



Ad Referendum CIB-PB Nº 01/2019

João Pessoa, 28 de janeiro de 2019.

Declaração “Ad Referendum”

A Comissão Intergestores Bipartite no uso de suas atribuições legais e, considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde;


A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, mais especificamente nos Títulos VI e VII quanto aos recursos para Gestão do SUS; e,

A solicitação do Diretor Geral do Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, objeto do Processo nº 240011582 SECOA/SES;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, ad referendum, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Art 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.


CLAUDIA LUCIANA DE SOUSA MASCENA VERAS
Presidente da CIB/PB

Ofício 010/2019

João Pessoa, 25 de janeiro de 2019.

Prezado Senhor,

Em referência ao ofício n. 006/2019 de 25/01/2019, informamos que será incluso a apresentação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde na 253ª reunião ordinária deste conselho.

Informamos ainda, que se for para disponibilizar algum material para acompanhamento dos conselheiros, nos enviem por e-mail com brevidade.

Atenciosamente
Antonio Eduardo Cunha
Presidente do CES/PB

Ilmo. Sr.

Fernando Rocha Lucena Lopes

Diretor Geral do CEFOR-PB



SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



SEGUE *o trabalho*

**GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS DA
PARAÍBA**

**PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA 2019 - 2022**

**JANEIRO
2019**

JOÃO AZEVEDO LINS
GOVERNADOR DO ESTADO

ANA LÍGIA COSTA FELICIANO
Vice-Governadora

CLÁUDIA LUCIANA DE SOUSA MASCENA VERAS
Secretária de Estado da Saúde

RENATA VALÉRIA NÓBREGA
Secretária Executiva da Saúde

GERALDO ANTONIO DE MEDEIROS
Secretário Executivo de Gestão de Rede de Unidades de Saúde

FERNANDO ROCHA LUCENA LOPES
Diretor Geral do Centro Formador de Recursos Humanos

MARIA IZABEL FERREIRA SARMENTO
Gerente de Atenção à Saúde

TALITA TAVARES ALVