatal Canguru (CNES, 2021). Os números de leitos de UTIN, UCINco e UCInca são insuficientes em rela o aos leitos obstétricos. No entanto, eles são suficientes para atender   popula o da Paraíba, de acordo com a Portaria GM/MS n  1.631, de 2015 (Brasil, 2015).

No cenário atual,   importante ressaltar que a implanta o da Central Estadual de Regula o Hospitalar – CERH, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, através da resolu o n  229/2021, foi fundamental para reorganizar o fluxo regulatório para a aten o obstétrica e neonatal. Isso otimizou a capacidade instalada e a reorganiza o das referências, resultando em um número suficiente de leitos obstétricos para atender   demanda dos municípios das três Macrorregiões de Saúde do estado.

QUADRO 6 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE.

REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS OBSTÉTRICOS
1ª Região	Bayeux	Hospital Materno Infantil João Marsicano	12
	Caaporã	Hospital Geral Ana Virginia	05
	Cabedelo	Hospital e Maternidade Municipal PE Alfredo Barbosa	11
	João Pessoa	Maternidade Cândida Vargas	145
	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley	26
	João Pessoa	Hospital Edson Ramalho	38
	João Pessoa	Maternidade Frei Damiao	45
	Santa Rita	Hospital e Maternidade Flavio Ribeiro Coutinho	34
	Sapé	Hospital Regional Dr Sa Andrade	06
2ª Região	Bananeiras	Hospital Municipal Dr Clovis Bezerra Cavalcanti	07
	Belém	Hospital Distrital de Belém	05
	Cacimba de Dentro	Hospital Luiz Olegário da Silva	02
	Guarabira	Complexo de Saúde do Município de Guarabira	24
	Solânea	Hospital Dr Francisco Assis de Freitas Unidade Mista	07
12ª Região	Itabaiana	Hospital Regional de Itabaiana	16
	Pedras de Fogo	Hospital Distrital Jose de Souza Maciel	09
14ª Região	Mamanguape	Hospital Geral de Mamanguape	20

Fonte: CNES, dez 2022.

Ao analisar o quadro acima, observa-se que, dos 17 serviços com leitos obstétricos na 1ª macrorregião, 10 realizam mais de 500 partos por ano. Os demais possuem um número reduzido de partos, equipes incompletas e até mesmo plantões sem profissionais especializados.

É importante ressaltar que, na 1ª Macrorregião de Saúde, o Plano de Ação

Regional (PAR) aprovado é o da 1ª Região de Saúde. No entanto, após a conclusão do processo de regionalização por meio da elaboração dos Planos Regionais Integrados (PRI), estamos atualmente trabalhando na estruturação do Plano de Ação Macrorregional das Redes de Atenção à Saúde. Ao mesmo tempo, estamos atualizando o desenho da rede materno infantil em todas as regiões das três Macrorregiões de Saúde.

QUADRO 7 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE.

REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS OBSTÉTRICOS
3ª Região	Alagoa Grande	Hospital Municipal Ministro Osvaldo Trigueiro	16
	Alagoa Nova	Unidade Mista de Alagoa Nova	01
	Arara	Hospital Natanael Alves	02
	Areia	Hospital Dr Hercílio Rodrigues	04
	Esperança	Hospital Municipal de Esperança Dr Manuel Cabral de Andrade	05
	Lagoa Seca	Hospital Geral Municipal Ana Maria Coutinho Ramalho	05
4ª Região	Cuité	Hospital Municipal de Cuité	10
	Picuí	Hospital Regional de Picuí	12
	São Vicente do Seridó	Unidade Mista Hosp. Maria Auxiliadora P de Gouveia	04
5ª Região	Monteiro	Hospital Regional Santa Filomena	05
	Serra Branca	Hospital Geral de Serra Branca	10
	Sumé	Hospital e Maternidade Alice de Almeida	15
15ª Região	Aroeiras	Hospital Municipal de Aroeiras	06
	Boqueirão	Hospital Municipal Jose Gomes de Andrade	01
	Natuba	Hospital e Maternidade Napoleão Laureano	05
	Queimadas	Hospital Geral de Queimadas	20
16ª Região	Campina Grande	Hospital Escola da FAP	23
	Campina Grande	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	87
	Campina Grande	CLIPSI	37
	Juazeirinho	Hospital Municipal de Juazeirinho	02
	Massaranduba	Hospital e Maternidade Municipal Santa Terezinha	10
	Pocinhos	Hospital e Maternidade Dr Antônio Luiz Coutinho	07
	Soledade	Hospital Municipal de Soledade	04
	Taperoá	Hospital Distrital de Taperoá	06

Fonte: CNES, dez 2022.

Na 2ª Macrorregião, existem 24 serviços que possuem 297 leitos obstétricos cadastrados no CNES. Já na 3ª Macrorregião, há 33 leitos obstétricos distribuídos em 06 serviços que realizam partos apenas no período expulsivo, sem equipes obstétricas. Apenas 05 serviços realizam mais de 500 partos por ano. É importante destacar a maternidade ISEA, que

possui o maior número de nascimentos no estado, cerca de 7.000 partos. Na Paraíba, há apenas um Centro de Parto Normal (CPN) habilitado, que fica anexo ao ISEA, e duas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) habilitadas, uma no ISEA e outra próxima à maternidade Cândida Vargas, localizada na 1ª Região de Saúde.

QUADRO 8 - MATERNIDADES E NÚMERO DE LEITOS OBSTÉTRICOS DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE.

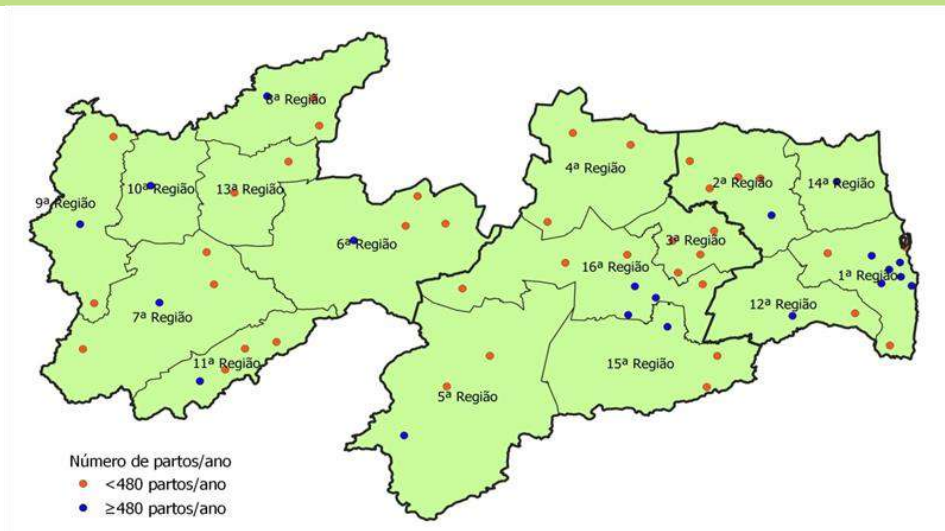
REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	Nº LEITOS OBSTÉTRICOS
6ª Região	Patos	Maternidade Peregrino Filho	56
	Santa Luzia	Hospital e Maternidade Sinha Carneiro	05
	São Mamede	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Conceição	03
7ª Região	Conceição	Hospital e Maternidade Caçula Leite	16
	Coremas	Hospital Estevam Marinho	05
	Itaporanga	Hospital Distrital de Itaporanga Dr José Gomes da Silva	12
	Piancó	Hospital Wenceslau Lopes	05
8ª Região	Belém do Brejo do Cruz	Hospital Geral Germano Lacerda da Cunha	07
	Brejo do Cruz	Hospital Municipal Dr Odilon Maia Filho	08
	Catolé do Rocha	Hospital Regional Dr Américo Maia de Vasconcelos	15
	São Bento	Hospital Dr Jarques Lucio da Silva	08
9ª Região	Bonito de Santa Fé	Hospital Municipal Honorina Tavares de Albuquerque	04
	Cajazeiras	Hospital Regional de Cajazeiras	18
	Uiraúna	Hospital Menino Jesus Apaseu	04
	Uiraúna	Casa de Saúde Padre Costa	03
10ª Região	Sousa	Hospital Distrital Dep. Manoel Gonçalves de Abrantes	15
11ª Região	Água Branca	Unidade Mista Quitéria Maria de Oliveira	04
	Juru	Hospital e Maternidade Isaura Pires do Carmo	02
	Princesa Isabel	Hospital Deputado José Pereira Lima	14
	Tavares	Hospital José Leite da Silva	03
13ª Região	Paulista	Hospital Municipal Emerentina Dantas	04
	Pombal	Distrital Senador Ruy Carneiro	25

Fonte: CNES, dez 2022.

Na 3ª Macrorregião de Saúde, 22 serviços apresentam 236 leitos obstétricos

(CNES), 08 destes apresentam uma produção acima de 500 partos/ano.

FIGURA 14 - NÚMERO DE PARTOS/ANO POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, PARAÍBA, 2021.



Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS) 2021.

Ressalta-se que, segundo a Portaria GM/MS nº 569, de 05 de junho de 2000, no anexo II são citadas as condições adequadas para a assistência ao parto. Entre essas condições, destaca-se a equipe profissional mínima necessária para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidades, que deve ser composta por: obstetra, pediatra/neonatologista, clínico geral, enfermeiro

(preferencialmente com especialização em obstetrícia), auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais, em regime de 24 horas por dia. Observa-se que muitas unidades hospitalares possuem equipes incompletas, o que resulta em plantões fechados, baixa produção de partos e um maior número de gestantes sendo transferidas para outras localidades.

QUADRO 9 – MATERNIDADES DE ALTO RISCO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE.*

MATERNIDADES DE ALTO RISCO			
Macrorregião de saúde	Município	Estabelecimento	Referências
1ª	João Pessoa	Instituto Cândida Vargas Maternidade Frei Damião HULW Hospital Edson Ramalho*	Municípios da 1ª, 2ª, 12ª e 14ª Regiões de Saúde
2ª	Campina Grande	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida	Municípios da 3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª Regiões de Saúde.
3ª	Patos	Maternidade Peregrino Filho	Municípios da 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª Regiões de Saúde.

Fonte: Pactuação da Rede Cegonha, 2012. *Hospital Edson Ramalho atende alto risco, mas está em processo de habilitação.

FIGURA 15 - MATERNIDADES SEGUNDO VOLUME DE PARTOS POR ANO E REGIÃO DE SAÚDE, DESTACANDO OS SERVIÇOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E ASSEGURANDO PELO MENOS 01 MATERNIDADE/HOSPITAL DE RISCO HABITUAL POR REGIÃO DE SAÚDE. PARAÍBA, 2021.



Fonte: Ministério da Saúde (SIH e SUS) 2021.

Considerando o processo de regionalização, a Figura 15 mostra o desenho proposto para a Rede Cegonha no Estado, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Precisamos trabalhar com um mínimo de 500 partos por ano por maternidade. No entanto, para garantir uma referência por região de saúde, optamos por trabalhar com um mínimo de 400 partos por ano. Dessa forma, teremos pelo menos uma maternidade de risco habitual por região de saúde, além de maternidades de alto risco como referências nas Macrorregiões de Saúde.

A Rede Cegonha na Paraíba ainda enfrenta consideráveis desafios em relação a

uma assistência de qualidade, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério e a assistência ao recém-nascido. É necessário que a implementação da atenção em planejamento reprodutivo tenha um contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e de IST), através do uso do DIU Tcu-380. O DIU de cobre é uma prática de anticoncepção com eficácia comprovada, disponível no SUS, e as evidências recomendam sua implementação logo após o parto. O aumento no percentual de casos de sífilis adquirida ao longo dos últimos anos em Pernambuco é um fato que demanda uma reflexão maior para o incremento de políticas de

prevenção e cuidados das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Com relação ao pré-natal, verificam-se dificuldades em relação à captação precoce da gestante (antes da 12ª semana de gestação). Além disso, há a necessidade de garantir o acolhimento e a classificação de risco, melhorar a qualidade do pré-natal através da qualificação dos profissionais da Atenção Primária, assegurar a realização dos exames de pré-natal de risco habitual e alto risco preconizados pelo Ministério da Saúde, oferecer consultas de obstetras e enfermeiros intercaladas, consultas com especialistas no pré-natal de alto risco, imunização da gestante, oferta de medicamentos essenciais, melhoria dos registros nos sistemas de informações do SUS, encaminhamento e monitoramento para os casos de alto risco, garantir a vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro para o pré-natal e parto.

Em relação à vinculação das gestantes à maternidade de referência para casos de risco habitual, por vezes não se tem seguido o acordo, pois diversos fatores interferem no processo de vinculação. Entre esses fatores, podem ser mencionados: a infraestrutura viária, os fluxos existentes, os valores culturais, as influências familiares e sociais, além do acordo com os profissionais de saúde. Algumas maternidades têm leitos suficientes, mas carecem de profissionais de saúde para atender 24 horas por dia, sete dias por semana, principalmente médicos neonatologistas ou pediatras. A

dificuldade em vincular as gestantes de acordo com a pactuação feita em 2012 tem aumentado a ocupação das maternidades de alto risco por gestantes com risco habitual. O acesso das gestantes de alto risco aos hospitais é coordenado pela Central Estadual de Regulação.

Dentre as boas práticas de atendimento ao parto, destaca-se a importância de adequar as instalações das maternidades. Isso representa um desafio para a gestão, pois dados do Ministério da Saúde indicam que a maioria das maternidades do Brasil e do estado da Paraíba precisa passar por reformas para atender aos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. É preciso considerar que muitas maternidades estaduais e municipais têm uma arquitetura antiga em comparação com as novas diretrizes do Ministério da Saúde. Nesse sentido, seria necessário um investimento financeiro maior por parte dos governos federal, estadual e municipal para uma melhor adequação.

Os recursos financeiros estaduais e municipais atuais são insuficientes para cobrir os custos da rede de atenção materno-infantil. Somente com uma política de financiamento otimizada, mais estruturada e com valores atualizados para atender às necessidades desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, incluindo os cuidados com os recém-nascidos, será possível garantir o funcionamento eficiente, adequado e humanizado da rede materno-infantil.

7.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Governo do Estado da Paraíba vem trabalhando com o compromisso de efetivar as diretrizes do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite, criado por meio do Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 (Brasil, 2011f). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no SUS, foi instituída pela Portaria de Consolidação nº

3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (referência em seu anexo IV a Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012), e se organiza em três componentes: 1) Atenção Básica; 2) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e 3) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (Brasil, 2012b).

7.4.1 ATENÇÃO BÁSICA (AB)

A Atenção Básica (AB) é estabelecida como a principal porta de entrada do SUS a partir do processo de regionalização e da estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Por meio dela, é possível organizar as demandas de cuidado integrando os diferentes pontos de atendimento do estado. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência inclui como pontos de atenção às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando disponíveis, bem como atendimento odontológico. Ela prioriza as seguintes ações estratégicas:

- a) Promoção da identificação precoce de deficiências por meio da qualificação do pré-natal e da atenção à primeira infância;
- b) Acompanhamento de recém-nascidos de alto risco até os dois anos de idade, tratamento adequado de crianças com

diagnóstico e suporte às famílias de acordo com suas necessidades;

- c) Educação em saúde com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- d) Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que orientem a atenção à saúde de pessoas com deficiência;
- e) Implantação de estratégias de acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- f) Acompanhamento e cuidado domiciliar para pessoas com deficiência;
- g) Apoio e orientação a famílias e acompanhantes de pessoas com deficiência; e
- h) Apoio e orientação por meio do Programa Saúde na Escola a educadores, famílias e comunidade escolar, visando a adaptação do ambiente escolar às necessidades específicas das pessoas com deficiência.

7.4.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELLECTUAL, VISUAL, OSTOMIA E EM MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS

A reorganização da rede de cuidados para pessoas com deficiência envolve a reestruturação, ampliação e criação de serviços. Dentro desta rede, um dos componentes principais é a rede especializada em reabilitação, seja ela permanente ou temporária. No estado da Paraíba, podem ser encontrados serviços tanto no âmbito governamental como em outras instituições que atendem às demandas das pessoas com deficiência. Essa rede é composta por estabelecimentos de saúde

habilitados em apenas um serviço de reabilitação, como os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas.

Os CER são pontos de referência para a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e têm como objetivo realizar diagnósticos e tratamentos de pessoas com deficiência, além de promover a concessão, adaptação e manutenção de tecnologia

assistiva. A reabilitação/habilitação é realizada de forma interdisciplinar, com a participação direta de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. Esse acompanhamento é personalizado, considerando as necessidades individuais de cada pessoa, levando em conta o impacto da

deficiência na funcionalidade, bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. As Oficinas Ortopédicas são responsáveis pelos serviços de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM).

7.4.3 CAPACIDADE INSTALADA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está sendo discutida regionalmente, levando em consideração as necessidades estabelecidas nos Planos Regionais Integrados (PRI). Ela está sendo implementada em todas as regiões de saúde do estado, com alguns serviços já em funcionamento (habilitados), como: três CER IV, que são referências macrorregionais (1ª macro: FUNAD/João Pessoa, 2ª Macro: CER IV de Campina Grande e 3ª macro: CER IV de Sousa), dois CER III (Físico, Intelectual e Visual), em Guarabira (2ª região) e em Princesa Isabel (11ª região), um CER II (Intelectual e Visual), em João Pessoa, dois CER II (Físico e Auditivo), no Conde (1ª região) e Araruna (2ª Região), e cinco CER II (Físico e Intelectual) em João Pessoa (1ª região), Monteiro (5ª região), Patos (6ª Região), Piancó (7ª Região) e Catolé do Rocha (8ª Região). Todos esses serviços recebem financiamento federal, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Além disso, existem duas Oficinas Ortopédicas Fixas, uma vinculada à FUNAD e outra vinculada ao CER IV de Sousa, que estão sendo implantadas pelo Governo do Estado. Como complemento, o estado conta com o Núcleo de Apoio e Diagnóstico da Pessoa com Deficiência (NADPD), que realiza diagnósticos, emite laudos, proporciona acesso a consultas em algumas especialidades e apoia o acompanhamento de pessoas com deficiência e Transtorno do Espectro Autista, funcionando no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes. Além disso, o Estado conta com o Centro de Referência em Esclerose Múltipla da Paraíba (CREM/PB), que funciona na FUNAD e é uma referência para todo o estado, com os objetivos de identificar novos casos de esclerose múltipla, atuar na prevenção de incapacidades motoras e orientar os pacientes e seus familiares sobre a doença e tratamentos.

7.4.4 PREVISÃO DE NOVOS SERVIÇOS

Há, no Estado da Paraíba, existem alguns serviços já aprovados e com possibilidade de implantação, caso os entes envolvidos cumpram o previsto na legislação para a implantação de serviços do Ministério da Saúde. São eles: três CER II (físico e intelectual), localizados em Esperança (3ª Região), Cajazeiras (9ª região) e Itabaiana (12ª região) e um CER III (físico, intelectual e visual) em Mamanguape (14ª Região). Outros serviços podem e devem ser implementados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Paraíba, levando em consideração as discussões que estão ocorrendo nas Regiões de Saúde.

O Governo do Estado da Paraíba, em parceria com a FUNAD, Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano e a Secretaria de Estado da Saúde (SES), tem trabalhado na perspectiva de ampliar a capacidade instalada de serviços para o atendimento de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Atualmente, conta com cinco Centros de Referência à Pessoa Autista: a FUNAD (que atende cerca de 500 autistas), o Centro de Atendimento ao Autista (CAA) de João Pessoa (que atende mais de 360 autistas), o CAA de Campina Grande (que atende mais de 360 autistas), o CAA de Solânea (que atende 241 autistas) e o CER IV de Sousa (que atende cerca de 400 autistas), totalizando mais de 1.860

usuários com TEA atendidos. É importante ressaltar que, apesar de todos os esforços, a SES está ciente do desafio de ampliar o atendimento à pessoa com deficiência intelectual, TEA e deficiência física. Para isso, a SES vem discutindo a organização de serviços que estejam sob

gestão do próprio Estado, mantendo a regionalização dos serviços e atuando de forma articulada com a rede de atendimento sob gestão dos municípios, através da responsabilidade compartilhada entre municípios e estado.

7.4.5 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 oferecer um atendimento integral ao paciente. Essa integração acontecerá a partir do momento em que os CER estiverem funcionando. Serão contratualizados os serviços, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde:

- a) Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- b) Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- c) Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoas com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- d) Ampliar o acesso regulado à atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e
- e) Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim.

7.4.6 FLUXOS ASSISTENCIAIS

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba é bastante recente. Até 2016, apenas a FUNAD era habilitada como Centro Especializado – CER IV. A partir de então, ocorreu a abertura e habilitação de outros serviços, muitos deles habilitados emergencialmente em dezembro de 2016. Atualmente, a rede de cuidados conta com 13 serviços em funcionamento e outros quatro serviços previstos para funcionar em breve. Com isso, todas as macrorregiões de saúde do Estado contam com pelo menos um CER IV e terão outros serviços CER de referência. O CER IV da FUNAD é referência para a 1ª macrorregião de saúde, o CER IV de Campina Grande é referência para a 2ª macrorregião de

Saúde e o CER IV de Sousa é referência para a 3ª macrorregião de saúde. Os demais CER II e CER III serão referência para a região de saúde onde estão localizados. Podem existir pactuações específicas em cada CIR quando houver mais de um serviço na região (caso atual da 1ª e 2ª Região de Saúde) ou necessidade/realidade local. As ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visam ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com qualquer tipo de deficiência. Isso será alcançado pela articulação dos serviços existentes, inserção de novos serviços e qualificação da assistência prestada à população, desde a AB até as ações de âmbito hospitalar.

7.4.7 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Sanitária Brasileira marcou um período de lutas e conquistas na construção do SUS, que é universal, integral e equânime. É nesse contexto de avanços e desafios que a

defesa da luta antimanicomial se insere, afirmando que todas as vidas são valiosas e devem ser vividas em sua pluralidade, diversidade e liberdade. Nessa defesa, a Lei

10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, estabelece um novo modelo de tratamento para transtornos mentais e redefine o modelo assistencial em saúde mental. Após 10 anos da aprovação da Lei, foi publicada a Portaria nº 3.088 de 2011, que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços de base comunitária, com ênfase no desenvolvimento de práticas de cuidado na APS, baseadas na clínica ampliada, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade. Essa rede tem enfrentado avanços, desafios e retrocessos na implementação da Política Nacional de Saúde Mental. Para promover e fortalecer o cuidado em liberdade, é preciso compreender a desinstitucionalização no campo da saúde mental além da desospitalização, como um processo de desconstrução da forma como a sociedade lida com a loucura e a diversidade.

Dentro dessa reorientação do cuidado e na luta por uma sociedade sem manicômios, a

RAPS do estado da Paraíba tem se expandido ao longo dos anos, reforçando a importância da produção de cuidado em saúde mental na atenção primária, por meio do matriciamento, da discussão de casos no território, da construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), entre outras estratégias, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS. Atualmente, o estado da Paraíba conta com as Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas por todos os municípios, equipes de Consultórios na Rua, 120 CAPS em diferentes modalidades (CAPS infantojuvenil, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS I e CAPS II), Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, Residências Terapêuticas, Programa de Volta Para Casa (PVC), Equipes Multiprofissionais de Atendimento Especializado (AMENT) e Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais. A defesa dessa rede se baseia na proximidade com a vida das pessoas, sendo territorial e regionalizada, evitando que os usuários do SUS se afastem de sua rede de apoio e de sua cidade quando precisarem de atenção em saúde mental.

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DOS SERVIÇOS DA RAPS NA PARAÍBA.

QUANTITATIVO POR TIPO DE SERVIÇO E MACRORREGIÃO				
Serviços	MACRO I	MACRO II	MACRO III	Total geral
CAPS I	25	28	23	76
CAPS II	4	2	2	8
CAPS III	2	1	2	5
CAPS i	4	3	7	14
CAPS AD	2	1	2	5
CAPS ADIII	4	3	5	12
Serv. Res. Terap.	4	9	2	15
PVC	3	59	3	65
UAA	1	0	1	2
UAI	1	0	2	3
Cons. na rua	4	1	0	5
LEITO SM	0	20	0	20
AMENT I	0	1	3	4
AMENT II	1	0	2	3
AMENT III	0	0	1	1

Fonte: Gerência Operacional de Atenção Psicossocial da SES.

Os desafios na efetivação da RAPS no estado ainda são muitos. É preciso fortalecer os CAPS para potencializar a atenção à crise e

promover o cuidado em saúde mental que transcende a lógica medicamentosa. Também é necessário defender a Reforma Psiquiátrica em

toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar um modelo de atenção totalmente substitutivo ao manicomial. Além disso, devemos resistir ao desmonte da Política Nacional em Saúde Mental vivenciado nos últimos anos, o qual impactou na precarização das condições de trabalho e infraestrutura dos serviços. Devemos também estimular os gestores locais para o desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde mental, com foco na APS, redução de danos e interseccionalidades no processo saúde-doença. Além desses desafios, é importante destacar a importância da RAPS em acolher os sofrimentos psíquicos decorrentes da situação de emergência em saúde pública da pandemia de COVID-19, que produziu adoecimentos em

curto, médio e longo-prazos. Atualmente, são componentes da RAPS:

- I – Atenção primária em saúde;
- II – Atenção psicossocial especializada;
- III – Atenção de urgência e emergência;
- IV – Atenção residencial em caráter transitório;
- V – Atenção hospitalar;
- VI – Estratégia de desinstitucionalização;
- VII – Reabilitação psicossocial.

I – Atenção primária em saúde:

Unidades de Saúde da Família: A produção do cuidado em saúde mental na atenção primária precisa apresentar potencialidades, tendo em vista a proximidade com os contextos e cotidiano das pessoas. Objetiva desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, além dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Ela é o ponto de atenção da RAPS, que tem como principal responsabilidade desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais leves, ações de redução de danos e cuidado a pessoas com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas. Essas ações são compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede, principalmente as equipes de Consultório na Rua. Além disso, possibilita a construção de Projeto Terapêuticos Singulares (PTS) e o cuidado sistêmico e familiar.

Consultório na Rua: essas equipes precisam realizar atividades de forma itinerante. É responsabilidade desta equipe, no âmbito da RAPS, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos. Atuam em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde e, quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, desenvolvendo ações compartilhadas com as equipes dessas unidades.

Centro de Convivência e Cultura: é uma unidade pública, articulada às RAS, em especial, a RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e

intervenção na cultura e na cidade. São estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti): são compostas por equipe multiprofissional que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a RAS. São classificadas em três modalidades, de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional:

I – Equipe multiprofissional ampliada – eMulti Ampliada;

II – Equipe multiprofissional complementar – eMulti Complementar ;

III – Equipe multiprofissional estratégica – eMulti Estratégica.

Equipes AMENT (Ambulatório Especializado em Saúde Mental) têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado, identificado pela APS, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001. A assistência será organizada a partir da APS, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados para a equipe ou que devam ser encaminhados aos CAPS

II – Atenção psicossocial especializada:

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar, oferecendo atendimento a indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, bem como às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em sua área territorial. As atividades realizadas pelos CAPS têm como objetivo reintegrar o usuário à comunidade, fortalecer os laços familiares e comunitários e principalmente substituir o modelo manicomial dos hospitais psiquiátricos. O cuidado é desenvolvido através da elaboração de um PTS, que envolve a equipe, o usuário e sua família. Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades:

- a) CAPS I e II: serviços destinados aos municípios de menor porte, que além de atenderem usuários com transtornos mentais, também oferecem assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias, durante o horário diurno, das 08h às 18h, em dois turnos e nos cinco dias úteis da semana;
- b) CAPS III: serviço que prioriza o atendimento a pessoas que estão sofrendo intensamente devido a transtornos mentais graves e persistentes, bem como outras condições clínicas que impossibilitam o estabelecimento de vínculos sociais e a realização de projetos de vida. Esse serviço oferece atendimento contínuo,

funcionando 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, prestando assistência clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive ao CAPS AD, quando necessário;

- c) CAPS Infantojuvenil: serviço diário de atendimento exclusivo a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, bem como àqueles que fazem uso de álcool e outras drogas. Funciona de segunda a sexta, durante o horário diurno, das 8h às 18h;
- d) Os CAPS AD e AD III: são serviços especialmente voltados para o cuidado integral e contínuo de adultos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mas também podem atender crianças e adolescentes com essa demanda, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Esses serviços oferecem atendimento em momentos de crise, acompanhamento clínico e reintegração social dos usuários, proporcionando acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS AD oferece cuidado durante o horário diurno, das 08h às 18h, em dois turnos e nos cinco dias úteis da semana. Já o CAPS AD III deve funcionar 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, e oferecer acolhimento noturno por um curto período de tempo.

III – Atenção de urgência e emergência:

Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, como o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, são responsáveis por atuar nos momentos de urgência e emergência em saúde mental. Eles são responsáveis pelo acolhimento e classificação de risco de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, além de

necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS realizam o acolhimento e cuidado de pessoas em fase aguda de transtorno mental, independentemente de ser decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas. Em situações que necessitem de internação ou

serviços residenciais transitórios, esses centros devem articular e coordenar o cuidado.

IV – Atenção residencial de caráter transitório:

As Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infantojuvenil (UAI) são serviços que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, e que necessitem de acompanhamento terapêutico e protetivo. Essas unidades funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e têm caráter residencial transitório. Os usuários acolhidos nesses serviços são encaminhados pelos CAPS (AD III e infantojuvenil, especificamente) que os

acompanham. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis meses. A equipe do CAPS de referência será exclusivamente responsável por definir o acolhimento nesse ponto de atenção e elaborar o PTS do usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. A UAA destina-se a pessoas maiores de 18 anos que fazem uso de álcool e outras drogas, enquanto a UAI destina-se a adolescentes e jovens com idades entre 12 e 18 anos completos.

V – Atenção hospitalar:

Os leitos de saúde mental em hospital geral oferecem tratamento hospitalar para pessoas que sofrem de transtornos mentais, necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e situações de urgência/emergência causadas pelo consumo ou abstinência dessas substâncias. Além disso, também atendem a pacientes com comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas provenientes da Rede de Atenção às Urgências, RAPS e APS. Esses leitos são destinados a internações de curta duração, para usuários de álcool e outras drogas, que apresentam indicações de comorbidades clínicas e/ou psíquicas, sempre respeitando as disposições da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. O serviço funciona integralmente, 24 horas por dia, sete dias por semana, sem interrupção entre os turnos.

O Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, assim como com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, oferece suporte hospitalar por meio de internações de curta duração para usuários de álcool e/ou outras drogas em situações assistenciais que evidenciem indicativos de comorbidades clínicas e/ou psíquicas. Esse suporte é sempre prestado de acordo com as determinações da Lei nº .216 de 2001, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. O serviço funciona em regime integral, durante 24 horas por dia, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. Ele constitui parte da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas em nível local ou regional, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

VI – Estratégias de desinstitucionalização:

Este componente consiste em iniciativas que visam garantir cuidado integral às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que estão internadas por longos períodos. Essas iniciativas adotam estratégias substitutivas, com o objetivo de promover a autonomia, exercer a cidadania e buscar a inclusão social progressiva. Isso inclui os moradores de hospitais psiquiátricos, pessoas sob custódia, privadas de liberdade e aquelas que estão cumprindo medidas de segurança em HCTPs, instituições similares ou unidades prisionais. O estado tem trabalhado no fechamento desses espaços asilares e no encaminhamento desses usuários para retornarem ao convívio familiar ou para um Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Os SRTs são moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de forma permanente de pessoas portadoras de transtornos mentais crônicos, principalmente aquelas que foram internadas em hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia, e que não possuem suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção.

O Programa de Volta pra Casa (PVC), é um programa destinado à reintegração social de pessoas que sofrem de transtornos mentais e que tiveram longas internações psiquiátricas. Essas pessoas têm direito a auxílio reabilitação, que contribui para fortalecer seu processo de desinstitucionalização, juntamente com a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

VII – O componente reabilitação psicossocial:

O componente de Reabilitação Psicossocial da RAPS consiste em iniciativas que visam a geração de trabalho e renda, como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Essas ações têm um caráter intersetorial e têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, em iniciativas de geração de

trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. É fundamental que essas iniciativas articulem de forma sistemática as redes de saúde e de economia solidária, utilizando os recursos disponíveis no território, a fim de garantir a melhoria das condições de vida, a ampliação da autonomia, a contratualidade e a inclusão social dos usuários da rede e seus familiares.



7.5 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

De acordo com o Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, consideram-se doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, duração longa ou incerta e são geralmente causadas por múltiplos fatores. O tratamento dessas doenças envolve mudanças no estilo de vida e cuidados contínuos, mas normalmente não resulta em cura. No Brasil e na Paraíba, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representaram 42% e 44%, respectivamente, de todas as causas de óbito em 2021. Dentre os óbitos por doenças crônicas, 41% e 38% ocorreram precocemente em indivíduos entre 30 e 69 anos, no Brasil e na Paraíba, respectivamente.

O cuidado aos usuários com condições crônicas requer atenção integral e organização por meio de pactuações de linhas de cuidado. Uma linha de cuidado consiste em padrões técnicos que fornecem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: 1) descrevem rotinas do itinerário do paciente e incluindo informações sobre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipes multidisciplinares em cada serviço de saúde;

e 2) viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com o objetivo de padronizar as ações e organizar um continuum assistencial.

Os objetivos das linhas de cuidado são orientar o serviço de saúde para centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades, demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção e estabelecer o percurso assistencial ideal para os indivíduos de acordo com suas necessidades.

Nesse contexto, o Estado da Paraíba está em fase de pactuação e implantação das linhas de cuidado prioritárias. Atualmente, as linhas de cuidado para sobrepeso e obesidade e oncologia foram aprovadas e estão em fase de implementação. As demais linhas de cuidado estão sendo elaboradas em conjunto com o Grupo Conductor das Redes de Atenção à Saúde, as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as Secretarias Municipais de Saúde. No que diz respeito à linha de cuidado de oncologia, atualmente o estado possui os seguintes serviços habilitados como CACON ou UNACON:

QUADRO 11 - LISTA DE SERVIÇOS HABILITADOS NA LINHA DE CUIDADO DE ONCOLOGIA.

Município	Estabelecimento	CNES	Habilitação	Gestão
Campina Grande	Hospital da Fundação Assistência da Paraíba (FAP)	2315793	UNACON com Serviço de Radioterapia	Municipal
Campina Grande	Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)	2676060	UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica	Municipal
João Pessoa	Hospital São Vicente de Paula	2399776	UNACON	Municipal
João Pessoa	Fundação Napoleão Laureano	2399741	CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica	Municipal
Patos	Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro	2605473	UNACON	Estadual

Fonte: CNES.



Pensando na ampliação da rede de oncologia, o acelerador linear do Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro está atualmente em fase de compra para atender a população da 3ª Macrorregião. Na linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, o Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, é referência para a realização de cirurgia bariátrica em todo o estado. Também é importante destacar que o Estado possui a perspectiva de ampliar essa rede na 2ª Macrorregião.

Para os usuários com doenças raras, o estado está em fase de elaboração da linha de cuidado para melhor organizar o fluxo.

Atualmente, o município de João Pessoa busca a habilitação do Centro de Doenças Raras como Serviço de referência para todo o estado e está em diálogo para a implantação de um Serviço especializado no Hospital Universitário Alcides Carneiro, no município de Campina Grande. A linha de cuidado da Doença Renal Crônica está em fase de elaboração, sendo uma linha de cuidado prioritária para o estado. Atualmente, a Paraíba possui 13 serviços que oferecem Terapia Renal Substitutiva (TRS), habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, distribuídos nas três Macrorregiões de Saúde (Quadro 12).

QUADRO 12 - UNIDADES HABILITADAS COMO UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA.

Estabelecimento	Município
Sociedade Hospitalar Gadelha de Oliveira	Sousa
Hospital Escola da FAP	Campina Grande
Nefruza	João Pessoa
Hospital Antônio Targino	Campina Grande
Hospital Municipal Dr. Edgley	Campina Grande
Hospital São Vicente De Paulo	João Pessoa
Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro	Patos
SAS	Campina Grande
UNIRIM Unidade de Doenças Renais	João Pessoa
AMIP Praia	João Pessoa
NEPHRON Cajazeiras	Cajazeiras
NEPHRON Guarabira	Guarabira
NEPHRON Monteiro	Monteiro

Fonte: CNES.

O objetivo desta política estadual é promover a adoção de novos comportamentos saudáveis na sociedade paraibana. Isso inclui ações de vigilância em saúde, monitoramento de iniciativas direcionadas aos estudantes e apoio aos municípios, que são parceiros

7.6 REDE CUIDAR

O Estado da Paraíba desenvolve, desde 2011, um trabalho de assistência em rede que tem expandido gradualmente suas linhas de cuidado à medida que as políticas de saúde se consolidam. Atualmente, trabalha-se com as linhas de cuidado em cardiologia pediátrica, neonatologia, obstetrícia e ortopedia pediátrica. Inicialmente, o trabalho passou a ser desenvolvido em cardiologia pediátrica, devido à necessidade de criar uma linha de cuidado para o tratamento e acompanhamento de crianças com cardiopatia congênita.

Considerando o aumento no número de óbitos e casos levados à justiça, percebeu-se a necessidade de ampliar as ações da rede, direcionando-as à neonatologia e à obstetrícia e ortopedia, respectivamente. Para tanto, foram incorporadas estratégias para garantir o princípio da equidade no atendimento a crianças, neonatos e mulheres em período gravídico e puerperal que se encontram em situações especiais. Além dessas ações, a rede também presta assistência a crianças suspeitas ou confirmadas de Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e a outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus.

Com o objetivo de executar as ações mencionadas, o Estado da Paraíba regulamentou a Rede Cuidar como Política de Telemedicina Especializada no Estado, por meio da Portaria nº 207/GS de 07 de maio de 2019. Essa política utiliza a telemedicina como ferramenta principal de trabalho, integrando as ações de triagem, diagnóstico precoce e assistência integral com as linhas de cuidado, além de fornecer suporte técnico aos profissionais que compõem a rede de serviços de saúde estadual. Estima-se que a cada ano

fundamentais na implementação e fortalecimento das linhas de cuidado integral. Esse esforço é especialmente importante para garantir a efetividade do atendimento às pessoas com doenças crônicas.

nascem 600 crianças com cardiopatias, sendo que 20% delas necessitam de intervenção cirúrgica. A estrutura da rede é baseada em cinco eixos integrados, descritos abaixo.

Eixo 1: Cardiologia Pediátrica, é composto por médicos plantonistas, atendimento ambulatorial, exames como Ecocardiograma e Holter, avaliação clínica-cirúrgica e treinamentos em serviço.

Eixo 2: Pediatria e Neonatologia, é composto por médicos plantonistas com consultoria online em serviços de difícil acesso geográfico, otimização da utilização de leitos de UTI neonatal e pediátrica usando a equidade como estratégia principal, consultoria 24h por dia com teleatendimento e apoio aos profissionais na assistência a distância, conduzindo, junto com a equipe local, em comunicação com a regulação, até a chegada no centro de referência. Além disso, triagem das deformidades ortopédicas para os centros especializados para procedimentos e seguimento clínico quando indicados.

Eixo 3: Saúde materna, é constituído por médicos plantonistas e atendimento ambulatorial online em parceria com os ambulatórios de pré-natal de alto risco, proporcionando cuidado integral e equidade para as mulheres grávidas e em período pós-parto em situação de risco. Também inclui exames de ecografia obstétrica para triagem de anomalias congênicas e treinamentos em serviço.

Eixo 4: Enfermagem, é formado por suporte na assistência aos profissionais da rede, administração das salas de ambulatórios virtuais, ambulatórios de pré-natal de alto risco, reuniões clínicas cirúrgicas, acompanhamento, monitoramento e rastreamento dos pacientes

na Rede. Também inclui a condução do planejamento familiar em rede com a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) e implementação de procedimentos de enfermagem nos centros de assistência distantes.

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

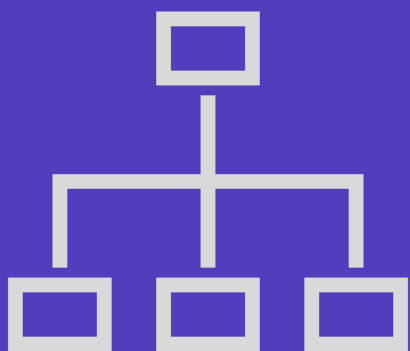
A Rede Cuidar é composta por um centro especializado regional, dois complexos especializados e 20 maternidades de níveis 1 e 2.

A Maternidade nível I é referência em baixa complexidade, realiza o teste de triagem por oximetria de pulso e proporciona assistência inicial aos neonatos e mulheres em situação de risco durante o período gravídico e puerperal.

A Maternidade nível II oferece os serviços da maternidade nível I, além de realizar ecocardiogramas de triagem realizados por

neonatologistas e prestar atendimento de média e alta complexidade aos neonatos e mulheres em situação de risco durante o período gravídico e puerperal. Em relação ao Hospital Especializado de referência – Complexo de Pediatria Arlinda Marques, este é sede da Rede Cuidar e referência no seguimento ambulatorial de crianças com cardiopatia congênita e no seguimento ambulatorial e procedimentos cirúrgicos de pacientes com deformidades ortopédicas. Além disso, realiza diagnósticos e acompanhamentos de casos não cirúrgicos de baixa e média complexidade. Implementa uma estrutura física e logística de comunicação entre os centros participantes, desenvolve ensino e pesquisa para produzir protocolos entre os centros, propõe protocolos de triagem de doenças cardíacas em crianças na infância, obstetrícia e ortopedia pediátrica, realiza atividades de capacitação e busca ativa e identificação de pacientes em situações de risco nos eixos estruturais. É também responsável pela estrutura de suporte de tecnologia da informação para executar as ações em rede. Por último, o Centro de Referência em Cirurgia Cardíaca Pediátrica – Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires possui uma estrutura física e logística especializada para realizar cirurgias cardíacas e tratamento clínico de crianças com cardiopatias altamente complexas em todo o Estado





8

ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

8.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO

8.1.1 SAÚDE DA MULHER

Na Paraíba, a Saúde da Mulher vai além da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. A atenção ginecológica, incluindo o planejamento familiar e o climatério/menopausa, também faz parte dos cuidados necessários para promover uma atenção de qualidade às mulheres. O funcionamento do corpo feminino possui peculiaridades que geram doenças e distúrbios específicos. Essas especificidades são ainda maiores quando se trata de públicos como mulheres negras, indígenas, mulheres lésbicas, privadas de liberdade ou mesmo aquelas que vivem em zonas rurais.

Em relação à saúde ginecológica, o Estado oferece exames ginecológicos de rotina e rastreamento para prevenção do câncer de colo de útero ou outras doenças ginecológicas. Também são realizados o autoexame mamário e

a mamografia de rastreamento (a partir dos 40 anos) para detecção precoce do câncer de mama ou outras alterações. Quanto ao planejamento reprodutivo, é fundamental otimizar a possibilidade de sucesso do método anticoncepcional escolhido, considerando aspectos como segurança e eficácia. Nesse sentido, são disponibilizados métodos contraceptivos orais, injetáveis e LARC, Dispositivo Intra Uterino (DIU), além de laqueaduras e vasectomias.

No que se refere às violências doméstica e sexual, a violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Na Paraíba, existem 15 estabelecimentos de saúde que atendem mulheres vítimas de violência, conforme descrição abaixo (Quadro 13).

QUADRO 13 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, NA PARAÍBA, PARA ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS.

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
JOÃO PESSOA	Maternidade Frei Damião * Complexo Pediátrico Arlinda Marques Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho Instituto e Maternidade Cândida Vargas* Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
CAMPINA GRANDE	Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA)* Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC
QUEIMADAS	Hospital Geral de Queimadas
GUARABIRA	Hospital Regional de Guarabira
CAJAZEIRAS	Hospital Regional de Cajazeiras*
MONTEIRO	Hospital e Maternidade Santa Filomena*
PATOS	Maternidade Peregrino Filho*
SANTA LUZIA	Hospital e Maternidade Sinhá Carneiro*
SOUSA	Hospital Regional de Sousa

Fonte: Área Técnica Saúde da Mulher - SES/PB. *Serviços capacitados para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

A saúde da mulher é extremamente importante, por ter esse gênero necessidades de saúde únicas que devem ser atendidas para garantir que possam viver uma vida saudável e plena. Isso inclui, o cuidado com a saúde reprodutiva, a

prevenção e tratamento de doenças que afetam as mulheres com mais frequência, como o câncer de mama e o câncer de colo do útero, além de cuidados preventivos e de saúde mental.

8.1.2 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno. Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários capazes de responder de forma resolutiva às demandas específicas de sua saúde, seja no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e na internação hospitalar. Associadas a isso estão as questões relacionadas à vigilância à saúde, expressas nas atividades de vigilância epidemiológica e nas diversas formas de ações intersetoriais, que resultam em produção de saúde (Brasil, 2005a).

A Paraíba conta com uma estimativa preliminar elaborada pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE da população infantil (menores de 10 anos) de 2000 a 2021 – 558.876 e 617.484 da população de adolescentes (10 a 19 anos). A saúde da criança tem alcançado grandes avanços nas últimas décadas. No entanto, enfrentamos grandes desafios para diminuir a mortalidade infantil e neonatal. Essa redução da mortalidade e o aumento da qualidade de vida das crianças são observados após a implantação da PNAISC. No entanto, as ações precisam ser intensificadas no estado, com especial atenção à primeira infância e às populações mais vulneráveis.

8.1.3 TRIAGEM NEONATAL ESTADUAL

A Paraíba possui o Programa Estadual de Triagem Neonatal (PETN), cujo objetivo é fortalecer os serviços de triagem neonatal. Esse programa consiste em um rastreamento populacional que visa identificar, de forma oportuna, distúrbios e doenças em recém-nascidos para que sejam feitas intervenções adequadas. Além disso, o programa garante tratamento e acompanhamento contínuo para aqueles com diagnóstico positivo, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida.

O Estado da Paraíba foi habilitado pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº 727, publicada em 01 de julho de 2013, para realizar a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento de Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes, outras hemoglobinopatias e Fibrose Cística (Fases I, II e III da Triagem Neonatal). Em 17 de junho de 2014, a Portaria 491 do Ministério da Saúde habilitou o Estado na Fase IV (deficiência de Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita), tornando-o habilitado em todas as fases da Triagem Neonatal. A Portaria

491 também autoriza o credenciamento do Hospital Infantil Arlinda Marques como Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) no Estado da Paraíba. A Portaria GM/MS nº 1.369, de 6 de junho de 2022, altera e inclui procedimento relacionado à Triagem Neonatal na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados.

Com a publicação da Lei Estadual nº 11.566/2019, a Paraíba ampliou e implementou o programa, priorizando as doenças com maior prevalência, conforme determinado pela lei: galactosemias, leucinoses, deficiência de G6PD e toxoplasmose congênita. Atualmente, existem 331 postos de coleta distribuídos em 212 municípios do estado. O programa também conta com um Sistema de Triagem Neonatal que oferece acesso mais ágil aos resultados dos exames.

8.1.4 PLANO DE AÇÃO ESTADUAL PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA ÁREA DE PEDIATRIA

A Paraíba reconhece que o vírus influenza é um dos patógenos respiratórios mais importantes e, apesar do desenvolvimento de imunização e terapia antiviral específica, continua causando epidemias e pandemias, com significativa morbimortalidade associada. Nos últimos anos, três cepas virais têm sido ativas globalmente: Influenza A (H1N1) pandêmica, Influenza A (H3N2) sazonal e Influenza B. As crianças, especialmente lactentes e pré-escolares, são especialmente afetadas, com uma incidência mais alta do que a maioria dos grupos etários. O vírus Influenza apresenta uma série de desafios para os pediatras, uma vez que os sintomas são inespecíficos e podem ser causados por vários outros vírus respiratórios. Nesse contexto, é necessário que os pediatras incentivem a adesão às campanhas de

vacinação, pois essa é a intervenção mais impactante na redução da morbimortalidade, e estejam atentos ao tratamento precoce de pacientes com maior risco de complicações. Nos anos de 2020 a 2022 o Estado não alcançou a meta de 90% para o público - alvo de crianças de 6 meses a menores de 6 anos (5 anos, 11 meses e 29 dias).

Portanto, as mudanças no perfil epidemiológico dos últimos anos indicam um aumento significativo na incidência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em crianças, com quadros clínicos que apresentam sintomas importantes e, em alguns casos, exigem internação desse público, impulsionando a gestão estadual de saúde a estruturar novas práticas para lidar com essa demanda.

Devido à sobrecarga nos serviços de pediatria, dos hospitais, a SES decidiu, emergencialmente, estabelecer um fluxo de acesso único para a rede hospitalar sob sua gestão, com o objetivo de garantir um cuidado integral de acordo com as necessidades de cada criança paraibana.

A estratégia de elaborar um plano de ação para enfrentar as doenças respiratórias pediátricas no estado da Paraíba, devido ao aumento significativo da população que busca atendimento hospitalar, é uma ferramenta de gestão que visa fortalecer o cuidado pediátrico hospitalar nos próximos anos.

Portanto, esse plano tem vários objetivos que serão estruturados ao longo dos anos, como: consolidar e implementar ações que resultem na oferta de tratamento pediátrico para aqueles que realmente

necessitam; ampliar o número de leitos pediátricos na rede hospitalar do estado; implantar a regulação dos leitos pediátricos da terceira macro como um projeto piloto para a incorporação dessa linha de cuidado dentro do Complexo Estadual de Regulação Hospitalar (CERH); Organizar um fluxo regulatório eficiente e qualificado, por meio do CERH; implantar um protocolo de manejo clínico na pediatria, a fim de capacitar e padronizar o atendimento pediátrico em todas as unidades hospitalares estaduais; capacitar os profissionais da atenção primária à saúde no manejo clínico de crianças com síndromes gripais e outras patologias. Inserir apoiadores institucionais na atenção primária à saúde para fortalecer a assistência nesse nível de atendimento, em articulação com a média e alta complexidade.

8.1.5 AMPLIAÇÃO DA OFERTA DO MEDICAMENTO PALIVIZUMABE

O Palivizumabe é um anticorpo monoclonal contra o vírus sincicial respiratório em bebês, responsável pela maioria dos casos de infecções do trato respiratório inferior em bebês. Como ainda não há vacina capaz de prevenir o vírus, o Palivizumabe é responsável por induzir a imunização passiva contra o VSR. É recomendado para crianças prematuras, com cardiopatia grave ou com doença

pulmonar da prematuridade. Assim, a SES decidiu ampliar a oferta do medicamento Palivizumabe, estendendo-a às crianças prematuras nascidas com idade gestacional entre 29 semanas até 32 semanas e seis dias, com idade inferior a um ano. Essa decisão positiva irá favorecer uma melhor qualidade de vida aos bebês que necessitam dessa medicação.

8.1.6 PLANO ESTADUAL PRIMEIRA INFÂNCIA DA PARAÍBA: COMPONENTE SAÚDE

O Plano foi elaborado com base na Política Nacional da Primeira Infância, instituída pela Lei nº 13.257/2016, que reconhece a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento humano e estabelece diretrizes políticas públicas voltadas para essa faixa etária. A Resolução CIB/PB nº 80, de 18 de maio de 2023, aprova o Componente Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba. O Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, no componente saúde, tem como objetivo a melhoria do acesso aos serviços de saúde, com foco na regionalização da saúde, por

meio da organização da estrutura e do atendimento.

A primeira infância é um período crítico e determinante para o desenvolvimento humano, compreendido entre o nascimento e os seis anos de idade, de acordo com o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016). Nessa fase, estabelecem-se as bases para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança, bem como as conexões neurais que influenciarão a saúde, o bem-estar e o sucesso na vida adulta. A Lei Estadual nº 12.141, de 24

de novembro, instituiu o Plano Estadual da Primeira Infância da Paraíba, reforçando o compromisso do Estado em garantir o pleno desenvolvimento das crianças paraibanas nessa fase da vida.

É fundamental ressaltar que a primeira infância sempre foi uma prioridade no Governo do Estado, por meio de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da rede estadual de bancos de leite humano, a ampliação das ações de imunização, entre outras. Esse plano é orientado por diversas diretrizes e princípios, tais como equidade, diversidade, integralidade, integração e articulação entre os diversos atores do SUS, regionalização e inclusão, que são fundamentais para garantir qualidade às crianças e suas famílias.

O plano de ações está organizado em três eixos principais: (1) ampliação das ações de pré-natal de risco habitual e alto risco, visando à integralidade do cuidado; (2) fortalecimento do acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos nos vários níveis de atenção; e (3) implementação de estratégias para incentivar a amamentação, promover a alimentação complementar saudável e prevenir a obesidade infantil.

O monitoramento ocorrerá por meio de grupos de trabalho municipais, regionais e estaduais. Esses grupos têm como objetivo monitorar as ações implementadas em cada município, região de saúde e no estado, além de identificar possíveis problemas e oportunidades de melhoria.

Portanto, o Plano Estadual da Primeira Infância apresenta um conjunto de estratégias e ações voltadas para a promoção do desenvolvimento integral das crianças paraibanas. Ao longo do plano, foram destacadas metas e indicadores específicos, assim como estratégias para alcançá-los e mecanismos de monitoramento e avaliação. É importante destacar que a participação de diferentes setores e instâncias governamentais, além de organizações da sociedade civil e outros atores relevantes, é fundamental para o sucesso da implementação do plano.

No âmbito da violência infantil, os serviços estaduais de referência Centro de Atendimento Integrado (CAI) e AMVIVA estão localizados no complexo de Pediatria Arlinda Marques – CPAM, na cidade de João Pessoa.



O CAI foi criado através de um Termo de Cooperação técnica firmado entre o Ministério Público da Paraíba e as secretarias de Saúde, Desenvolvimento Social e Segurança Pública do Estado. O centro foi inaugurado em fevereiro de 2021. O CAI é um órgão colegiado que atende crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de todas as formas de violência, com o objetivo de proporcionar um atendimento integrado e humanizado, concentrando todos os serviços de saúde, assistência social, delegacia e instituto de perícia científica em um mesmo espaço, a fim de evitar a revitimização do público jovem em situação de violência.

O CAI realiza o atendimento inicial, acolhendo crianças e adolescentes vítimas de violência, elaborando estudos psicossociais e realizando escutas especializadas, que são compartilhados com o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), além de realizar depoimentos especiais e perícias. Seu objetivo é fortalecer a articulação e integração dos serviços que garantem um atendimento integral, promovendo conexões com a rede de serviços e agilidade nos fluxos de proteção e segurança em conjunto com os órgãos de saúde, segurança, justiça e demais membros do SGDCA. O AMVIVA é um serviço que foi iniciado no ano de 2009. Trata-se de acompanhamento e atendimento ambulatorial multidisciplinar a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violências e acidentes, oferecido no ambulatório do Complexo de Pediatria Arlinda Marques.

A equipe multiprofissional realiza atendimento humanizado e centralizado na criança/adolescente, desenvolvendo ações para reduzir o sofrimento desse grupo etário, promovendo cuidados em saúde com o objetivo de fortalecer sua autoestima e restabelecer seu direito de conviver em condições dignas de vida com a família e a comunidade, além de possibilitar a superação da violação de direitos. Em relação a esses serviços citados acima, objetiva-se, para os próximos anos, proporcionar várias capacitações aos profissionais desses espaços, melhorar o fluxo da assistência, além de ampliar esses serviços de forma regionalizada, a fim de facilitar o acesso da população.

Destacamos também a necessidade de fortalecer a atenção à saúde do adolescente, baseando-se na Diretriz Nacional para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde. Essas diretrizes trazem os instrumentos legais de proteção aos direitos de adolescentes e jovens, garantindo o pleno exercício do direito fundamental à saúde. Como estratégias para garantir a execução das ações direcionadas a esse público, temos o Programa de Saúde nas Escolas, Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica e IST/AIDS/Hepatites Virais, em uma visão biopsicossocial desenvolvida de forma intersetorial pelas secretarias de estado e municípios.

8.1.7 PROMOÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

A promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno (AM) são imprescindíveis para a saúde física e psíquica da criança, sendo uma das formas mais eficazes de combater a desnutrição e reduzir a morbimortalidade infantil no primeiro ano de vida. Além dos inúmeros benefícios comprovados da amamentação, sabe-se que as intervenções voltadas ao aleitamento materno são extremamente complexas. Portanto, no Brasil foram elaboradas políticas públicas

respaldadas pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), por meio das Portarias GM/MS nº 42, de 13/2/1981, e nº 198, de 2/9/1981, com o objetivo de garantir o direito à amamentação por meio de proteção legal e do desenvolvimento de ações para promover a amamentação e garantir suporte e atenção integral às mulheres que amamentam, especialmente nos serviços de saúde (Brasil, 2017).

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como um dos pilares da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), publicada pela Portaria nº 1.130 de 2015, engloba um conjunto de ações programáticas e estratégicas que visam ampliar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada em todos os níveis de atenção (Brasil, 2017). As ações estratégicas relacionadas a esse pilar estão contempladas na Rede de Atenção à Saúde, na Área Temática da Linha de Cuidados em Aleitamento Materno (LCAM), e têm como objetivo consolidar a política de estado visando reforçar, adequar, ampliar e integrar intervenções e estratégias, com o intuito de promover a adesão à prática da amamentação e sua manutenção pelo tempo desejado, conforme preconizado (Brasil, 2017). A LCAM deve se inserir e contribuir para o fortalecimento e a consolidação das RAS nos territórios. Suas ações devem ser organizadas de forma intersectorial, articulada e com estratégias integradas e transversais, abrangendo a APS, a Rede Materna Infantil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Atenção Integral à Saúde da Mulher, a População Negra, indígena, quilombola e de rua, a Vigilância em Saúde e a Atenção Hospitalar.

Apesar dos comprovados benefícios da amamentação, sua prática está aquém das recomendações. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 38,3% das crianças paraibanas de até 6 meses de idade não são alimentadas exclusivamente com leite materno, elevando o risco de desnutrição e

outras complicações de saúde. A PNS de 2019 também revela que a Paraíba apresenta um baixo índice de aleitamento materno prolongado, com apenas 17,9% das crianças de 12 a 15 meses de idade sendo amamentadas (UFRJ, 2021).

O índice de amamentação exclusiva para menores de seis meses estabelecido pela Assembleia Mundial de Saúde a ser alcançado até 2025 é de 50%. No entanto, os indicadores de aleitamento materno na primeira infância na Paraíba demonstram a necessidade de implementação de políticas públicas que incentivem a amamentação. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Método Canguru, a rede de bancos de leite humano, as salas de apoio à mulher trabalhadora que amamenta e a Mobilização Social são estratégias que contribuem para o incremento dos indicadores de aleitamento materno.

Por isso, a implantação, implementação e o fortalecimento da Linha de Cuidado do Aleitamento Materno no estado da Paraíba são necessários para garantir à primeira infância paraibana a nutrição adequada. Através de ações que promovam o AM exclusivo até os seis meses de idade, continuado até os dois anos de vida ou mais, e a introdução alimentar saudável em todos os níveis de atenção, por meio de uma rede articulada, integrada e solidária.



8.1.8 REDE PARAIBANA DE BANCOS DE LEITE HUMANO

Em análise do perfil epidemiológico de mortalidade infantil do estado em 2022, observa-se que o óbito neonatal precoce corresponde à maior proporção dos óbitos infantis na Paraíba, segundo o componente etário. É necessário implementar estratégias que reforcem a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido, especialmente aos prematuros ou com doença infecciosa, que necessitam de hospitalização em terapia intensiva, principalmente quando são prematuros e de baixo peso ao nascer.

Nesse sentido, a Paraíba, por meio da estruturação do Programa Estadual da Primeira Infância, Lei nº 12.141, de 24 de novembro de 2021, prevê que a Rede Estadual de Bancos de Leite Humano coordene as ações voltadas ao incentivo ao aleitamento materno e à disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado. Essa é uma das ações de saúde que tem como objetivo garantir o desenvolvimento integral das crianças paraibanas (PARAÍBA, 2021). Considerando que a disponibilização do leite humano ordenhado pasteurizado em quantidade suficiente e com qualidade certificada para recém-nascidos de risco hospitalizados contribui de forma

significativa para a redução da mortalidade no componente neonatal, em até 22%. Além disso, os Bancos de Leite Humano desempenham uma função estratégica nas políticas públicas na Primeira Infância, sendo definidos como a melhor estratégia, pelo Ministério da Saúde, para o incentivo da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, e conseqüentemente para a redução da morbimortalidade infantil.

A Rede Paraibana de Bancos de Leite Humano (rBLH – PB) estrutura-se como centros de incentivo ao aleitamento materno em suas regiões com os objetivos de promover condições que permitam ampliar, de forma segura, o acesso ao leite humano, seja através do estímulo à amamentação ou na forma ordenhada pasteurizada, e fomentar a pesquisa científica, a qualificação profissional e o desenvolvimento tecnológico voltados à ampliação do uso do leite humano como recurso terapêutico e alimento funcional, visando a redução de mortes evitáveis, assim como a prevenção da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis para recém-nascidos e lactentes. No âmbito da atenção primária, a rBLH – PB, de forma articulada e regionalizada, busca fortalecer as equipes de saúde no

desenvolvimento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM e alimentação complementar saudável, orientada para o contexto de vida da comunidade, da família e da rede de apoio social, com vistas à adesão à prática da amamentação no meio social onde as pessoas vivem. No âmbito da atenção secundária e, sobretudo, da terciária, a rBLH – PB coordena, de forma regionalizada, as ações de incentivo à amamentação em suas regiões, com a finalidade de garantir leite humano ordenhado pasteurizado para os recém-nascidos de risco hospitalizados, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil e a segurança nutricional alimentar para o componente neonatal.

Atualmente, a Rede Paraibana de Bancos de Leite Humano é composta por seis Bancos de Leite Humano em João Pessoa, Guarabira, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, além de 20 Postos de Coleta de Leite Humano localizados em João Pessoa, Mamanguape, Campina Grande, Monteiro, Santa Luzia, Piancó,

Pombal, Sousa, Catolé do Rocha e São José de Pinharas.

Anualmente, a média de coleta de leite humano doado é em torno de 8.000 litros, por cerca de 6.480 mulheres doadoras, sendo distribuídos mais de 5.400 litros de leite humano pasteurizado para 9.000 bebês internos em hospitais. Ao contribuir para a garantia da segurança alimentar e nutricional, com foco particular em crianças em situação de risco e vulnerabilidade social e individual, a exemplo de recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso hospitalizados, a Rede de Bancos de Leite Humano estimula a adoção de práticas alimentares saudáveis. Essas práticas são um aspecto promotor de saúde, como a amamentação e o uso do leite humano seguro. A Rede também incentiva a adesão à amamentação e o acesso a leite humano de qualidade, sem comprometer outras necessidades das famílias. Essas estratégias são essenciais para a atenção à saúde materno-infantil e a redução da mortalidade.



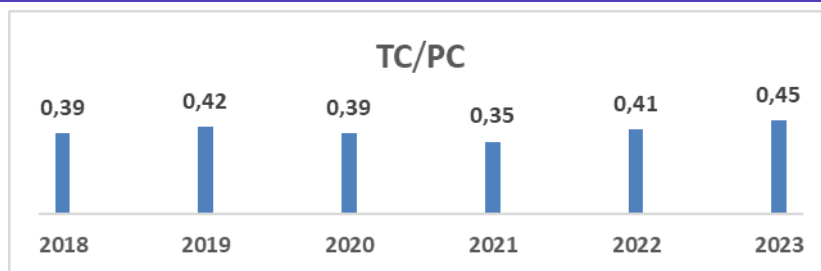
8.1.9 SAÚDE BUCAL

A Rede de Saúde Bucal do Estado da Paraíba está organizada em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A organização da rede APS se dá prioritariamente por meio das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, sendo a Paraíba o segundo estado do Brasil com a maior cobertura de saúde bucal, com um percentual de 82,04%. Os 223 municípios da Paraíba estão contemplados com os serviços das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao todo, são 1.334 Equipes de Saúde Bucal na Modalidade 1 (composta por um Cirurgião Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal) e 34 na Modalidade 2 (composta por um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal e um Técnico de Saúde Bucal).

A cobertura de saúde bucal na Paraíba abrange 151 municípios com 100% de cobertura, 34 municípios com cobertura entre 90 e 99%, oito municípios com cobertura entre 70 e 80% e 10 municípios com cobertura de até 95%. Apesar da expressiva cobertura dos serviços odontológicos, estão sendo trabalhadas junto às ESB estratégias para melhoria da resolutividade dos tratamentos. De acordo com o indicador da razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica, é necessário melhorar esse índice para alcançar o parâmetro proposto pelo MS, que é de 0,5 a 1,0 (Gráfico 97). A meta é alcançar 0,6 até o fim de 2024.



GRÁFICO 97 - RAZÃO ENTRE TRATAMENTO CONCLUÍDO (TC) E PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA (PC).

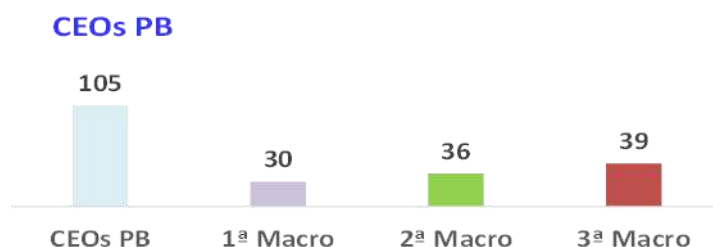


Fonte: e-Gestor/SISAB.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 960, de 17 de julho de 2023, instituindo o pagamento por desempenho da saúde bucal na APS, no âmbito do SUS. O pagamento está sendo aplicado às ESB modalidades I e II, de 40 (quarenta) horas semanais, vinculadas às equipes da ESF e cofinanciadas pelo Ministério da Saúde. Enquanto não for publicada a qualificação dos indicadores, o Ministério da Saúde, repassou aos municípios o valor de R\$ 900,00 por ESB, nos meses de julho e agosto, a título de adaptação às regras ora instituídas.

A Atenção Secundária é composta por Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios de Próteses Dentárias (LRPD) e Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB), sendo 105 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) atuando como serviços de referência para as equipes de saúde bucal da AP, nas especialidades de periodontia, endodontia, cirurgia oral, atendimento odontológicos básicos a PCD/PNE e estomatologia. As Macrorregiões de Saúde estão todas contempladas (Gráfico 98).

GRÁFICO 98 - DISTRIBUIÇÃO DE CEO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA.



Fonte: CGSB/ MS/ Out 2023.

Do total de CEOs no estado, 57 aderiram à Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência junto ao Ministério da Saúde, o que representa 54% do total. Esses serviços recebem um adicional de 20% no custeio mensal. A Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023, instituiu o SESB. Esse serviço permite que os municípios que não possuem CEO, com população de até 20.000 habitantes e cobertura mínima de 75% de Equipes de Saúde Bucal, possam solicitar credenciamento. O Ministério da Saúde disponibiliza financiamento para capital ou custeio no valor de R\$ 24 mil reais e R\$ 7 mil para custeio. Também haverá

financiamento por desempenho de indicadores, no valor de R\$ 1.800,00 reais. A Paraíba já possui 40 solicitações de SESB, e os demais municípios estão recebendo suporte técnico da área técnica de saúde bucal da SES para pleitear o serviço.

Em relação aos Laboratórios de Próteses Dentárias, na Paraíba existem um total de 207, que oferecem serviços de próteses totais mandibulares e maxilares, próteses removíveis mandibulares e maxilares e próteses individuais coronárias, distribuídos por Macrorregião (Gráfico 99).

GRÁFICO 99 - DISTRIBUIÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE, PARAÍBA.



Fonte: DATASUS/ CGSB/ MS.

Sob gestão estadual, temos o CEO tipo 3 – COCA e o Laboratório de Prótese Dentária (LRPD). Trata-se de serviços especializados de odontologia do SUS, nos quais são oferecidos atendimentos em: procedimentos básicos para portadores de deficiência e necessidades especiais, periodontia, endodontia, estomatologia, cirurgia oral menor e próteses (portais mandibulares e maxilares, próteses removíveis mandibulares e maxilares e próteses coronarianas).

Em relação ao câncer de boca, está disponível, de forma gratuita, o aplicativo móvel "TeleEstomato PB", importante ferramenta para o diagnóstico, manejo e acompanhamento de lesões bucais. O aplicativo permite que os dentistas do SUS na Paraíba tenham acesso a suporte especializado em estomatologia e auxílio na identificação e encaminhamento para os serviços especializados em câncer de lábio e boca. Para os serviços de diagnóstico do câncer de boca, as referências são o Centro Estadual de Diagnóstico do Câncer (CEDC) em João Pessoa, o laboratório do Hospital Universitário em João Pessoa e o laboratório da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em Campina Grande.

Através de financiamento do Ministério da Saúde, serão disponibilizados recursos para a aquisição de aparelhos de raio-X panorâmico. A proposta é que esses serviços sejam implementados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, proporcionando acesso da população a exames por imagem necessários para determinados tipos de procedimentos especializados. Na atenção terciária, o estado oferece serviços para

o tratamento do câncer de boca por meio do Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa e do Hospital da FAP em Campina Grande. Para casos de traumas de face e boca, há Cirurgiões Dentistas Buco Maxilo atuando nos seguintes serviços: Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa, Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga em Campina Grande, Hospital Janduhy Carneiro em Patos, Hospital Regional de Monteiro e Hospital Regional de Picuí.

O Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires em Santa Rita oferece atendimento odontológico para pacientes internados com cardiopatias e neuropatias, seguindo o protocolo clínico do Hospital. O Complexo Hospitalar Infantil Arlinda Marques também oferece atendimento odontológico para pacientes internados com idade até 17 anos e 11 meses. Para pacientes com deficiência que necessitam de anestesia geral e/ou sedação, esses serviços estão disponíveis no Hospital das Clínicas em Campina Grande e no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires em Santa Rita.

Outros atendimentos especializados incluem disfunções temporomandibulares no Hospital Universitário em João Pessoa e na clínica odontológica da UEPB, e serviços de correção de fissuras lábios palatais no Hospital Universitário em João Pessoa. Além desses serviços, há o CEO tipo 3 sob gestão estadual, que disponibiliza serviços de atendimento básico para portadores de deficiência e necessidades especiais, periodontia,

endodontia, estomatologia e cirurgia oral menor.

Visando contribuir com as transformações do processo de trabalho e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde bucal prestados à população, a Coordenação Estadual possui parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de ações de educação permanente. Dentre essas parcerias, destaca-se a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que oferece capacitações aos

dentistas que atuam na Rede Saúde Bucal do SUS na Paraíba, por meio dos "Ciclos de Atualização em Saúde Bucal no SUS". Além disso, outro importante parceiro nas capacitações é a UEPB, que oferece a residência uniprofissional nas especialidades do CEO e LRPD. Trata-se de uma iniciativa pioneira no Brasil, abrangendo as especialidades de atendimento básico em portadores de necessidades especiais, periodontia, endodontia, cirurgia/estomatologia e prótese dentária.

8.1.10 SAÚDE DO HOMEM

O Estado da Paraíba tem trabalhado a saúde do homem como parte de um conjunto de políticas estratégicas, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), especificamente no Anexo XII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (PRT MS/GM 1944/2009). Os eixos prioritários dessa política são: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; saúde sexual e saúde reprodutiva; prevenção de acidentes e violência; e doenças prevalentes na população masculina. Todas as ações são desenvolvidas com base nos princípios do SUS e considerando a APS como responsável pela organização e coordenação do cuidado.

A PNAISH está alinhada com a PNAB, que é uma das portas de entrada do SUS, e com estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS. Essa política fortalece as ações e serviços em redes de cuidados de saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família e evitando a setorialização ou segmentação dos serviços. De acordo com a PNAISH, o trabalho deve ser direcionado para a

população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos, mas também se deve considerar as Linhas de Cuidado pelos Ciclos de Vida, pois é importante fornecer estratégias de cuidado que abranjam desde a infância até o envelhecimento, buscando ações que tratem o homem de forma integral.

Para cumprir esses princípios de humanização e qualidade da atenção integral, é necessário considerar o acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede. Isso possibilitará melhorias na resolução de problemas e no acompanhamento do usuário pela equipe de saúde. Além disso, é importante promover a melhoria das condições de saúde da população masculina da Paraíba, contribuindo efetivamente para a redução da morbidade e mortalidade nessa população. Isso pode ser alcançado por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e facilitando o acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde.

8.1.11 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento ativo e saudável é uma prioridade da Política de Atenção à Pessoa Idosa na Paraíba, sendo um dos estados nordestinos com o maior número de pessoas idosas. De acordo com o IBGE (2022), a parcela idosa da população brasileira, com 60 anos ou mais, aumentou para 15,1% em 2022. Dez anos

antes, em 2012, o percentual era de 11,3%. A expectativa de vida para a população brasileira atingiu 76,2 anos, de acordo com a OMS, sendo 80,5 anos para as mulheres e 73,6 anos para os homens. O aumento da expectativa de vida é resultado de conquistas sociais e da melhoria das condições de vida, como o acesso ampliado

a serviços médicos preventivos e curativos, avanços na tecnologia médica, expansão da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

Os dados apresentados na análise da situação de saúde mostram um crescimento contínuo da população idosa na Paraíba e um aumento nas condições crônicas. Esses dados reforçam a necessidade de fortalecer as ações nos municípios, visando ao envelhecimento ativo e à participação social nesse processo. O número de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis está aumentando, com uso contínuo de medicamentos e maior risco de descompensação clínica, resultando em internações frequentes e, conseqüentemente, no aumento de comorbidades e mortalidade nessa faixa etária.

Dessa forma, a SES da Paraíba tem se baseado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como objetivos principais a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos idosos, com a organização de ações e serviços que direcionem medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do

SUS. Embora as orientações previstas na PNSPI continuem atualizadas e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as da atenção básica, bem como as demandas específicas dessa população, o que requer um esforço maior para ampliar o acesso, incluir e/ou fortalecer o cuidado integral, levando em consideração as especificidades da população idosa nas redes existentes.

Assim, com base nas orientações do Ministério da Saúde, o estado tem como prioridade o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços voltados para essa população, já desenvolvidos nos territórios, a fim de reconhecer e articular diferentes pontos de atenção, formando a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Primária como coordenadora e organizadora do cuidado. Portanto, é evidente e necessário um trabalho conjunto entre a gestão estadual e municipal na busca por ações compartilhadas para a construção de iniciativas com prioridade nas seguintes áreas: atenção domiciliar, centros-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e qualidade do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS).

8.1.12 SAÚDE PRISIONAL

A Assistência à Saúde no Sistema Prisional foi instituída pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e abrange ações individuais e coletivas com o objetivo de promover, prevenir, reduzir e/ou eliminar riscos e danos à saúde da população privada de liberdade (PPL) por meio de serviços de atenção primária e serviços complementares.

A saúde prisional garante a saúde e o bem-estar da população carcerária, que frequentemente enfrenta condições

desfavoráveis devido ao ambiente prisional. Das 66 unidades prisionais estaduais, 15 já possuem equipes de Atenção Primária Prisional (APP) implantadas e distribuídas em 10 municípios. Nove dessas equipes são gerenciadas pela SES, sendo que apenas três delas estão habilitadas. Além disso, é importante destacar que todas as seis equipes gerenciadas pelas gestões municipais estão habilitadas de acordo com a portaria 2298 de 09 de setembro de 2021. Isso sugere que mais municípios poderiam se envolver na habilitação de equipes de APP, uma vez que fazem parte da APS, que é de competência municipal.

TABELA 18 – LOCALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL (APP).

Macrorregião	Unidade Prisional	Número de pessoas privadas de liberdade
1ª	Penitenciária Desembargador Silvio Porto; Centro de Reeducação Feminino Maria Júlia Maranhão; Penitenciária Dr. Romeu Gonçalves de Abrantes; Penitenciária de Psiquiatria Forense Penitenciária Desembargador Flósculo da Nóbrega; Penitenciária Padrão de Santa Rita; Cadeia Pública de Itabaiana Penitenciária Regional João Bosco Carneiro;	5.221
2ª	Penitenciária Regional de Campina Grande – Serrotão; Penitenciária Padrão Máxima de campina Grande; Cadeia Pública de Esperança	1.850
3ª	Penitenciária Romero da Nóbrega; Penitenciária Padrão de Cajazeira; Cadeia Pública de Piancó; Cadeia Pública Conceição	989

Fonte: INFOPEN PB, 4 de maio de 2023.

Contudo, é atendida uma população carcerária de 8.060, de um total de 11.258 pessoas. Garantir o fornecimento de cuidados de saúde adequados é crucial para assegurar

que esses privados de liberdade tenham uma chance justa de reabilitação e reintegração na sociedade após o cumprimento de suas penas.

8.2 EQUIDADE EM SAÚDE

A promoção da equidade é um dos princípios do SUS que está diretamente relacionado aos conceitos de igualdade e justiça social. Isso implica respeitar as necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, incluindo o reconhecimento de fatores sociais determinantes, como a etnia e raça, e as diferentes condições de vida que afetam a saúde, como moradia, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros.

A SES/PB trabalha com o objetivo de promover políticas de equidade em saúde, implementando políticas públicas específicas para grupos populacionais selecionados, tais como: população negra e quilombola, povos indígenas e de terreiro, população rural, populações ciganas, pessoas em programas de proteção, pessoas privadas de liberdade, população imigrante, refugiados e apátridas, vítimas de tráfico de pessoas, população em situação de rua, população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e pessoas com albinismo.

FIGURA 16 - CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS DE EQUIDADE DA SES/PB.



Fonte: Área Técnica de Saúde da População Negra, SES PB, 2023.

Com relação à população negra, o estado da Paraíba alcança o percentual de 58,39% da população total, referente ao somatório de pretos e pardos de 2.199.587 habitantes. A população branca compreende 1.499.253 habitantes (39,80%), seguidos de 48.487 amarelos (1,28%) e 19.149 habitantes indígenas (0,50%), dos 3.766.528 habitantes que somam a população total segundo o IBGE em 2010. No entanto, de acordo com a atualização populacional feita pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, IBGE, 2016), a Paraíba alcança o percentual de 65% de pessoas negras. Essa diversidade étnico-racial presente no estado ainda não é tratada com igualdade, equidade e com a devida valorização das populações, visto que a população negra lidera os piores índices de desenvolvimento humano e é vítima de racismo, intolerância religiosa e outras formas de violência e negação de direitos.

Com o objetivo de enfrentar as desigualdades étnico-raciais, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com o intuito de superar as barreiras estruturais e cotidianas que afetam negativamente os indicadores de saúde dessa população, como a precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência. De acordo com o Ministério da Saúde (2017), as doenças genéticas e hereditárias que mais afetam a população negra são apresentadas no Quadro 14



QUADRO 14 - DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA.

Causas	Doenças
Geneticamente determinadas têm origem hereditária ou étnica, que tornam os negros mais suscetíveis	Anemia falciforme, pressão alta, diabetes e uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose-6-fosfatodesidrogenase. Incidentes sobre outros grupos étnico-raciais também são mais graves ou de tratamento mais difícil quando acomete negros e pardos.
Adquiridas ou derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis	Alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil, abortos, anemia ferropriva, IST, HIV/AIDS, doenças do trabalho e transtorno mentais.
Evolução agravada pela dificuldade de tratamento	Comuns em toda a população, são mais graves entre os negros devido às carências econômicas, sociais e culturais: doença coronariana, insuficiência renal crônica, cânceres e mioma.
Condições fisiológicas agravadas pelo contexto socioeconômico	Problemas no crescimento, gravidez, parto e envelhecimento. Esses quatro fatores biológicos, quando afetados pelas condições desfavoráveis, constituem situações de risco para o aparecimento de doenças.

Fonte: Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra.

A implementação da PNSIPN em âmbito estadual se consolida através das seguintes ações: implementação e fomento do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra, conforme Portaria GS/SES 467, de 06 de setembro de 2012; implementação do Decreto Estadual nº 33.486, que estabelece a inclusão do quesito raça e cor nos sistemas de informações, fichas de atendimento, cadastros e outros documentos no âmbito do Poder Executivo Estadual; articulação para inclusão da temática nos processos de educação permanente, bem como promoção de processos de qualificação, humanização e fortalecimento das ações de atenção e cuidado às pessoas com Doença Falciforme, incluindo triagem neonatal, reorganização do fluxo, atendimento

especializado ambulatorial, atendimento em casos de urgências/emergências e atenção diferenciada na internação, além da dispensação de medicamentos na assistência farmacêutica. Para atender às necessidades de saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais, temos a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que estabelece no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), e a Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, que altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para estabelecer, no SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, como instrumentos norteadores.



A Paraíba é um estado com uma significativa diversidade étnico-racial, com uma presença majoritária da população negra e de diferentes povos e comunidades tradicionais, incluindo povos originários, como os indígenas potiguara e tabajara, comunidades quilombolas,

população cigana e povos de terreiro, espalhados por todo o território paraibano. Atualmente, o estado conta com 49 comunidades quilombolas, sendo que 46 estão certificadas pela Fundação Palmares e 3 estão em processo de certificação (Quadro 15).

QUADRO 15 - COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA PARAÍBA.

Macrorregião	GRS	Município	Quilombo
1ª	1ª	Conde	Mituaçu Gurugi Ipiranga
		João Pessoa	Paratibe/Urbano
	2ª	Dona Inês	Cruz da Menina
		Gurinhém/Remígio	Matão
	12ª	Ingá	Pedra D'água
Riachão do Boca Marte		Grilo	
2ª	3ª	Alagoa Grande	Caiana dos Crioulos Engenho do Bonfim
		Areia	Novo Mundo
	16ª	Livramento	Sussuarana Vila Teimosa
		Serra Redonda Boa Vista	Areia de Verão Sítio Matias Santa Rosa
	4ª	Nova Palmeira/Picuí	Serra do Abreu
		São João do Tigre	Cacimba Nova Cantinho
	5ª	Serra Branca	Lagoinha Ligeiro de Baixo
		Camalaú	Roça Velha
	6ª	Santa Luzia	Serra do Talhado Talhado Urbano
		Várzea	Pitombeira
Cacimbas		Serra Feia Aracati/Chã	
7ª	Coremas	Barreiras Mãe D'água Negras de Santa Tereza	
	Diamante	Sítio Vaca Morta Barra de Oitis	
	Pedra Branca	Poço do Angico - em Processo de Certificação	
3ª	8ª	Catolé do Rocha	Lagoa Rasa Curralinho/Jatobá São Pedro dos Miguéis
		São Bento	Pau de Leite – Em Processo de Certificação Contendas Terra Nova
	9ª	Triunfo	Os Quarenta/Urbano
		Cachoeira dos Índios	Sítio Cipó – Em Processo de Certificação
	11ª	Manaíra	Fonseca
		São José de Princesa Tavares	Sítio Livramento Domingos Ferreira
		Cajazeirinhas	Vinhas Umburaninha
	13ª	Pombal	Os Rufino
			Os Barbosa/Urbano Os Daniel

Fonte: SES PB, 2023.

QUADRO 16 - POPULAÇÃO INDÍGENA DA PARAÍBA.

MUNICÍPIO	INDÍGENAS
Baía da Traição	Aldeia Akajutibiró; Aldeia Benfica; Aldeia Bento; Aldeia Cumaru; Aldeia Forte; Aldeia Galego; Aldeia Lagoa do Mato; Aldeia Laranjeira; Aldeia Santa Rita; Aldeia São Francisco; Aldeia São Miguel; Aldeia Silva; Aldeia Tracoeira; Aldeia Tambá
Conde	Aldeia Gramame; Aldeia Nova Conquista; Aldeia Vitória
Marcação	Aldeia Brejinho; Aldeia Caieira; Aldeia Camurupim; Aldeia Carneira; Aldeia Coqueirinho; Aldeia Estiva Velha; Aldeia Grupiuna; Aldeia Grupiuna de Cima; Aldeia Jacaré de César; Aldeia Jacaré de São Domingos; Aldeia Lagoa Grande; Aldeia Os Cândido; Aldeia Tramataia; Aldeia Três Rios; Aldeia Val; Aldeia Ybykuara
Rio Tinto	Aldeia Jaraguá; Aldeia Mata Escura (Boréu); Aldeia Monte Mór; Aldeia Silva do Belém

Fonte: SES PB, 2023.



QUADRO 17 - POPULAÇÃO CIGANA DA PARAÍBA.

MUNICÍPIO	CIGANOS
Condado	Rancho Cigano
Coremas	Rancho
Imaculada	Rancho
Juazeirinho	Rancho
Mamanguape	Rancho Cigano
Patos	Rancho
Picuí	Rancho
Santa Luzia	Rancho
São José do Rio do Peixe	Rancho
Sousa	Rancho 01, Rancho 02, Rancho de Baixo e Rancho de Cima
Bonito de Santa Fé	Rancho
Monte Horebe	Rancho
São José de Piranhas	Rancho
Serra da Arara	Rancho
Aparecida	Rancho
Campina Grande	Rancho
João Pessoa	Rancho
Esperança	Rancho
Remígio	Rancho
Casserengue	Rancho
Solânea	Rancho
Conceição	Rancho
Cajazeiras	Rancho

Fonte: SES PB, 2023.

A participação em espaços de controle social e intersetoriais colaboram com o avanço na discussão e implementação das políticas de

promoção da equidade, destaca-se alguns espaços, elencados no Quadro 18.

QUADRO 18 - INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE.

Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial

Conselho Estadual de Direito das Mulheres

Rede de Atenção Às Mulheres Vítimas de Violência

Conselho Deliberativo do Programa de Proteção de Vítimas e Testemunhas Ameaçadas de Morte

Conselho de Saúde Indígena

Conselho de Saúde LGBTQIA+

GT de Políticas Para Mulheres do Campo

Ponto Focal do Programa Estadual de Proteção Aos Defensores de Direitos Humanos

Programa Migracidades

Comissão Estadual de Erradicação do Trabalho escravo da Paraíba

Comitê Estadual de Enfrentamento ao Tráfico e Desaparecimento de Pessoas

Fonte: SES PB, 2023.

A instituição dessas políticas corrobora com as responsabilidades de cada esfera de gestão na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil para garantir o acesso da população negra, povos e comunidades tradicionais a ações e serviços de saúde de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual,

8.3 PROJETO SAÚDE PLENA

A saúde é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar da sociedade. Nos últimos anos, a saúde da Paraíba tem avançado com a implementação de programas como o Opera Paraíba, que ampliou o acesso a cirurgias eletivas e tem o objetivo de expandir as especialidades médicas; a Rede Cuidar, que foca no atendimento de crianças com cardiopatias congênitas; o Projeto Vacina mais Paraíba; o Coração Paraibano, uma rede estruturada para atendimento de urgência e emergência cardiológica, incluindo transporte terrestre e aeromédico em todo o estado; e o Projeto Amar, que traz financiamento internacional para construção e reforma de infraestruturas de saúde.

Apesar desses avanços, a saúde na Paraíba ainda enfrenta desafios como a desigualdade no acesso a serviços médicos de média e alta complexidade no sertão do estado, a falta de atendimento em determinadas áreas e a necessidade de melhorar a eficiência da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para além disso, o aumento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) é um desafio para a saúde pública, uma vez que são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no país foram causados por DCNT, e 11,5% por agravos. Na Paraíba, em 2021, houve uma maior prevalência de internações por doenças cardiovasculares (44,05%), seguidas por neoplasias (35,01%), doenças respiratórias crônicas (14,87%) e diabetes (5,91%).

geracionais e de classe. Com o objetivo de estimular e apoiar a formulação de políticas públicas que reduzam as iniquidades dessas populações em âmbito estadual, a SES visa apoiar os municípios para a implantação e implementação de estratégias que possam ampliar e qualificar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde baseadas nas políticas que contemplam o SUS.

Reduzir a morbimortalidade por DCNT é um desafio que envolve a promoção, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, é necessário apoiar os serviços de saúde voltados para o tratamento dessas doenças. Dessa forma, o sistema de saúde precisa estar preparado para oferecer atendimento integrado e longitudinal aos usuários com doenças crônicas. Para isso, é fundamental fortalecer a coordenação da assistência com a APS.

Considerando a rede de saúde existente na Paraíba, é necessário fortalecer as três macrorregiões de saúde, bem como implementar ações que abordem os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Também é importante efetivar uma política de cuidados de urgência para os portadores de DCNT na rede de urgência, garantindo acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nas unidades hospitalares e nas UPAs 24h, de forma ágil e oportuna. Além disso, é necessário fortalecer a atenção especializada no estado, proporcionando cuidados adequados às necessidades da população.

A política de saúde implementada pelo governo estadual baseia-se no conceito de descentralização e regionalização das ações de

média e alta complexidade. Nesse contexto, destaca-se o projeto Saúde Plena como uma proposta inovadora e transformadora para os desafios enfrentados na área da saúde do estado. Por meio de iniciativas e avanços tecnológicos, o projeto visa revolucionar o setor e tornar a saúde mais acessível, interiorizada, eficiente e voltada para a prevenção e promoção da saúde.

O projeto Saúde Plena tem como objetivo consolidar o fortalecimento do SUS na Paraíba, abrangendo desde as ações da Atenção Primária em Saúde até as necessidades de procedimentos de alta complexidade. A regionalização é a diretriz prioritária e representa um marco histórico na gestão do governador João Azevedo (2019–), sendo entendida como uma estratégia para superar as

8.4 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Um dos componentes da estrutura operacional da RAS são os pontos de atenção secundária à saúde. Os serviços de atenção secundária são conhecidos como serviços de atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico, e atendimento de urgência e emergência. O processo de regionalização em saúde, a implementação de redes de atenção prioritárias e o investimento em saúde pública são essenciais para otimizar a oferta desses serviços.

dificuldades de acesso e a fragmentação dos serviços de saúde. Para isso, é necessário organizar de forma funcional o SUS, definindo as responsabilidades dos entes federados e os fluxos de referência, a fim de garantir o acesso à população residente em cada região.

Além disso, uma vertente do Projeto Saúde Plena é a formação continuada em saúde, a educação permanente, sendo uma prioridade para a SES a valorização das linhas de cuidado, a fim de fortalecer a saúde e reduzir a mortalidade infantil e materna, bem como atender outras necessidades da população. Por isso, faz-se necessário um investimento na capacitação dos profissionais que compõem a rede de saúde paraibana.

A atenção especializada no SUS é composta por serviços assistenciais especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com uma densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Ela abrange um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais que são realizadas em uma área geograficamente delimitada. Essa área é caracterizada pela incorporação de processos de trabalho que envolvem uma maior densidade tecnológica, também conhecida como tecnologias especializadas.

8.4.1 AMBULATORIAL

Dentro da atenção especializada, o subcomponente ambulatorial especializado consiste em uma série de ações e serviços eletivos com tecnologia de média e alta complexidade, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado. A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é o segundo nível de acesso dos cidadãos à atenção à saúde, realizando atendimentos por meio de consultas e exames especializados, podendo estar ou não inserida em uma estrutura hospitalar e atuando como referência da APS.

No estado da Paraíba, têm sido intensificadas as ações no sentido de melhor estruturar a RAS, com vistas a garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da rede de atenção especializada. Para tanto, tem-se buscado

aumentar e reorganizar a oferta de serviços ambulatoriais para a população paraibana.

Os atendimentos ambulatoriais especializados que são efetuados nos hospitais da rede estadual atendem diversas especialidades distribuídas nas três Macrorregiões de Saúde, que são elas: cardiologia, cirurgia da mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, coloproctologia, endocrinologia e metabologia, ginecologia e obstetrícia, mastologia, neurologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, urologia, clínica médica, psiquiatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia cardiovascular, cirurgia torácica, neurocirurgia, ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais, pneumologia, dermatologia, cirurgia oncológica, cirurgia plástica, gastroenterologia e endoscopia.

8.4.2 PRÉ-HOSPITALAR FIXO

A UPA é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS e o ESF e a rede hospitalar. Ela faz parte de uma rede organizada de atenção às urgências, juntamente com essas outras unidades. A UPA funciona ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias da semana, incluindo feriados. Seu objetivo é fornecer suporte à atenção básica para casos agudos que não possam ser resolvidos na própria unidade, além de reduzir o número de pacientes que procuram os hospitais.

No estado da Paraíba, há quatro UPAs sob gestão estadual. Essas unidades estão estrategicamente localizadas nos municípios de Cajazeiras, Santa Rita, Princesa Isabel e Guarabira, para atender às necessidades da população paraibana. Mais informações sobre essas unidades podem ser encontradas no capítulo específico que aborda a Rede de Atenção à Urgência e Emergência.

8.4.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

A Atenção Hospitalar tem sido debatida no âmbito do SUS desde seu início. Os hospitais desempenham um papel importante na rede de saúde, oferecendo uma variedade de serviços de média e alta complexidade, além de receberem uma quantidade significativa de recursos.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 02/2017, anexo XXIV da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas, com uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, desempenhando um papel fundamental na assistência à saúde. Eles são referências para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico,

tratamento e reabilitação, visando a continuidade e integralidade do cuidado aos usuários.

A integração entre hospitais e outros pontos de atenção da RAS é valorizada para garantir um acompanhamento efetivo e abrangente ao usuário. O modelo de atenção é centrado no cuidado ao paciente, com a participação de diferentes especialidades e profissionais de saúde, considerando as necessidades e demandas específicas de cada região. Isso promove uma cobertura territorial adequada e uma distribuição equitativa dos recursos.

A rede hospitalar estadual da Paraíba é composta por diversos hospitais

distribuídos nas diferentes regiões de saúde do estado. O objetivo é garantir assistência de qualidade aos usuários do SUS. Essa rede é diversa, com hospitais de diferentes capacidades, complexidades e especialidades.

Ao todo, são 34 hospitais que fazem parte da rede própria estadual da Paraíba. Cada um deles desempenha um papel fundamental no atendimento às necessidades de saúde da população, oferecendo serviços em diversas especialidades e níveis de complexidade. Os hospitais estão distribuídos em 14 regiões de saúde do estado e possuem características específicas que definem sua atuação na prestação de serviços de saúde (Quadro 19).

QUADRO 19 - CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO ESTADO DA PARAÍBA.

1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		
UNIDADE HOSPITALAR	REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	PERFIL DE ATENDIMENTO
Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira	1ª/João Pessoa	Atenção psicossocial. Possui acolhimento e pronto atendimento. Oferece atendimento ambulatorial e hospitalar de média complexidade, com serviço de internação e SADT.
Hospital Infantil Arlinda Marques	1ª/João Pessoa	Hospital pediátrico com atendimento em urgência e emergência. Referência em cardiologia, neurologia e cirurgia eletiva pediátrica.
Complexo de Doenças Infecçãocontagiosas Clementino Fraga	1ª/João Pessoa	Hospital especializado em doenças infectocontagiosas, referência para todo o estado da Paraíba.
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	1ª/João Pessoa	Atendimento ao politraumatizado, emergências e urgências clínicas e cirúrgicas. Perfil de atendimento para média e alta complexidades.
Maternidade Frei Damião	1ª/João Pessoa	Unidade Especializada em Ginecologia e Obstetrícia. Referência em emergências obstétricas, com atendimento para gestante de alto risco. Referência no Programa de Assistência às Pessoas em Situação de Violência Sexual.
Hospital General Edson Ramalho	1ª/João Pessoa	Atendimento em urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, pediatria, otorrinolaringologia, terapia intensiva adulto, unidade de cuidados intermediários neonatal, terapia intensiva neonatal.
Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires	1ª/Santa Rita	Referência estadual em média e alta complexidades, nas especialidades de neurologia e cardiologia. Possui terapia intensiva adulto e pediátrica, unidade coronariana, clínica médica, clínica cirúrgica e

transplante.

Hospital Distrital de Belém	2ª/Belém	Hospital geral com atendimento de urgência à demanda local e de municípios circunvizinhos. Presta assistência nas especialidades básicas e estratégicas, como cirurgia geral, obstetrícia, clínica médica e pediatria.
Hospital Regional de Guarabira	2ª/Guarabira	Hospital geral referência para os municípios da 2ª região de saúde. Faz parte da porta de entrada da Rede Estadual de Urgência e Emergência. Presta assistência em média e alta complexidade, em clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia/ginecologia, pediatria, terapia intensiva adulto e ambulatório de especialidades.
Hospital Distrital de Lagoa de Dentro	2ª/Lagoa de Dentro	Hospital geral programado para atender as especialidades básicas: clínica médica, obstetrícia e pediatria. Conta com leitos para observação, atendendo a demanda local.
Hospital Distrital de Serraria	2ª/Serraria	Hospital Geral com atendimento em clínica médica, obstetrícia e pediatria.
Hospital Dr. Francisco Assis de Freitas	2ª/Solânea	Hospital geral com atendimento de urgência e emergência à demanda local e de municípios circunvizinhos. Conta com cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e sala de parto.
Hospital Regional de Itabaiana	12ª/Itabaiana	Hospital geral com atendimento em urgência e emergência. Presta assistência nas especialidades de clínica médica, obstetrícia e ginecologia, cirurgia geral e pediatria.
Hospital Geral de Mamanguape	14ª/Mamanguape	Presta atendimento em urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, ginecologia, pediatria, cardiologia, cirurgia geral, infectologia, serviços de terapia intensiva adulto e neonatal.
Hospital Geral de Itapororoca	14ª/Itapororoca	Hospital geral com atendimento de urgência e emergência. Presta assistência nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia, obstetrícia e pediatria. Realiza cirurgias eletivas periodicamente atendendo a demanda local.

2ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

UNIDADE HOSPITALAR	REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	PERFIL DE ATENDIMENTO
Hospital Regional de Picuí	4ª/Picuí	Presta atendimento em cardiologia, cirurgia geral, obstetrícia clínica e cirúrgica, clínica médica, infectologia, terapia intensiva adulto, terapia intensiva neonatal e pediatria clínica.
Hospital Regional Santa Filomena	5ª/Monteiro	Hospital e maternidade regionais com atendimento de urgência e emergência, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia clínica e cirúrgica.
Hospital Geral de Queimadas	15ª/Queimadas	Hospital e maternidade de média complexidade, referência para os municípios circunvizinhos em clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, obstetrícia e neonatologia. Atende urgências e emergências com acolhimento e classificação de risco. Possui unidade de cuidados intermediários neonatal. Conta ainda com angiologia, proctologia, ginecologia, cardiologia e pediatria.
Hospital Regional de Emergência e Trauma	16ª/Campina Grande	Perfil de atendimento para média e alta complexidade. Voltado para atendimento ao politraumatizado,

Dom Luiz Gonzaga Fernandes		urgência e emergência, clínica cirúrgica e queimados. Especialidades ofertadas: cardiologia, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, cirurgia de mão, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, endoscopia, hematologia, infectologia, serviços de terapia intensiva adulto e infantil, serviços de neurocirurgia, neurologia, nefrologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria clínica, radiologia, urologia, ultrassonografia e hemodinâmica;
----------------------------	--	--

Hospital de Clínicas de Campina Grande	16ª/Campina Grande	Hospital com perfil de atendimento para média e alta complexidade. Conta com terapia intensiva, clínica médica, clínica cirúrgica, cirurgia geral eletiva e hemodinâmica.
--	--------------------	---

Hospital Distrital de Taperoá	16ª/Taperoá	Hospital geral com atendimento de urgência e emergência. Presta assistência nas especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia, obstetrícia e pediatria.
-------------------------------	-------------	--

3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE		
UNIDADE HOSPITALAR	REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	PERFIL DE ATENDIMENTO

Hospital e Maternidade Sinhá Carneiro	6ª/Santa Luzia	Hospital geral com atendimento de urgência e emergência à demanda local. Conta com cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e pediatria.
---------------------------------------	----------------	---

Hospital Francisco Bento Cabral	7ª/Aguiar	Hospital geral programado para atender clínica médica, pediatria, como também, ambulatório com observação. Atende a demanda local.
---------------------------------	-----------	--

Hospital Regional de Coremas	7ª/Coremas	Referência local e para demais municípios próximos no atendimento de urgência e emergência, clínica médica, cirurgias eletivas de pequeno e médio portes, obstetrícia, dermatologia e pediatria.
------------------------------	------------	--

Hospital Distrital de Itaporanga	7ª/Itaporanga	O hospital presta atendimento em urgência e emergência, nas especialidades de média complexidade: cirurgia geral, clínica médica, cardiologia, pediatria, ortopedia, radiologia, obstetrícia e psiquiatria.
----------------------------------	---------------	---

Hospital Wenceslau Lopes	7ª/Piancó	Atendimento em urgência e emergência e nas seguintes especialidades: cirurgia geral, clínica médica, terapia intensiva adulto, pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria.
--------------------------	-----------	---

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos	8ª/Catolé do Rocha	O serviço garante o atendimento em urgência e emergência à demanda local e referenciada da 8ª região de saúde. Conta com as especialidades de cardiologia, cirurgia geral, unidade de terapia intensiva, clínica médica, obstetrícia clínica e cirúrgica, pediatria, endoscopia digestiva, ultrassonografia e psiquiatria.
---	--------------------	--

Hospital Regional de Cajazeiras	9ª/Cajazeiras	Hospital geral com atendimento de portas abertas, realiza atendimento à mulher em diversas condições obstétricas, inclusive vítimas de violência sexual. Atende nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, urologia, nefrologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, endoscopia, infectologia, serviços de terapia intensiva adulto, clínica pediátrica, ortopedia e traumatologia, radiologia, ultrassonografia, ginecologia e obstetrícia.
---------------------------------	---------------	---

Hospital Regional de Sousa	10ª/Sousa	O hospital presta assistência nas seguintes especialidades: cardiologia, radiologia, oftalmologia, urologia, otorrinolaringologia, cardiovascular, nefrologia, oncologia, ortopedia, ultrassonografia, cirurgia plástica, cirurgia geral, unidade de terapia intensiva adulto e clínica médica.
Hospital Distrital Senador Ruy Carneiro	13ª/Pombal	Hospital conta com urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia, obstetrícia, pediatria, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, endoscopia, terapia intensiva adulto, ortopedia, otorrinolaringologia, radiologia, urologia, ultrassonografia e endocrinologia.
Maternidade Dr. Peregrino Filho	6ª/Patos	Unidade especializada em ginecologia, obstetrícia e neonatologia. referência em gravidez de alto risco para todo o sertão da paraíba. Presta atendimento ambulatorial, internação, SADT e urgência e emergência obstétrica à demanda local/espontânea e referenciada. Conta também com o banco de leite humano.
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro	6ª/Patos	Hospital voltado para atendimento ao politraumatizado, urgência e emergência, clínica médica, cardiologia, oncologia e terapia intensiva.
Hospital Infantil Noaldo Leite	6ª/Patos	Hospital Referência em Pediatria para todo o sertão paraibano. Oferece atendimento ambulatorial, internação, SADT e Urgência e Emergência a demanda local e referenciada. Possui leitos de cirurgia geral, UTI pediátrica, pediatria clínica e pediatria cirúrgica.

Fonte: Gerência Executiva de Atenção Especializada – GEAE/SES – PB.

A Gerência Executiva de Atenção Especializada (GEAE) tem o papel de gerenciar a rede hospitalar estadual da Paraíba, visando garantir o pleno funcionamento dos hospitais. Várias medidas foram adotadas para melhorar a qualidade do atendimento hospitalar no estado, como a introdução de equipamentos tomógrafos nas unidades. Isso é um avanço importante para o acesso a exames diagnósticos, especialmente em situações de urgência e emergência. Em 2022, quatro tomógrafos foram instalados nos hospitais da rede estadual, distribuídos nas macrorregiões de saúde da seguinte forma: um no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (1ª Macrorregião), um no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes (2ª Macrorregião), um no Hospital Regional de Picuí (2ª Macrorregião) e um no Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro (3ª Macrorregião). Outra medida importante é a padronização dos materiais médico-hospitalares nos Hospitais de Pequeno,

Médio e Grande Porte, bem como nas UPAs em todo o estado.

Com isso, busca-se garantir a qualidade e segurança dos insumos utilizados, além de promover uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis.

É relevante ressaltar que são realizadas coletas, análises e acompanhamentos mensais de indicadores hospitalares institucionais, obstétricos e absolutos, com retorno quadrimestral às unidades hospitalares. Esse processo ajuda a identificar pontos fracos e pontos fortes para promover um ciclo de melhoria contínua. Outra iniciativa importante foi a elaboração do Manual Assistencial de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que busca padronizar as orientações de cuidado aos pacientes em estado crítico, garantindo a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes. Esse material foi lançado durante o II Encontro das Unidades Estaduais de Terapia Intensiva e disponibilizado



para todos os serviços de terapia intensiva do estado. O evento contou com a participação de profissionais de saúde de toda a Paraíba, incluindo diretores de unidades hospitalares, médicos, profissionais de enfermagem e outros envolvidos no cuidado.

Além disso, estão sendo realizadas melhorias e expansões na infraestrutura hospitalar, como a construção do novo Hospital de Clínicas em Campina Grande durante a pandemia de COVID-19 e a implantação do serviço de hemodinâmica em João Pessoa, Campina Grande e Patos. Houve também a criação de uma UTI Geral no Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos em Catolé do Rocha e de uma UTI pediátrica no Hospital Regional de Cajazeiras. Outra conquista foi a inclusão de transporte aeromédico do tipo UTI no estado da Paraíba, para agilizar o atendimento em situações de emergência e alta complexidade. A rede estadual hospitalar da Paraíba é integrada às outras redes de atenção à saúde, como a rede de atenção básica e a rede de urgência e emergência.

Essa integração garante que os usuários recebam assistência completa e coordenada em todas as etapas do tratamento, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado.

Dessa forma, a rede hospitalar do Estado da Paraíba desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários do SUS. Com sua abrangência e diversidade, essa rede busca atender às necessidades da população paraibana, proporcionando serviços de saúde de qualidade e contribuindo para a melhoria contínua do sistema de saúde como um todo. No entanto, ainda há necessidades a serem abordadas. É preciso reduzir os vazios na assistência, reorganizar os pontos de atenção hospitalar, aumentar a oferta de serviços pré-hospitalares, implementar acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde e reestruturar toda a rede hospitalar. Também é fundamental intensificar as capacitações e qualificações profissionais no âmbito hospitalar, buscando aprimorar continuamente a qualidade da assistência prestada.

8.4.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS constitui-se como uma das áreas estratégicas de um sistema de saúde que tem o medicamento como parte essencial. Esse raciocínio traz à tona, principalmente, a diferenciação dos medicamentos de uso hospitalar e oncológicos, que estão na Atenção Especializada (AE), sendo a responsabilidade pela definição do elenco e fornecimento desses medicamentos das próprias unidades hospitalares.

Após a institucionalização do SUS como política pública de saúde no Brasil, realizou-se a inclusão formal da AF como estratégia do SUS por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. A PNM, como parte integrante e essencial da PNS, representou um marco para a AF por ser um importante instrumento balizador da política de medicamentos no Brasil e, temporalmente, orientou a reorientação da AF, direcionada para seu intenso processo descentralização. Essa nova lógica estabeleceu a responsabilidade dos três níveis de gestão, tanto no que se refere ao financiamento quanto ao estabelecimento de políticas para promover o acesso e o uso racional de medicamentos.

O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e está relacionado à característica da estratégia de acesso pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com respaldo normativo na Portaria GM/MS nº 3.992/2017. Nessa perspectiva e com o intuito de fortalecer a implementação da Política de Assistência Farmacêutica no Estado, em maio de 2023 foi pactuada a Relação Estadual de Medicamentos. Essa relação assume um papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar os medicamentos de distribuição gratuita indicados para o atendimento de doenças e agravos no âmbito do SUS de acordo com as responsabilidades de financiamento da Assistência Farmacêutica entre os entes (União, estados e municípios). O objetivo é buscar transparência, eficiência e economicidade para o sistema de saúde.

As responsabilidades são distintas entre os entes federados, de acordo com o formato adotado de acesso estabelecido. As instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal) possuem responsabilidades em relação ao acesso de medicamentos, divididas em três componentes: básico, estratégico e especializado. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) está relacionado ao acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária. As normas de financiamento e execução do CBAF são estabelecidas pela Portaria de Consolidação (PRC) GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, e os medicamentos estão estabelecidos nos anexos I e IV da RENAME.

O aumento no investimento na CBAF fortalece o princípio da universalização do acesso a medicamentos no SUS. Isso ocorre por meio do desenvolvimento de ações para ampliação do acesso a medicamentos na Atenção Básica, como a implantação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QualifarSUS), o apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, e o repasse de recursos para a organização da Assistência Farmacêutica da saúde de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, realizados pelo Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que o Estado da Paraíba realiza a Contrapartida Estadual aos 223 municípios, uma vez que o financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pelo Artigo n.º 537 da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso a medicamentos e insumos, no âmbito do SUS, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis,

contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. O financiamento é federal, e todos os medicamentos dessa política são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos periodicamente aos estados. Os municípios, por sua vez, assumem as responsabilidades pelo acesso adequado à população. As normas de execução e financiamento do CESAF estão dispostas na Portaria GM/MS nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021.

No que diz respeito ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), este é originariamente de financiamento federal e, atualmente, cofinanciado pelas SES. É, indiscutivelmente, a estratégia de acesso a medicamentos a nível ambulatorial que mais causa preocupação entre os gestores, não apenas em função do vertiginoso crescimento dos custos unitários e do ingresso de novos pacientes, levando ao incremento do total de recursos financeiros necessários incompatíveis com os orçamentos disponíveis, mas também pela diversidade e magnitude das ações e serviços envolvidos no mesmo.

Além dos gastos com medicamentos, resultantes do cofinanciamento do programa, as SES têm despesas operacionais e administrativas para desenvolver as ações de programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos. Também o cadastro dos usuários e o processamento das informações através da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) demandam logística e estruturas específicas. Os usuários são cadastrados no programa mediante atendimento de pré-requisitos, entre eles a verificação dos critérios contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que são documentos técnico-científicos baseados em evidência, que estabelecem critérios para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de uma doença ou agravo em saúde. A complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente e a garantia da integralidade

do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado dos PCDT são divididos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

Grupo 1: Medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em Grupo 1A: Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às SES e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito deste Componente; e Grupo 1B: Medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde, mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas SES e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.

Grupo 2: Medicamentos sob responsabilidade das SES e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF.

Grupo 3: Medicamentos sob responsabilidade dos municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação. Está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o CBAF. O acesso aos medicamentos do CEAF consiste em cumprir algumas etapas: solicitar o medicamento, dispensá-lo ao paciente e renovar o tratamento continuado, que deve ocorrer somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais. No entanto, essas etapas podem ser realizadas pela rede de serviços públicos dos municípios, desde que haja acordo entre os gestores estaduais e municipais, e sejam respeitados os critérios da regulamentação, critérios legais e sanitários vigentes e outros critérios de execução definidos no CEAF.

Atualmente, trabalhamos com 104 protocolos federais, sendo o grupo 1A composto por 134 medicamentos, o grupo 1B por 41 medicamentos e o grupo 2 por 71 medicamentos. O Núcleo de Assistência Farmacêutica agora faz parte da GEAF, juntamente com os componentes da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, configurando-se como o estabelecimento de saúde responsável pela cadeia de medicamentos e outras ações de saúde em que o Estado é obrigado a fornecer por meio de decisões judiciais, sejam elas coletivas ou individuais. A judicialização tem impactos de natureza orçamentária, financeira e administrativa para o sistema público de saúde. O quadro abaixo apresenta os valores financeiros dos produtos adquiridos pela SES para atender demandas judiciais:

QUADRO 20 - VALORES FINANCEIROS DE PRODUTOS ADQUIRIDOS PELA SES PARA O ATENDIMENTO DE DEMANDAS JUDICIAIS.

CLASSIFICAÇÃO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total Geral	%
01 ONCOLOGIA	R\$15.776.537,67	R\$25.926.180,48	R\$13.046.064,50	R\$21.321.589,32	R\$30.591.795,22	R\$44.055.495,75	R\$40.820.855,22	R\$30.075.901,96	R\$34.970.828,37	R\$39.622.568,79	R\$296.207.817,27	50,57%
02 DIABETES	R\$8.389.095,17	R\$10.974.976,70	R\$11.401.148,17	R\$13.008.466,42	R\$5.897.232,46	R\$4.240.496,21	R\$5.341.325,07	R\$8.548.197,30	R\$5.241.159,52	R\$4.771.241,97	R\$77.808.338,98	13,28%
03 OSTEOCROSE	R\$1.645.748,84	R\$4.388.186,00	R\$1.884.335,40	R\$4.126.664,00	R\$3.799.061,90	R\$4.308.489,68	R\$6.410.483,50	R\$8.198.672,00	R\$12.281.790,00	R\$5.080.065,04	R\$52.063.496,36	8,89%
04 PULMONAR	R\$1.296.775,40	R\$3.448.684,26	R\$53.541,60	R\$1.708.548,70	R\$4.206.223,58	R\$3.689.988,73	R\$7.764.245,02	R\$4.386.412,12	R\$8.756.389,98	R\$3.036.142,64	R\$38.346.896,98	6,58%
05 BIOLOGICOS- DIVERSOS	R\$904.236,54	R\$1.548.620,64	R\$807.729,30	R\$1.773.018,67	R\$2.150.599,74	R\$3.270.070,91	R\$3.418.201,41	R\$2.082.760,79	R\$1.998.425,39	R\$3.904.872,40	R\$21.863.535,79	3,73%
06 CFTALMOLOGIA	R\$1.804.889,58	R\$1.486.413,74	R\$1.614.849,36	R\$2.458.700,92	R\$2.384.026,70	R\$2.423.710,67	R\$913.909,08	R\$1.198.670,28	R\$2.301.260,61	R\$1.775.350,31	R\$18.361.761,25	3,13%
07 I.Q - HV/AIDS	R\$2.583.929,10	R\$2.579.694,70	R\$1.689.778,68	R\$2.555.535,16	R\$230.452,40	R\$1.161.873,19	R\$784.800,00				R\$11.486.063,23	1,98%
08 EPIDERMÍULOSE BOLHOSA	R\$2.084.700,00	R\$907.200,00	R\$410.220,00	R\$1.299.649,20	R\$776.230,56	R\$2.417.762,50	R\$729.375,34	R\$512.488,08	R\$881.980,20	R\$1.249.502,07	R\$11.269.062,95	1,92%
09 ESCLEROSE MULTÍPLA	R\$58.739,24	R\$25.300,80		R\$365.547,29	R\$7.810,74	R\$1.044.759,76	R\$547.449,18	R\$1.049.055,44	R\$2.216.609,49	R\$2.488.881,66	R\$7.799.108,60	1,33%
10 OUTROS	R\$1.329.697,78	R\$1.201.048,32	R\$328.981,70	R\$231.257,97	R\$480.525,86	R\$106.524,96	R\$466.257,72	R\$629.753,66	R\$2.106.527,27	R\$354.119,88	R\$7.214.695,12	1,23%
11 DOENÇA DE CRON	R\$143.884,14	R\$152.198,00	R\$324.402,87	R\$1.057.553,10	R\$926.886,12	R\$809.068,58	R\$1.488.311,21			R\$2.306.489,22	R\$7.208.798,24	1,23%
12 URTICÁRIA CRONICA						R\$802.865,94	R\$1.847.497,74	R\$452.139,84	R\$1.845.211,52	R\$2.226.330,26	R\$7.174.045,30	1,22%
13 SAÚDE MENTAL	R\$522.626,36	R\$979.988,32	R\$687.658,92	R\$714.132,61	R\$766.615,56	R\$328.652,86	R\$757.875,48	R\$536.702,76	R\$715.064,99	R\$694.859,58	R\$6.704.182,39	1,14%
14 SUPLEMENTOS ALIMENTARES	R\$640.888,16	R\$881.485,46	R\$301.067,92	R\$188.458,58	R\$653.596,28	R\$718.059,32	R\$729.798,09	R\$783.844,26	R\$886.377,92	R\$774.278,95	R\$6.457.825,94	1,10%
15 DOENÇAS RARAS	R\$416.062,68	R\$646.448,60		R\$205.710,24	R\$566.115,37	R\$1.058.282,83	R\$1.780.517,54	R\$173.359,86	R\$344.278,06	R\$624.684,82	R\$5.814.405,00	0,99%
16 IMUNOSSUPRESSORES	R\$66.226,20	R\$641.691,20	R\$154.815,60	R\$299.092,20	R\$396.007,10	R\$441.746,80	R\$465.418,50	R\$427.732,90	R\$228.586,70	R\$269.101,60	R\$3.390.418,80	0,58%
17 COVID-19- IOT							R\$110.636,00	R\$1.283.411,30			R\$1.394.047,30	0,24%
18 PSORÍASE		R\$84.845,52		R\$91.977,48	R\$371.668,92	R\$214.089,64	R\$326.986,41		R\$75.315,31	R\$225.945,98	R\$1.390.779,21	0,24%
19 CARDIOVASCULAR	R\$279.753,91	R\$121.689,86	R\$30.440,00	R\$85.815,52	R\$117.079,20	R\$298.177,40	R\$188.367,18	R\$82.722,06	R\$104.623,50	R\$80.240,56	R\$1.383.919,19	0,24%
20 ATENÇÃO BÁSICA	R\$28.881,98	R\$23.739,10	R\$31.722,62	R\$121.005,26	R\$1.763,25		R\$1.398,80	R\$265.357,15	R\$7.221,00	R\$266.849,40	R\$747.988,56	0,13%
21 PRODUTOS PARA SAÚDE	R\$29.627,00	R\$68.708,52	R\$5.789,60	R\$77.500,30	R\$30.952,00	R\$58.740,73	R\$48.020,10	R\$220.883,31	R\$125.495,13	R\$27.658,53	R\$683.305,22	0,12%
22 SAÚDE MENTAL										R\$574.075,32	R\$574.075,32	0,10%
23 SISTEMA PRISIONAL					R\$300.108,40	R\$35.061,50	R\$20.802,32				R\$355.972,22	0,08%
Total Geral	R\$37.952.249,75	R\$56.077.116,22	R\$32.672.521,24	R\$51.685.217,94	R\$54.638.751,36	R\$71.478.817,96	R\$74.962.530,85	R\$80.862.960,07	R\$75.087.154,91	R\$70.348.158,98	R\$585.710.479,22	100,00%

Fonte: BI do Hórus da AF.



Na análise das aquisições para atendimento de demandas judiciais, destacam-se as linhas de cuidado para o tratamento de doenças com alta prevalência, tais como diabetes, osteoporose, oftalmologia e Doença

Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Já as neoplasias têm um impacto orçamentário considerável, representando aproximadamente 50% do custeio dos medicamentos demandados por ações ajuizadas.

8.5 HEMORREDE

O Hemocentro da Paraíba (HEMOÍBA), criado em fevereiro de 1991, está vinculado à SES da Paraíba, com personalidade jurídica de direito público. Sua finalidade é garantir à população dos 223 municípios, com aproximadamente 4,1 milhões de habitantes, a distribuição de sangue, hemocomponentes e hemoderivados de qualidade, assegurado pelo seu comando e direção das políticas estaduais inerentes à hematologia e hemoterapia. Integra a Hemorrede Nacional como Hemocentro Coordenador do Estado da Paraíba, responsável pela coordenação e execução da Política Estadual do Sangue no Estado, em consonância com a Política Nacional do Sangue. Ao longo dos seus 32 anos de sua existência tem experimentado um notável desenvolvimento na área da Hematologia e Hemoterapia no Estado da Paraíba, tendo como seu lema "Doe sangue, salve vidas".

A Hemorrede é formada por um Hemocentro Coordenador, situado na Av. Dom Pedro II, nº 1548, Jaguaribe – João Pessoa/PB, Hemocentro Regional de Campina Grande, quatro Agências Transfusionais (AT) nas cidades de Picuí, Monteiro, Itabaiana e Princesa Isabel, e sete hemonúcleos nas cidades de Patos,

Cajazeiras, Sousa, Catolé do Rocha, Itaporanga, Piancó e Guarabira.

Ao longo de seus 32 anos de existência, o Hemocentro da Paraíba tem experimentado um notável desenvolvimento na área da Hematologia e Hemoterapia. Seu lema é "Doe sangue, salve vidas". A instituição é referência em captação, produção e distribuição de hemocomponentes no Estado, bem como na conscientização da sociedade em relação à doação voluntária de sangue e de medula óssea. Também atua no tratamento de coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias hereditárias, além da dispensação de fatores de coagulação recebidos do Ministério da Saúde.

O Hemocentro Coordenador da Paraíba e o Hemocentro Regional de Campina Grande possuem ambulatórios que oferecem atendimento multidisciplinar a pacientes com doenças hematológicas, além de leitos para transfusões masculinos, femininos e infantis. O serviço abrange também pacientes com outros distúrbios da hemostasia, como coagulopatias adquiridas, trombofilia e/ou trombose, e oferece todos os programas terapêuticos disponibilizados pelo Ministério da Saúde

(profilaxia primária, imunotolerância e tratamento sob demanda). Outra área de atendimento são as sangrias terapêuticas para o tratamento de patologias hematológicas e não hematológicas, que são realizadas tanto em pacientes do próprio hemocentro quanto em pacientes de outros serviços.

No que diz respeito ao suporte aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias, há o Serviço de Fisioterapia, Odontologia e Nutrição. São atendidos cerca de 630 pacientes cadastrados, e os Fatores de Coagulação são dispensados e distribuídos em todo o estado. Essa distribuição é facilitada pelos programas web coagulopatias e web hemoglobinopatias, que permitem o cadastro nacional dos pacientes com coagulopatias e outras doenças hemorrágicas hereditárias. Além disso, o hemocentro possui um Laboratório de Biologia Molecular, responsável pela coleta de possíveis doadores de medula óssea, e os resultados dos exames são incluídos no Banco do Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME). Há também um laboratório de Biologia Molecular e Paternidade, que realiza exames de DNA para reconhecimento de paternidade em demandas judiciais do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba e do Ministério Público, visando garantir o direito de mais crianças e adolescentes filhos de "pais desconhecidos" terem os nomes de seus genitores.

8.6 CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

O Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC) foi criado em 2002 para atender à demanda da Campanha Nacional de Intensificação das Ações contra o Câncer de Colo de Útero do Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (INCA) e posteriormente integrado ao Programa Viva Mulher. É considerado um serviço modelo entre as unidades especializadas de saúde da Paraíba, sendo uma referência estadual para a detecção precoce dos cânceres de colo de útero, mama, próstata, tireoide e cavidade oral. Sua missão é oferecer serviços de excelência à população

Em junho de 2021, o Hemocentro Coordenador foi certificado na ISO 9001-2015, e está em processo de manutenção dessa certificação até junho de 2023. Essa certificação representa um padrão internacional de excelência na qualificação dos processos internos e externos. O hemocentro também obteve o certificado de serviço de hemoterapia qualificado em abril de 2023, concedido pela HEMOBRÁS ao HEMOÍBA como fornecedor de plasma humano para fracionamento industrial e produção de hemoderivados.

Importante salientar que, após um investimento de cerca de três milhões de reais, o Hemoíba adquiriu, em 2023, um novo e moderno ônibus adaptado para funcionar como unidade móvel de coletas externas de sangue. A unidade auxiliará significativamente na manutenção dos estoques de sangue, descentralizando o atendimento e viabilizando o acesso da população em todo o estado da Paraíba. A Hemorrede é uma instituição pública responsável por suprir a necessidade de sangue dos hospitais públicos, privados e outras unidades de saúde do estado. Ela assegura coletas externas por meio da SES aos municípios solicitantes, sempre voltada para acompanhar os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde. A Hemorrede tem como política o fornecimento de hemocomponentes seguros e confiáveis, seguindo a legislação vigente.

paraibana, dentro da Rede SUS, com foco no diagnóstico de lesões em estágio inicial.

O complexo possui duas unidades, ambas na 1ª Região de Saúde e localizadas no centro da capital: uma na Av. Epitácio Pessoa, 600 (Unidade Assistencial) e outra na Av. Duarte da Silveira (Beira Rio) nº 590 (Laboratórios de Citopatologia e Anatomia Patológica). Atende mais de 100.000 usuários SUS/PB por ano, entre consultas e exames especializados.

É uma unidade de média complexidade, altamente resolutiva na detecção do câncer. Oferece consultas especializadas em Ginecologia, Mastologia e Urologia, exames de diagnóstico e cirurgia ambulatorial para tratar lesões precursoras do câncer de colo uterino. Conta também com Laboratórios de Citopatologia e Anatomia Patológica, que garantem um diagnóstico e tratamento oncológico, considerado "padrão ouro". Essa ferramenta é utilizada para um diagnóstico mais preciso e eficiente, permitindo a avaliação comparativa entre a Citologia e a Anatomia Patológica.

Habilitado pelo Ministério da Saúde como Serviço de Referência de Colo e está em processo de habilitação como Serviço de Diagnóstico Mamário. Além disso, realiza o Monitoramento Externo de Qualidade dos exames citopatológicos na rede pública de toda a Paraíba e participa do Programa Nacional de Qualidade de Mamografia (MS/INCA), sendo certificado em 2022 por oferecer serviços de mamografia com alto padrão de qualidade. Essas certificações demonstram nosso compromisso, responsabilidade, confiabilidade e busca constante por melhorias, visando atender às necessidades dos usuários do SUS. Algumas das nossas vantagens são:

- a) alta resolutividade diagnóstica;
- b) excelência na qualidade dos serviços oferecidos à população da Paraíba;
- c) atendimento por demanda espontânea para lesões mamárias, colo uterino e tireoide suspeitas ou altamente suspeitas de câncer;
- d) integração de todos os componentes estratégicos necessários para diagnóstico de câncer de mama e colo uterino
- e) estrutura física moderna, com ambientes confortáveis e localização privilegiada e de fácil acesso;
- f) equipamentos de alta qualidade;
- g) profissionais especializados e qualificados;

- h) alto nível de satisfação dos usuários do SUS/PB;
- i) investimentos contínuos em educação permanente;
- j) aumento significativo na capacidade de exames de diagnóstico nos últimos anos;
- k) realização de procedimentos minimamente invasivos para redução da mortalidade por câncer de colo uterino e mama;
- l) referência na avaliação diagnóstica entre exames citológicos, colposcópios e histopatológicos;
- m) comunicação próxima com municípios que enviam lâminas citológicas para a aplicação imediata de ações corretivas;
- n) parcerias intra e extrasetoriais para ampliação da oferta de cuidados;
- o) em termos de atendimento:
- p) 90 municípios Paraibanos enviam lâminas de citologia do colo uterino;
- q) laboratório de citologia oncológica responsável por mais de 50% da produção estadual;
- r) único laboratório de citologia habilitado na Paraíba como tipo II (controle de qualidade);
- s) unidades hospitalares enviam materiais biológicos para o laboratório de patologia.

Os procedimentos médicos ambulatoriais oferecidos incluem: biópsias de vulva, vagina e colo uterino, cirurgia de alta frequência, colposcopia, consultas médicas especializadas, exames citopatológicos do colo uterino e mama, anatomopatologia em geral, mamografia digital e procedimentos intervencionistas guiados por ultrassonografia.

A marca do governo do CEDC é caracterizada pelo trabalho e relacionamento ético, transparente e humanizado com o público e seus servidores. É comprometida com a saúde, a qualidade na gestão, a excelência nas atividades e a expertise administrativa, visando oferecer infraestrutura e serviços de qualidade para a detecção de câncer.

A visão do CEDC é de médio prazo, com avanços na definição de estratégias, metas e indicadores, diretrizes internas e modelo de governança eficiente. Para o quadriênio 2024–2027, estão sendo planejadas ações impactantes, valorizando ainda mais os serviços já oferecidos e implementando novas tecnologias na área da saúde para o controle do câncer.



8.7 CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE

A SES regulamentou as atividades técnicas da Central Estadual de Transplante de Órgãos e Tecidos da Paraíba (CET/PB) através do Decreto Governamental nº 20.129/98, de 30 de novembro de 1998. A CET/PB é responsável por coordenar e supervisionar as atividades relacionadas à doação e transplante de órgãos e tecidos no estado. Ela desempenha um papel importante na intermediação entre doadores, receptores e equipes de captação e transplante. Além disso, a central é responsável por manter um sistema de informações atualizado e promover a conscientização da população sobre a importância da doação de órgãos.

Com a elaboração do Plano Estadual de Saúde para o período de 2020-2023, ficou claro que era necessário fortalecer a política de doações e transplantes de órgãos na Paraíba. Através da Resolução CIB nº 129, aprovada em 15 de outubro de 2020, houve uma reestruturação na gestão dos serviços relacionados à captação e doação de órgãos e tecidos, envolvendo a coordenação da CET/PB, com o apoio da SES/PB e do Governo do Estado. Essas mudanças permitiram que a Paraíba alcançasse avanços significativos em um curto período de tempo.

Em conformidade com a legislação vigente, a CET/PB, em colaboração com a SES, abriu espaço para novas equipes e hospitais credenciados para realizar procedimentos de transplante. Atualmente, a população da Paraíba conta com um hospital estadual, totalmente financiado pelo SUS, que foi cadastrado em 2020 para realizar transplantes de coração em adultos e crianças, além de dois hospitais privados cadastrados para realizar transplantes de rim, coração, fígado e medula óssea. Isso garante que os pacientes do SUS que aguardam transplantes tenham acesso aos exames necessários para garantir que estejam aptos a receber um órgão quando houver uma doação disponível.

No que diz respeito aos transplantes de córnea, eles são realizados em clínicas oftalmológicas cadastradas com equipes especializadas. A CET/SES está trabalhando para melhorar o acesso dos pacientes do SUS a esses procedimentos. Em 2021, a Paraíba alcançou um recorde histórico de transplantes de córnea na cidade de Campina Grande. Ao longo do ano, a CET/PB realizou um total de 287 transplantes, o que representa um transplante a cada 30 horas. Comparando com o mesmo período de 2020,

houve um aumento de 387%, o maior resultado dos últimos 20 anos no estado.

Ao longo de 2022, foram realizados 305 transplantes de órgãos e tecidos, incluindo 3 transplantes cardíacos. Um desses transplantes cardíacos foi o primeiro realizado na história da Paraíba através do SUS, no Hospital Metropolitano Dom José Maira Pires. Enquanto aguarda a implantação de um laboratório de histocompatibilidade no estado, a SES tem um acordo com a Secretaria de Saúde de Pernambuco para realizar os exames de compatibilidade sanguínea (HLA, Cross Match e PRA) entre doadores e receptores. Isso viabiliza a realização desses exames tanto para órgãos (rim e coração) quanto para medula óssea. São competências da CET/PB:

- a) receber notificação de óbitos da rede hospitalar pública e privada, colaborar com o processo de manutenção, doação, captação, e distribuição de órgãos e tecidos para transplante;
- b) gerenciar a lista única para transplante de órgãos e/ou tecidos;
- c) manter o programa de educação continuada junto aos hospitais, aos estabelecimentos de ensino superior e às escolas das redes pública e privada;
- d) participar de feiras e eventos estaduais promovendo e educando os participantes sobre a doação;
- e) promover campanhas em prol da doação de órgãos e tecidos para transplante;
- f) promover cursos de capacitação para diagnóstico de morte encefálica junto à sociedade médica de intensivistas e neurologistas;
- g) promover cursos de capacitação em comissão intra-hospitalar para doação de órgãos e tecidos para transplante;
- h) promover cursos para o corpo clínico das áreas de risco (UTI, salas vermelhas e laranjas) dos hospitais;
- i) manter parceria com o projeto rede nacional de transplante (REENTRANS) do Ministério Da Saúde e Hospital Sírio-Libanês, para capacitação de profissionais dos estados que desenvolvem atividades ligadas ao transplante;
- j) acompanhar as atividades exercidas pelas comissões intra-hospitalares de transplante para doação de órgãos e tecidos (CIHDOTTS), com incentivo à criação de outras comissões nos hospitais que ainda não as possuem;
- k) credenciar e recredenciar junto ao sistema nacional de transplantes (SNT)/Ministério da Saúde, equipes e estabelecimentos para realização de transplantes;
- l) acompanhar os serviços de diálise, com a coleta trimestral e envio do soro dos pacientes, para o laboratório histocompatibilidade, em Recife/PE;
- m) gerenciar as unidades de captação de João Pessoa, Campina Grande, para acompanhamento das doações, captações e atividades administrativas por elas desenvolvidas;
- n) capacitar equipes de transplante para utilização do programa SNT "SIG-6.0".

A CET/PB recebe mensalmente recursos financeiros do Ministério da Saúde e, para isso, precisa cumprir metas pré-estabelecidas. A SES/PB está empenhada em viabilizar ações para incrementar a política de transplantes no estado, buscando alcançar todas as regiões de saúde. É importante esclarecer aos cidadãos dos municípios mais distantes que necessitam dos serviços de transplante que na Paraíba são realizados transplantes de rim, fígado, coração, córnea e medula óssea, evitando que precisem se deslocar para outro estado em busca desses serviços.

A nova gestão tem como objetivo principal trazer a Paraíba para o cenário nacional no aumento de doações de órgãos e tecidos para transplantes, além de atingir as metas pactuadas, buscando melhorar exclusivamente

a qualidade de vida de muitos paraibanos que aguardam por um transplante e também daqueles que não sabem que é possível ter acesso a esses serviços pelo SUS. Os principais

desafios são aumentar o número de notificações de óbitos, agilizar o processo de diagnóstico de morte encefálica e melhorar a eficiência no processo de doação, captação e transplante.

8.8 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde tem como objetivo observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população. Essa observação e análise são realizadas por meio de um conjunto de ações que visam controlar os determinantes, riscos e danos à saúde das populações que vivem em determinados territórios. A integralidade da atenção é garantida, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

A área de vigilância em saúde engloba as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Ela deve ser um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Os componentes da vigilância em saúde são: vigilância e controle das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.



8.8.1 LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

O Laboratório Central de Saúde Pública do Estado da Paraíba Dra. Telma Lobo (LACEN/PB) foi criado em 1978 como parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB). É o centro de referência para investigações laboratoriais, ligado à SES, com capacidade técnica para fornecer informações que embasam decisões e enfrentamento de eventos de saúde pública, como epidemias, pandemias e monitoramento de doenças e eventos emergenciais. Também coordena ações de vigilância laboratorial abrangendo os 223 municípios da Paraíba. As principais funções do LACEN/PB são apoiar, monitorar, coordenar e expandir a rede de vigilância laboratorial, incluindo as áreas ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial, que realizam análises de interesse em saúde pública.

Atualmente, o LACEN/PB realiza ensaios laboratoriais em amostras clínicas enviadas por estabelecimentos de saúde e serviços de vigilância epidemiológica para investigação de doenças que precisam ser notificadas obrigatoriamente, como rubéola, sarampo, leptospirose, rotavírus, tuberculose, malária, leishmaniose, cólera, entre outras. Essas análises são realizadas nos laboratórios internos dos Núcleos de Biologia Molecular e Biologia Médica. O LACEN/PB também coordena o envio de amostras para outros laboratórios do

SISLAB, quando não possui a metodologia analítica adequada, seja por razões logísticas ou epidemiológicas.

No campo da vigilância ambiental, o Núcleo de Produtos e Meio Ambiente do LACEN/PB (NUPMA) realiza o monitoramento da qualidade da água para consumo humano a partir de amostras obtidas de fontes tratadas e não tratadas. Essas amostras são encaminhadas por quase todos os municípios paraibanos, dentro do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), auxiliando no gerenciamento dos riscos à saúde da população associados à qualidade da água. O NUPMA também é responsável por realizar ensaios para monitoramento de produtos sujeitos à vigilância sanitária. O laboratório é capaz de executar análises físico-químicas e/ou microbiológicas de produtos produzidos pela indústria local, atendendo às demandas prioritárias elencadas pela AGEVISA e pelos programas de monitoramento definidos pela ANVISA. Alguns exemplos desses ensaios são o monitoramento de, como águas engarrafadas, teor de iodo em sais comercializados (Programa PRÓ-iodo) e análise de açúcares, sódio, ferro, ácido fólico, entre outros, em produtos sujeitos à vigilância sanitária.

A interação entre o LACEN/PB e a política de vigilância sanitária inclui a proposta de implantação do laboratório de Bromatologia no edifício-sede da AGEVISA. Essa estratégia fortalece o trabalho integrado, multiprofissional e de qualidade, com capacidade para atender às demandas nacionais e locais. Além disso, contribui para manter os padrões de qualidade e aceitabilidade dos produtos da indústria regional, frente à concorrência nacional e global, e preservar a saúde coletiva.

A vigilância genômica foi incorporada ao LACEN/PB devido à demanda gerada pela pandemia de COVID-19. Inicialmente, implementou-se o sequenciamento genômico do SARS-CoV-2. Com essa metodologia, o laboratório tornou-se capaz de realizar a vigilância genômica de outros agentes patológicos de interesse epidemiológico, fazendo parte da Rede Nacional de Sequenciamento Genético. No campo da assistência de alta complexidade, o LACEN/PB contribui ativamente com a linha de cuidado materno-infantil, realizando testes de triagem neonatal biológica (na modalidade ampliada, com apoio da tecnologia de Espectrometria de Massa), colocando a Paraíba entre os estados que implementaram essa modalidade. O laboratório também apoia as políticas e programas para gestação de alto risco, realizando testes para HTLV e toxoplasmose congênita. Além disso, o LACEN/PB presta suporte laboratorial à Central Estadual de Transplantes e ao Hemocentro da Paraíba, realizando testes de alta sensibilidade e especificidade em amostras de doadores de órgãos e tecidos (incluindo sangue).

Em apoio às políticas públicas de atenção à causa animal, o LACEN/PB realiza a vigilância laboratorial da Leishmaniose Visceral Canina (LVC) e da Esporotricose, contribuindo assim para a compreensão e incidência dessas zoonoses. Dessa forma, o perfil de investigação laboratorial executado pelo LACEN/PB é definido considerando os cenários epidemiológico, sanitário e ambiental de sua área de abrangência, em consonância com as

políticas públicas de vigilância em saúde adotadas a nível governamental.

Para aprimorar a fase pré-analítica (coleta, acondicionamento, transporte e envio de amostras), o LACEN/PB desenvolve e executa treinamentos, disponibiliza kits de coleta de amostras para determinados agravos, publica e dissemina orientações por meio de notas técnicas e manuais e mantém canais ativos de comunicação com os serviços de saúde a fim de propiciar a qualidade e viabilidade das amostras a serem analisadas. Nesse sentido, a instituição assumiu o compromisso no processo de regionalização que se encontra em franca expansão, por meio da implantação de unidades descentralizadas, sendo a primeira delas instalada no sertão paraibano (em anexo à Maternidade Peregrino Filho no município de Patos) visando a qualificação do processo pré-analítico das amostras oriundas da 3ª Macrorregião, ao passo que também proporciona uma redução no tempo de resposta laboratorial (liberação de laudos) para determinadas análises. A implantação de outra unidade está planejada para ocorrer dentro do prazo de vigência deste Plano Estadual de Saúde.

A busca pela melhoria contínua e atendimento aos padrões internacionais de biossegurança são pilares da política da qualidade da instituição, assim, o LACEN/PB vem executando ações que visam à certificação e acreditação dos seus processos de trabalho nas normas vigentes aplicáveis, a exemplo da norma ISO 15.189 (adaptação da norma ISO 9001 voltada a laboratórios). O Modelo Lean de Gestão é adotado pela instituição como estratégia para facilitar, melhorar, otimizar, agilizar e tornar os processos de trabalho mais eficazes, eliminando desperdícios, resolvendo problemas de maneira sistemática e contribuindo com os objetivos e metas a serem alcançados. Como coordenador da rede de laboratórios de saúde pública a nível estadual, o LACEN/PB realiza supervisões e capacitações in loco e executa o controle de qualidade de ensaios realizados por laboratórios locais.

O LACEN/PB fornece painéis de dados e indicadores através do site institucional (<https://lacen.PB.gov.br>) para gestores e o público em geral. Os dados são extraídos do sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e refinados conjuntamente pela Gerência de Tecnologia da Informação e o Núcleo de Vigilância Laboratorial. O Núcleo de Vigilância Laboratorial analisa os dados produzidos pelo laboratório para extrair informações relevantes, auxiliando as decisões em saúde pública. O LACEN/PB também oferece atividades educacionais para profissionais de estabelecimentos de saúde e laboratórios locais, por meio de capacitações, cursos e eventos.

Além disso, mantemos parcerias com outros laboratórios e instituições do SISLAB. No campo científico, participamos de projetos de pesquisa em colaboração com a Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba (ESP/PB), universidades e centros de pesquisa. Também atuamos em inquéritos epidemiológicos e sanitários solicitados pela SES ou outras secretarias. Os estudos científicos conduzidos pelo LACEN/PB têm sido destacados em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais, comprovando nosso compromisso em contribuir para o conhecimento em Saúde Pública

8.8.2 SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) é um órgão de saúde pública subordinado à Gerência Executiva de Vigilância em Saúde da SES da Paraíba. Sua atribuição é promover ações que esclareçam a causa mortis de todos os óbitos, com ou sem assistência médica, sem diagnóstico claro e, principalmente, aqueles sob investigação epidemiológica, de acordo com o Capítulo III, Art. 14 da Portaria MS/GM nº 183, de 30 de janeiro de 2014. O SVO de João Pessoa foi fundado em 31 de dezembro de 2002 e, em 2006, passou a fazer parte da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbitos e Esclarecimento das Causas Mortis, conforme disposto na Portaria 1.405 do Ministério da Saúde, com o objetivo de esclarecer as causas de óbitos sem diagnóstico claro, especialmente os casos em investigação epidemiológica.

Diferente do Instituto Medicina Legal, que funciona para esclarecer mortes por causas violentas e/ou acidentais, o SVO tem a função de pesquisar as causas de óbito por morte natural, devido a alguma patologia não identificada pelos métodos clínicos habituais ou em óbitos ocorridos sem assistência médica. A criação do serviço foi fundamental para a comunidade e gera um impacto positivo na saúde e proteção social, pois, com a informação correta da "causa mortis", os gestores da saúde terão subsídios

para traçar diretrizes e políticas de saúde, aumentando a eficácia das ações e, por consequência, o combate e controle das doenças que ameaçam a vida da população. No âmbito social, a emissão da Declaração de Óbito, documento necessário e indispensável para o registro da morte, sepultamento e obtenção de benefícios sociais, gera importante benefício para a população, principalmente os mais carentes, que nem sempre têm acesso à assistência médica, oferecendo dignidade a essa parte da população nesse momento difícil da vida.

O SVO está localizado em um espaço físico da UFPB, por meio de um convênio de colaboração técnica entre a UFPB e o Governo do Estado da Paraíba. O prédio está próximo ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). O serviço trabalha em parceria com o Centro de Ciências Médicas e o Centro de Ciências da Saúde, permitindo à comunidade acadêmica um contato mais íntimo com os aspectos macroscópicos e microscópicos das patologias, o que é fundamental para a formação de profissionais de saúde. A instituição serve como campo de prática para estagiários dos cursos de saúde, pois faz parte da rede escola, coordenada pela escola de saúde pública do estado.

O SVO/PB conta ainda com um laboratório de análise em sua estrutura, onde realiza análises macro e microscópicas. Para essas análises e diagnósticos, conta com parcerias de outros órgãos estaduais da Paraíba, como o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal/PB (NUMOL/PB), o Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC/PB) e o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/PB). Na impossibilidade de diagnóstico, o SVO envia as amostras para o Instituto Evandro Chagas (IEC) no Pará, Fiocruz, entre outros serviços a nível nacional.

Nesse contexto, é importante o nosso papel na coleta de amostras encaminhadas ao Lacen, de swab da nasofaringe para realização de RT-PCR para Coronavírus SARS-CoV-2. Também realizamos coleta para identificação de várias outras patologias, como as diversas arboviroses. Parte dessas coletas são processadas em nosso laboratório e parte são encaminhadas para os laboratórios parceiros e conveniados da REDE, como já mencionado.

Dessa forma, o SVO tem como objetivo detectar emergências epidemiológicas, diagnosticar doenças emergentes ou em surto, assim como agravos inusitados. Além disso, orienta a tomada de decisões para o controle de doenças e contribui para o aprimoramento da qualidade das informações de mortalidade, que subsidiam as políticas de saúde do Estado da Paraíba. Com uma equipe técnica qualificada, o SVO conta atualmente com médicos patologistas, assistente social, biomédicos, necrotomistas e outros profissionais de nível administrativo.

O serviço funciona 24 horas para receber e liberar corpos, juntamente com as respectivas Declarações de Óbito. O SVO atende a toda população do estado, que é de 3.996.496 habitantes (dados do censo populacional mais recente ainda não atualizados). Com uma média de 2500 ocorrências de óbito por ano, sem dúvida o SVO figura como um importante e eficiente produtor de informações epidemiológicas. Além disso, mantém um

relacionamento estreito com a polícia científica do estado. Existe um fluxo de transferência do SVO para o NUMOL (serviço de segurança) e vice-versa, de acordo com o perfil do óbito.

No processo de monitoramento epidemiológico, o SVO emite notificações de agravo compulsório em casos como mortalidade materna e mulheres em idade fértil, por exemplo, sendo importante para a vigilância do óbito estadual. O SVO também dispõe de um veículo adaptado para transporte de corpos (RABECÃO), que pode ser contatado pelo telefone. No mesmo telefone, é possível obter mais informações sobre o serviço.

Destaca-se que o SVO realiza apenas exames (necropsias) para determinar a causa da morte de pessoas que faleceram de causas naturais. No caso de mortes violentas, esse diagnóstico é realizado pelo Departamento de Medicina Legal. Ao surgir qualquer sinal de agressão física, como um hematoma ou mesmo um pequeno corte, não é possível prosseguir com os exames que poderiam identificar a causa da morte. Quando o corpo chega ao SVO, é realizada uma entrevista com os familiares, na qual são relatados aspectos da vida da vítima. As respostas ajudam a equipe a diagnosticar a causa da morte. Quando não é possível identificar a causa do óbito no SVO, é coletado um pequeno fragmento de um dos órgãos da vítima, que é encaminhado a um laboratório, como o Lacen e o Centro de Diagnóstico do Câncer (CDC), para análise e, conseqüentemente, diagnóstico da causa do falecimento.

Os corpos são encaminhados ao SVO provenientes das residências das vítimas, dos hospitais e das ruas. Se o corpo for suspeito de crime, tiver uma causa externa ou apresentar indícios de violência, é encaminhado ao NUMOL. Apenas parentes de primeiro grau têm autorização para reclamar o corpo. Outros precisam de autorização judicial. Por fim, o SVO passou recentemente por uma reforma em sua estrutura física, melhorando o acesso aos serviços e a biossegurança dos trabalhadores da

saúde e demais profissionais que atuam no local. Da mesma forma, foram adquiridos equipamentos e mobiliários, deixando a sala de

necropsia, o laboratório e demais instalações equipadas e em conformidade com a legislação sanitária vigente.

8.8.3 CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram criados a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002. Eles são um serviço especializado inserido na RAS, que deve desenvolver ações articuladas com os demais pontos da rede de atenção e vigilância, em interlocução contínua com o controle social e espaços de gestão. O CEREST é um componente estratégico da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, responsável pelo apoio institucional, técnico e pedagógico em Saúde do Trabalhador no território de sua abrangência.

O CEREST Estadual é regido por uma Política Pública instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012 (Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora). Essa política atribui ao CEREST o papel de núcleo com expertise e centro articulador das ações intra e intersetoriais, além de fornecer apoio especializado para o desenvolvimento de ações integral à saúde do trabalhador na rede de saúde, juntamente com as áreas técnicas de saúde do trabalhador, nos âmbitos estaduais e municipais (Brasil, 2012).

Na Paraíba, o CEREST foi implantado e habilitado pela Secretaria Estadual de Saúde PB, junto ao Ministério da Saúde, através da Portaria nº 109 de 9 de maio de 2003. Está vinculado à Gerência Executiva de Vigilância em Saúde do Estado da Paraíba. Atualmente, no Estado, temos um CEREST Estadual com sede em João Pessoa e três CERESTS Regionais distribuídos nas três Macrorregionais de Saúde.

O CEREST estadual atua segundo o princípio da descentralização das ações, que são desenvolvidas pelas CERESTS Regionais, cobrindo, desta maneira, as três Macrorregiões do Estado: 1ª Macrorregião – CEREST Regional

de João Pessoa; 2ª Macrorregião – CEREST Regional de Campina Grande; e 3ª Macrorregião – CEREST Regional de Patos.

Além dos referidos centros, o estado possui 223 Núcleos e Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador, formados de acordo com o porte populacional e perfil produtivo dos municípios, distribuídos nas três Macrorregiões de Saúde do Estado. Esses Núcleos têm o papel de implementar os CEREST estaduais e regionais no desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador. São atribuições do CEREST:

- a) Coordena, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Estado da Paraíba;
- b) Assessorar os CEREST Regionais, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no âmbito de sua atuação;
- c) Promover articulação com instituições e entidades das áreas de Saúde, Trabalho, Meio Ambiente, Previdência e outras afins, com o objetivo de garantir maior eficiência das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- d) Realizar Vigilância em Saúde do Trabalhador em ambientes e processos de trabalho de forma complementar;
- e) Articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, especialmente as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias, e manter a educação continuada;
- f) Em situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior

complexidade, cabe ao CEREST Estadual, através de equipe técnica, realizar a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo de forma complementar ou suplementar.

De acordo com a Resolução nº 603 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de novembro de 2018, o CEREST não poderá, em hipótese alguma, assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, bem como ações de saúde ocupacional, como exames clínicos pré-admissionais, periódicos e demissionais, exames complementares para fins ocupacionais, entre outros. A notificação compulsória obrigatória foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 777 de 2004. Atualmente, as Portarias nº 204 e 205/2016 definem a Lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria de

Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V – Capítulo I e Portaria de Consolidação nº 5 – anexo XLIII), incluindo a notificação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART). A obrigatoriedade se aplica a todos os profissionais de saúde da rede pública, filantrópica e privada.

A RENAST possui 24 unidades no estado da Paraíba que fazem parte da Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador, um dos dispositivos da RENAST para diagnóstico e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Também é responsável pela identificação de casos e investigação epidemiológica. Os serviços que integram essa rede podem ser unidades de saúde em geral, desde as Unidades de Atenção Primária à Saúde até unidades especializadas.

QUADRO 21 - CENÁRIO DOS CERESTS NA PARAÍBA, COM OS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS COBERTOS POR CADA CENTRO.

CEREST	ABRANGÊNCIA	MUNICÍPIO SEDE	Nº DE MUNICÍPIOS COBERTOS
Estadual	Estadual	João Pessoa	223
Região de João Pessoa	1ª Macrorregião	João Pessoa	64
Região de Campina Grande	2ª Macrorregião	Campina Grande	70
Região de Patos	3ª Macrorregião	Patos	89

Fonte: SES, 2023.

QUADRO 22 - UNIDADES SENTINELAS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA PARAÍBA.

Nº DE UNIDADES SENTINELAS	MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO
24	1ª, 2ª e 3ª	16 regiões de saúde	João Pessoa Campina Grande Patos

Fonte: SES, 2023.

8.8.4 CAUSA ANIMAL

A causa animal tem avançado mundialmente à medida que a população desenvolve um olhar humanizado em relação à proteção animal, com o poder público assumindo a responsabilidade de desenvolver políticas para lidar com problemas de saúde pública causados pela violência, maus-tratos, proliferação de zoonoses e pelo aumento

exponencial da população de animais abandonados.

Dessa forma, a promoção de programas e ações, por meio da implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e do bem-estar animal, bem como para o combate aos maus-tratos, é uma prioridade

estatal diante desse relevante problema público. Ressalta-se que as políticas públicas são o caminho para promover a dignidade dos animais, tanto domesticados quanto abandonados, visando a melhorias diretas na saúde pública em geral.

A estruturação da política estadual da causa animal ganha destaque como um novo objetivo dentro da vigilância em saúde, com a criação da Gerência Operacional de Políticas da Causa Animal em 2022. Com a implementação

dessa política, busca-se oferecer respostas e atender a uma demanda pública urgente, por meio do incentivo à doação, de campanhas de conscientização e educação em saúde, da vacinação pública e, principalmente, do controle populacional por meio da castração. Além disso, a construção dos Centros de Castração e Recuperação e do Hospital Veterinário Estadual, oferecendo amplas instalações veterinárias, é um dos passos mais importantes para atender à demanda do Estado da Paraíba, buscando garantir a proteção, à saúde, os direitos e o bem-estar animal.

8.8.5 AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Criada pela Lei nº 7.069, de 12 de abril de 2002, a Agência Estadual de Vigilância Sanitária (AGEVISA/PB) é uma Autarquia Especial com autonomia administrativa e financeira, sede e foro no município de João Pessoa, dotada de autoridade sanitária, poder de polícia e competência para emitir atos administrativos destinados à efetivação e eficácia das ações regulatórias da Vigilância Sanitária em todo o território paraibano. A AGEVISA/PB é vinculada à SES e atua em harmonia com as diretrizes da política estadual de saúde e com os princípios do SUS na implantação, execução e desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária estabelecidas pela Lei 7.069/2002 e demais normativas estaduais e federais vigentes. Sua atuação engloba as atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização de produtos e serviços de interesse da saúde.

A AGEVISA/PB é responsável pela coordenação das ações ligadas ao Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, de forma integrada com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e outros órgãos públicos de âmbito nacional, estadual e municipal relacionados direta ou indiretamente ao setor de saúde. Sua missão é proteger a saúde da população, através do controle sanitário dos riscos decorrentes do meio ambiente, da produção, da comercialização de produtos e da prestação de serviços submetidos à regulação sanitária, e, ainda, agir educativamente e

preventivamente, em ação coordenada e integrada no âmbito do SUS, em conjunto com os municípios e órgãos parceiros, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Focada nos valores da ética, da eficiência, da transparência e do comprometimento com os interesses da coletividade, a AGEVISA/PB tem como visão a sua consolidação permanente enquanto órgão de referência no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), atuando de forma contínua no aprimoramento dos processos de gestão e das ações de promoção e proteção à saúde.

A AGEVISA/PB tem presença efetiva em todo o estado (na execução das atividades de sua competência e no assessoramento das ações de responsabilidade municipal), e é legitimada perante a sociedade como uma instituição transparente, séria, moderna, ética e ágil que bem representa o SUS na sua área de atuação. A AGEVISA/PB se coloca dentro do projeto do Governo do Estado da Paraíba, por meio da SES, que objetiva o planejamento de ações e a adoção de medidas que garantam segurança sanitária e saúde de qualidade a todas as pessoas (nativas e visitantes) presentes na Paraíba. Para cumprir com eficiência o seu papel, a AGEVISA/PB dispõe, em sua estrutura organizacional, de uma Diretoria Colegiada formada pela Diretoria Geral e pela representação de três setores estratégicos:

- a) Diretoria Técnica de Estabelecimentos e Prática de Saúde e de Saúde do Trabalhador (DTEPSST);
- b) Diretoria Técnica de Medicamentos, Alimentos, Produtos e Toxicologia (DTMAPT);
- c) Diretoria Técnica de Ciência e Tecnologia, Médica e Correlatos (DTCTMC).

As atribuições de cada diretoria incluem a coordenação, supervisão e fiscalização necessárias ao cumprimento das normas legais e regulamentares pertinentes à Vigilância Sanitária nas áreas de suas competências. As ações administrativas e de execução programática da AGEVISA/PB contam com o assessoramento dos seguintes setores:

- a) Gerência Técnica de Informação, Documentação e Sistema de Vigilância Sanitária (GTIDSVS);
- b) Gerência Técnica de Integração e Articulação (GTIA);
- c) Gerência Técnica Especializada de Inspeção e Controle de Medicamentos e Produtos;

- d) Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Alimentos, Águas para Consumo Humano e Toxicologia;
- e) Gerência Técnica de Inspeção e Avaliação de Produtos, Equipamentos e Tecnologias Médicas;
- f) Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Riscos em Serviços de Saúde;
- g) Gerência Técnica de Inspeção em Saúde do Trabalhador,
- h) Gerência Técnica de Inspeção e Controle de Sangue e Hemoderivados.

Toda essa estrutura envolve a dedicação de profissionais qualificados e capacitados para atuar em conjunto com a Gestão Administrativa e Diretiva do órgão no oferecimento de contribuições efetivas e especializadas em todas as situações que demandem a atuação da Vigilância Sanitária na prevenção e defesa da saúde coletiva, inclusive nos casos de desastres de origem natural e tecnológica no território paraibano.

8.8.6 AÇÕES NECESSÁRIAS DA AGEVISA/PB

Dentre as ações destinadas à promoção e defesa da saúde coletiva na Paraíba, compete à AGEVISA/PB:

- a) Atuar na prevenção de riscos, considerando o grau de importância na proteção à saúde do consumidor;
- b) Realizar parcerias com os diversos órgãos dentro e fora do setor de saúde;
- c) Promover ações de capacitação e educação permanente para qualificação das atividades gerenciais e técnicas de vigilância sanitária;
- d) Gerar ações de capacitação para os municípios, visando fortalecer o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária;
- e) Agenciar ações de capacitação destinadas ao setor regulado, tendo como objetivo a redução dos riscos sanitários;
- f) Ampliar o processo de pactuação com os municípios e fim de proporcionar o melhor alcance das inspeções sanitárias nos serviços sujeitos ao controle sanitário;
- g) Fomentar mudanças de cultura, de processos de trabalho e de organização do processo decisório, buscando sempre maior eficiência e efetividade em suas ações;
- h) Atender às demandas apresentadas por meio da ouvidoria.

8.8.6.1 Eixos estratégicos

Quatro eixos integrados contemplam as diretrizes necessárias ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do âmbito do Estado da Paraíba: Eficiência, Recursos Humanos, Inovação e Intersetorialidade. Numa série histórica 2018-2022, a AGEVISA/PB em seus processos de trabalho pautados no Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) e de toda equipe técnica, em

seu escopo traz uma evolução de três indicadores de relevância institucional, sendo estes: o número de processos cadastrados para o licenciamento sanitário, o número de inspeções realizadas, e o monitoramento mensal das notificações dos eventos adversos no NOTIVISA em relação à Segurança do Paciente.

QUADRO 23 - NÚMERO DE PROCESSOS CADASTRADOS PARA O LICENCIAMENTO SANITÁRIO.

DTCTMC	Avaliação de projeto		Autoriz. funcionamento	
	Entrada	Parecer emitidos	Entrada	Emitidos
2018	63	57	347	244
2019	70	63	378	311
2020	48	43	308	219
2021	141	134	299	230
2022	142	138	399	296
DTMAPT	Avaliação de projeto		Autoriz. funcionamento	
	Entrada	Parecer emitidos	Entrada	Emitidos
2018	157	142	1275	876
2019	178	157	1248	1002
2020	198	173	1135	972
2021	284	273	1207	1115
2022	226	206	1366	1220
DTEPSST	Avaliação de projeto		Autoriz. funcionamento	
	Entrada	Parecer emitidos	Entrada	Emitidos
2018	149	114	571	284
2019	98	80	646	376
2020	91	89	426	174
2021	159	156	411	304
2022	194	160	521	365

Fonte: AGEVISA/PB, 2023.

QUADRO 24 - NÚMERO DE INSPEÇÕES REALIZADAS PELA AGEVISA/PB.

Inspeções realizadas	
Ano de Referência	Quantitativo
2018	1640
2019	1678
2020	915
2021	1320
2022	2130
Total	7683

Fonte: AGEVISA/PB, 2023.

QUADRO 25 - MONITORAMENTO MENSAL DAS NOTIFICAÇÕES DOS EVENTOS ADVERSOS NO NOTIVISA (SEGURANÇA DO PACIENTE).

2018												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
6	16	21	65	52	108	51	130	104	104	35	112	804
2019												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
69	118	55	58	73	47	63	140	106	98	112	100	1039
2020												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
142	319	289	143	114	96	117	113	178	134	225	298	2168
2021												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
167	305	344	492	360	596	746	711	511	570	608	470	5880
2022												
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
384	420	569	521	650	878	523	773	631	676	481	559	7065

Fonte: AGEVISA/PB, 2023.

8.9 PLANEJAMENTO E GESTÃO

A Gerência de Planejamento e Gestão (GEPLAG) é responsável por qualificar o planejamento, a execução orçamentária e a utilização dos recursos no âmbito da SES da Paraíba, além de fortalecer a regionalização da saúde e orientar a definição de metas, indicadores e projetos estratégicos. A GEPLAG é composta por duas subgerências: a Subgerência de Programação e Organização da Assistência e a Subgerência de Orçamento.

A Subgerência de Programação e Organização da Assistência tem como função

planejar e avaliar as ações e serviços de assistência na área da saúde, acompanhar o andamento dessas ações, fornecer informações e relatórios relacionados às políticas de saúde para liberação de recursos, elaborar e implementar os instrumentos de planejamento do SUS e prestar contas das políticas nacionais de saúde no território paraibano, em relação ao Governo do Estado. Essa subgerência também é responsável pelo Núcleo de Acompanhamento e Desenvolvimento de Regiões de Saúde, pelo Núcleo de Programação da Assistência e pelo

Núcleo do Centro Estratégico de Informação em Saúde (CEIS).

O Núcleo de Acompanhamento e Desenvolvimento das Regiões de Saúde tem como objetivo principal fortalecer as regiões de saúde no Estado, por meio do apoio à negociação e coordenação regionais. O Núcleo de Programação da Assistência tem a função de organizar a programação de acesso da população aos serviços de saúde, estabelecendo um controle sistemático da assistência programada. Além disso, deve garantir o cumprimento dos direitos constitucionais da população de ser atendida pelos serviços de saúde sob responsabilidade do Estado, e dispor de informações administrativas e operacionais sobre a programação da assistência à saúde.

O Núcleo do Centro Estratégico de Informação em Saúde (CEIS) tem como competências promover a captação, consolidação, análise e disponibilização das informações administrativas operacionais da SES. Além disso, ele deve subsidiar a tomada de decisões estratégicas, atender às necessidades de coleta de informações e disponibilizar uma base de dados para os diversos setores da SES. O núcleo também é responsável por preservar a documentação de captação de informações e esclarecer sobre a base de dados de informações em saúde.

A Subgerência de Orçamento conta com o Núcleo de Acompanhamento de Convênios (NAC), cujo perfil técnico se refere ao assessoramento, acompanhamento e co-execução institucional de Convênios celebrados pela SES junto às Instituições de Saúde de natureza jurídica pública, filantrópica e/ou autárquicas no âmbito do governo da Paraíba.

À Subgerência de Planejamento e Orçamento compete desenvolver as atividades relacionadas à elaboração e atualização dos instrumentos de planejamento da Secretaria, por meio do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP). Além disso, ela é responsável por cumprir as normas e diretrizes dos Sistemas Estruturantes de Planejamento e Orçamento, executar as atividades de planejamento e orçamento em um processo participativo nos diversos níveis da Secretaria, cumprir as normas e diretrizes da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e Portarias Interministeriais, elaborar e acompanhar programas e projetos específicos da Secretaria, em estreita integração com as áreas, operacionalizar a execução orçamentária da Secretaria por meio do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAF), reprogramar a execução orçamentária em estrita observância das normas de execução orçamentária anual, solicitar o descontingenciamento de créditos orçamentários que foram contingenciados para assegurar o equilíbrio orçamentário, solicitar anulação de reservas de créditos orçamentários por meio do Sistema Integrado de Governança (SIGE/CGE), emitir parecer técnico sobre pagamentos solicitados pelo ordenador de despesas da Secretaria, solicitar abertura de créditos suplementares até determinado montante de acordo com as normas de execução orçamentária, disponibilizar documentos, informações e relatórios gerenciais para atender demandas superiores em sua área de competência, elaborar a Prestação de Conta Anual (PCA) a ser encaminhada ao TCE/PB, desenvolver outras atividades correlatas.

8.10 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E AUDITORIA

A Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV), parte integrante da estrutura da SES da Paraíba, é entendida como um instrumento de gestão essencial para garantir assistência de qualidade

e resolutiva. A GERAV contempla ações de regulamentação, contratualização, regulação de acesso, controle, auditoria e avaliação dos serviços de saúde, em conjunto com as demais áreas técnicas da SES.

A GERAV é composta por três Gerências Operacionais: a Gerência Operacional do Complexo Regulador (GEROREG), a Gerência Operacional de Controle das Ações e Serviços (GEOCAS) e a Gerência Operacional de Auditoria (GOAUD). À GEROREG cabe coordenar as atividades de regulação da assistência à saúde de média e alta complexidade no estado, além de desenvolver outras atividades relacionadas ao Complexo Regulador, seguindo as normas e diretrizes do Ministério da Saúde.

O Estado da Paraíba, visando descentralizar a regulação do acesso à assistência por meio da implantação e implementação de Centrais de Regulação, em abrangência macrorregional para Consultas e Exames e para Internações Hospitalares, aprovou através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) pela Deliberação nº 43/2018, a nova definição das Macrorregiões de Saúde e a estruturação das Centrais de Regulação Ambulatorial e Hospitalar Macrorregionais, geridas tanto pelo estado quanto pelos municípios (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Souza). Em 2023, com o objetivo de fortalecer e unificar a Central de Regulação Estadual, a CIB deliberou por meio das resoluções nº 38, de 31 de março de 2023, e nº 46, de 15 de maio de 2023.

Ambas as resoluções aprovaram a transferência da gestão das Centrais de Regulação dos municípios de Patos e Sousa, que fazem parte da 3ª Macrorregião de Saúde, para a gestão estadual. Dessa forma, o Complexo Regulador foi estruturado com três Centrais de Regulação Estaduais, uma para cada Macrorregião de Saúde (1ª Macrorregião – João Pessoa, 2ª Macrorregião – Campina Grande e 3ª Macrorregião – Patos).

Para regular o acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o SISREG III – Sistema Nacional de Regulação, um software web desenvolvido pelo DATASUS/MS, para os gestores municipais ou estaduais que possuem unidades executoras e solicitantes de serviços de saúde. No entanto, a

utilização desse sistema não é obrigatória, permitindo a escolha de outros sistemas existentes no estado. Atualmente, a SES utiliza os seguintes sistemas para regular o acesso aos serviços de saúde: o SISREG III para ambulatório e procedimentos eletivos; o RegNUTES para internações de cirurgias eletivas; endereço eletrônico para urgência e emergência; e o Sistema Nacional de Regulação de Alta Complexidade (SisCNRAC) para a regulação de alta complexidade interestadual.

Em 2020, juntamente com a pandemia, surgiu a necessidade de regular leitos para pacientes com COVID-19, e foi implantada a Central de Regulação Estadual Hospitalar. Essa central tem a função de regular os leitos pertencentes à rede estadual e, seguindo a operacionalização do Complexo Regulador, ampliou as prioridades para as linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde. A regulação começou com a obstetrícia e, posteriormente, foram incluídas a cardiologia e a pediatria, com ajustes conforme as necessidades.

Com o intuito de fortalecer o processo de organização da regulação, a Central de Regulação Estadual possibilita a regulação de acesso de 34 unidades hospitalares executoras. Apesar de já ter sido realizado um grande volume de regulações, é necessário dar continuidade ao processo de implantação, a fim de garantir a regulação de 100% das unidades sob gestão estadual, incluindo os hospitais contratualizados, conveniados e credenciados do SUS em todas as Macrorregiões de Saúde.

A Regulação Hospitalar conta com o apoio de 38 Núcleos Internos de Regulação (NIR), que são órgãos colegiados ligados hierarquicamente à direção geral das unidades públicas e privadas conveniadas ao SUS. Eles são compostos por representantes do corpo clínico, setores ligados à admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores ou chefias das áreas clínica, cirúrgica, emergência, UTI, bem como outros setores julgados relevantes. O principal objetivo do NIR é construir a interface com as Centrais de Regulação Estaduais para

delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar os leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos para o atendimento. Além disso, o NIR busca vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.

A Secretaria do Estado de Saúde, por meio do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), visa garantir a assistência ambulatorial e hospitalar de média ou alta complexidade para pacientes fora de seu território, quando esgotados todos os meios de atendimento no território de origem. O TFD consiste em um benefício disponibilizado pelo SUS para o deslocamento e ajuda de custo ao usuário (e acompanhante, se necessário) atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. Nesse sentido, é importante ressaltar que a GERAV controla e operacionaliza o TFD em toda a logística para realização de procedimentos de alta complexidade em outros estados, através das unidades reguladas por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

No âmbito estadual, a Coordenação CERAC regula, através do SisCNRAC, serviços não habilitados no estado para determinados procedimentos de alta complexidade das seguintes especialidades: cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e traumatologia. Com relação ao Serviço móvel de transporte inter-hospitalar para pacientes de Alto Risco, a Central de Regulação, em comunicação com a Central de Operação de Frota Inter-Hospitalar (COFIH), ambas vinculadas diretamente à GERAV, conta com Unidades de Suporte Avançado e duas aeronaves para atender a população das Macrorregiões de Saúde. As aeronaves são disponibilizadas por meio de parceria com o Corpo de Bombeiros da Secretaria de Estado de Segurança Pública.

A GEOCAS possui uma estrutura organizacional com quatro Núcleos: Núcleo de

Análise e Acompanhamento de Média Complexidade, Núcleo de Análise e Acompanhamento de Alta Complexidade, Núcleo de Processamento e Núcleo de Cadastro e Credenciamento em Serviços de Saúde. Compete à GEOCAS planejar, coordenar e supervisionar trabalhos de controle das ações e serviços em processos de regulação e avaliação da assistência. Além disso, ela organiza, orienta e subsidia protocolos de regulação e avaliação da assistência em saúde, observando as normas e diretrizes do Ministério da Saúde. A GEOCAS registra e monitora as atividades, ocorrências e estatísticas relacionadas ao controle das ações e serviços em processos de regulação e avaliação da assistência, bem como desenvolve outras atividades correlatas.

A GOAUD faz parte do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como Componente Estadual. Ela é composta por uma Equipe Multiprofissional especializada em Auditoria em Serviços de Saúde. Suas ações são desenvolvidas em nível Estadual, atendendo às três Macrorregiões de saúde da Paraíba. A missão da GOAUD é promover a qualidade dos processos e garantir o acesso e a segurança assistencial do paciente, atendendo às necessidades dos usuários do SUS.

O principal objetivo da Auditoria em Saúde no Estado é assegurar a qualidade da assistência prestada e a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados a ela. A GOAUD utiliza instrumentos sistematizados por meio do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), que possibilita a emissão de relatórios e pareceres padronizados de acordo com a legislação vigente (Leis, Decretos e Portarias). A GOAUD atua de acordo com as demandas processuais e a especificidade da Auditoria a ser realizada. É feita uma programação prévia na qual são designados os auditores específicos para os assuntos constantes nos processos. Em casos de solicitação especial, são indicados auditores fora da programação pré-estabelecida para atender às necessidades surgidas durante o desenvolvimento dos trabalhos.



8.11 PROGRAMA OPERA PARAÍBA

A partir da necessidade de ampliar a oferta de serviços de forma regionalizada e hierarquizada, a fim de permitir cuidados integrais de saúde e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado, baseado na identificação da demanda reprimida e redução das filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade enviados pelos municípios, implantou-se no estado o Programa Opera Paraíba.

O Opera Paraíba é um programa da SES da Paraíba que visa ampliar o acesso aos procedimentos cirúrgicos que foi idealizado em 2019 pelo Governo do Estado da Paraíba com a finalidade de atender à crescente demanda por cirurgias eletivas. O intuito do programa é melhorar a gestão da fila de espera dos pacientes para cirurgias eletivas, onde os hospitais da Rede Estadual integram a força-tarefa para a realização dos procedimentos cirúrgicos. Os procedimentos cirúrgicos eletivos priorizados pelo programa são das seguintes especialidades: traumatologia-ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, proctologia e cirurgia geral. No entanto,

objetiva-se ampliar gradativamente a cobertura de mais especialidades, de acordo com a capacidade instalada da rede hospitalar de gestão estadual. Atualmente, já foram realizadas mais de 60.000 cirurgias por meio do Programa Opera Paraíba.

O Programa Opera Paraíba tem por objetivo garantir o acesso aos procedimentos cirúrgicos pela população usuária do SES; reduzir, de forma gradual e ampla, a fila de espera pelos procedimentos de cirurgias eletivas; descentralizar o atendimento de patologias cirúrgicas, atualmente concentrado nos municípios de João Pessoa e Campina Grande, os maiores centros urbanos do estado; garantir procedimentos ortopédicos cirúrgicos, seguindo a utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), prioritariamente com cobertura pelo SUS; e garantir que os procedimentos sejam realizados, respeitando o fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual.



8.12 PROGRAMA CORAÇÃO PARAIBANO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de óbito no Brasil e no mundo, corresponde a 7,06% do total de óbitos no país, e cerca de 10% de todas as internações do SUS. Na Paraíba, mais de 24 mil pessoas morreram em decorrência de problemas do aparelho circulatório entre 2020 e 2022. Os fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares devem ser analisados e prevenidos a partir das estratégias de prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e promoção, através da APS. O Estado da Paraíba possui uma extensa rede hospitalar, proporcionalmente bem desenvolvida sendo uma das maiores do país contando com 34 hospitais e quatro UPAs 24h. Porém os serviços de cardiologia estão concentrados na grande João Pessoa a capital do Estado, causando sobrecarga no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.

Sendo assim, no intuito de sanar esse vazio assistencial, o Governo do Estado, por meio da SES, instituiu o Programa Coração Paraibano. O programa foi instituído com base na política de regionalização, com fluxos de acesso assistencial e protocolos clínicos estabelecidos, garantindo assim os princípios do SUS, proporcionando acesso universal e integralidade do cuidado ao paciente com Doença Isquêmica do Coração por meio de uma rede estruturada de cuidados de urgência e emergência cardiológica, especialmente no atendimento a pacientes que sofreram IAM.

O Programa Coração Paraibano dispõe de serviços de hemodinâmicas nas três Macrorregiões de Saúde, vários hospitais auxiliares para prestar assistência na estabilização do paciente e na aplicação do trombolítico, suporte 24h de telemedicina intermediada pela Central Estadual de Regulação, ambulâncias e Transporte Aeromédico, sendo que o transporte aéreo é por meio de parceria com o Corpo de Bombeiros da Secretaria de Estado de Segurança Pública.

Os hospitais regionais de Cajazeiras, Catolé do Rocha, Guarabira, Itabaiana, Mamanguape, Piancó, Pombal, Taperoá, Sousa, Picuí e de Monteiro, além da UPA Princesa Isabel compõem as unidades de saúde que integram o programa. Já os hospitais de Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, de Patos Deputado Janduhy Carneiro e o Metropolitano são responsáveis pela realização da hemodinâmica. O Programa Coração Paraibano tem sido referência em âmbito nacional, atuando com agilidade no atendimento e oferecendo em tempo oportuno assistência à população paraibana, obtendo êxito no tratamento do infarto agudo do miocárdio, se tornando fruto de investimentos em pesquisa, insumos e equipamentos, além de possuir gestão integrada via telemedicina conectada nas diversas regiões de saúde da Paraíba proporcionando modernidade no tratamento de urgências cardiológicas e reduzindo as mortalidades causadas pela doença.

8.13 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, no âmbito do SUS (GTES), foi instituída pela Resolução do CNS nº 330 de 04 de novembro de 2003, com o objetivo de aplicar os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). Entre suas principais ações está a valorização do trabalhador e das relações de trabalho necessárias ao funcionamento do SUS, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades meio, necessárias ao seu desenvolvimento. É definido como "Trabalho no SUS" aquele exercido pelos profissionais em saúde (assistência, administração e gestão), em estabelecimentos vinculados e conveniados à rede SUS.

Como política, a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde visa garantir as condições necessárias para a permanência e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na saúde do Estado, por meio de ações focadas no aprimoramento das formas de gestão de pessoas, na consolidação de programas de educação permanente e continuada, na gestão e regulação do trabalho e no fortalecimento de espaços democráticos de negociação permanente. Além disso, está voltada para o desenvolvimento do trabalhador para o SUS, assegurando o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, por meio de um processo de educação que envolve a aquisição de informações, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, vivências, experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele.

Portanto, compreende-se que a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde se configura como uma área desafiadora e complexa na gestão pública, mesmo com avanços advindos e fortalecidos pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Na Paraíba, a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde vem sendo desenvolvida pela Gerência Administrativa (GA) e pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP/PB) de forma progressiva. A GA atua na gestão das relações de trabalho por meio do Núcleo de Gestão do Trabalho (NGT/RH), vinculado à Subgerência de RH, com projetos voltados para a valorização do servidor e melhorias para o processo de trabalho no âmbito da SES.

Por sua vez, a ESP/PB atua na qualificação dos trabalhadores do SUS com o objetivo de aperfeiçoar seu processo de trabalho e, conseqüentemente, potencializar a intersectorialidade na organização das redes e linhas de atenção à saúde, fortalecer as práticas de educação permanente em saúde e garantir a integração do ensino-serviço nas atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão. Nesse sentido, a ESP tem como objetivo central estimular, por meio da educação na saúde, a sistematização e produção de conhecimentos em saúde atualizados, além de investir na formação técnico-científica para o trabalhador do SUS, favorecendo a qualidade da assistência à população paraibana e a valorização do trabalhador da saúde.

8.13.1 GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO

A Gerência de Administração (GADM) está presente na estrutura organizacional da SES desde 1987, quando foi publicada a Estrutura Organizacional Básica da SES, por meio do Decreto nº 12.226. Na época, era chamada de Unidade Setorial de Administração (USA).

Posteriormente, com a publicação da Lei nº 8.816/2007, que definiu a estrutura organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual, a USA passou a ser denominada Gerência de Administração. Essa nomenclatura permaneceu após a

reestruturação realizada pela Lei nº 11.830, publicada no Diário Oficial do Estado em 06 de janeiro de 2021.

Como área instrumental da SES, compete à GADM o gerenciamento e implementação das políticas de gestão administrativa, patrimonial, de recursos

humanos, logística e infraestrutura, visando ao efetivo funcionamento da SES. Além disso, cabe à GADM articular a gestão e execução das atividades das divisões que a compõem com todas as instâncias da saúde no estado. A GADM é composta por um gerente, três subgerentes e sete chefes de núcleo, seguindo a hierarquia estabelecida.

8.13.2 NÚCLEO DE GESTÃO DO TRABALHO (NGT-RH)

A Gestão do Trabalho baseia-se nas relações de trabalho humanizadas, dignas, seguras e democráticas, e contempla diversas linhas de ações, que permeiam relações, condições, vínculos e processos de trabalho. Na SES, o NGT está vinculado à GA da SES, através da Subgerência de Recursos Humanos, e foi constituído pela Lei Estadual nº 8.186, em 16 de março de 2007, que define a Estruturação Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual. Sendo esta configuração mantida na reestruturação, publicada no Diário Oficial do Estado de 6 de janeiro de 2021.

A atual estrutura da SES limita o campo de atuação da gestão do trabalho às entidades ligadas à SES e caracterizando-se mais como um setor de recursos humanos. A fim de resolver essas limitações, encontra-se em curso estudos acerca da estrutura da SES sinalizando o caráter estratégico deste setor e aproximando a condução da Política de Gestão do Trabalho à Educação na Saúde.

Atualmente o NGT tem se esforçado para cumprir o papel de indutor de mudanças no campo das estruturas de recursos humanos na rede, e vem buscando construir vínculos com a Escola de Saúde Pública, órgão responsável pelo campo da educação na saúde do estado, em vista da concretização do agir conjuntamente. Considerando como diretriz a contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na rede estadual de saúde, o NTG vem atuando com o objetivo de colaborar para que sejam garantidas

as condições necessárias para a qualidade do serviço prestado à população, em consonância com a satisfação e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam nas unidades de saúde do estado.

Assim sendo, ele tem elaborado e colaborado com o desenvolvimento de propostas de aprimoramento da gestão de pessoas e processos de trabalho; com projetos que promovam a melhoria do clima institucional nas unidades; com instrumentos e ações que corroborem com a redução de conflitos entre as unidades de serviço e profissionais de diferentes áreas; com a modernização e otimização de processos de trabalho e na qualificação dos profissionais para o enfrentamento das mudanças quanto ao trabalho, inclusive da aposentadoria.

Dentre os projetos que vem sendo desenvolvidos pelo NTG, destaca-se o “Meu Trabalho Me Faz Bem”, que tem como princípio a humanização do trabalho e como objetivo oferecer assistência de saúde aos colaboradores da SES, dentro de uma perspectiva multidisciplinar nos aspectos emocionais, físicos e sociais. Sendo ofertados, atualmente, atendimentos com oito profissionais, entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, nutricionista e fisioterapeutas que realizam atividades de ginástica laboral, auriculoterapia, quiropraxia e yoga.

O foco de suas ações tem sido a consolidação de uma dinâmica de trabalho assertiva, promotora de qualidade de vida ao quadro de servidores da SES, em conformidade

com as novas demandas postas no âmbito da saúde do estado da Paraíba. Dentro do contexto atual, inúmeros são os desafios a serem enfrentadas para o alcance dos objetivos e metas inerentes as ações do NTG e, dentre eles, destacam-se os problemas gerados pela precarização dos vínculos de trabalho, em contrapartida com as exigências crescentes de contratação de profissionais qualificados. Assim, faz-se necessário garantir um processo permanente de adequação às novas demandas e novos desafios postos pela sociedade hodierna, onde as transformações do trabalho, das suas relações e de seus processos são rápidas e permanentes, propulsoras de uma urgente política de qualificação e valorização dos trabalhadores da saúde.

Algumas demandas foram apontadas como relevantes para a SES, implicando a

atuação do setor de Gestão do Trabalho em Saúde resumidas em dois objetivos estratégicos: dimensionar e qualificar o quadro técnico da SES e qualificar os processos de trabalho e comunicação interna dos serviços da SES. A fim de alcançar esses objetivos estratégicos, foram propostos objetivos específicos, dentre eles: atualizar o organograma da SES e instituir seu regimento interno de acordo com a realidade estrutural desta secretaria e redes de atenção à saúde, sendo fundamental para compreensão das relações de trabalho inter e intrasetoriais e definição de perfis de trabalhadores alocados nestas unidades; mapear e redefinir os fluxos de processos de trabalho; e dimensionar e qualificar os quadros técnicos da SES, mapeando as necessidades de qualificação dos trabalhadores e propondo formações que atendam essas demandas.

8.13.3 ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

A Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP/PB), criada em 2021 como proposta norteadora do Plano Estadual de Saúde (PES), articula a Política de Educação Permanente em Saúde no estado, por meio do Plano Estadual de Educação Permanente, aprovado pela Resolução CIB nº01/2019. A instituição realiza formações para os trabalhadores do SUS em seu território e contribui para o desenvolvimento da Política de Educação Popular em Saúde da Paraíba.

Além disso, a ESP/PB inclui em seu escopo a oferta de cursos lato sensu (especializações, mestrado, residências médicas e multiprofissionais), assim como cursos stricto sensu, com oferta continuada de formação para trabalhadores de nível técnico do SUS. Essa estratégia é respaldada pelo Plano Diretor Institucional da ESP e reforçada pelo credenciamento da escola para oferecer cursos de pós-graduação e técnicos pelo Conselho Estadual de Educação (Resolução nº 352/2021).

Como escola pública de saúde, a ESP/PB tem a missão de fortalecer a Rede de

Educação na Saúde para qualificar os trabalhadores do SUS e os estudantes da área de saúde, por meio de propostas pedagógicas inovadoras e dialógicas. Essas propostas visam fundamentar, orientar e subsidiar as ações relacionadas ao trabalho, à pesquisa, à inovação, à docência, à extensão e ao cuidado em saúde, nos diversos contextos sócio políticos, em conformidade com as políticas públicas de saúde.

A ESP/PB possui um organograma que se relaciona com a pesquisa, a área acadêmica e pedagógica, por meio do desenvolvimento de cursos e estratégias educacionais, pós-graduação, cursos de curta duração e produção científica. A instituição fortalece a educação permanente, continuada e popular. Alinhada às propostas do PES (2020-2023), a ESP/PB obteve êxito no planejamento e execução, potencializando assim o fomento de novas propostas e o fortalecimento de projetos existentes e bem-sucedidos, por meio de sua capacidade organizativa.

Nesse sentido, em seu organograma institucional, o Núcleo de Desenvolvimento Educacional e Planejamento (NDEP) tem a atribuição de apoiar a discussão filosófica e pedagógica da escola, bem como oferecer suporte metodológico às atividades formativas e educacionais na instituição. Desta maneira, este núcleo é referência para a Direção Acadêmica e os demais núcleos que desenvolvem ações formativas, tanto para os próprios integrantes dos núcleos quanto para os atores contratados pela ESP/PB para o desempenho de cursos e projetos, sejam coordenadores, facilitadores ou docentes.

Além disso, a ESP/PB também atua na coordenação, fomento e apoio pedagógico das Residências Médicas e Multiprofissionais vinculadas ao estado da Paraíba. Para tal, são oferecidas qualificações e capacitações aos residentes, preceptores e tutores. Ainda vinculada à ESP/PB, está a coordenação do Apoio Institucional da SES, estratégia de qualificação que tem conseguido, por meio da Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular em Saúde, capacitar os trabalhadores e gestores do SUS das 16 regiões de saúde do estado, além de oferecer uma estrutura de apoio institucional às regiões de saúde, impulsionando a regionalização e a ampliação das redes prioritárias de atenção à saúde e melhorando as ações de planejamento, vigilância e atenção à saúde.

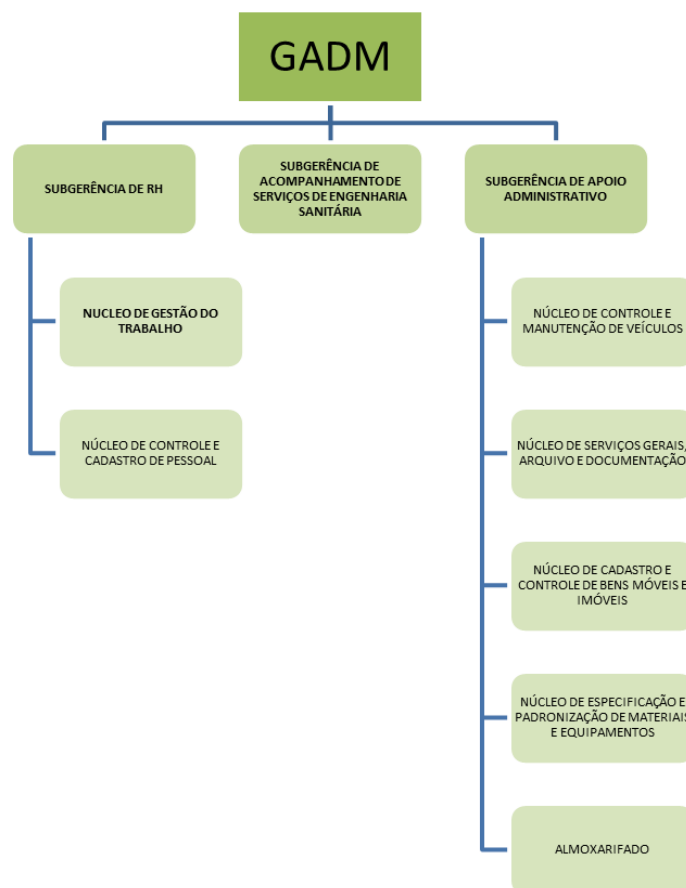
Nesse sentido, a ESP/PB tem uma atuação forte nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instituídas na Paraíba de forma macrorregional; participa da elaboração e execução dos Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS); organiza as atividades da Rede Escola SUS/PB (RESUS/PB); e ainda auxilia na implementação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) em todos os serviços de saúde da gestão estadual. Para tal, neste quadriênio, espera-se repactuar junto às CIES e às Comissões Intergestoras Regionais (CIR) as ações referentes aos PMEPS das quatro

macrorregiões, apoiar os NEPs dos serviços da gestão estadual e implantar NEPs regionais de modo a fortalecer a RESUS/PB e descentralizar as ações de EPS no Estado, contribuindo para a conformação de uma rede estruturada de Educação Permanente em Saúde no Estado.

Considerando que em suas atribuições também estão a pesquisa e a extensão, a ESP/PB conta com um Núcleo de Investigação Científica, responsável por reduzir a lacuna entre as pesquisas acadêmicas e as necessidades reais do SUS. Esse núcleo, por meio de suas prioridades de pesquisa, definidas de forma transversal e colaborativa entre trabalhadores e gestores do SUS e membros da academia, tem como objetivo desenvolver as linhas prioritárias e estabelecer parcerias com instituições de ensino e outros órgãos de pesquisa do estado. Além disso, esse núcleo controla e organiza o fluxo das pesquisas a serem desenvolvidas nos órgãos do estado.

Diante do exposto, será promovido nos próximos quatro anos o fortalecimento e a implementação de novos programas de residência em saúde, a criação de um programa de mestrado profissional em saúde, a implementação de cursos de pós-graduação e de curta duração para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde, bem como o Projeto da Primeira Infância. Pretende-se também fortalecer a Rede de Educação em Saúde do Estado, por meio do fortalecimento de parcerias com instituições de ensino, a criação de Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde nas regiões de saúde, a qualificação de trabalhadores da Saúde do Estado em Educação Permanente em Saúde, e a qualificação de trabalhadores de nível médio por meio de cursos técnicos. Além disso, pretende-se fortalecer a Rede Escola por meio da atualização das normativas técnicas e da regulamentação dela. Por fim, pretende-se fortalecer a produção técnico-científica da ESP e SES/PB por meio de um repositório e da criação do corpo editorial da ESP.

FIGURA 17 – HIERARQUIA DA GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO.



Fonte: SES-PB.

Em suma, considerando a evolução dos serviços e o acréscimo de demandas da SES e as atribuições da referida GADM, estudam-se adequações para atendimento

das necessidades, como propostas de descentralização de serviços e reestruturação do organograma.

8.14 GERÊNCIA DE INSUMOS, BENS E SERVIÇOS PARA SAÚDE

A Gerência de Insumos, Bens e Serviços para Saúde (GIBSS), criada pela Lei nº 13.011 de 29 de dezembro de 2023, tem como competências:

- promover a articulação entre a Secretaria e a organização central dos Sistemas Estruturantes de Planejamento, Orçamento, Finanças, Contabilidade Geral e Controle Interno, objetivando a contratação e aquisição de insumos, bens e serviços de interesse da saúde;
- padronizar, planejar, consolidar e racionalizar as contratações e aquisições

das unidades administrativas vinculadas à SES;

- coordenar as ações de contratações e aquisições de forma centralizada no âmbito da SES e articulada com a Central de Compras do Estado, a fim de obter celeridade, economia de escala, padronização de produtos e serviços e redução de custos processuais;
- monitorar, em sua área de competência, as atividades de Especificação, Padronização e Planejamento das Aquisições e Contratações, com base em suportes normativos vigentes;

- e) executar as ações planejadas do plano anual, instruindo devidamente os processos de contratações e aquisições de insumos, bens e serviços, respeitando as modalidades e suas especificidades;
- f) proceder à gestão dos contratos firmados relativos à contratação e aquisição de insumos, bens e serviços de interesse da saúde;
- g) cumprir e fazer cumprir rigorosamente as normas, regras, exigências e condições estabelecidas nas legislações federal e estadual pertinentes às licitações, contratos, compras, autorização e demais competências sobre aquisição;
- h) acompanhar a execução dos processos de aquisição;
- i) manter atualizados os registros da execução das aquisições e do acompanhamento dos processos, emitindo planilhas e relatórios gerenciais e periódicos sobre o status dos processos;
- j) participar da elaboração das propostas orçamentárias anuais da SES;
- k) assessorar o Secretário de Estado da Saúde, visando subsidiá-lo no estabelecimento de orientações, diretrizes e interpretações de normas gerais que deverão reger os procedimentos referentes à compra;
- l) assessorar as demais áreas da SES em assuntos de sua competência;
- m) desenvolver outras atividades correlatas.

A GIBSS está organizada em: Subgerência de Planejamento das Aquisições e Contratações; Subgerência de Execução das Aquisições e Contratações; Subgerência de Licitações; e Subgerência de Contrato, sendo cada subgerência subdivididas da seguinte forma, conforme mostrado abaixo.

Subgerência de Planejamento das Aquisições e Contratações da SES:

- a) Núcleo de Planejamento de Aquisições de Medicamentos, Material Hospitalar e Nutrição;

- b) Núcleo de Planejamento de Aquisições de Insumos para Saúde e Afins;
- c) Núcleo de Planejamento de Equipamentos para Saúde e Afins;
- d) Núcleo de Planejamento em Serviços e Engenharia para Saúde e Afins.

Subgerência de Licitações da SES:

- a) Núcleo de Contratações de Aquisições de Medicamentos, Material Hospitalar e Nutrição;
- b) Núcleo de Contratações de Insumos para Saúde e Afins;
- c) Núcleo de Contratações de Equipamentos para Saúde e Afins; e
- d) Núcleo de Contratações em Serviços e Engenharia para Saúde e Afins.

Subgerência de Execução das Aquisições e Contratações:

- a) Núcleo de Especificação e Padronização das Aquisições e Contratações;
- b) Núcleo de Pesquisa de Preço.

À Subgerência de contratos, compete:

- a) acompanhar as atas de registro de preços e contratos vigentes para orientar as ações de aquisições da SES;
- b) gerenciar o planejamento anual de contratações da SES;
- c) manter o controle sobre os contratos e tomar as providências necessárias para corrigir distorções contratuais;
- d) dar conhecimento à autoridade superior da inexecução total ou parcial de contratações celebradas pela SES;
- e) sugerir, de forma fundamentada, a aplicação de sanções administrativas quando ocorrer descumprimento contratual;
- f) acompanhar os processos de rescisão contratual e exigir a prestação das garantias previstas;

- g) disponibilizar informações sobre as contratações firmadas pela SES;
- h) zelar para que as contratações tenham uma duração razoável e que todas as exigências legais sejam rigorosamente cumpridas;
- i) desenvolver outras atividades correlatas.

8.15 GERÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA

A Gerência de Distribuição e Logística (GDL), criada pela Lei nº 13.011 de 29 de dezembro de 2023, tem como competências:

- a) garantir o abastecimento regular das unidades administrativas da SES, de forma rápida, alinhada ao planejamento estratégico, ao plano diretor de logística sustentável e a outros instrumentos de governança existentes;
- b) propor diretrizes e ações com o objetivo de racionalizar e otimizar a distribuição, armazenagem, movimentação, reaproveitamento, bem como formas de descarte de materiais, quando necessário;
- c) desenvolver atividades relacionadas ao planejamento estratégico para subsidiar a elaboração do plano diretor de logística, garantindo a efetividade do abastecimento nas áreas da Secretaria;
- d) realizar a gestão da regionalização de distribuição e logística, de forma articulada com as Macrorregiões de Saúde;
- e) dispor de uma base de dados com histórico de consumo, histórico orçamentário, entre outros, para subsidiar novas propostas, estudos e tomada de decisões;
- f) promover a fiscalização do uso dos insumos, destacando formas de desperdício e/ou uso inadequado ou impróprio;
- g) controlar a entrada e saída de materiais e equipamentos;
- h) articular o remanejamento de estoque entre as Centrais de Distribuição e Logística, evitando rupturas de estoque quando houver falhas de abastecimento em algumas das centrais, se necessário;
- i) monitorar a situação de transporte e de condutores para o trabalho de distribuição e logística no território paraibano;
- j) supervisionar o recebimento, a conferência, o controle, o acondicionamento e a distribuição de equipamentos e materiais adquiridos pela SES;
- k) controlar a documentação regular para o transporte, equipamentos e materiais em trânsito;
- l) providenciar expedientes, relatórios e informações relacionadas aos serviços de distribuição e logística;
- m) desenvolver outras atividades correlatas.

Integram a Gerência de Distribuição e Logística (GDL) da SES:

- a) Subgerência de Distribuição da 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa;
- b) Subgerência de Distribuição da 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande;
- c) Subgerência de Distribuição da 3ª Macrorregião de Saúde – Patos;
- d) Subgerência de Controle e Manutenção de Veículos;
- e) Subgerência do Almoxarifado.

Cada Subgerência é subdividida da seguinte forma:

- À Subgerência de Distribuição da 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa, compete:
- a) executar todas as ações relacionadas ao recebimento, armazenamento e distribuição de todos os insumos adquiridos pela SES para as unidades de saúde pertencentes à 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa, seguindo as orientações da GDL;

- b) controlar insumos e sua distribuição por unidades administrativas da saúde, na sua área de competência;
- c) organizar e manter atualizados os registros de controle na Subgerência de Distribuição da 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa;
- d) administrar e manter acervo de expedientes e documentação relativa à distribuição de insumos, com registros de protocolos de recebimento;
- e) supervisionar e informar sobre insumos em trânsito, destinados à 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa;
- f) registrar ocorrências e providências em sua área de competência, informando a GDL da SES;
- g) suprir necessidades de guarda e controle de insumos sob sua responsabilidade, dentro dos padrões adequados de segurança e conservação;
- h) articular-se com unidades administrativas de destino dos insumos, para agendamento, recepção, conferência e recebimento de equipamentos e materiais;
- i) emitir relatórios e informações relativas às atividades de Distribuição da 1ª Macrorregião de Saúde – João Pessoa;
- j) proceder ao recebimento e atesto de notas fiscais e relatório de entrada e processar os devidos registros no sistema informatizado adotado pela secretaria;
- k) emitir parecer técnico sobre pagamentos solicitados pelo ordenador de despesas da SES;
- l) atender e acompanhar trabalhos de auditoria, prestando os esclarecimentos necessários, documentação e/ou informações exigidas no prazo estabelecido;
- m) atuar como fiscais de contratos administrativos sempre que nomeados por portaria pelo Secretário de Estado da Saúde;
- n) desenvolver outras atividades correlatas.

À Subgerência de Distribuição da 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande, compete:

- a) executar todas as ações relacionadas ao recebimento, armazenamento e distribuição de todos os insumos adquiridos pela SES para as unidades de saúde pertencentes à 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande, seguindo as orientações da GDL;
- b) controlar insumos e sua distribuição por unidades administrativas da saúde, na sua área de competência;
- c) organizar e manter atualizados os registros de controle na Subgerência de Distribuição da 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande;
- d) administrar e manter acervo de expedientes e documentação relativa à distribuição de insumos, com registros de protocolos de recebimento;
- e) supervisionar e informar sobre insumos em trânsito, destinados à 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande;
- f) registrar ocorrências e providências em sua área de competência, informando a GDL da SES;
- g) suprir necessidades de guarda e controle de insumos sob sua responsabilidade, dentro dos padrões adequados de segurança e conservação;
- h) articular-se com unidades administrativas de destino dos insumos, para agendamento, recepção, conferência e recebimento de equipamentos e materiais;
- i) emitir relatórios e informações relativas às atividades de Distribuição da 2ª Macrorregião de Saúde – Campina Grande;
- j) proceder ao recebimento e atesto de notas fiscais e relatório de entrada e processar os devidos registros no sistema informatizado adotado pela secretaria;
- k) emitir parecer técnico sobre pagamentos solicitados pelo ordenador de despesas da SES;

- l) atender e acompanhar trabalhos de auditoria, prestando os esclarecimentos necessários, documentação e/ou informações exigidas no prazo estabelecido;
- m) atuar como fiscais de contratos administrativos sempre que nomeados por portaria pelo Secretário de Estado da Saúde;
- n) desenvolver outras atividades correlatas

À Subgerência de Distribuição da 3ª Macrorregião de Saúde – Patos, compete:

- a) executar todas as ações relacionadas ao recebimento, armazenamento e distribuição de todos os insumos adquiridos pela SES para as unidades de saúde pertencentes à 3ª Macrorregião de Saúde – Patos, seguindo as orientações da GDL;
- b) controlar insumos e sua distribuição por unidades administrativas da saúde, na sua área de competência;
- c) organizar e manter atualizados os registros de controle na Subgerência de Distribuição da 3ª Macrorregião de Saúde – Patos;
- d) administrar e manter acervo de expedientes e documentação relativa à distribuição de insumos, com registros de protocolos de recebimento;
- e) supervisionar e informar sobre insumos em trânsito, destinados à 3ª Macrorregião de Saúde – Patos;
- f) registrar ocorrências e providências em sua área de competência, informando a GDL da SES;
- g) suprir necessidades de guarda e controle de insumos sob sua responsabilidade, dentro dos padrões adequados de segurança e conservação;
- h) articular-se com unidades administrativas de destino dos insumos, para agendamento, recepção, conferência e recebimento de equipamentos e materiais;

- i) emitir relatórios e informações relativas às atividades de Distribuição da 3ª Macrorregião de Saúde – Patos;
- j) proceder ao recebimento e atesto de notas fiscais e relatório de entrada e processar os devidos registros no sistema informatizado adotado pela secretaria;
- k) emitir parecer técnico sobre pagamentos solicitados pelo ordenador de despesas da SES;
- l) atender e acompanhar trabalhos de auditoria, prestando os esclarecimentos necessários, documentação e/ou informações exigidas no prazo estabelecido;
- m) atuar como fiscais de contratos administrativos sempre que nomeados por portaria pelo Secretário de Estado da Saúde;
- n) desenvolver outras atividades correlatas.

À Subgerência de Controle e Manutenção de Veículos, compete:

- a) desenvolver atividades relativas ao controle e manutenção de veículos da Secretaria;
- b) responsabilizar-se pelas viaturas da Secretaria, quando no pátio do prédio, fiscalizando o uso adequado e informando ao superior imediato sobre o uso indevido dos mesmos e eventuais ocorrências;
- c) providenciar regularização de documentos dos veículos e tratar da habilitação dos condutores de veículos;
- d) manter cadastro de veículos e dos condutores de veículos, bem como das infrações e sinistros de trânsito cometidos;
- e) administrar assuntos de transportes relativos a infrações (multas), sinistros, troca de veículos, habilitação dos condutores e horários de jornada;
- f) subsidiar especificações técnicas quando da aquisição de veículos e/ou acompanhar contratos de locação pela Secretaria;

- g) organizar e acompanhar distribuição, escala e procedimentos administrativos relativos aos motoristas;
- h) desenvolver outras atividades correlatas

À Subgerência do Almoxarifado, compete:

- a) exercer a guarda e controle de materiais e equipamentos armazenados, dentro dos padrões adequados de segurança e conservação;

8.16 OUVIDORIA

As ouvidorias da saúde são canais democráticos de comunicação entre os cidadãos e os órgãos e entidades do SUS, servindo como espaços de cidadania. Essas ouvidorias são instrumentos de gestão que recebem manifestações dos cidadãos, como reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e informações, aumentando a participação da população como fiscalizadores e contribuindo assim para o controle social na garantia dos direitos aos serviços de saúde. Dessa forma, a Ouvidoria SUS se torna um canal aberto e democrático entre o cidadão e a gestão. O que elas são?

- a) Unidades de intermediação do acesso aos serviços do SUS;
- b) intermedeiam as relações entre os cidadãos e os órgãos e entidades do SUS para assegurar o equilíbrio e a qualidade da comunicação entre eles;
- c) instrumento de disseminação de informações em saúde assegurando encaminhamento e tratamento adequado das manifestações.

O que elas não são?

- a) Serviço de atendimento ao consumidor e assessoria de comunicação social;
- b) estruturas de marcação de consulta, nem de solução de problemas dos(as) cidadãos(ãs);

- b) proceder a distribuição de materiais e equipamentos para áreas de trabalho no âmbito da Secretaria

- c) controlar entrada e saída de materiais e equipamentos aos cuidados do Almoxarifado;

- d) manter atualizada base de dados relativa a materiais e equipamentos sob a sua responsabilidade

- c) unidades de solução de conflitos internos ou externos;

- d) unidades de auditoria, assessoria jurídica, corregedoria ou instrumento de investigação e/ou de fiscalização.

As manifestações dos usuários do SUS são recebidas na Ouvidoria pelos acessos de telefone, e-mail, presencial e carta, sendo registradas em formulários para os devidos encaminhamentos. Com o objetivo de melhorar o número de Ouvidorias SUS instaladas na Paraíba e estimular sua descentralização, a Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde vem dialogando com os gestores para formar a rede de Ouvidoria SUS e indicar caminhos para o fortalecimento da participação popular na administração pública. As metas para implantação e implementação das Ouvidorias nos hospitais da rede estadual estão sempre em processo contínuo de debates, desmistificando e esclarecendo aos gestores o papel das ouvidorias. Entre outras atividades desenvolvidas, destaca-se a participação mensal das Ouvidorias SUS no ciclo anual de reuniões do Fórum Paraibano de Ouvidorias (FOPO), criado em 16 de março de 2011. Essa participação favorece a interatividade na rede de Ouvidoria SUS, sendo que a Ouvidoria da SES atuou no primeiro mandato da coordenação do FOPO, ocupando a posição de secretaria geral. O estado conseguiu avançar na implantação e implementação das ouvidorias propostas para o quadriênio 2020–2023. Atualmente, a rede de ouvidorias dos órgãos da saúde do estado conta com 35 ouvidorias implantadas e

implementadas. A Ouvidoria da SES também conta com o apoio da Ouvidoria Geral do Estado (OGE), que oferece suporte para formação e discussões acerca das ouvidorias.

As perspectivas para 2024–2027 continuam sendo aquelas que foram elencadas e aprovadas pelos ouvidores, assistentes técnicos e pela coordenação da OGE. São elas:

- a) melhoria das estruturas físicas e das condições de trabalho nas Ouvidorias;
- b) sensibilização dos gestores para melhorar e apoiar os objetivos da Ouvidoria;
- c) divulgação da Ouvidoria nos setores internos e externos das secretarias correspondentes, para garantir que nenhuma demanda fique sem resposta;
- d) capacitação e qualificação das equipes das ouvidorias;
- e) realização de visitas técnicas;

- f) implantação e implementação de ouvidorias em 9 Gerências Regionais de Saúde do Estado, onde ainda não há ouvidorias implantadas;
- g) estruturação de todos os espaços de ouvidorias da rede hospitalar a nível estadual, de modo que o serviço funcione adequadamente e que o ouvidor possa desempenhar seu trabalho de forma adequada.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o aprimoramento da gestão democrática, por meio da atuação da ouvidoria, certamente vem se tornando um fator importante na consolidação da participação da sociedade. Essa participação é uma diretriz constitucional no campo da saúde pública, e as ouvidorias auxiliam na efetivação do controle social a cada ano. A Ouvidoria da SES está se empenhando para garantir que haja, de forma contínua, a qualificação dos trabalhos das atividades laborais de todas as Ouvidorias SUS no estado da Paraíba.



9

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, garantiu o financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Ela estabeleceu que as três esferas de governo devem destinar recursos mínimos anuais provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinar suas bases de cálculo. Dessa forma, recursos foram destinados ao setor de saúde (Brasil, 2000).

Essa Emenda foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Essa lei também regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, definindo os valores mínimos a serem investidos anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e

Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Além disso, ela estabelece os critérios de distribuição dos recursos transferidos para a saúde, assim como as normas de fiscalização, avaliação e controle dos gastos com saúde nas três esferas de governo. A Lei Complementar também revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993, e trata de outras providências.

A Lei Complementar estabelece que os estados devem investir no mínimo 12% da receita líquida de impostos de natureza estadual em ações e serviços de saúde (Brasil, 2012a). No caso da Paraíba, o investimento mínimo previsto foi superado, atingindo um mínimo de 12,27% e um máximo de 13,69% (Quadro 26).

QUADRO 26 - PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO PELO ESTADO DA PARAÍBA DE ACORDO COM A LC 141, DE 2012 A 2022.

Estado	Percentual mínimo a ser aplicado	Percentual Aplicado				
		2018	2019	2020	2021	2022
Paraíba	12	12,27	12,22	12,39	12,69	12,97

Fonte: SIOPS, 2023.

QUADRO 27 - DEMONSTRATIVO DA RECEITA CORRENTE LÍQUIDA E DESPESAS COM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA, DE 2018 A 2022.

Ano	Receita Líquida Arrecadada	% Aplicado – EC 29 / LC 141	Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde	Restos a Pagar Cancelados
2018	9.143.132.382,44	12,27	1.122.012.178,00	0
2019	9.762.190.000,41	12,22	1.192.973.163,85	0
2020	9.826.167.097,51	12,39	1.218.115.354,37	0
2021	12.504.209.000,64	12,69	1.587.419.453,84	0
2022	14.360.924.918,71	12,97	1.862.779.457,36	0

Fonte: SIOPS, 2023.

Conforme os quadros 28 e 29, dentre os cinco anos apontados, a saúde apresenta crescimento quanto à evolução da despesa. No período analisado, houve crescimento substancial dos recursos aplicados em saúde no estado.

QUADRO 28 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2018 A 2022.

Ano	Pessoal e Encargos Sociais – Valor Liquidado	Outras Despesas Correntes – Valor Liquidado	Despesas de Capital – Valor Liquidado	Total
2018	586.563.014,16	732.434.760,52	80.345.949,54	1.399.343.724,22
2019	522.717.083,28	759.447.394,83	62.649.176,27	1.344.813.654,38

Fonte: SIOPS, 2023.

QUADRO 29 - DESPESA TOTAL EMPENHADA COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR CATEGORIAS. PARAÍBA. ANOS 2018 A 2022.*

Ano	Outras Despesas Correntes – Valor Liquidado	Despesas de Capital – Valor Liquidado	Total
2020	1.519.013.879,43	55.359.028,39	1.574.372.907,82
2021	1.874.994.572,59	76.971.936,52	1.951.966.509,11
2022	1.947.107.374,61	112.800.388,81	2.059.907.763,42

Fonte: SIOPS, 2023 (*) De acordo com novo layout do RREO.

Os Quadros 30 e 31 apresentam a evolução dos repasses federais oriundos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde da Paraíba, de 2014 a 2018.

QUADRO 30 - RECURSOS FEDERAIS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, POR BLOCO DE FINANCIAMENTO. PARAÍBA, DE 2018 A 2019.

Blocos de Financiamento	2018	2019
Vigilância em Saúde	15.625.638,57	15.286.402,92
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	150.259.404,89	117.261.985,37

Investimento	14.896.804,00	1.621.831,26
Gestão do SUS	730.000,00	110.000,00
Atenção Básica	1.939.124,97	802.136,30
Assistência Farmacêutica	11.059.738,02	10.136.328,75
TOTAL – R\$	194.510.710,45	145.218.684,60

Fonte: SIOPS, 2023

QUADRO 31 - RECURSOS TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, PARAÍBA, DE 2020 A 2022*.

Receitas adicionais para financiamento da Saúde			
	2020	2021	2022
Provenientes da União	367.168.731,30	370.090.412,61	243.584.399,01
Provenientes dos Municípios		30.279,00	17.995.729,79
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO INTERNAS E EXTERNAS VINCULADAS A SAÚDE		2.136.400,00	13.780.000,00
Outras Receitas		2.226.204,32	
TOTAL – R\$	367.168.731,30	374.483.295,93	275.360.128,80

Fonte: SIOPS, 2023 *De acordo com novo layout do RREO.

O Orçamento Público, em sentido amplo, é um documento legal que contém 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, é necessário baseá-lo em estudos e documentos cuidadosamente tratados, que compõem todo o processo de elaboração orçamentária do governo.

Existem princípios básicos que devem ser seguidos para a elaboração e o controle dos Orçamentos Públicos, os quais estão definidos, no caso brasileiro, na Constituição Federal de 1988, na Lei 4.320/64, no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei de Responsabilidade Fiscal. Diante dessas considerações, a SES apresenta, de forma geral, a projeção orçamentária para os anos de 2024, 2025, 2026 e 2027. É importante ressaltar que a linha de projeção é configurada por um aumento de 3,5% ao ano no valor total da Receita Líquida Arrecadada do Estado.

QUADRO 32 – PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA – SES DA PARAÍBA

ESFERA	2024	2025	2026	2027
Pessoal e Encargos	1.280.000.000,00	1.324.800.000,00	1.371.168.000,00	1.419.158.880,00
Fiscal e Seguridade Social	942.663,41	975.656,63	1.009.804,61	1.045.147,77
Total R\$	1.280.942.663,41	1.325.775.656,63	1.372.177.804,61	1.420.204.027,77

Fonte: SIOPS, 2023

COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Conforme fundamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 (Anexo XXII), o financiamento da APS deve ser tripartite. Neste sentido, precisa estar garantido nos planos nacional, estadual e municipal de saúde. Esse financiamento está incluído nos dois blocos de financiamento da saúde: o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Com relação ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde, o Ministério da Saúde criou em 2011 o programa Requalifica UBS, que é uma das estratégias para a melhoria e fortalecimento da Atenção Básica. Por meio desse programa, o Ministério da Saúde propõe a criação de unidades básicas de saúde com estrutura física acolhedora e de alta qualidade, a fim de facilitar a mudança das práticas das equipes de saúde.

Instituído em 2011, o programa tem como objetivo fornecer incentivos financeiros para a reforma, ampliação e construção de UBS, proporcionando condições adequadas para o trabalho em saúde e melhorando o acesso e a qualidade da atenção básica. Além disso, envolve ações para informatizar os serviços e qualificar a atenção à saúde prestada pela equipe de profissionais. Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), uma ferramenta que permite aos gestores um maior controle sobre o progresso das obras e, com os registros atualizados, garante a continuidade dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde.

No que se refere ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, o Ministério da Saúde criou o programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Esse novo modelo de financiamento alterou algumas formas de repasse de transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em

três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso da população aos serviços da Atenção Primária e fortalecer o vínculo entre a população e a equipe de saúde. Isso é feito por meio de mecanismos que incentivam a responsabilização dos gestores e profissionais pela assistência prestada às pessoas. O Previne Brasil equilibra os valores financeiros per capita relacionados à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), levando em consideração o desempenho assistencial das equipes, além de oferecer incentivos específicos, como a ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal e informatização (informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

A SES, tem como objetivo para o quadriênio 2024/2027, lançar em pactuação com as Secretarias Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, em âmbito Estadual, um conjunto de ações estratégicas que abranjam as características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território, por meio de Programa de Apoio Financeiro à APS em âmbito estadual, que será elaborada pela SES. Esse cofinanciamento da APS em âmbito estadual, deve contemplar a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na RAS.



10

**DIRETRIZES,
OBJETIVOS, METAS E
INDICADORES**

DIRETRIZ 1

Garantia do acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade, atendendo às necessidades de saúde, considerando os determinantes sociais, implementando a política de atenção primária em saúde e a atenção especializada com o fortalecimento da rede de atenção à saúde, de forma regionalizada, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
1.1 Fortalecer a Atenção Primária em Saúde - APS	Fomentar o aumento em 10% o percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento por ano, junto à Atenção Primária	Percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da atenção primária por ano	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
	Ampliar para 0,60 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,45	0,50	0,55	0,60
	Ampliar para 0,32 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,20	0,24	0,28	0,32
	Incentivar a ampliação para 95% a cobertura da Atenção Básica	Percentual de cobertura de Atenção Básica	92,7%	93,5%	94,2%	95%
	Incentivar a ampliação para 91% a cobertura de Saúde Bucal	Percentual de cobertura de Saúde Bucal	88,7%	89,46%	90,22%	91%
	Ampliar para 0,6 a razão entre tratamento concluído e primeira consulta odontológica programática	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	0,4	0,47	0,54	0,6
	Ampliar para 10% a cobertura da primeira consulta odontológica programada	Percentual de cobertura da primeira consulta odontológica programada	2,5	2,5	2,5	2,5
	Aumentar para 75% o número de gestantes com sete ou mais consultas de	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	73,2%	73,8%	74,4%	75%

	pré-natal					
	Reduzir em 4% os casos de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	1%	1%	1%	1%
	Implantar a Linha de Cuidado de Aleitamento Materno	Número de Linha de Cuidado de Aleitamento Materno implantada	-	-	-	1
	Qualificar 600 profissionais dos postos de coleta em triagem neonatal biológica (teste do pezinho)	Número de profissionais dos postos de coleta em triagem neonatal biológica qualificados	150	150	150	150
	Incentivar a implantação de 80 postos de coleta em triagem neonatal biológica nos municípios.	Números de postos de coletas em triagem neonatal biológica implantados nos municípios	20	20	20	20
	Qualificar 1.800 mil profissionais da APS na estratégia do AIDPI, com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil.	Número de profissionais qualificados da APS na estratégia do AIDPI	1.000	800	-	-
	Aumentar para 20% a cobertura de recém-nascidos que realizam exames da triagem neonatal biológica (teste do pezinho) na Paraíba.	Percentual de recém-nascidos com teste do pezinho realizados na Paraíba.	5%	5%	5%	5%
	Aumentar em 20% o número de recém-nascidos com coleta do teste do pezinho realizada entre o 3º e o 5º dia de vida.	Percentual de recém-nascidos que realizaram a coleta do teste do pezinho do 3º ao 5º dia de vida.	5%	5%	5%	5%
	Diminuir para 5% o número de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%
	Incentivar a ampliação em 10% da cobertura das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Percentual de cobertura do Programa Bolsa Família	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
	Incentivar a ampliação em 20% da cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)	Percentual de cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	5%	5%	5%	5%

	Incentivar a ampliação em 10% da cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)	Percentual de cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
	Incentivar a cada ano a ampliação de 3.974 registros de estado nutricional no sistema oficial do Ministério da Saúde	Número de registros de estado nutricional no SISVAN de crianças de 0 a 5 anos	162.911	166.885	170.859	174.833
	Incentivar o aumento de 20% do número de consultas de homens nos serviços da APS	Percentual de municípios com registros de Homens com Consulta com Profissionais da APS	5%	5%	5%	5%
	Incentivar o aumento de 40% do número de homens que realizam as consultas do Pré-Natal do Pai/Parceiro	Percentual de Municípios com registros de Homens com Consulta do Pré-Natal do Pai/Parceiro	10%	10%	10%	10%
	Incentivar o aumento em 40% do número de municípios que realizam a avaliação multidimensional de Pessoas Idosas (60+) na atenção primária	Percentual de municípios com registros da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) na APS	10%	10%	10%	10%
1.2 Implantar a Política de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças	Instituir um núcleo de promoção da saúde e prevenção de doenças na SES/PB.	Número de núcleo de promoção da saúde e prevenção de doenças na SES instituído.	-	1	-	-
1.3 Fortalecer a Gestão de Média e Alta Complexidade de Forma Regionalizada	Garantir acesso ao leite humano ordenhado pasteurizado em conformidade com os protocolos da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano em 100% dos hospitais com leitos de UTI neonatal do estado.	Percentual de hospitais com leitos de UTI neonatal que ofertam leite humano ordenhado pasteurizado	70%	80%	90%	100%
	Implantar um Centro de Atenção Integral a Crianças Vítimas de Violência na 3ª Macrorregião.	Número de Centro de Atenção Integral a Crianças Vítimas de Violência implantado.	-	1	-	-
	Implantar a Triagem Auditiva Neonatal Universal em 60% das maternidades e hospitais de gestão estadual.	Percentual de hospitais de gestão estadual com a TANU implantada	15%	15%	15%	15%

Certificar 06 Bancos de Leite Humano no Programa de Certificação Fiocruz para Bancos de Leite Humano - PCFioBLH	Número de Bancos de Leite Humano no estado certificados	-	1	2	3
Reduzir em 14% o número de solicitações de hemocomponentes não atendidas na Hemorrede.	Percentual de solicitações de hemocomponentes não atendidas na Hemorrede.	5%	3%	3%	3%
Ampliar em 90 %, com progressão de 3% a mais, a cada ano consecutivo, a satisfação dos doadores de sangue.	Percentual de satisfação dos doadores de sangue.	81%	84%	87%	90%
Aumentar em 15% o número de doadores de tecidos oculares humanos	Percentual de doadores de tecidos oculares humanos	3,75%	3,75%	3,75%	3,75%
Aumentar em 30% o número de doadores efetivos de órgãos	Percentual do número de doadores efetivos de órgãos	7,5%	7,5%	7,5%	7,5%
Aumentar em 20% as notificações de morte encefálica	Percentual de notificações de morte encefálica	5%	5%	5%	5%
Ampliar em 4,8 % as doações de sangue.	Índice de doações de sangue	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
Implantar no Hemonúcleo de Patos, o atendimento a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem de transfusões e sangrias.	Número de atendimento a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem transfusões e sangrias implantado.	-	-	-	1
Ampliar 50% o atendimento a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem de transfusões e sangrias, no Hemocentro Coordenador.	Percentual de atendimentos a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem de transfusões e sangrias, no Hemocentro Coordenador	-	-	25%	25%
Implantar Centro de Estudo do Hemocentro Coordenador	Número de Centro de estudo Implantado	-	1	-	-
Implantar 3 policlínicas estaduais, uma por macrorregião de região de saúde.	Número de policlínicas implantadas no estado.	-	-	1	2
Implantar 11 policlínicas regionais	Número de policlínicas regionais implantadas no estado.	-	5	6	-
Implantar um Hospital de Trauma do	Número de hospital de trauma	-	-	1	-

	Sertão, em Patos	implantado.				
	Habilitar o Hospital do Bem em CACON	Número de Hospital do Bem habilitado como CACON.	-	1	-	-
	Implantar um Hospital e Maternidade Regional no município de Pocinhos * ¹	Número de Hospital e Maternidade Regional de Pocinhos implantado	-	1	-	-
	Implantar Hospital da Mulher em João Pessoa	Número de Hospital da mulher implantado.	-	1	-	-
	Implantar Protocolo Operacional Padrão (POP) para procedimentos dos Centros Cirúrgicos dos 34 hospitais sob gestão estadual.	Número de Hospitais sob gestão estadual com POP de centro cirúrgico implantado.	8	8	9	9
	Uniformizar as escalas de profissionais dos 34 hospitais sob gestão estadual.	Número de hospitais sob gestão estadual com escalas de profissionais uniformizadas.	8	8	9	9
	Implantar engenharia clínica nos 34 hospitais sob gestão estadual.	Número de hospitais sob gestão estadual com engenharia clínica implantada.	3	5	13	13
	Normatizar os indicadores em saúde dos 34 hospitais sob gestão estadual.	Número de Hospitais sob gestão estadual com indicadores normalizados.	8	8	9	9
	Normatizar os indicadores em saúde das quatro UPAs sob gestão estadual.	Número UPAs sob gestão estadual com indicadores normalizados.	-	2	2	-
	Implantar Grade de Referência dos serviços ambulatoriais existentes nos 34 hospitais sob gestão estadual	Número de hospitais sob gestão estadual com grade de referência implantada.	-	11	11	12
	Padronizar os materiais médico-hospitalares dos 34 Hospitais sob gestão estadual	Número de hospitais sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares padronizados.	8	8	9	9
	Padronizar os materiais médico-hospitalares das quatro UPAs sob gestão	Número de UPAs sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares	-	2	2	-

¹ *Aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde conforme Resolução nº 188 em 10 de julho de 2024

	estadual.	padronizados.				
	Padronização dos serviços de terapia nutricional dos 34 hospitais sob gestão estadual	Número de hospitais com serviço de terapia nutricional padronizado.	-	11	11	12
	Implantar duas maternidades regionais	Número de maternidades regionais implantadas	-	1	1	-
	Implantar o Hospital de Clínicas e Maternidade em Campina Grande	Número de Hospital de Clínicas e Maternidade implantado	-	1	-	-
	Implantar cinco centros de parto de normal	Número de centros de parto normal implantados	-	2	3	-
1.4 Ampliar Acesso aos Serviços de Saúde de Forma Regionalizada	Implantar um CER II (físico e intelectual), no município de Itabaiana, de referência para a 2ª Região de Saúde	Número de CER II (físico e intelectual), no município de Itabaiana, de referência para a 2ª Região de Saúde	-	-	-	1
	Implantar um CER III (físico, Intelectual e Visual), no município de Mamanguape, de referência para a 14ª Região de Saúde	Número de CER III (físico, intelectual e visual), no município de Mamanguape, de referência para a 14ª Região de Saúde	-	-	-	1
	Implantar um CER II (físico e intelectual), no município de Esperança, de referência para a 3ª Região de Saúde	Número de CER II (físico e intelectual), no município de Esperança, de referência para a 3ª Região de Saúde	-	-	-	1
	Implantar 01 Banco de Leite Humano no Hospital Regional de Sousa	Número de Banco de Leite Humano implantado.	-	-	1	-
1.5 Implementar as Redes de Atenção à Saúde com Foco Nas Linhas de Cuidado Prioritárias	Implantar 35 leitos de saúde mental em hospital geral de gestão estadual, nas 3 macrorregiões de saúde.	Número de leitos implantados nos hospitais regionais	10	10	10	5
	Ampliar em 40% o número de matriciamento de equipes dos outros pontos de atenção e níveis da Rede Atenção à Saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência	Percentual de Centros Especializados em Reabilitação (CER) realizando o Matriciamento de Equipes dos outros pontos e níveis da Rede de Atenção à Saúde para Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência	10%	10%	10%	10%
	Incentivar a ampliação de 10% no	Percentual de Centros Especializados em	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%

	número de pessoas que recebem altas por objetivos terapêuticos nos Centros Especializados em Reabilitação do Estado.	Reabilitação que realizam Altas por Objetivos Terapêuticos Alcançados da Reabilitação na Atenção Especializada				
	Construir o Plano Estadual da Rede de Atenção à Saúde	Número de Plano Estadual da Rede de Atenção à Saúde implantado	1	-	-	-
1.6 Construir, Reformar e Equipar os Estabelecimentos de Saúde e Administrativos da SES	Construir a Sede do Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC)	Número de sedes do CEDC construídas.	-	-	1	-
	Construir dois anexos materno infantil nas Unidades Hospitalares	Número de hospitais com anexo materno infantil construído.	-	1	1	-
	Construir uma estrutura própria para o Hospital de Clínicas de Campina Grande	Número de hospitais com estrutura própria construída.	-	-	1	-
	Construir nova sede do Hemocentro Coordenador	Número de nova sede construída	-	-	-	1
	Ampliar a Estrutura Física de dois Hemonúcleos (Guarabira e Sousa)	Números de Hemonúcleos ampliados	-	1	-	1
	Ampliar a Estrutura Física de uma Agência Transfusional para funcionamento de Posto de Coleta em Picuí	Números de Agência Transfusional ampliada	-	-	-	1
	Readequar a Rede elétrica de 13 unidades que compõe a Hemorrede Estadual	Número de Unidades da Hemorrede Estadual com Rede Elétrica readequada.	-	2	-	11
	Construir um Posto de Coleta de Sangue em Santa Rita.	Número de Posto de Coleta de Sangue Construído	-	-	-	1
	Construir um Laboratório para exames de diagnóstico para pacientes da Hemorrede	Número de Laboratório de Diagnóstico para pacientes da Hemorrede.	-	-	-	1
	Adquirir 200 equipamentos para Hemorrede Estadual	Número de equipamentos para Hemorrede Estadual Adquiridos	-	-	-	200
	Construir um Hospital de Urgência e Emergência do Sertão em Patos/PB	Número de Hospital de Urgência e Emergência do Sertão construído	-	-	-	1
	Construir três Policlínicas Estaduais, uma por macrorregião de região de saúde	Número de Policlínicas Estaduais construídas	-	-	3	-

Construir 11 Policlínicas Regionais	Número de Policlínicas Regionais construídas	-	5	6	-
Construir um Hospital da Mulher em João Pessoa	Número de Hospital da Mulher construído	1	-	-	-
Construir quatro Centros de Hemodiálise	Número de Centros de Hemodiálise construídos	1	1	1	1
Construir quatro Centros Especializados em Reabilitação	Número de Centros Especializados em Reabilitação construídos	-	-	-	4
Construir um Centro de Atenção Psicossocial em João Pessoa	Número de Centro de Atenção Psicossocial construído	-	-	-	1
Construir um Lacen na 10ª Gerência de Saúde e Cedmex em Sousa	Número de Lacen na 10ª Gerência de Saúde e Cedmex construído	-	1	-	-
Construir um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) em Campina Grande	Número de Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais construído	-	-	1	-
Construir um Serviço de Verificação de Óbitos em Campina Grande	Número de Serviço de Verificação de Óbitos construído	-	-	-	1
Construir uma Escola de Saúde Pública em João Pessoa, pelo Projeto Amar	Número de Escola de Saúde Pública construída	-	1	-	-
Construir um Centro de Infusão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	Número de Centro de Infusão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica construído	-	-	-	1
Reformar sete Unidades da Rede de Saúde pelo Projeto Amar	Número de Unidades da Rede de Saúde reformadas	-	7	-	-
Ampliar o Hospital Regional Janduhy Carneiro, para Instalação do Acelerador Linear (Radioterapia), pelo Projeto Amar	Número de Unidades Hospitalares ampliadas	-	1	-	-
Reformar e/ou adequar 10 Unidades Hospitalares	Número de Unidades Hospitalares reformadas e/ou adequadas	6	3	1	-
Reformar 12 Fachadas da Rede Hospitalar e Assistências de Saúde	Número de Fachadas da Rede Hospitalar e Assistências de Saúde reformadas	3	3	3	3

	Reformar a Central de Transplante	Número de Central de Transplante reformada	1	-	-	-
	Reformar o Banco de Leite Humano Anita Cabral em João Pessoa	Número de Banco de Leite reformado	1	-	-	-
	Reformar o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira	Número de Complexo Psiquiátrico reformado	-	-	1	-
	Reformar dois Centro de Reabilitação Físico e Intelectual (Autismo)	Número de Centro de Reabilitação Físico e Intelectual (Autismo) reformado	2	-	-	-
	Reformar e Adequar sete Unidades Hospitalares para instalação do Tomógrafo	Número de Unidades Hospitalares reformadas e adequadas	7	-	-	-
	Reformar três Gerências Regionais de Saúde	Número de Gerências Regionais de Saúde reformadas	3	-	-	-
	Reformar duas Unidades de Pronto Atendimento - UPAs	Número de Unidades de Pronto Atendimento reformadas	2	-	-	-
	Ampliar seis Unidades Hospitalares	Número de Unidades Hospitalares ampliadas	3	-	1	2
	Ampliar duas UPAs	Número de Unidades de Pronto Atendimento ampliadas	2	-	-	-
	Ampliar duas Unidades Hospitalares para Instalação do Serviço de Hemodiálise	Número de Unidades Hospitalares ampliadas	-	2	-	-
	Reformar e/ou Adequar cinco Unidades Hospitalares para implantação do Centro de Parto Normal	Número de Unidades Hospitalares para implantação do Centro de Parto Normal reformadas e/ou adequadas	-	2	3	-
1.7 Fortalecer a Atenção Especializada no Estado	Qualificar profissionais dos 100% dos CAPS de acordo com a política de saúde mental em consonância com a reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e Política de Redução de Danos.	Percentual de profissionais do CAPS qualificado	100%	100%	100%	100%
	Implantar o Serviço de vídeo-histeroscopia no CEDC	Número de Serviço Implantado de vídeo-histeroscopia	-	-	1	-

	Implantar o Serviço de biópsia para lesão por microcalcificação no CEDC	Número de Serviço de biópsia para lesão por microcalcificação implantado	-	-	1	-
	Implantar o Serviço de biópsia de próstata via transretal no CEDC	Número de Serviço de biópsia de próstata via transretal implantado	-	-	1	-
	Ampliar para 0,45 o percentual de Punção Aspirativa por Agulha Grossa (PAAG) na mulher de 50 a 69 anos	Percentual de Punção Aspirativa por Agulha Grossa na mulher de 50 a 69 anos	0,39	0,41	0,43	0,45
	Ampliar para 0,19 o percentual de Biópsia de colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	Percentual de Biópsia de colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	0,13	0,15	0,17	0,19
	Ampliar para 0,09 o percentual de Excisão tipo 1 do colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	Percentual de Excisão tipo 1 do colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	0,03	0,05	0,07	0,09
1.8 Implementar e Fortalecer a Política de Saúde Prisional no Estado da Paraíba	Habilitar as 6 equipes de gestão estadual	Número de equipes de gestão estadual habilitadas	1	1	2	2
	Qualificar os 20 municípios que possuem unidades prisionais para que habilitem as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)	Número de municípios que possuem unidades prisionais qualificados	5	5	5	5

DIRETRIZ 2

Garantia da atenção integral e humanizada, em todos os ciclos da vida, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida e no envelhecimento ativo e saudável, promovendo a equidade em saúde às populações em situação de maior vulnerabilidade, diversidade e desigualdade social.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
2.1 Reduzir a Mortalidade Materna e Infantil	Reduzir em 5% ao ano a mortalidade materna no Estado	Razão de mortalidade materna	5%	5%	5%	5%
	Aumentar para 42% a prevalência de parto normal no Estado	Percentual de partos normais	36%	38%	40%	42%
	Reduzir em 1,2% os índices de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
	Implantar ambulatorios de pré-natal de alto risco em oito regiões de saúde	Número de ambulatorios pré-natal de alto risco implantados	-	-	-	8
2.2 Reduzir a Mortalidade Prematura por DCNT	Implementar a Linha de Cuidado da Oncologia	Número de Resolução CIB que efetivam a implementação da Linha de cuidado de Oncologia	-	-	-	1
	Implantar a Linha de Cuidado de doenças raras	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da Linha de cuidado de doenças raras	-	-	-	1
	Implantar a Linha de Cuidado de Doença Renal Crônica	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da Linha de cuidado de doença renal crônica	-	-	-	1
	Reduzir em 2% a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
	Realizar a cada ano capacitações para 100	Número de profissionais que participaram	100	100	100	100

	profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sobre alimentação saudável	de capacitação sobre alimentação saudável				
2.3 Implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde	Qualificar 1000 profissionais em conteúdos técnicos em Saúde da População Negra e Doença Falciforme	Número de profissionais qualificados em Saúde da População Negra e Doença Falciforme	250	250	250	250
	Qualificar e sensibilizar anualmente os 40 municípios com povos e comunidades tradicionais (quilombolas, ciganas e indígenas)	Número de municípios com povos e comunidades tradicionais qualificados	40	40	40	40
	Garantir a oferta de 60 mastectomias masculinizadora a cada ano	Número de cirurgias de mastectomia masculinizadora ofertadas	60	60	60	60
	Garantir a oferta de 40 histerectomias masculinizadora a cada ano	Número de cirurgias de histerectomia masculinizadora ofertadas	40	40	40	40
	Implementar anualmente a Política Estadual de saúde Integral da População LGBT	Número de Políticas Estaduais de Saúde Integral da População LGBT implementadas	1	1	1	1
	Implantar um ambulatório para Travestis e Transexuais na 3ª Macrorregião, em Sousa	Número de ambulatórios para Travestis e Transexuais implantados	-	1	-	-
	Desenvolver anualmente sete intervenções para populações específicas (migrantes e apátridas, albinos, população de rua, pessoas em situação de tráfico, pessoas em situação de violência e pessoas em programas de proteção	Número de intervenções desenvolvidas para as populações específicas	7	7	7	7

DIRETRIZ 3

Garantia da redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância em saúde.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
3.1 Reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis	Reduzir 5 óbitos ao ano em relação ao ano base do número de óbito precoce por HIV (em 2022, foram 106 óbitos)	Número de óbito precoce por HIV ocorrido na população residente e no ano base avaliado	101	96	91	86
	Reduzir pelo menos dois óbitos por arbovirose por ano (em 2022 foram nove óbitos por dengue, 24 óbitos por Chikungunya e zero por Zika)	Número de óbito por arboviroses ocorrido na população residente e no ano base avaliado	31	28	25	23
	Investigar 100% dos óbitos por arboviroses	Percentual de óbitos por arboviroses investigados	100%	100%	100%	100%
	Reduzir em 10% a taxa de mortalidade por hepatites C	Taxa de mortalidade específica por hepatites C	2%	2%	3%	3%
3.2 Garantir ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos à população	Aumentar em 15% a taxa de detecção hanseníase na população geral	Taxa de detecção de hanseníase na população geral por 100.000 hab.	10%	12%	14%	15%
	Ampliar para 85% o grau de incapacidade física da hanseníase Avaliado no diagnóstico	Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico	75%	78%	82%	85%
	Ampliar para 65% o grau de Incapacidade física da hanseníase avaliado na cura	Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura nos anos da coorte	50%	55%	60%	65%
	Aumentar para 75% a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	55%	60%	70%	75%

Manter em 70% o número de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	70%	70%	70%	70%
Ampliar em 10% a proporção de cumprimento da diretriz nacional dos parâmetros básicos de turbidez, coliformes totais e cloro residual livre	Percentual de análise obrigatória em amostras de água para consumo humano para os parâmetros turbidez, coliformes totais e cloro residual livre	2%	2%	3%	3%
Atingir meta anual das campanhas de vacinação da população canina	Percentual anual de campanha de vacinação da população canina alcançada	80%	80%	80%	80%
Atingir meta anual das campanhas de vacinação da população felina	Percentual anual de campanha de vacinação da população felina alcançada	100%	100%	100%	100%
Ampliar para 223 o número de municípios que utilizam de forma mensal o teste rápido para LVC	Número de municípios que utilizaram o teste rápido para LVC de forma mensal ao ano	154	177	200	223
Realizar, a cada ano, quatro ações de controle vetorial	Número de ações de controle vetorial realizadas a cada ano	4	4	4	4
Implantar uma Central de UBV Estadual	Número de Central de UBV Estadual implantada	-	1	-	
Reduzir em 3% ao ano base os casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis em gestante (em 2022, foi de 25,1%)	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis em gestante na população residente no ano base considerado	24,3%	23,6%	22,8%	22,1%
Manter zero caso de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos notificados na população residente	0	0	0	0
Aumentar para 734 o diagnóstico de pessoas com HIV	Número de casos diagnosticados de pessoas com HIV	641	672	703	734

3.3 Fortalecer a vigilância em saúde	Ampliar em 40% o diagnóstico de Hepatite C até o ano de 2027. (2022 - 91 casos diagnosticados)	Percentual de casos novos diagnosticados para Hepatite C	10%	10%	10%	10%
	Ampliar para 20% o diagnóstico de Hepatite B até o ano de 2027. (em 2022, foram 96 casos diagnosticados)	Percentual de casos novos diagnosticados para Hepatite B	5%	5%	5%	5%
	Implantar a Política Estadual do HTLV	Número de Política Estadual do HTLV implantada	-	1	-	-
	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (em 2022, foram 277 casos por 100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade prematura das DCNT na população de 30 a 69 anos	271/100.000 hab.	265/100.000 hab.	259/100.000 hab.	253/100.000 hab.
	Aumentar em 2,5% ao ano, o número de municípios com unidades notificadoras de violências interpessoal ou autoprovocada (em 2022, foram 119 (53,36%) municípios)	Percentual de municípios com unidades notificadoras públicas e privadas notificando violências interpessoal ou autoprovocada	55,86%	58,36%	60,86%	63,36%
	Ampliar e fortalecer a vigilância dos Acidentes de Transporte Terrestre- ATT, em 33 unidades hospitalares e de pronto atendimento de gestão estadual, com perfil de urgência e emergência (em 2022, foram 29 unidades)	Número de unidades hospitalares e de pronto atendimento de gestão estadual, com perfil de urgência e emergência, realizando a vigilância dos ATT	30	31	32	33
	Alcançar 70% de homogeneidade de cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade nas vacinas – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-	Proporção de municípios que atingiram 95% de cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade nas vacinas – Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-	70%	70%	70%	70%

valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) – e para crianças de 1 ano de idade – Tríplice viral (1ª dose) no estado	valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) – e para crianças de 1 ano de idade – Tríplice viral (1ª dose)				
Implantar um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) na 2ª Macrorregião de Saúde	Número de CRIE implantados	–	–	1	–
Atingir 90% da campanha Influenza anualmente	Meta de campanha influenza	90%	90%	90%	90%
Implantar a linha de cuidado dos trabalhadores expostos a agrotóxico em quatro municípios que apresentam perfil produtivo e suporte da rede assistencial	Número de municípios implantados a linha de cuidado dos trabalhadores expostos a agrotóxico	1	1	1	1
Implantar a linha de cuidado dos trabalhadores com pneumoconiose em quatro municípios que apresentam perfil produtivo e suporte da rede assistencial	Número de municípios com a linha de cuidado implantada dos trabalhadores com pneumoconiose	1	1	1	1
Aumentar em 20% as notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho	Percentual de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho	5%	5%	5%	5%
Investigar 60% dos óbitos ocorridos por acidente de trabalho	Percentual de óbitos por acidente de trabalho investigados	15%	15%	15%	15%
Ampliar encerramento de 20% dos casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) com critério de diagnóstico laboratorial ao ano (em 2022, foram 7078 casos de SRAG registrados no SIVEP HOSP, dos quais 6.458 foram critério lab. e 620 não foram)	Percentual de casos notificados de SRAG sem a classificação final do caso no sistema SIVEP-Gripe	20%	20%	20%	20%
Implantar 2 unidades sentinelas para Síndrome Gripal (SG)	Número de unidades sentinelas para SG implantadas no Estado	1	1	-	-

Manter 100% dos casos de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite em menores de 15 anos investigados	Percentual de casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite em menores de 15 anos investigados ao ano	100%	100%	100%	100%
Reduzir em 20% o número de notificações de meningite no SINAN com o campo etiologia dos casos não especificados (em 2022, foram 145 notificações, das quais 70 foram confirmadas e 29 não especificadas)	Percentual de casos confirmados por meningite com campo etiologia não especificada	5%	5%	5%	5%
Manter acima de 80% a investigação oportuna dos casos suspeitos de doenças exantemática notificados em até 48 horas	Percentual de casos suspeitos de doença exantemática notificados investigados em até 48 horas após a data da notificação	80%	80%	80%	80%
Ampliar em 20% dos municípios realizando de notificações de casos suspeitos de LV Humana (2022 – 56 (25,12%) municípios realizaram notificação de LV)	Percentual de municípios realizando notificação de casos suspeitos para LV Humana	5%	5%	5%	5%
Ampliar em 20% o número de notificações de Esporotricose Humana no SISGEVS/PB	Percentual de casos notificados de Esporotricose Humana	5%	10%	15%	20%
Atingir em 96% dos óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida	Percentual de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida	96%	96%	96%	96%
Qualificar a vigilância das doenças infectocontagiosas mantendo em 80% o encerramento oportuno das notificações compulsórias imediatas	Percentual de encerramento oportuno das notificações compulsórias	80%	80%	80%	80%
Implantar equipes mínimas de vigilância em saúde nas 12 Gerências Regionais de Saúde até 2027	Número de equipes mínimas de vigilância em saúde implantadas nas Gerências Regionais de Saúde	3	3	3	3
Implantar uma unidade de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) na 2ª Macrorregião de Saúde.	Número de SVO implantados	–	–	–	1

Reduzir para menos de 10% a proporção de óbitos com causas básicas inespecíficas ou incompletas (<i>Garbage Codes</i>) nas declarações emitidas pelo SVO e registradas no SIM	Percentual de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida	10%	10%	10%	10%
Atingir 90% dos municípios alcançando 70% das ações pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	Percentual de municípios com no mínimo 70% dos indicadores alcançados no PQA-VS	90%	90%	90%	90%
Implantar a política estadual de vigilância laboratorial	Número de políticas implantadas	-	-	1	-
Implantar duas unidades descentralizadas do LACEN/PB	Número de unidades descentralizadas implantadas	-	1	-	1
Reduzir em 30 dias o tempo de liberação de resultados para pesquisas de micobacterioses no LACEN/PB	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de micobacterioses	30	-	-	-
Reduzir em seis dias o tempo de liberação de resultados para pesquisas de bacterioses no LACEN/PB	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de bacterioses	6	-	-	-
Efetivar o atendimento dos seis Programas de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária estabelecidos como prioritários pela AGEVISA/PB	Número de programas prioritários da AGEVISA/PB implantados	1	1	2	2
Implantar um laboratório de bromatologia vinculado ao Núcleo de Produtos e Meio Ambiente do LACEN/PB para atender as demandas da vigilância sanitária	Número de laboratórios de bromatologia implantados	-	1	-	-
Acreditar a fase pré-analítica do LACEN/PB na norma ISO15.189	Número de certificados de acreditação	-	-	1	-

	Incorporar o sequenciamento genômico para mais 2 agravos no laboratório de Vigilância Genômica do LACEN/PB	Número de agravos incorporados para o sequenciamento genômico	-	1	-	1
	Ampliar a investigação laboratorial em mais quatro agravos de interesse em Saúde Pública no LACEN/PB	Número de agravos incorporados	1	1	1	1
	Implantar um Centro Laboratorial Estratégico para Resposta às Emergências em Saúde Pública no LACEN/PB	Número de centros implantados	-	-	1	-
	Implantar um laboratório de Nível de Biossegurança 3 (NB-3) no LACEN/PB	Número de laboratórios NB-3 implantados	-	-	1	-
3.4 Estruturar a Política Estadual da Causa Animal	Implantar a Política Estadual da Causa Animal	Número de Política Estadual da Causa Animal	1	-	-	-
	Construir um Hospital Veterinário Estadual	Número de Hospitais Veterinários construídos	-	-	1	-
3.5 Promover a saúde da população, enquanto visa gerenciando a execução de ações de prevenção, monitoramento e controle dos riscos vinculados a produtos, bens e serviços de interesse à saúde humana e ao meio ambiente	Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente em 14 hospitais sob gestão estadual	Número de hospitais sob gestão estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados	2	5	5	2
	Monitorar os 19 Núcleos de Segurança do Paciente dos Hospitais da rede estadual, em relação as seis metas internacionais de segurança do paciente	Número de hospitais da rede estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados e monitorados, que cumpriram as seis metas internacionais de segurança do paciente	4	5	5	5
	Implantar Núcleos de Segurança do Paciente em 4% das UBS	Percentual de Núcleos de Segurança do Paciente implantados nas UBS	1%	1%	1%	1%
	Realizar anualmente inspeções sanitárias em 80% do total de estabelecimentos que deram entrada na AGEVISA/PB em relação ao ano anterior	Percentual de estabelecimentos inspecionados pela AGEVISA/PB	80%	80%	80%	80%

Monitorar pelo menos seis programas prioritários em alimentos e produtos junto à ANVISA	Número de programas prioritários em alimentos e produtos monitorados	1	1	2	2
Aumentar de 55% para 70% a regularidade das notificações dos eventos adversos no NOTIVISA pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde	Percentual de serviços de saúde que realizam as notificações dos eventos adversos no NOTIVISA	58%	62%	66%	70%
Implantar anualmente cinco fluxos do Sistema de Gestão da Qualidade para melhorias dos processos de trabalho e garantia na certificação da ISO9001/2015	Número de fluxos do Sistema de Gestão da Qualidade implantado	5	5	5	5
Implantar sete módulos do novo sistema de informação para otimizar o processo do licenciamento sanitário	Número de módulos do sistema implantados	2	2	2	1
Formar 75 profissionais da AGEVISA/PB, em cursos da área de Vigilância sanitária e áreas afins, com foco na Política de Educação Permanente Estadual, bem como nos preceitos da Educação Continuada	Número de profissionais formados pela AGEVISA/PB	10	20	20	25
Qualificar 75 profissionais da AGEVISA/PB, em cursos da área de Vigilância sanitária e áreas afins, com foco na Política de Educação Permanente Estadual, bem como nos preceitos da Educação Continuada	Número de profissionais qualificados pela AGEVISA/PB	10	20	20	25

DIRETRIZ 4

Promoção do avanço da Assistência Farmacêutica como política estadual fortalecendo o seu acesso e qualificação da área de medicamentos.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
4.1 Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica, assegurando e qualificando o acesso a medicamentos contemplados nas políticas públicas	Estimular a adesão de 85 municípios elegíveis ao Qualifar-SUS	Número de municípios elegíveis com adesão ao Qualifar-SUS	22	21	21	21
	Garantir em 100% o repasse dos recursos financeiros referentes à contrapartida estadual do CBAF	Percentual de municípios que receberam a contrapartida estadual do CBAF	100%	100%	100%	100%
	Ampliar em 5% ao ano a distribuição e dispensação de unidades farmacêuticas (comprimidos, cápsulas, frascos-ampola, bisnagas etc.) de insumos padronizados pela SES, nos estabelecimentos sob responsabilidade estadual	Percentual de ampliação da distribuição e dispensação de medicamentos para os estabelecimentos de saúde	5%	5%	5%	5%
	Garantir a 100% dos pacientes elegíveis atendidos no Programa Coração Paraibano o tratamento medicamentoso ambulatorial com foco na prevenção de recorrência de eventos cardiovasculares	Percentual de pacientes elegíveis ao tratamento medicamentoso ambulatorial com foco na prevenção de recorrência de eventos cardiovasculares atendidos pelo Programa Coração Paraibano	100%	100%	100%	100%
	Implantar o cuidado farmacêutico aos usuários cadastrados com DM I e Esclerose Múltipla nas duas unidades de dispensação (sede do CEAF na 1ª GRS e no centro de referência da esclerose múltipla)	Número de estabelecimentos farmacêuticos com cuidado farmacêutico implantado	1	1	-	-
	Participar ativamente nas até 24 audiências mensais (288 por ano) do Centro Judiciário	Número de audiências participadas no CEJUSC/PB pela GEAF	288	288	288	288

4.2 Diminuir os gastos consequentes à judicialização	de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC/PB) dos medicamentos constantes na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME)					
	Desenvolver um software para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento	Número de softwares para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvidos	1	-	-	-
4.3 Estruturar os meios de comunicação para os usuários com vistas a facilitar o entendimento da população ao acesso a medicamentos no SUS	Aperfeiçoar a página da Assistência Farmacêutica (AF) no Portal do Governo da Paraíba com todas as informações acessíveis à população (Usuários, Gestores e Operadores do Direito)	Número de páginas da AF no Portal do Governo da Paraíba aperfeiçoadas	1	-	-	-
4.4 Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais farmacêuticos em todos os âmbitos da atenção, visando o desenvolvimento das ações da AF no SUS.	Ofertar um curso sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e a sua prática laboral nos seus componentes de forma regionalizada	Número de cursos sobre a PNAF ofertados	1	-	-	-
	Ofertar um curso aos profissionais farmacêuticos de forma regionalizada priorizando o empoderamento aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do CEAF	Número de cursos ofertados aos profissionais farmacêuticos de forma regionalizada sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do CEAF	1	-	-	-
	Aperfeiçoamento da operacionalização de dois sistemas de informação (Sistema Hórus e SIGBP) visando à qualificação da gestão e dos serviços de AF de forma regionalizada	Número de sistemas de informação aperfeiçoados	1	-	1	-
4.5 Garantir estruturas físicas eficientes para prestação de serviços da AF	Implantar duas centrais de distribuição de medicamentos da AF no SUS, respectivamente, na segunda e terceira macrorregião de saúde	Número de centrais de distribuição implantadas	1	-	1	-

	Implantar um centro de infusão destinado ao atendimento de pacientes em nível ambulatorial que fazem o uso de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	Número de centros de infusão implantados dos medicamentos de alto custo das farmácias do CEAF	1	-	-	-
	Construir a sede da AF, contemplando os seus três componentes (CBAF, CESAF e CEAF), o Núcleo de AF e a Central de Abastecimento Farmacêutico da 1ª Macrorregião	Número de sedes construídas	-	-	1	-

DIRETRIZ 5

Fortalecimento e descentralização das ações de regulação da atenção, controle, avaliação e auditoria de gestão e serviços de saúde.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
5.1 Implementar a Política de Regulação Estadual	Construir um Plano Estadual de Regulação	Número de Planos Estaduais de Regulação construídos	1	-	-	-
	Implantar um protocolo assistencial de regulação ambulatorial	Número de protocolo assistencial de regulação ambulatorial implantado	1	-	-	-
	Implantar um protocolo assistencial de regulação hospitalar	Número de protocolo assistencial de regulação hospitalar implantado	1	-	-	-
	Implantar um manual de orientações para o Programa Opera Paraíba	Número de manuais implantados	1	-	-	-
	Ampliar em 100% a oferta de novas modalidades de cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas de média e alta complexidade.	Percentuais de ofertas de novas modalidades de cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas de média e alta complexidade ampliados	40%	60%	80%	100%
	Regular 100% dos serviços ofertados pelo Programa Opera Paraíba	Percentual de serviços ofertados regulados	100%	100%	100%	100%
	Garantir 100% a regulação dos serviços para as linhas de cuidados e das estratégias excepcionais contempladas pelo Complexo Regulador Estadual (CRE)	Percentual das regulações nas linhas de cuidados e das estratégias excepcionais contempladas pelo CRE	100%	100%	100%	100%
	Regular 100% dos serviços ofertados a nível ambulatorial e hospitalar	Percentual de serviços ofertados regulados	100%	100%	100%	100%
	Regular 100% os serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar) dos	Percentual dos serviços de saúde dos estabelecimentos contratualizados, conveniados e credenciados regulados.	40%	60%	80%	100%

	estabelecimentos contratualizados, conveniados e credenciados.					
	Fortalecer em 100% o acesso ao Programa Coração Paraibano	Percentual de acesso ao Programa Coração Paraibano	100%	100%	100%	100%
	Garantir 100% o transporte para os pacientes graves da rede hospitalar estadual por meio de ambulância de suporte avançado e/ou aeromédico	Percentual de pacientes graves da rede hospitalar estadual que necessitam de transporte garantidos	100%	100%	100%	100%
5.2 Fortalecer o sistema estadual de auditoria, avaliação e monitoramento de todos os serviços de saúde	Instituir um instrumento informatizado de monitoramento para os prestadores contratualizados e financiados pelo Tesouro do Estado e da União	Número de instrumento informatizado de monitoramento instituído	1	-	-	-
	Realizar 100% das auditorias para verificar a adequação das ações e serviços de saúde, públicos e complementares do SUS	Percentual de processos internos da SES auditados	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das auditorias para avaliar a implementação das ações corretivas, frente as não conformidades verificadas	Percentual de auditorias de cooperação técnica realizadas	100%	100%	100%	100%
	Realizar 100% das atividades de visita técnica, verificando as condições físicas e funcionais dos serviços de saúde	Percentual de auditorias de visitas técnica realizadas	100%	100%	100%	100%
	Realizar sob demanda 100% das auditorias de cooperação técnica junto aos órgãos de controle externo e demanda judiciais	Percentual de auditorias realizadas junto aos controles de controle externo e demanda judiciais	100%	100%	100%	100%
	Propiciar 100% da participação dos auditores em oficinas de capacitação e treinamentos em serviços	Percentual de participação em eventos de educação permanente	100%	100%	100%	100%
	Fortalecer 100% das auditorias em cooperação técnica, com os auditores das macrorregiões	Percentual de Auditorias de cooperação técnica realizadas	100%	100%	100%	100%

	Realizar sob demanda 100% das auditorias de verificação de apuração, denúncias de irregularidades, vistorias nos processos de habilitações: credenciamento, descredenciamento e reclassificação de serviços	Percentual de processos de auditorias de verificação de apuração, denúncias de irregularidades, vistorias nos projetos de habilitações: credenciamento, descredenciamento e reclassificação de serviços demandados.	100%	100%	100%	100%
5.3 Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade.	Garantir 100% das solicitações de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) interestaduais atendidas de acordo com os critérios de concessão do Manual do TFD.	Percentual de solicitações de TFD interestaduais atendidas.	100%	100%	100%	100%
	Garantir 100% das regulações dos Usuários da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), conforme critérios regulamentados na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) do Ministério da Saúde	Percentual das regulações dos acessos dos usuários da CERAC garantidos.	100%	100%	100%	100%
5.4 Fortalecer as ações de monitoramento, avaliação da qualidade e resolutividade da assistência à saúde	Decentralizar o CNES em 100% dos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual	Percentual de descentralização do CNES nos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual alcançados	100%	100%	100%	100%
	Ampliar para 100 % a produção ambulatorial processada aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual da produção ambulatorial processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	100%	100%	100%	100%
	Ampliar para 92% a produção hospitalar processada aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual da produção hospitalar processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	90%	92%	92%	92%

DIRETRIZ 6

Desenvolvimento de uma Política Estadual Integrativa de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde contribuindo na formação, qualificação e valorização do trabalho no SUS.

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
6.1 Estruturar a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES) na Paraíba	Desenvolver a política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGTES) na Paraíba	Número de políticas desenvolvidas	1	-	-	-
	Implementar um projeto da rede de apoio para qualificação e matriciamento gerencial dos gestores e trabalhadores do SUS, com foco na Atenção Primária e Redes de Atenção à Saúde por meio do apoio institucional a cada ano	Número de projetos implementados	1	1	1	1
	Elaborar uma política estadual de educação popular em saúde no estado como parte da política de educação na saúde e gestão do trabalho da Paraíba.	Número de políticas estaduais de educação popular em saúde elaboradas	-	1	-	-
	Realizar quatro qualificações para trabalhadores do SUS na modalidade Especialização <i>lato sensu</i> .	Número de qualificações realizadas	2	1	-	1
	Efetivar a formação de 15 profissionais do SUS no mestrado acadêmico em parceria com Instituição de Ensino Superior	Número de profissionais do SUS formados no mestrado acadêmico	-	-	15	-

	Implantar a formação de 15 profissionais do SUS no doutorado acadêmico em parceria com Instituição de Ensino Superior	Número de profissionais formados no doutorado acadêmico	-	-	15	-
	Realizar a formação de 10 trabalhadores do SUS no mestrado profissional em parceria com Instituição de Ensino Superior	Número de trabalhadores do SUS formados no mestrado profissional	5	-	5	-
	Promover três encontros de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES) da Paraíba	Número de encontros de GTES	-	1	1	1
	Elaborar dois instrumentos técnico-normativos de regulamentação de GTES	Número de instrumentos técnico-normativos de regulamentação de GTES	-	1	1	-
	Instituir 12 apoios institucionais de GTES nas Gerências Regionais	Número de apoios institucionais de GTES nas Gerências Regionais	4	4	4	-
	Construir um painel de monitoramento dos trabalhadores do SUS da Paraíba	Número de painéis de monitoramento dos trabalhadores construídos	-	1	-	-
	Promover um concurso público para ampliação do quadro técnico administrativo e de trabalhadores de saúde da SES	Número de concursos públicos promovidos	-	1	-	-
6.2 Fortalecer a Escola de Saúde Pública - ESP	Realizar um dimensionamento do quadro técnico da ESP/PB	Número de dimensionamentos realizados do quadro técnico da ESP/PB	1	-	-	-
	Constituir um quadro docente e técnico efetivo da ESP/PB por meio de concurso público	Número de concursos públicos realizados para docentes e técnicos efetivo da ESP/PB	-	1	-	-
	Realizar anualmente o Congresso Paraibano da ESP	Número de Congressos Paraibanos da ESP/PB realizados	1	1	1	1
	Criar três sistemas de informação da ESP/PB	Número de sistemas de informação criados	2	1	-	-
	Elaborar uma revista científica da ESP/PB	Número de revistas científicas elaboradas	-	1	-	-

Publicar três volumes da revista científica da ESP/PB anualmente	Número de volumes de revista científica publicadas	-	-	3	3
Ofertar oito cursos de curta duração em consonância com as necessidades da RAS na Paraíba.	Número de cursos ofertados	2	2	2	2
Ofertar um curso técnico por ano de acordo com as necessidades da RAS na Paraíba	Número de cursos ofertados	1	1	1	1
Realizar oito cursos de qualificações autoinstrucional pela plataforma virtual de aprendizado	Número de cursos de qualificações autoinstrucional em Educação a Distância (EAD) realizados	2	2	2	2
Desenvolver oito procedimentos e métodos administrativos-organizacionais da ESP/PB	Número de procedimentos organizacionais elaborados	2	2	2	2
Desenvolver 16 projetos para fomento à pesquisa, às ações da biblioteca, residência e de desenvolvimento educacional.	Número de projetos desenvolvidos	4	4	4	4
Manter duas ações acadêmicas e administrativas da ESP/PB	Número de ações mantidas	2	2	2	2
Efetivar a qualificação de 1500 profissionais do SUS no curso de especialização e qualificação em Saúde da Família.	Número de profissionais qualificados	860	640	-	-
Atualizar a uma Cartilha da Rede Escola SUS/PB conforme as normas vigentes da Rede Escola de acordo com o Art. 119 da Lei 11.830	Número de cartilha da Rede Escola atualizada	1	-	-	1
Criar uma Lei Estadual de Estágios nos Serviços de Saúde.	Número de Leis Estaduais de Estágios nos Serviços de Saúde criadas	-	1	-	-

	Ampliação de três programas de residência médica ao MEC	Número de programas de residência médicas ampliado	1	1	1	-
	Ampliação de três programas de residência uni/multiprofissional ao MEC	Número de programas de residência uni/multiprofissional ampliado	1	1	1	-
	Ampliação de oito vagas dos programas de residência médica e uni/multiprofissional já em funcionamento	Número de vagas ampliadas dos programas de residência médica e uni/multiprofissional	6	2	-	-
	Manter os 23 programas de residências em saúde da ESP	Número de programas mantidos.	23	23	23	23
6.3 Implementar a Gestão do Trabalho com ênfase nas relações de trabalho humanizadas	Realizar um dimensionamento do quadro técnico da SES – Administração Central	Número de dimensionamentos do quadro técnico da SES – Administração Central realizados	-	-	1	-
	Realizar nove oficinas para formação de gestores e RHs das unidades estaduais sobre conceitos, princípios e práticas da Gestão do Trabalho	Número de oficinas para formação de gestores realizadas	-	3	3	3
	Realizar um Programa de Preparação para Aposentadoria (PPA)	Número de Programa de Preparação para Aposentadoria – PPA realizados	1	-	-	-
	Desenvolver e ampliar um projeto de humanização, promoção, bem-estar e cuidado dos servidores da SES – Meu Trabalho Me Faz Bem	Número de projetos relacionados à saúde e bem estar do servidor desenvolvidos	-	1	-	-
	Desenvolver um projeto de clima organizacional	Número de projetos relacionados de clima organizacional desenvolvidos	-	1	-	-
	Desenvolver um projeto para pagamento de vale-alimentação para os servidores da SES	Número de projetos relacionados à implantação do pagamento de vale-alimentação aos servidores da SES desenvolvidos	-	1	-	-
	Implantar um programa contínuo de Avaliação anual de desempenho dos	Número de Programas de avaliação anual de desempenho dos servidores	-	1	-	-

servidores da SES	implantados				
Implantar um Núcleo de Segurança e Saúde do Trabalhador na SES	Número de Núcleo de Segurança e Saúde do Trabalhador na SES implantados	1	-	-	-
Instituir um sistema de comunicação intersetorial na SES	Número de sistemas de comunicação implantados	-	-	1	-
Instituir um sistema de integrado de Gestão do Trabalho na SES	Número de sistemas de integrado de Gestão do Trabalho instituídos	-	-	1	-
Reestruturar um organograma da SES	Número de organogramas da SES reestruturados	-	1	-	-
Criar um manual operacional de Gestão do Trabalho	Número de manuais operacionais de Gestão do Trabalho criados	-	-	1	-

DIRETRIZ 7

Fortalecimento e estruturação da gestão estadual para desenvolvimento de sistemas estratégicos que contribuam para a tomada de decisão, considerando a relação interfederativa, participação e controle social.

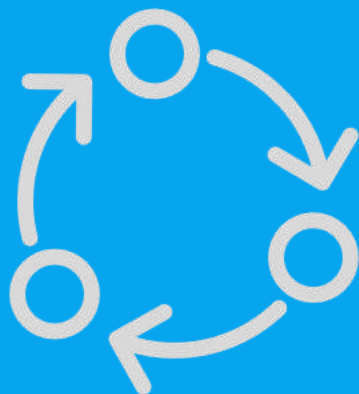
OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ANUALIZAÇÃO DAS METAS			
			META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL	META ANUAL
7.1 Fortalecer a regionalização da saúde	Acompanhar os três planos macrorregionais anualmente	Número de planos macrorregionais acompanhados	3	3	3	3
	Implantar três Comitês Executivos de Governança Macrorregional	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregional implantados	–	3	–	–
	Apoiar os 223 municípios na elaboração dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2026 – 2029	Número de municípios apoiados na elaboração dos PMS 2026 – 2029	–	223	–	–
	Monitorar anualmente a execução das metas pactuadas no processo de atualização da programação da assistência em 100% municípios	Percentual de municípios com metas monitoradas anualmente	100%	100%	100%	100%
7.2 Qualificar o planejamento e a execução orçamentária e a utilização dos recursos	Executar 100% das ações orçamentárias planejadas	Percentual das ações orçamentárias executadas	90%	93%	97%	100%
	Apoiar anualmente os 223 municípios no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento do SUS	Número de municípios apoiados no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento	223	223	223	223
	Qualificar a elaboração do Plano Plurianual (PPA) e LOA por meio da realização de oito oficinas	Número de oficinas de qualificação (PPA e LOA) realizadas	2	2	2	2
	Operacionalizar o PES 2024–2027 por meio da elaboração de uma Programação Anual de Saúde (PAS)	Número de Programação Anual de Saúde - PAS elaboradas	1	1	1	1

	Apresentar prestação de conta quadrimestral através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	Número de RDQA apresentados	3	3	3	3
	Apresentar os resultados da execução da PAS através de quatro Relatórios Anuais de Gestão (RAG)	Número de RAG elaborados	1	1	1	1
	Aprimorar o PPA 2024 – 2027 por meio de revisão para os anos 2025 e 2026	Número de revisões do PPA 2024 – 2027 realizadas	1	1	–	–
	Definir um PPA 2028 – 2031	Número de PPA elaborados	–	–	–	1
7.3 Otimizar a gestão de recursos financeiros	Instituir um banco de projetos para captação de recursos financeiros	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos	–	1	–	–
	Implantar o sistema APURASUS nos 34 hospitais da rede estadual	Número de hospitais da rede estadual com o sistema APURASUS implantados	12	12	10	–
	Implantar o sistema APURASUS nas quatro UPAs de gestão estadual	Número de UPAs da gestão estadual com o sistema APURASUS implantados	2	2	–	–
	Padronizar a gestão administrativa dos 34 hospitais da rede estadual	Número de hospitais com a gestão administrativa padronizadas	12	12	10	–
	Padronizar a gestão administrativa nas quatro UPAs de gestão estadual	Número de UPAs com a gestão administrativa padronizadas	2	2	–	–
	Realizar a cada ano, as avaliações de operação nos 34 hospitais da rede estadual	Número de avaliações de operação realizadas nos hospitais da rede estadual	34	34	34	34
	Realizar a cada ano as avaliações de operação nas quatro UPAs de gestão estadual	Número de avaliações de operação realizadas nas quatro UPAs de gestão estadual	4	4	4	4
7.4 Fortalecer a gestão participativa e descentralizada do SUS	Garantir 100% do repasse financeiro em 12 parcelas para a manutenção do Conselho Estadual de Saúde (CES)	Percentual de recursos financeiros repassados ao CES	100%	100%	100%	100%

	Implantar anualmente um programa de incentivo financeiro aos 223 municípios no âmbito da APS	Número de programas de incentivo financeiro implantados	1	1	1	1
	Atender 100% das demandas do CES que visem o fortalecimento da gestão democrática e participativa do SUS.	Percentual de demandas atendidas	100%	100%	100%	100%
	Responder anualmente, dentro do prazo legal, 90% das manifestações individuais e coletivas dos usuários do SUS nos canais da Ouvidoria da SES.	Percentual de demandas respondidas	90%	90%	90%	90%
	Finalizar as quatro pendências existentes no Processo de Acreditação Institucional de Ouvidoria do SUS na Ouvidoria da SES	Número de pendências existentes no relatório apresentado pela Fiocruz finalizadas	1	1	1	1
	Divulgar quatro vezes ao ano, através de informativos, jornais e mídias sociais das informações que subsidiam o Controle Social no SUS	Número de informativos divulgados	4	4	4	4
	Implantar ouvidorias em 12 Gerências Regionais de Saúde - GRS	Número de GRS com ouvidorias implantadas	3	3	3	3
7.5 Implantar a Política de Saúde Digital e novas tecnologias de assistência à saúde	Implantar o Núcleo de Saúde de Digital no âmbito na Gerência de Tecnologia da Informação SES	Número de núcleos de Saúde Digital implantados	1	-	-	-
	Qualificar 400 profissionais de Saúde da SES sobre a Política Estratégica em Saúde Digital Nacional e Saúde Digital Estadual	Número de profissionais de saúde qualificados	100	100	100	100
	Qualificar 200 profissionais de TI no âmbito da SES sobre a Política Estratégica em Saúde Digital Nacional e Saúde Digital Estadual	Número de profissionais de TI qualificados	50	50	50	50
	Integrar os 223 municípios a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)	Número de municípios integrados a RNDS	150	73	-	-

	Adquirir 800 periféricos para implementação das ações de Saúde Digital	Número e periféricos adquiridos para as ações de Saúde Digital	200	200	200	200
7.6 Ampliar a incorporação de recursos de tecnologia da informação à gestão da Rede Estadual de Saúde	Criar 20 bases de dados de integração entre os sistemas utilizados na SES através da REDS	Número de bases de dados de integração criadas	5	5	5	5
	Criar 80 painéis/relatórios de gestão das gerências e serviços da SES para utilização no Centro de Inteligência e Gestão Estratégica em Saúde (CIEGES)	Número de painéis/relatórios integrados ao CIEGES	20	20	20	20
	Criar Centro de Imagem e Monitoramento Biométrico	Número de Centro de Imagem e Monitoramento Biométrico criados	–	1	–	–
	Ampliar em 100% a rede de serviços em Telessaúde da SES	Percentual de ampliação da rede de serviço em Telessaúde da SES	25	25	25	25
	Implementar oito fichas no Sistema de Notificação e Vigilância da SES	Número de fichas no Sistema de Notificação e Vigilância da SES implementadas	2	2	2	2
	Implementar o sistema ConecteSUS no âmbito da SES	Número de sistemas implantados (ConecteSUS)	1	–	–	–
	Implementar o sistema de Regulação da Central Estadual	Número de sistemas implantados (Regulação da Central Estadual)	–	1	–	–
	Implementar o sistema e-SUS Linha de Vida	Número de sistemas implantados (sistema e-SUS Linha de Vida)	–	–	1	–
7.7 Fortalecer a Política de Aquisições e compras da SES	Qualificar 100% dos setores da SES para aquisição de bens, insumos e serviços	Percentual de setores da SES para aquisição de bens, insumos e serviços qualificados	100%	100%	100%	100%
	Implantar uma central de compras da SES	Número de centrais de compras implantadas	1	–	–	–
	Elaborar a cada um plano de aquisições e compras da SES	Número de planos de aquisições e compras elaborados	1	1	1	1

	Qualificar 100% dos setores da SES que trabalham com compras e licitações	Percentual de setores da SES que trabalham com compras e licitações qualificados	100%	100%	100%	100%
--	---	--	------	------	------	------



11

MONITORAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Os diversos marcos legais e normativos, como a Lei nº 8.080/90, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria de Consolidação nº 01, Título IV, Capítulo I, Art. 94 a 101, apresentam a base para o processo de planejamento. Essa portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento, indica os instrumentos responsáveis por sua operacionalidade, especialmente o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Conforme a determinação normativa, o Plano de Saúde é um instrumento fundamental para a execução, o acompanhamento e a avaliação do SUS. Ele é considerado o referencial para os demais instrumentos de planejamento, incluindo os de monitoramento e avaliação, e é estabelecido como dinamizador do processo de gestão do SUS, em um período de quatro anos.

Dessa forma, o Plano Estadual de Saúde (PES) é um instrumento importante para a efetivação da política de saúde no estado, sendo a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. O monitoramento e acompanhamento da execução do PES são momentos cruciais no processo de planejamento. Eles devem ser sistemáticos, contínuos e contar com ferramentas específicas que subsidiem os

técnicos e a sociedade durante o processo. A gestão do PS indica a necessidade de monitoramento ao longo de cada ano, além de avaliações anuais, garantindo transparência e visibilidade, acompanhando a implementação e possibilitando revisões periódicas.

Assim, o PES tem sua execução desdobrada por meio da PAS, instrumento essencial para a operacionalização das intenções expressas no PES a cada ano de sua vigência – sendo um elemento fundamental para promover a eficiência da gestão. A PAS tem como principais funções explicitar a anualização das metas propostas e a previsão de alocação dos recursos orçamentários a serem executados no exercício. A Gerência de Planejamento e Gestão da SES monitora a PAS com o objetivo de estabelecer um maior rendimento dos coeficientes de eficiência de suas ações. O monitoramento é realizado quadrimestralmente e servirá de base para a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O RDQA informará ao controle social e ao Poder Legislativo o desenrolar da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PES. Quanto à avaliação anual do desempenho

das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o PES conta com o RAG. Por determinação da Lei nº. 141/12, o Poder Público de todas as esferas deverá submeter o RAG, assim como a PAS, à deliberação dos Conselhos de Saúde. Dessa forma, o RAG explicitará os resultados anuais alcançados com a execução da PAS, gerando subsídios para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por outro lado, o PES apresenta um conjunto de indicadores que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial, permitindo verificar se todas as atividades estão sendo realizadas conforme programado. Os indicadores serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados farão parte do RAG.

Destacamos também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) com o monitoramento da execução do PES, utilizado pelos diversos setores da SES como ferramenta de gestão. O objetivo é facilitar e resolver problemas e dificuldades de implementação de mudanças. Como importante instância de acompanhamento e avaliação do processo permanente de planejamento, destacamos o Conselho Estadual de Saúde. Ele tem a missão de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das

políticas públicas de saúde, garantindo um planejamento participativo e uma maior transparência no processo. A operacionalização dessas iniciativas, de forma coordenada e intercalada, possibilitará a integração do processo de planejamento da SES com o PES, continuando o desenvolvimento em direção ao cumprimento integral da missão do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na atenção à saúde de toda a população do estado da Paraíba.

Para efetivar o processo de monitoramento e avaliação do SUS discutido acima, a SES da Paraíba utiliza algumas estratégias:

- a) orientação para analisar o fluxograma do processo de operacionalização dos instrumentos de planejamento do SUS para as gerências e setores da SES;
- b) realização de reuniões periódicas, de acordo com o período de elaboração de cada instrumento, para auxiliar no processo reflexivo, acompanhamento e cumprimento dos prazos de execução conforme a legislação vigente;
- c) utilização de comunicação informativa por meio eletrônico e uso dos indicadores do Mapa Estratégico para acompanhar o alcance e a execução do PES



ANEXOS

ANEXO A - FICHA DE QUALIFICAÇÃO DOS INDICADORES

DIRETRIZ 1

CÓDIGO	INDICADORES	UND. DE MEDIDA	INDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D1O1M1	Percentual de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da atenção primária por ano	Percentual	24,16	2022	SIA-SUS	Anual	Paraíba	$(\text{número de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da AB no ano} \div \text{total de CAPS habilitados}) \times 100$
D1O1M2	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,37	2022	SIA-SUS SISCAN	Anual	Paraíba	$\text{Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos} \div \text{população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} \div 3$
D1O1M3	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,17	2022	SIAI-SUS SISCAN	Anual	Paraíba	$\text{Número de mamografia bilateral para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento} \div \text{população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano} \div 2$
D1O1M4	Percentual de cobertura de Atenção Básica	Percentual	91,8	2022	E-Gestor e TabWin	Anual	Paraíba	$(\text{número de eSF} + \text{número de eSF equivalente}) \times 3.000 \div \text{população no mesmo local e período}) \times 100$

D1O1M5	Percentual de cobertura de Saúde Bucal	Percentual	83,34	2022	E-Gestor	Anual	Paraíba	(População cadastrada pelas eSF e eAP vinculadas a eSB financiadas pelo MS no Brasil ÷ estimativa populacional do Brasil) x 100
D1O1M6	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Razão	0,42	2022	E-Gestor	Anual	Paraíba	Número de tratamento concluído ÷ Número de primeiras consultas odontológica programada
D1O1M7	Percentual de cobertura da primeira consulta odontológica programada	Percentual	9,92	2022	E-Gestor	Anual	Paraíba	(Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática ÷ população cadastrada) x 100
D1O1M8	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção	73,7	2022	SINASC	Anual	Paraíba	(Número de NV de mães residentes, com sete e mais consultas de atendimento pré-natal ÷ número total de NV de residentes) x 100
D1O1M9	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Percentual	14,18	2022	SINASC	Anual	Paraíba	(Número de NV de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período ÷ número de NV de mães residentes no mesmo local e período) x 100
D1O1M10	Número de Linhas de Cuidado de Aleitamento Materno implantadas	Número absoluto	0	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de Linha de Cuidado de Aleitamento Materno implantada
D1O1M11	Número de profissionais dos postos de coleta em triagem neonatal biológica qualificados	Número absoluto	0	2023	SES	Anual	Paraíba	Número de profissionais dos postos de coleta em triagem neonatal biológica qualificados
D1O1M12	Números de postos de coletas em triagem neonatal biológica	Número absoluto	0	2023	LACEN/PB	Anual	Paraíba	Números de postos de coletas em triagem neonatal biológica

	implantados nos municípios							implantados nos municípios
D1O1M13	Número de profissionais da APS qualificados na estratégia do AIDPI	Número absoluto	0	2023	SES	Anual	Paraíba	Número de profissionais da APS qualificados na estratégia do AIDPI
D1O1M14	Percentual de recém-nascidos com teste do pezinho realizados na Paraíba	Número absoluto	0	2022	LACEN/PB SINASC	Anual	Paraíba	Percentual de recém-nascidos com teste do pezinho realizados na Paraíba
D1O1M15	Percentual de recém-nascidos que realizaram a coleta do teste do pezinho do 3º ao 5º dia de vida	Percentual	0	2022	LACEN/PB	Anual	Paraíba	(Número de recém-nascidos com coleta do teste do pezinho do 3º ao 5º dia ÷ número total de recém-nascidos) x 100
D1O1M16	Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica	Percentual	32,44	2022	SIH	Anual	Paraíba	(Número de internações de causas sensíveis selecionadas a atenção básica ÷ total de internações clínicas) x 100
D1O1M17	Percentual de cobertura do Programa Bolsa Família	Percentual	79,46	2022	SISAB	Semestral	Paraíba	(Número de indivíduos acompanhados ÷ número de indivíduos cadastrados) x 100
D1O1M18	Percentual de cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	Percentual	41,3	2022	SISAB	Anual	Paraíba	(Número de indivíduos acompanhados ÷ número de crianças de 0 a 5 anos) x100
D1O1M19	Percentual de cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças	Percentual	19	2022	SISAB	Anual	Paraíba	(Número de indivíduos suplementados ÷ número de crianças de 0 a 2 anos) x 100
D1O1M20	Número de registros de estado nutricional no SISVAN de crianças de 0 a 5 anos	Número absoluto	158.937	2022	SISAB	Anual	Paraíba	Número de registros de estado nutricional no SISVAN de crianças de 0 a 5 anos
D1O1M21	Percentual de municípios com registros de Homens com Consulta com Profissionais da	Percentual	73.5	2022	SISAB	Anual	Paraíba	(Número de municípios com registro de atendimento de homens na APS ÷ número total

	Atenção Primária							de municípios) x 100
D101M22	Percentual de Municípios com registros de Homens com Consulta do Pré-Natal do Pai/Parceiro	Percentual	38	2022	SISAB	Anual	Paraíba	(Número de municípios com registro do pré-natal do pai/parceiro ÷ número total de municípios) x 100
D101M23	Percentual de municípios com registros da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) na Atenção Primária	Percentual	29.6	2022	SISAB	Anual	Paraíba	(nº de Municípios com registro da AMPI na APS no ano ÷ total de municípios da PB) x 100
D102M1	Número de núcleo de promoção da saúde e prevenção de doenças na SES instituído	Número absoluto	0	2023	GOAB/SES	Anual	Paraíba	Número de núcleo de promoção da saúde e prevenção de doenças na SES instituído
D103M1	Percentual de hospitais com leitos de UTI neonatal que ofertam leite humano ordenhado pasteurizado	Percentual	60	2023	SESban	Anual	Paraíba	(Número de hospitais com leitos de UTI neonatal que ofertam leite humano ordenhado pasteurizado ÷ número total de hospitais com leitos de UTI neonatal) x100
D103M2	Número de Centros de Atenção Integral a Crianças Vítimas de Violência implantados	Número absoluto	01	2023	GOAB/SES	Anual	Paraíba	Número de Centros de Atenção Integral a Crianças Vítimas de Violência implantados
D103M3	Percentual de hospitais de gestão estadual com a TANU implantada	Percentual	4	2023	SES	Anual	Paraíba	(Número de hospitais de gestão estadual com a triagem auditiva ÷ número total de hospitais de gestão estadual) x 100
D103M4	Número de Bancos de Leite Humano no estado certificados	Número absoluto	0	2023	SI-rBLH	Anual	Paraíba	Número de Bancos de Leite Humano no estado certificados
D103M5	Percentual de solicitações de hemocomponentes não atendidas na Hemorrede	Percentual	7,63	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	(Número de solicitação não atendidas ÷ número de solicitações realizadas) x100

D103M6	Percentual de satisfação dos doadores de sangue	Percentual	72,38	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	$IS = (\text{total de satisfação do ano atual} \div \text{total de satisfação do ano anterior}) \times 100$
D103M7	Percentual de doadores de tecidos oculares humanos	Percentual	100	2022	SIG/SNT	Anual	Paraíba	$(\text{Número de doadores de tecidos oculares humanos} \div \text{número total de doações do ano anterior}) \times 100$
D103M8	Percentual de doadores efetivos de órgãos	Percentual	16,0	2022	SIG/SNT	Anual	Paraíba	$(\text{Número de doadores efetivos de órgãos} \div \text{número de mortes encefálicas diagnosticadas}) \times 100$
D103M9	Percentual de notificações de morte encefálica	Percentual	100	2022	SIG/SNT	Anual	Paraíba	$(\text{Número de notificações mortes encefálicas} \div \text{número total de notificações de mortes encefálicas do ano anterior}) \times 100$
D103M10	Índice de doações de sangue	Índice	0,81	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	$ID = (\text{número de doadores ano atual} \div \text{número de doadores ano anterior}) - 1 \times 100$
D103M11	Número de atendimentos a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem transfusões e sangrias implantados	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de Atendimento implantado
D103M12	Percentual de atendimentos a pacientes com coagulopatias, hemoglobinopatias e que necessitem de transfusões e sangrias, no Hemocentro Coordenador	Percentual	12,12	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	$IA = (\text{número de atendimentos no ano atual} \div \text{número de atendimentos no ano anterior}) \times 100$
D103M13	Número de Centros de Estudo implantados	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de Centro de Estudo Implantado.

D103M14	Número de policlínicas implantadas no estado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de policlínicas implantadas no estado
D103M15	Número de policlínicas regionais implantadas no estado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de policlínicas regionais implantadas no estado
D103M16	Número de hospital de trauma do sertão implantado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais de trauma implantados
D103M17	Número de Hospitais do Bem habilitados como CACON	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de Hospitais do Bem habilitados como CACON
D103M18	Número de Hospital e Maternidade Regional de Pocinhos implantado	Número absoluto	0	2023	GEAE GERAV	Anual	Paraíba	Número de Hospital e Maternidade Regional implantado
D103M19	Número de hospital da mulher implantado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais da mulher implantados
D103M20	Número de hospitais sob gestão estadual com POP de centro cirúrgico implantado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob gestão estadual com POP de centro cirúrgico implantados
D103M21	Número de hospitais sob gestão estadual com escalas de profissionais uniformizadas	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob gestão estadual com escalas de profissionais uniformizadas
D103M22	Número de hospitais sob gestão estadual com engenharia clínica implantados	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob gestão estadual com engenharia clínica implantados
D103M23	Número de hospitais sob gestão estadual com indicadores normalizados	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de Hospitais sob gestão estadual com indicadores normalizados
D103M24	Número UPAs sob gestão estadual com indicadores normalizados	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número UPAs sob gestão estadual com indicadores normalizados
D103M25	Número de hospitais sob gestão estadual com grade de referência implantada	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob gestão estadual com grade de referência implantada

D103M26	Número de hospitais sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares padronizados.	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares padronizados.
D103M27	Número UPAs sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares padronizados	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número UPAs sob gestão estadual com materiais médico-hospitalares padronizados
D103M28	Número de hospitais com serviço de terapia nutricional padronizado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospitais com serviço de terapia nutricional padronizado
D103M29	Número de maternidades regionais implantadas	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de maternidades regionais implantadas
D103M30	Número de hospital de clínicas e maternidade implantado	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de hospital de clínicas e maternidade implantado
D103M31	Número de centros de parto normal implantados	Número absoluto	0	2023	GEAE	Anual	Paraíba	Número de centros de parto normal implantados
D104M1	Número de CER II implantado (físico e intelectual), no município de Itabaiana, de referência para a 2ª Região de Saúde	Número Absoluto	0	2022	SISMOB CNES	Anual	Paraíba	Número de CER II implantado (físico e intelectual), no município de Itabaiana
D104M2	Número de CER III implantado (físico, intelectual e visual), no município de Mamanguape, de referência para a 14ª Região de Saúde	Número Absoluto	0	2022	SISMOB CNES	Anual	Paraíba	Número de CER III implantado (físico, intelectual e visual) no município de Mamanguape
D104M3	Número de CER II implantado (físico e intelectual), no município de Esperança, de referência para a 3ª Região de Saúde	Número Absoluto	0	2022	SISMOB CNES	Anual	Paraíba	Número de CER II implantado (físico e intelectual), no município de Esperança
D104M4	Número de Banco de Leite Humano implantado	Número absoluto	6	2022	SI-rBLH	Anual	Paraíba	Número de Banco de Leite Humano implantado.

D105M1	Número de leitos de saúde mental implantados nos hospitais regionais	Número absoluto	0	2023	CNES	Anual	Paraíba	Número de leitos de saúde mental implantados nos hospitais regionais estaduais, considerando 1 leito a cada 23.000 habitantes, sem exceder 15% total de leitos (4-25)
D105M2	Percentual de Centros Especializados em Reabilitação (CER) realizando o matriciamento de equipes dos outros pontos e níveis da RAS para Atenção à Saúde das PCD	Percentual	0	2022	SIA-SUS	Anual	Paraíba	(Número de CER que realizam matriciamento ÷ número total de CER) x 100
D105M3	Percentual de Centros Especializados em Reabilitação que realizam altas por objetivos terapêuticos alcançados da reabilitação na Atenção Especializada	Percentual	0	2022	SIA-SUS	Anual	Paraíba	(Número de CER que registram altas por objetivos terapêuticos alcançados ÷ número total de CER) x 100
D105M4	Número de Plano Estadual da RAS implantado	Número absoluto	0	2023	GEAS SES	Anual	Paraíba	Número de Plano Estadual da Rede de Atenção à Saúde implantado
D106M1	Número de Sede do Centro Especializado de Diagnóstico do Câncer (CEDC) construída	Número absoluto	0	2023	SESENG CEDC	Anual	Paraíba	Número de Sede do CEDC construída
D106M2	Número de hospitais com anexo materno infantil construído	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de hospitais com anexo materno infantil construído
D106M3	Número de hospitais com estrutura própria construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG GEVS	Anual	Paraíba	Número de hospitais com estrutura própria construída
D106M4	Número de nova sede do Hemocentro coordenador construída	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de nova sede do Hemocentro coordenador construída

D106M5	Número de Hemonúcleos ampliados	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de Hemonúcleos ampliados
D106M6	Número de agências transfusionais ampliadas	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de agências transfusionais ampliadas
D106M7	Número de Unidades da Hemorrede Estadual com rede elétrica readequadas	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de Unidades da Hemorrede Estadual com rede elétrica readequadas
D106M8	Número de postos de coleta de sangue construídos	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de postos de coleta construído
D106M9	Número de Laboratório de Diagnóstico para pacientes da Hemorrede construídos	Número absoluto	0	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de laboratórios de Diagnóstico para pacientes da Hemorrede construídos
D106M10	Número de equipamentos para Hemorrede Estadual adquiridos	Número absoluto	1747	2022	Hemocentro	Anual	Paraíba	Número de equipamentos adquiridos
D106M11	Número de hospital de urgência e emergência do Sertão construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de hospital de urgência e emergência do Sertão construído
D106M12	Número de policlínicas estaduais construídas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de policlínicas estaduais construídas
D106M13	Número de policlínicas regionais construídas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de policlínicas regionais construídas
D106M14	Número de hospitais da mulher construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de hospitais da mulher construídos
D106M15	Número de centros de hemodiálise construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de centros de hemodiálise construídos
D106M16	Número de Centros Especializados em Reabilitação construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Centros Especializados em Reabilitação construídos
D106M17	Número de CAPS construído	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de CAPS construído

D106M18	Número de Lacen, 10ª Gerência de Saúde e Cedmex construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Lacen, 10ª Gerência de Saúde e Cedmex construídos
D106M19	Número de Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de CRIE construídos
D106M20	Número de SVO construídos	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de SVO construídos
D106M21	Número de ESP construída	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de ESP construídas
D106M22	Número de Centro de Infusão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) construído	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Centro de Infusão do CEAF construídos
D106M23	Número de Unidades da Rede de Saúde reformadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Unidades da Rede de Saúde reformadas
D106M24	Número de unidades hospitalares ampliadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares ampliadas
D106M25	Número de unidades hospitalares reformadas e/ou adequadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares reformadas e/ou adequadas
D106M26	Número de fachadas da rede hospitalar e assistências de saúde reformadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de fachadas da rede hospitalar e assistências de saúde reformadas
D106M27	Número de Centrais de Transplante reformadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Centrais de Transplante reformadas
D106M28	Número de Bancos de Leite reformados	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Bancos de Leite reformados
D106M29	Número de complexos psiquiátricos reformados	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de complexos psiquiátricos reformados
D106M30	Número de Centro de Reabilitação Físico e Intelectual	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Centro de Reabilitação Físico e Intelectual

	(Autismo) reformado							(Autismo) reformado
D106M31	Número de unidades hospitalares reformadas e adequadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares reformadas e adequadas
D106M32	Número de Gerências Regionais de Saúde reformadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de Gerências Regionais de Saúde reformadas
D106M33	Número de UPAs reformadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de UPAs reformadas
D106M34	Número de unidades hospitalares ampliadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares ampliadas
D106M35	Número de UPAs ampliadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de UPAs ampliadas
D106M36	Número de unidades hospitalares ampliadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares ampliadas
D106M37	Número de unidades hospitalares para implantação do Centro de Parto Normal reformadas e/ou adequadas	Número absoluto	0	2023	SESENG	Anual	Paraíba	Número de unidades hospitalares para implantação do Centro de Parto Normal reformadas e/ou adequadas
D107M1	Percentual de profissionais do CAPS qualificados	Percentual	0	2023	Ger. Op. At. Psicossocial SES	Anual	Paraíba	(Número de profissionais dos CAPS qualificados de acordo com a política de saúde mental em consonância com a Reforma Psiquiátrica, luta antimanicomial e Política de redução de danos ÷ número total de profissionais dos CAPS) x 100
D107M2	Número de serviço de videohistoscopia implantados	Número Absoluto	0	2023	CEDC	Anual	Paraíba	Número de Serviço Implantado
D107M3	Número de Serviço de biópsia para lesão por microcalcificação	Número Absoluto	0	2023	CEDC	Anual	Paraíba	Número de Serviço Implantado

	implantado							
D107M4	Número de Serviço de biópsia de próstata via transretal implantado	Número Absoluto	0	2023	CEDC	Anual	Paraíba	Número de Serviço Implantado
D107M5	Percentual de Punção Aspirativa por Agulha Grossa (PAAG) na mulher de 50 a 69 anos	Percentual	0,37	2022	SIA-SUS SIB/ANS/MS Parâmetro técnicos para detecção precoce do câncer de mama Instituto Nacional do Câncer	Anual	Paraíba	(Exames realizados ÷ pelo número da população a ser investigada ³) x 0,73
D107M6	Percentual de biópsia de colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	Percentual	0,13	2022	SIA-SUS SIB/ANS/MS Parâmetro técnicos para detecção precoce do câncer de mama Instituto Nacional do Câncer	Anual	Paraíba	(Exames realizados ÷ pelo número da população a ser investigada ¹) x 0,28
D107M7	Percentual de excisão tipo 1 do colo uterino na mulher de 25 a 64 anos	Percentual	0,02	2022	SIA-SUS SIB/ANS/MS Parâmetro técnicos para detecção precoce do câncer de	Anual	Paraíba	Exames realizados ÷ pelo número da população a ser investigada ²) x 0,24

					mama Instituto Nacional do Câncer			
D108M1	Número de equipes de gestão estadual habilitadas	Número absoluto	3	2023	SAIPS MS	Trimestral	Paraíba	Número de equipes de gestão estadual habilitadas
D108M2	Número de municípios que possuem unidades prisionais qualificados	Número absoluto	3	2023	InfoPen SEAP	Semestral	Paraíba	Número de municípios que possuem unidades prisionais qualificados

¹ O indicador é calculado seguindo os seguintes passos: 1) Subtrair a população alvo com cobertura de plano de saúde da população alvo total do local; 2) Multiplicar o resultado do item 1 por 0,28 e dividir por 100; 3) Quantificar o número de exames realizados no ano do local (procedimento 0201010666); 4) Multiplicar o resultado do item 3 por 0,28 e dividir pelo resultado do item 2 resultando no parâmetro final alcançado.

² O indicador é calculado seguindo os seguintes passos: 1) Subtrair a população alvo com cobertura de plano de saúde da população alvo total do local; 2) Multiplicar o resultado do item 1 por 0,24 e dividir por 100; 3) Quantificar o número de exames realizados no ano do local (procedimento 0409060089); 4) Multiplicar o resultado do item 3 por 0,24 e dividir pelo resultado do item 2 resultando no parâmetro final alcançado.

³ O indicador é calculado seguindo os seguintes passos: 1) Subtrair a população alvo com cobertura de plano de saúde da população alvo total do local; 2) Multiplicar o resultado do item 1 por 0,73 e dividir por 100; 3) Quantificar o número de exames realizados no ano do local (procedimento 0201010607); 4) Multiplicar o resultado do item 3 por 0,73 e dividir pelo resultado do item 2 resultando no parâmetro final alcançado.

DIRETRIZ 2

CÓDIGO	INDICADORES	UND. DE MEDIDA	ÍNDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D2O1M1	Razão de mortalidade materna	Razão	45,3	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna ÷ Número de NV de mães residentes) x 100.000
D2O1M2	Percentual de partos normais	Percentual	36,1	2022	SINASC	Anual	Paraíba	(Número de NV por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano ÷ Número de NV de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano) x 100
D2O1M3	Taxa de mortalidade infantil	Taxa	14,81	2022	SIM SINASC	Anual	Paraíba	(Número de óbitos em menores de 1 ano, em determinado local de residência e ano ÷ Número de NV residentes nesse mesmo local e ano) x 1.000
D2O1M4	Número de ambulatórios pré-natal de alto risco implantados	Número Absoluto	08	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de ambulatórios pré-natal de alto risco implantados
D2O2M1	Número de Resolução CIB que efetivam a implementação da linha de cuidado de oncologia	Número absoluto	0	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de Resolução CIB que efetivam a implementação da linha de cuidado de oncologia
D2O2M2	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da linha de cuidado de doenças raras	Número absoluto	0	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da linha de cuidado de doenças raras
D2O2M3	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da linha	Número absoluto	0	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de Resolução CIB que efetivam a implantação da linha

	de cuidado de doença renal crônica							de cuidado de doença renal crônica
D202M4	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Taxa	277/100.000 hab.	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Número de óbitos (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID -10 - 100 - 199; C00 – C97; J30 – J98; E10 – E14 em determinado ano e local ÷ População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local) x 100
D202M5	Número de Profissionais que participaram de capacitação sobre alimentação saudável	Número absoluto	0	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de profissionais que participaram das capacitações sobre alimentação saudável
D203M1	Número de profissionais qualificados em Saúde da População Negra e Doença Falciforme	Número absoluto	250	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de profissionais qualificados em Saúde da População Negra e Doença Falciforme
D203M2	Número de municípios com povos e comunidades tradicionais qualificados	Número absoluto	40	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de municípios com povos e comunidades tradicionais qualificados
D203M3	Número de cirurgias de mastectomia masculinizadora ofertadas	Número absoluto	18	2023	SIH	Mensal	Paraíba	Número de cirurgias de mastectomia masculinizadora ofertadas
D203M4	Número de cirurgias de histerectomia masculinizadora ofertadas	Número absoluto	20	2023	SIH	Mensal	Paraíba	Número de cirurgias de histerectomia masculinizadora ofertadas
D203M5	Número de Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT implementada	Número absoluto	1	2023	GOCC SES	Anual	Paraíba	Número de Políticas Estaduais de Saúde Integral da População LGBT implementadas
D203M6	Número de ambulatório para travestis e transexuais implantado	Número absoluto	02	2023	GEAS GEAE SES	Anual	Paraíba	Número de ambulatório para travestis e transexuais implantado

D2O3M7	Número de intervenções desenvolvidas para as populações específicas	Número absoluto	7	2022	SES	Anual	Paraíba	Número de intervenções desenvolvidas para as populações específicas
--------	---	-----------------	---	------	-----	-------	---------	---

DIRETRIZ 3

CÓDIGO	INDICADORES	UND. DE MEDIDA	ÍNDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D3O1M1	Número de óbito precoce por HIV ocorrido na população residente e no ano base avaliado	Número absoluto	106	2022	SIM	Anual	Paraíba	Número total de óbitos precoce por HIV ocorrido na população residente e no ano base avaliado
D3O1M2	Número de óbito por arboviroses ocorrido na população residente e no ano base avaliado	Número absoluto	33	2022	SIM	Anual	Paraíba	Número total de óbito confirmados por arboviroses (dengue, Zika e Chikungunya) ocorrido na população residente e no ano base avaliado
D3O1M3	Percentual de óbitos por arboviroses investigados	Percentual	100	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Total de óbitos por arboviroses investigados em determinado período e local ÷ total de óbitos por arbovirose ocorridos em determinado período e local) x 100
D3O1M4	Taxa de mortalidade específica por hepatites C	Taxa	0,12	2022	SIM IBGE	Anual	Paraíba	(Total de óbitos por Hepatite C ÷ população geral) x 100.000
D3O2M1	Taxa de detecção de hanseníase na população geral por 100.000 hab.	Taxa	9,58	2022	SINAN IBGE	Anual	Paraíba	(Número de casos novos confirmados de hanseníase em residentes ÷ população total residente no período determinado) x 100.000
D3O2M2	Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico	Percentual	74,80	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade físico avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e diagnosticado no ano de avaliação ÷ total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação) x 100

D3O2M3	Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura nos anos da coorte	Percentual	45,80	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no momento da alta, residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação ÷ total de casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação) x 100
D3O2M4	Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Percentual	60,2	2021	SINAN	Anual	Paraíba	(Total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera curados ÷ total de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados) x 100
D3O2M5	Percentual de contatos examinados entre os casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Percentual	80,70	2021	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliada ÷ número de contatos registrados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliada) x 100
D3O2M6	Percentual de análise obrigatória em amostras de água para consumo humano para os parâmetros turbidez, coliformes totais e cloro residual livre	Percentual	74,08	2022	SISAGUA	Anual	Paraíba	Para calcular o percentual de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $1,2 \times PCT + 1,0 \times PT + 1,0 \times PCRL \div 3,2$
D3O2M7	Percentual anual de campanha de vacinação da população canina alcançada	Percentual	91,81	2022	Relatórios Gerenciais da GOSA	Anual	Paraíba	Valor alcançado anualmente na campanha de vacinação da população canina
D3O2M8	Percentual anual de campanha de vacinação da população felina alcançada	Percentual	102,73	2022	Relatórios Gerenciais da GOSA	Anual	Paraíba	Valor alcançado anualmente na campanha de vacinação da população felina alcançada

D3O2M9	Número de municípios que utilizaram o teste rápido para LVC de forma mensal ao ano	Número absoluto	51	2022	SISGEVS	Anual	Paraíba	Número total de municípios que utilizaram o teste rápido para LVC de forma mensal ao ano
D3O2M10	Número de ações de controle vetorial realizadas a cada ano	Número absoluto	4	2022	Relatórios Gerenciais da GOSA NFNB	Anual	Paraíba	Número total de ações de controle vetorial realizadas a cada ano
D3O2M11	Número de Central de UBV Estadual implantada	Número absoluto	0	2022	Relatórios Gerenciais	Anual	Paraíba	Número total de Central de UBV Estadual implantada
D3O2M12	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis em gestante na população residente no ano base considerado	Percentual	25,10	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano em determinado ano, segundo município de residência ÷ número de casos de sífilis em gestantes em determinado ano, segundo município de residência) x 100
D3O2M13	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos notificados na população residente no ano base considerado	Número absoluto	3	2022	SINAN	Anual	Paraíba	Número total de casos novos de AIDS em menores de 5 anos notificados na população residente no ano base considerado
D3O2M14	Número de casos diagnosticados de pessoas com HIV	Número absoluto	739	2022	SINAN	Anual	Paraíba	Número total de casos diagnosticados de pessoas com HIV
D3O3M1	Percentual de casos novos diagnosticados para Hepatite C	Percentual	2,24	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos novos de Hepatite C confirmados em residentes ÷ número total da população residente) x 100
D3O3M2	Percentual de casos novos diagnosticados para Hepatite B	Percentual	2,36	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos novos de Hepatite B confirmados em residentes ÷ número total da população residente) x 100
D3O3M3	Número de política Estadual do HTLV implantada	Número absoluto	0	2022	Relatórios Gerenciais GOIST	Anual	Paraíba	Número total de política estadual do HTLV implantada

D3O3M4	Taxa de mortalidade prematura das DCNT na população de 30 a 69 anos	Taxa	277/100.000 hab.	2022	SIM E IBGE	Anual	Paraíba	(Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID - 10 I00 – I99; C00 – C97; J30 – J98; E10 – E14 em determinado ano e local ÷ população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local) x 100.000
D3O3M5	Percentual de municípios com unidades notificadoras públicas e privadas notificando violências interpessoal e autoprovocada	Percentual	53,36	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número total de municípios que realizam notificação de violências interpessoal e auto provocada ÷ número total de municípios do estado da Paraíba) x 100
D3O3M6	Número de unidades hospitalares e de pronto atendimento de gestão estadual, com perfil de urgência e emergência, realizando a vigilância dos ATT	Número absoluto	29	2022	SISGEVS	Anual	Paraíba	Número total de unidades hospitalares e de pronto atendimento de gestão estadual, com perfil de urgência e emergência que realizaram a vigilância dos ATT
D3O3M7	Percentual de municípios que atingiram 95% de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade nas vacinas pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) – e para crianças de 1 ano de idade – Tríplice viral (1ª dose)	Percentual	29,14	2022	SI PNI	Anual	Paraíba	(Número de municípios com cobertura vacinal \geq 95% de cada imunobiológico pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) ÷ número de municípios do estado da Paraíba) x 100
D3O3M8	Número de CRIE implantado	Número absoluto	1	2022	Relatórios Gerenciais da GOVE-NEI	Anual	Paraíba	Número total de CRIE implantado no estado da Paraíba
D3O3M9	Meta de campanha influenza	Percentual	79,5	2022	LocalizaSUS	Anual	Paraíba	Valor da meta alcançada na campanha influenza
D3O3M10	Número de municípios com a linha de cuidado dos	Número absoluto	0	2022	SINAN	Anual	Paraíba	Número total de municípios implantados a linha de cuidado dos

	trabalhadores expostos a agrotóxicos implantada							trabalhadores expostos agrotóxico
D3O3M11	Número de municípios com a linha de cuidado dos trabalhadores com pneumoconiose implantada	Número absoluto	0	2022	SINAN	Anual	Paraíba	Número total de municípios com a linha de cuidado implantada dos trabalhadores com pneumoconiose
D3O3M12	Percentual de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho	Percentual	100	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número total de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no ano em curso ÷ Número total de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho do ano anterior) x 100
D3O3M13	Percentual de óbitos por acidente de trabalho investigados	Percentual	58	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Número total de óbitos por acidente de trabalho investigados ÷ Número total de óbitos por acidente de trabalho do ano anterior) x 100
D3O3M14	Percentual de casos notificados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) sem a classificação final do caso no sistema SIVEP-Gripe	Percentual	8,75	2022	SIVEP GRIPE	Anual	Paraíba	Número total de casos notificados de SRAG sem a classificação final do caso no sistema SIVEP-Gripe ÷ número total de casos notificados de SRAG no ano avaliado) x 100
D3O3M15	Número de unidades sentinelas para síndrome gripal (SG) implantadas no estado	Número absoluto	5	2022	SIVEP GRIPE	Anual	Paraíba	Número total de unidades sentinelas para SG implantadas no estado
D3O3M16	Percentual de casos suspeitos de paralisia flácida aguda - Poliomielite em menores de 15 anos investigados ao ano	Percentual	100	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos suspeitos de paralisia flácida aguda-Poliomielite em menores de 15 anos investigados em determinado local e ano avaliado ÷ número de casos suspeitos de paralisia flácida aguda-Poliomielite em menores de 15 anos notificados em determinado local e ano avaliado) x 100

D3O3M17	Percentual de casos confirmados por meningite com campo etiologia não especificada	Percentual	20	2022	SINAN	Anual	Paraíba	Número de casos confirmados de meningite por etiologia não especificada ÷ número total de casos confirmados de meningite) x 100
D3O3M18	Percentual de casos suspeitos de doença exantemática notificados investigados em até 48 horas após a data da notificação	Percentual	100	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos suspeitos de doença exantemática notificados investigados em até 48 horas após a data da notificação ÷ número de casos suspeitos de doença exantemática notificados em determinado local e período) x 100
D3O3M19	Percentual de municípios realizando notificação de casos suspeitos para LV Humana	Percentual	25,12	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de municípios realizando notificação de casos suspeitos para LV Humana em determinado local e período ÷ número total dos municípios do estado da paraíba) x 100
D3O3M20	Percentual de casos notificados de Esporotricose Humana	Percentual	100	2023	SISGEVS	Anual	Paraíba	(Número total de casos notificados de Esporotricose Humana ano em curso ÷ número total de casos notificados de Esporotricose Humana do ano anterior em determinado local e ano) x 100
D3O3M21	Percentual de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida	Percentual	93,70	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Total de óbitos não fetais com causa básica definida ÷ total de óbitos não fetais) x 100
D3O3M22	Percentual de encerramento oportuno das notificações compulsórias	Percentual	83,80	2022	SINAN	Anual	Paraíba	(Número de casos de DNCI encerrados oportunamente em até 60 dias após a notificação, residentes em determinado local e notificados em determinado ano (período) ÷ total de casos de DNCI residentes em determinado local e notificados em determinado período) x 100

D3O3M23	Número de equipes mínimas de vigilância em saúde implantadas nas Gerências Regionais de Saúde (GRS)	Número absoluto	0	2022	Relatório gerenciais da GEVS	Anual	Paraíba	Número total de equipes mínimas de vigilância em saúde implantadas nas GRS
D3O3M24	Número de Serviço de Verificação de Óbito (SVO) implantados	Número absoluto	0	2022	Relatório gerenciais da GORR	Anual	Paraíba	Número total de SVO implantados
D3O3M25	Percentual de óbitos não fetais informados no SIM com causa básica definida	Percentual	93,70	2022	SIM	Anual	Paraíba	(Total de óbitos não fetais com causa básica definida ÷ total de óbitos não fetais) x 100
D3O3M26	Percentual de municípios com no mínimo 70% dos indicadores alcançados no PQA VS	Percentual	50,00	2022	Relatórios gerenciais da GEVS	Anual	Paraíba	(Número de municípios que atingiram 70 % dos indicadores ÷ número total de municípios do estado) x 100
D3O3M27	Número de políticas implantadas	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN/PB	Anual	Paraíba	Número de políticas implantadas
D3O3M28	Número de unidades descentralizadas implantadas	Número absoluto	1	2023	Relatórios gerenciais do LACEN/PB	Anual	Paraíba	Número de unidades descentralizadas implantadas
D3O3M29	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de micobacterioses	Número absoluto	60	2023	GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial)	Anual	Paraíba	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de micobacteriose
D3O3M30	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de bacterioses	Número absoluto	8	2023	GAL	Anual	Paraíba	Número de dias reduzidos para o tempo de liberação de resultados de bacterioses
D3O3M31	Número de programas prioritários da AGEVISA/PB implantados	Número absoluto	1	2023	Relatórios gerenciais da AGEVISA/PB	Anual	Paraíba	Número de programas prioritários da AGEVISA/PB implantados
D3O3M32	Número de laboratórios de bromatologia implantados	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de laboratórios de bromatologia implantados

D3O3M33	Número de certificados de acreditação	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de certificados de acreditação
D3O3M34	Número de agravos incorporados para o sequenciamento genômico	Número absoluto	1	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de agravos incorporados para o sequenciamento genômico
D3O3M35	Número de agravos incorporados	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de agravos incorporados
D3O3M36	Número de centros implantados	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de centros implantados.
D3O3M37	Número de laboratórios NB-3 implantados	Número absoluto	0	2023	Relatórios gerenciais do LACEN	Anual	Paraíba	Número de laboratórios NB-3 implantados.
D3O4M1	Número de Política Estadual da Causa Animal	Número absoluto	0	2022	Relatórios Gerenciais da Gerência Operacional da Causa Animal	Anual	Paraíba	Número total de a Política Estadual da Causa Animal
D3O4M2	Número de hospitais veterinários construídos	Número absoluto	0	2022	Relatórios Gerenciais da Gerência Operacional da Causa Animal	Anual	Paraíba	Número total de hospitais veterinários construídos
D3O5M1	Número de hospitais sob gestão estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados	Número absoluto	19	2023	NOTIVISA ANVISA	Anual	Paraíba	Número de hospitais sob a gestão estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados

D305M2	Número de hospitais da rede estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados e monitorados, que cumpriram as seis metas internacionais de segurança do paciente.	Número absoluto	19	2023	NOTIVISA ANVISA	Anual	Paraíba	Número de hospitais da rede estadual com Núcleo de Segurança do Paciente implantados e monitorados que cumpriram as seis metas internacionais de segurança do paciente
D305M3	Percentual de Núcleos de Segurança do Paciente implantados nas UBS	Percentual	0	2023	NOTIVISA ANVISA	Anual	Paraíba	(Total de Núcleos de Segurança do Paciente implantados no ano ÷ total de UBS) x 100
D305M4	Percentual de estabelecimentos inspecionados pela AGEVISA/PB	Percentual	70	2022	SISTEMA AGEVISA/PB	Anual	Paraíba	(Total de inspeções realizadas no ano ÷ Total de estabelecimentos que deram entrada na AGEVISA/PB no ano anterior) x 100
D305M5	Número de programas prioritários em alimentos e produtos monitorados	Número absoluto	0	2023	HARPYA MS	Anual	Paraíba	Número de programas prioritários em alimentos e produtos monitorados
D305M6	Percentual de serviços de saúde que realizam as notificações dos eventos adversos no NOTIVISA	Percentual	62	2023	NOTIVISA ANVISA	Anual	Paraíba	(Número total de notificações de eventos adversos no NOTIVISA pelos serviços de saúde ÷ número total de notificações inserido pelos serviços de saúde) x 100
D305M7	Número de fluxos do Sistema de Gestão da Qualidade implantado	Número absoluto	0	2023	SISTEMA AGEVISA/PB	Anual	AGEVISA/PB	Número de fluxos do Sistema de Gestão da Qualidade implantado
D305M8	Número de módulos do sistema implantados	Número absoluto	0	2023	SISTEMA AGEVISA/PB	Anual	AGEVISA/PB	Número de módulos do sistema implantados
D305M9	Número de profissionais formados pela AGEVISA/PB	Número absoluto	0	2023	SISTEMA AGEVISA/PB	Anual	Paraíba	Número de profissionais formados pela AGEVISA/PB
D305M10	Número de profissionais qualificados pela AGEVISA/PB	Número absoluto	0	2023	SISTEMA AGEVISA/PB	Anual	Paraíba	Número de profissionais qualificados pela AGEVISA/PB

DIRETRIZ 4

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	INDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D4O1M1	Número de municípios elegíveis com adesão ao QualifarSUS	Número absoluto	201	2023	Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS - Ministério da Saúde	Quadrimestral	Paraíba	Número de municípios elegíveis com adesão ao QualifarSUS
D4O1M2	Percentual de municípios que receberam recursos da contrapartida estadual	Percentual	100	2023	Gerências de Finanças	Quadrimestral	Paraíba	$(\text{Número de municípios que receberam a contrapartida estadual} \div \text{número total de municípios do estado}) \times 100$
D4O1M3	Percentual de ampliação da distribuição e dispensação de medicamentos para os estabelecimentos de saúde	Percentual	9,81	2023	BI – HÓRUS Assistência Farmacêutica	Quadrimestral	Paraíba	$(\text{Número de unidades farmacêuticas distribuídas ou dispensadas no quadrimestre atual e ou ano vigente} \div \text{número de unidades farmacêuticas dispensadas no quadrimestre anterior e ou ano base}) \times 100$
D4O1M4	Percentual de pacientes elegíveis ao tratamento medicamentoso ambulatorial com foco na prevenção de recorrência de eventos cardiovasculares atendidos pelo Programa	Percentual	67	2023	Dados do Complexo de Regulação Estadual	Quadrimestral	Paraíba	$(\text{Número de pacientes elegíveis atendidos no programa} \div \text{número total de pacientes atendidos no programa}) \times 100$
D4O1M5	Número de estabelecimentos farmacêuticos com cuidado farmacêutico implantado	Número absoluto	0	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de estabelecimentos farmacêuticos com cuidado farmacêutico implantado

D4O2M1	Número de audiências participadas no CEJUSC/PB pela GEAF	Número absoluto	0	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de audiências participadas no CEJUSC/PB pela GEAF
D4O2M2	Número de software para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvido	Número absoluto	0	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de software para monitoramento de ações judiciais em saúde e o custo do cumprimento desenvolvido
D4O3M1	Número de página da Assistência Farmacêutica no Portal do Governo da Paraíba aperfeiçoada	Número absoluto	1	2023	CODATA	Quadrimestral	Paraíba	Número de página da Assistência Farmacêutica no Portal do Governo da Paraíba aperfeiçoada
D4O4M1	Número de cursos ofertados sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica	Número absoluto	0	2023	ESP/PB	Quadrimestral	Paraíba	Número de cursos ofertados sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica
D4O4M2	Número de cursos ofertados aos profissionais farmacêuticos de forma regionalizada sobre protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do CEAF	Número absoluto	0	2023	ESP/PB	Quadrimestral	Paraíba	Número de cursos ofertados aos profissionais farmacêuticos de forma regionalizada sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do CEAF
D4O4M3	Número de sistemas de informação aperfeiçoados	Número absoluto	2	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de sistemas de informação aperfeiçoados
D4O5M1	Número de Centrais de Distribuição Pólos construídas	Número absoluto	1	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de Centrais de Distribuição Pólos construídas
D4O5M2	Número de sede construída	Número absoluto	0	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de sede construída
D4O5M3	Número de centros de infusão implantados dos medicamentos de alto custo das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Número absoluto	0	2023	GEAF	Quadrimestral	Paraíba	Número de centros de infusão implantados dos medicamentos de alto custo das farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

DIRETRIZ 5

CÓDIGO	INDICADORES	UND. DE MEDIDA	INDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTES	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D5O1M1	Número de Plano Estadual de Regulação construído	Número absoluto	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	Número de Plano Estadual de Regulação construído
D5O1M2	Número de Protocolo Assistencial de Regulação Ambulatorial implantado	Número absoluto	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	Número de Protocolo Assistencial de Regulação Ambulatorial implantado
D5O1M3	Número de Protocolo Assistencial de Regulação Hospitalar implantado	Número absoluto	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	Número de Protocolo Assistencial de Regulação Hospitalar implantado
D5O1M4	Número de manual implantado	Número absoluto	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	Número de manual implantado
D5O1M5	Percentual de oferta de novas modalidades de cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas de média e alta complexidade ampliados.	Percentual	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	$\left(\frac{\text{Número de novas modalidades de ofertas de cirurgias eletivas}}{\text{total de cirurgias eletivas realizados}} \right) \times 100$ $\left(\frac{\text{número de novas modalidades de exames complementares}}{\text{total de exames complementares realizados}} \right) \times 100$ $\left(\frac{\text{número de novas modalidades de consultas especializadas de média e alta complexidade}}{\text{total consultas especializadas de média e alta complexidade}} \right) \times 100$
D5O1M6	Percentual dos serviços ofertados regulados	Percentual	100	2022	GERAV	Anual	Paraíba	$\left(\frac{\text{Número dos serviços do Programa do Opera Paraíba regulados}}{\text{total de serviços do}} \right)$

								Programa do Opera Paraíba solicitados) x 100
D501M7	Percentual das regulações nas linhas de cuidados e das estratégias excepcionais contempladas pelo CRE.	Percentual	100	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de linhas de cuidados regulados ÷ total de linhas de cuidados contemplados pelo CRE) x 100
D501M8	Percentual de serviços ofertados regulados	Percentual	100	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de serviços regulados a nível ambulatorial e hospitalar ÷ total de ambulatorial e hospitalar solicitados) x 100
D501M9	Percentual dos serviços de saúde dos estabelecimentos contratualizados, conveniados e credenciados regulados.	Percentual	0	2023	CNES Tabwin	Anual	Paraíba	(Número de serviços de saúde contratualizado, conveniados e credenciados regulados ÷ total de serviços solicitados dos estabelecimentos contratualizado, conveniados e credenciados) x 100
D501M10	Percentual de acesso ao Programa Coração Paraibano	Percentual	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de acessos regulados para o Programa Coração Paraibano ÷ total de solicitação ao Programa Coração Paraibano) x 100
D501M11	Percentual de pacientes graves da rede Hospitalar Estadual que necessitam de transporte garantidos	Percentual	100%	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de pacientes graves da rede hospitalar estadual foram transportados ÷ total de solicitação de transporte para pacientes graves) x 100
D502M1	Número de instrumento informatizado de monitoramento instituído	Número absoluto	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	Número de instrumento informatizado instituído
D502M2	Percentual de Processos Internos da SES/PB auditados	Percentual	100	2022	Sistema de Protocolo da	Anual	Paraíba	(Número de processos internos da SES auditados ÷ total de

					SES			processos demandados) x 100
D502M3	percentual de auditorias de cooperação técnica realizadas	Percentual	100	2022	SISAUD/ SUS	Anual	Paraíba	(Número de auditorias de cooperação técnica realizadas ÷ total de cooperação técnicas solicitadas) x 100
D502M4	Percentual de auditorias de visitas técnica realizadas	Percentual	100	2022	SISAUD/ SUS	Anual	Paraíba	(Número de visitas técnicas realizadas ÷ total de visitas solicitadas) x 100
D502M5	Percentual de auditorias realizadas junto aos controles de controle externo e demanda judiciais	Percentual	100	2022	SISAUD/ SUS	Anual	Paraíba	(Número de pareceres técnicos emitidos ÷ total de processos demandados pelos órgãos de controle externo) x 100
D502M6	Percentual de participação em eventos de educação permanente	Percentual	100	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de participação de auditorias em eventos de educação permanente ÷ número total de eventos de educação permanente) x 100
D502M7	Percentual de Auditorias de cooperação técnica realizadas	Percentual	100	2022	SISAUD/ SUS	Anual	Paraíba	(Número de auditorias de cooperação técnica realizadas ÷ total de cooperação técnica solicitadas) x 100
D502M8	Percentual de processos de auditorias de verificação de apuração, denúncias de irregularidades, vitorias nos projetos de habilitações: credenciamento, descredenciamento e reclassificação de serviços demandados	Percentual	100	2022	SISAUD SUS	Anual	Paraíba	(Número de auditorias de verificação de apuração de irregularidades, vitorias nos processos habilitações ÷ total de auditorias de verificação solicitadas) x 100
D503M1	Percentual de solicitações de Tratamento Fora do Domicílio	Percentual	100	2022	TFD SES	Anual	Paraíba	(Número de TFD ÷ total de solicitações de TFD) x 100

	(TFD) interestaduais atendidas				GERAV			
D5O3M2	Percentual das regulações dos acessos dos usuários da CERAC garantidos	Percentual	100	2022	CERAC/ SES/ GERAV	Anual	Paraíba	Número de acessos regulados ÷ total de acesso solicitado x 100
D5O4M1	Percentual de descentralização do CNES nos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual alcançados	Percentual	0	2023	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de estabelecimentos do CNES descentralizados ÷ total de estabelecimentos de Gestão Estadual) x 100
D5O4M2	Percentual da produção ambulatorial processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual	100	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de procedimentos ambulatoriais aprovados ÷ total de números de apresentados) x 100
D5O4M3	Percentual da produção hospitalar processada e aprovada dos estabelecimentos sob gerência estadual	Percentual	70	2022	GERAV	Anual	Paraíba	(Número de procedimentos hospitalares aprovados ÷ total de números de apresentados) x 100

DIRETRIZ 6

CÓDIGO	INDICADORES	UND. DE MEDIDA	ÍNDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D6O1M1	Número de Política Desenvolvida	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de política desenvolvida
D6O1M2	Número de projeto implementado	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de projeto implementado
D6O1M3	Número de Política Estadual de Educação Popular em Saúde elaborada	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de Política Estadual de Educação Popular em Saúde elaborada
D6O1M4	Número de qualificações realizadas	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de qualificações realizadas
D6O1M5	Número de profissionais do SUS formados no mestrado acadêmico	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de profissionais do SUS formados no mestrado acadêmico
D6O1M6	Número de profissionais formados no doutorado acadêmico	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de profissionais formados no doutorado acadêmico
D6O1M7	Número de trabalhadores do SUS formados no mestrado profissional	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de trabalhadores do SUS formados no mestrado profissional
D6O1M8	Número de Encontros anuais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GTES)	Número absoluto	0	2023	GTES/SES	Anual	Paraíba	Número de Encontros anuais de GTES
D6O1M9	Número de instrumentos técnico-normativos de regulamentação do GTES	Número absoluto	0	2023	GTES/SES	Anual	Paraíba	Número de instrumentos técnico-normativos de regulamentação do GTES
D6O1M10	Número de Apoios Institucionais de GTES nas Gerências Regionais	Número absoluto	0	2023	GTES/SES	Anual	Paraíba	Número de Apoios Institucionais de GTES nas Gerências Regionais

D6O1M11	Número de painel de monitoramento dos trabalhadores	Número absoluto	0	2023	GTES GTI	Anual	Paraíba	Número de painel de monitoramento dos trabalhadores
D6O1M12	Número de concurso público promovido	Número absoluto	0	2023	GTES e GTI	Anual	Paraíba	Número de concurso público promovido
D6O2M1	Número de dimensionamento realizados do quadro técnico da ESP/PB	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de dimensionamento realizados do quadro técnico da ESP/PB
D6O2M2	Número de concurso público realizado para docentes e técnicos efetivo da ESP/PB	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de concurso público realizado para docentes e técnicos efetivo da ESP/PB
D6O2M3	Número Congresso Paraibano da ESP/PB realizado	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número Congresso Paraibano da ESP realizado
D6O2M4	Número de sistemas de informação criados	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de sistemas de informação criados
D6O2M5	Número da revista científica elaborada	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número da revista científica elaborada
D6O2M6	Número da revista científica publicada	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número da revista científica publicada
D6O2M7	Número de cursos ofertados (curta duração)	Número absoluto	3	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de cursos ofertados
D6O2M8	Número de cursos ofertados (curso técnico)	Número absoluto	1	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de cursos ofertados
D6O2M9	Número de cursos de qualificações autoinstrucional em Educação à Distância (EAD) realizados	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de cursos de qualificações autoinstrucional EAD realizados
D6O2M10	Número de procedimentos organizacionais elaborados	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de procedimentos organizacionais elaborados
D6O2M11	Número de projetos desenvolvidos	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de projetos desenvolvidos

D6O2M12	Número de ações mantidas	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de ações mantidas
D6O2M13	Número de profissionais qualificados	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de profissionais qualificados
D6O2M14	Número de cartilha da Rede Escola atualizada	Número absoluto	1	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número cartilha da Rede Escola atualizada
D6O2M15	Número de Lei Estadual de Estágios nos Serviços de Saúde	Número absoluto	0	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de Lei Estadual de Estágios nos Serviços de Saúde
D6O2M16	Número de programas de residência médicas ampliados	Número absoluto	18	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de programas de residência médicas ampliados
D6O2M17	Número de programas de residência uni/multiprofissional ampliados	Número absoluto	2	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de programas de residência uni/multiprofissional ampliados
D6O2M18	Número de vagas ampliadas dos programas de residências médica e uni/multiprofissional	Número absoluto	3	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de vagas dos programas de residências médica e uni/multiprofissional
D6O2M19	Número de programas mantidos	Número absoluto	23	2022	ESP/PB	Anual	Estadual	Número de programas mantidos
D6O3M1	Número de dimensionamento do quadro técnico da SES – Administração Central realizados	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de dimensionamento do quadro técnico da SES – Administração Central realizados
D6O3M2	Número de oficinas para formação de gestores realizadas	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de oficinas para formação de gestores realizadas
D6O3M3	Número de Programas de Preparação para Aposentadoria (PPA) realizados	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de Programas de Preparação para Aposentadoria realizados
D6O3M4	Número de projetos relacionados à saúde e bem estar do servidor desenvolvidos	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de projetos relacionados à saúde e bem-estar do servidor desenvolvidos
D6O3M5	Número de projetos relacionados de clima organizacional	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do	Anual	Paraíba	Número de projetos relacionados de Clima organizacional

	desenvolvidos				Trabalho – GA			desenvolvidos
D6O3M6	Número de projetos relacionados à implantação do pagamento de vale-alimentação aos servidores da SES desenvolvidos	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de projetos relacionados à implantação do pagamento de vale-alimentação aos servidores da SES desenvolvidos
D6O3M7	Número de Programas de avaliação anual de desempenho dos servidores implantados	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de programas de avaliação anual de desempenho dos servidores implantados
D6O3M8	Número de núcleo de Segurança e Saúde do Trabalhador na SES implantados	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de núcleo de Segurança e Saúde do Trabalhador na SES implantados
D6O3M9	Número de sistema de comunicação implantados	Número absoluto	0	2023	GTI	Anual	Paraíba	Número de sistema de comunicação implantados
D6O3M10	Número de sistema de integrado de gestão do trabalho instituídos	Número absoluto	0	2023	GTI	Anual	Paraíba	Número de sistema de integrado de gestão do trabalho instituídos
D6O3M11	Número de organogramas da SES reestruturados	Número absoluto	0	2023	SES	Anual	Paraíba	Número de organogramas da SES reestruturados
D6O3M12	Número de manuais operacionais de Gestão do Trabalho criados	Número absoluto	0	2023	Núcleo de Gestão do Trabalho – GA	Anual	Paraíba	Número de manuais operacionais de Gestão do Trabalho criados

DIRETRIZ 7

CÓDIGO	INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REF.	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	BASE GEOGRÁFICA	FÓRMULA DE CÁLCULO
D7O1M1	Número de planos macrorregionais acompanhados	Número absoluto	0	2023	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de planos macrorregionais acompanhados
D7O1M2	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregional implantados	Número absoluto	0	2023	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de Comitês Executivos de Governança Macrorregional implantados
D7O1M3	Número de municípios apoiados na elaboração dos PMS 2026–2029	Número absoluto	223	2021	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de municípios apoiados na elaboração dos PMS 2026–2029
D7O1M4	Percentual de municípios com metas monitoradas anualmente	Percentual	0	2023	GEPLAG	Anual	Paraíba	(Número de municípios com metas monitoradas ÷ número total de municípios) x 100
D7O2M1	Percentual das ações orçamentárias executadas	Percentual	98,2	2022	SIAP	Anual	Paraíba	(Número de ações orçamentárias executadas ÷ número de ações orçamentárias planejadas) x 100
D7O2M2	Número de municípios apoiados no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento	Número absoluto	223	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de municípios apoiados no desenvolvimento dos instrumentos de planejamento
D7O2M3	Número de oficinas de qualificação (PPA e LOA) realizadas	Número absoluto	5	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de oficinas de qualificação (PPA e LOA) realizadas
D7O2M4	Número de programação anual de saúde (PAS) elaborada	Número absoluto	1	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de PAS elaborada
D7O2M5	Número de RDQA apresentados	Número absoluto	3	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de RDQA apresentados
D7O2M6	Número de RAG elaborados	Número	1	2023	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de RAG elaborados

		absoluto						
D7O2M7	Número de revisões do PPA 2024–2027 realizadas	Número absoluto	0	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de revisões do PPA 2024–2027 realizadas
D7O2M8	Número de PPA elaborados	Número absoluto	1	2023	GEPLAG	Anual	Paraíba	Número de PPA elaborados
D7O3M1	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos	Número absoluto	0	2022	GES	Anual	Paraíba	Número de bancos de projetos para captação de recursos financeiros instituídos
D7O3M2	Número de hospitais da rede estadual com o sistema APURASUS implantados.	Número absoluto	0	2022	Sistema APURASUS	Anual	Paraíba	Número de hospitais da rede estadual com o sistema APURASUS implantados.
D7O3M3	Número de UPAs da gestão estadual com o sistema APURASUS implantados.	Número absoluto	0	2022	Sistema APURASUS	Anual	Paraíba	Número de UPAs da gestão estadual com o sistema APURASUS implantados.
D7O3M4	Número de hospitais com a gestão administrativa padronizadas.	Número absoluto	0	2022	GES	Anual	Paraíba	Número de hospitais com a gestão administrativa padronizadas.
D7O3M5	Número de UPAs com a gestão administrativa padronizadas	Número absoluto	0	2022	GES	Anual	Paraíba	Número de UPAs com a gestão administrativa padronizadas
D7O3M6	Número de avaliações de operação realizadas nos hospitais da Rede Estadual	Número absoluto	17	2023	GES	Anual	Paraíba	Número de avaliações de operação realizadas nos hospitais da Rede Estadual
D7O3M7	Número de avaliações de operação realizadas nas quatro UPAs de gestão estadual	Número absoluto	1	2023	GES	Anual	Paraíba	Número de avaliações de operação realizadas nas quatro UPAs de gestão estadual
D7O4M1	Percentual de recursos financeiros repassados ao CES.	Percentual	100	2022	SIAF	Anual	Paraíba	(Recursos financeiros repassados ao CES ÷ total orçado no exercício) x 100
D7O4M2	Número programa de incentivo financeiro implantado	Número absoluto	0	2023	GEAS	Anual	Paraíba	Número programas de incentivo financeiro implantados
D7O4M3	Percentual de demandas atendidas	Percentual	0	2022	GEPLAG	Anual	Paraíba	(Número de demandas atendidas ÷ número de

								demandas propostas) x 100
D7O4M4	Percentual de demandas respondidas	Percentual	83	2022	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	(Número de demandas respondidas ÷ número de demandas propostas) x 100
D7O4M5	Número de pendências existentes no relatório apresentado pela Fiocruz	Número absoluto	4	2022	Fiocruz	Anual	Paraíba	Número de pendências existentes no relatório apresentado pela Fiocruz
D7O4M6	Número de informativos divulgados	Número absoluto	0	2023	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	Número de informativos divulgados
D7O4M7	Número de GRS com ouvidorias implantadas	Número absoluto	3	2022	Ouvidoria da SES	Anual	Paraíba	Número de GRS com ouvidorias implantadas
D7O5M1	Número de núcleos de Saúde Digital implantados	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de núcleos de Saúde Digital implantados
D7O5M2	Número de profissionais de saúde qualificados	Número absoluto	0	2022	GTI/ESP	Anual	Paraíba	Número de profissionais de saúde qualificados
D7O5M3	Número de profissionais de TI qualificados	Número absoluto	0	2022	GTI/ESP	Anual	Paraíba	Número de profissionais de TI qualificados
D7O5M4	Número de municípios integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)	Número absoluto	15	2022	GTI/RNDS	Anual	Paraíba	Número de municípios integrados à RNDS
D7O5M5	Número e periféricos adquiridos para as ações de Saúde Digital	Número absoluto	1600	2023	GTI	Anual	Paraíba	Número e periféricos adquiridos para as ações de Saúde Digital
D7O6M1	Número de bases de dados de integração criadas	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de bases de dados de integração criadas
D7O6M2	Número de painéis/relatórios integrados ao Centro de Inteligência e Gestão Estratégica em Saúde (CIEGES)	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de painéis/relatórios integrados ao CIEGES
D7O6M3	Número de Centro de Imagem e Monitoramento Biométrico criado	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de Centro de Imagem e Monitoramento Biométrico criado
D7O6M4	Percentual de ampliação da	Percentual	1	2022	GEAS	Anual	Paraíba	(Número da rede de serviços

	rede de serviço em telessaúde da SES/PB							ampliados ÷ número total de rede de serviços existentes em 2022) x 100
D7O6M5	Número de fichas no Sistema de Notificação e Vigilância da SES implementadas	Número absoluto	1	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de fichas no Sistema de Notificação e Vigilância da SES implementadas
D7O6M6	Número de sistema implantado (ConecteSUS)	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de sistema implantado (ConecteSUS)
D7O6M7	Número de sistema implantado (Regulação da Central Estadual)	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de sistema implantado (Regulação da Central Estadual)
D7O6M8	Número de sistema implantado (sistema e-SUS Linha de Vida)	Número absoluto	0	2022	GTI	Anual	Paraíba	Número de sistema implantado (sistema e-SUS Linha de Vida)
D7O7M1	Percentual de setores da SES para aquisição de bens, insumos e serviços qualificados	Percentual	20	2023	CPL NEPME	Anual	Paraíba	(Número de setores qualificados ÷ total de setores da SES) x 100
D7O7M2	Número de central de compras implantada.	Número absoluto	0	2023	GAB	Anual	Paraíba	Número de central de compras implantada.
D7O7M3	Número de plano de aquisições e compras elaborado	Número absoluto	0	2023	CPL	Anual	Paraíba	Número de plano de aquisições e compras elaborado
D7O7M4	Percentual de setores da SES que trabalham com compras e licitações qualificados	Percentual	20	2023	CPL	Anual	Paraíba	(Número de setores qualificados ÷ total de setores da SES) x 100

ANEXO B - MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CIB nº 43/2018

Organização das Macrorregiões do Estado da Paraíba

Macrorregiões	Número de Regiões de Saúde	Sede
1ª	4	João Pessoa
2ª	5	Campina Grande
3ª	7	Patos (Sertão) Sousa (Alto Sertão)

Organização das Regiões de Saúde da Paraíba

Regiões de Saúde da Paraíba

1ª Região – João Pessoa	9ª Região – Cajazeiras
2ª Região – Guarabira	10ª Região – Sousa
3ª Região – Esperança	11ª Região – Princesa Isabel
4ª Região – Cuité	12ª Região – Itabaiana
5ª Região – Monteiro	13ª Região – Pombal
6ª Região – Patos	14ª Região – Mamanguape
7ª Região – Piancó	15ª Região – Queimadas
8ª Região – Catolé do Rocha	16ª Região – Campina Grande

1º MACRORREGIÃO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2022	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2022
1	Alhandra	21.730		Serra da Raiz	3.094
	Bayeux	82.742		Serraria	4.885
	Caaporã	21.193		Sertãozinho	5.054
	Cabedelo	66.519		Solânea	26.774
	Conde	27.605		Tacima	8.010
	Cruz do Espírito Santo	17.095		SUBTOTAL	25
	João Pessoa	833.932	12	Caldas Brandão	5.753
	Lucena	12.560		Gurinhém	13.766
	Mari	21.512		Ingá	17.692
	Pitimbu	16.751		Itabaiana	23.182
	Riachão do Poço	4.738		Itatuba	10.499
	Santa Rita	149.910		Juarez Távora	7.796
	Sapé	51.306		Juripiranga	10.012
	Sobrado	8.236		Mogeirol	13.899
SUBTOTAL	14	1.335.829		Pedras de Fogo	29.662
2	Alagoinha	13.725		Pilar	12.311
	Araçagi	16.646		Riachão do Bacamarte	4.690
	Araruna	17.189		Salgado de São Félix	11.505
	Bananeiras	23.134		São José dos Ramos	5.891
	Belém	16.401		São Miguel de Taipu	7.066
	Borborema	4.214	SUBTOTAL	14	173.724
	Cacimba de Dentro	16.064	14	Baía da Traição	9.224
	Caiçara	6.602		Capim	6.970
	Casserengue	6.889		Cuité de Mamanguape	6.251
	Cuitegi	6.730		Curral de Cima	5.254
	Dona Inês	10.380		Itapororoca	18.382
	Duas Estradas	3.327		Jacaraú	14.477
	Guarabira	57.484		Mamanguape	44.599
	Lagoa de Dentro	7.819		Marcação	8.999
	Logradouro	4.797		Mataraca	8.244
	Mulungu	8.791		Pedro Régis	5.766
	Pilões	6.815		Rio Tinto	24.581
	Pilõezinhos	5.329	SUBTOTAL	11	152.747
	Pirpirituba	9.340	TOTAL	64	1.954.720
	Riachão	2.927			

2º MACRORREGIÃO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2022
3	Alagoa Grande	26.062
	Alagoa Nova	21.013
	Algodão de Jandaíra	2.953
	Arara	12.212
	Areia	22.633
	Areial	7.128
	Esperança	31.231
	Lagoa Seca	27.730
	Matinhas	4.571
	Montadas	5.812
	Remígio	17.885
	São Sebastião de Lagoa de Roça	11.040
SUBTOTAL	12	190.270
4	Baraúna	4.762
	Barra de Santa Rosa	12.904
	Cubati	7.580
	Cuité	19.719
	Damião	4.982
	Frei Martinho	2.846
	Nova Floresta	9.724
	Nova Palmeira	4.259
	Pedra Lavrada	6.859
	Picuí	18.333
	São Vicente do Seridó	10.291
	Sossêgo	3.345
SUBTOTAL	12	105.604
5	Amparo	2.234
	Camalaú	6.085
	Caraúbas	3.944
	Congo	4.933
	Coxixola	1.824
	Gurjão	3.242
	Monteiro	32.277
	Ouro Velho	2.918
	Parari	1.720
	Prata	3.915
	São João do Cariri	4.226
	São João do Tigre	4.263
	São José dos Cordeiros	3.411

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2022
	São Sebastião do Umbuzeiro	3.279
	Serra Branca	13.614
	Sumé	17.166
	Zabelê	2.228
	SUBTOTAL	17
15	Alcantil	5.578
	Aroeiras	18.705
	Barra de Santana	8.059
	Barra de São Miguel	5.906
	Boqueirão	17.598
	Cabaceiras	5.335
	Caturité	5.254
	Gado Bravo	8.179
	Natuba	8.945
	Queimadas	47.658
	Riacho de Santo Antônio	1.955
	Santa Cecília	7.670
	São Domingos do Cariri	2.585
	Umbuzeiro	9.124
SUBTOTAL	14	152.551
16	Assunção	4.152
	Boa Vista	6.377
	Campina Grande	419.379
	Fagundes	11.049
	Juazeirinho	17.007
	Livramento	6.877
	Massaranduba	14.139
	Olivedos	3.580
	Pocinhos	17.469
	Puxinanã	14.277
	Santo André	2.622
	Serra Redonda	6.828
	Soledade	13.968
Taperoá	14.068	
Tenório	2.966	
SUBTOTAL	15	554.758
TOTAL	70	1.114.462

3º MACRORREGIAO DE SAÚDE

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2018	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO CENSO 2018
6	Areia de Baraúnas	2.005		Mato Grosso	2.543
	Cacimba de Areia	3.291		Riacho dos Cavalos	8.493
	Cacimbas	7.223		São Bento	32.235
	Catingueira	4.491		São José do Brejo do Cruz	1.699
	Condado	6.451		SUBTOTAL	10
	Desterro	8.067	9	Bernardino Batista	3.504
	Emas	3.011		Bom Jesus	2.286
	Junco do Seridó	6.793		Bonito de Santa Fé	10.252
	Mãe d'Água	3.583		Cachoeira dos Índios	9.151
	Malta	6.046		Cajazeiras	63.239
	Maturéia	6.433		Carrapateira	2.312
	Passagem	2.463		Joca Claudino	2.539
	Patos	103.165		Monte Horebe	4.338
	Quixabá	1.743		Poço Dantas	3.830
	Salgadinho	3.355		Poço de José de Moura	4.006
	Santa Luzia	14.959		Santa Helena	5.865
	Santa Teresinha	4.402		São João do Rio do Peixe	17.964
	São José de Espinharas	4.083		São José de Piranhas	19.067
	São José do Bonfim	3.242		Triunfo	9.892
	São José do Sabugi	4.138		Uiraúna	14.930
São Mamede	7.470	SUBTOTAL	15	173.175	
Teixeira	14.631	10	Aparecida	7.960	
Várzea	2.668		Lastro	3.162	
Vista Serrana	3.641		Marizópolis	6.705	
SUBTOTAL	24		227.354	Nazarezinho	7.203
7	Aguiar		5.003	Santa Cruz	5.947
	Boa Ventura		5.207	São Francisco	3.137
	Conceição		18.260	São José da Lagoa Tapada	7.126
	Coremas		14.683	Sousa	67.259
	Curral Velho		2.292	Vieirópolis	4.864
	Diamante	6.299	SUBTOTAL	9	113.363
	Ibiara	5.631	11	Água Branca	9.335
	Igaracy	5.648		Imaculada	10.392
	Itaporanga	23.940		Juru	9.234
	Nova Olinda	5.787		Manaíra	10.434
	Olho d'Água	6.060		Princesa Isabel	21.114
	Pedra Branca	3.739		São José de Princesa	3.416
	Piancó	16.441		Tavares	14.101
	Santa Inês	3.227	SUBTOTAL	7	78.026
	Santana de Mangueira	5.010	13	Cajazeirinhas	2.740
	Santana dos Garrotes	6.569		Lagoa	4.415
	São José de Caiana	5.034		Paulista	11.834
Serra Grande	2.942	Pombal		32.473	
SUBTOTAL	18	141.772		São Bentinho	4.327
8	Belém do Brejo do Cruz	6.268		São Domingos	2.595
	Bom Sucesso	4.661	SUBTOTAL	6	58.384
	Brejo do Cruz	13.613	TOTAL	89	905.505
	Brejo dos Santos	5.742	TOTALGERAL	223	3.974.687
	Catolé do Rocha	30.661			
	Jericó	7.516			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Portaria N° 1097, de 22 de maio de 2006. Define que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

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

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília, DF, 17 nov. 2011f.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 24 abr. 2012b.

BRASIL. Portaria nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 1 out. 2015.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI e Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas – CGDR. Edição nº 1, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. TABNET. 2023. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/estatisticas-trabalho/novo-caged>>. Acesso em: 04 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. TABNET. 2023. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema Cidades@. 2023. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/PB/panorama>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. SIDRA – Sistema IBGE de Recuperação Automática. 2023. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 abr. 2023.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2016-2019. João Pessoa, out. 2017.

PARAÍBA. Lei nº 12141, de 24 de novembro de 2021. Dispõe sobre o programa "Paraíba

Primeira Infância" com a finalidade de promover o desenvolvimento infantil. Disponível em: <<http://www.al.pb.leg.br/leis-estaduais/>>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 v. 5, supl. 2 33, p.85-3396, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos EN.ANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. Coordenador geral Gilberto Kac. Disponível em: <<https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>>. Acesso em: 22 ago. 2023

VIANA, Ana Luiza D'ávila et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 v. 23, n. 6, p.91-1798, 2018

PLANO
ESTADUAL
DE **SAÚDE**

PES - **2024/2027**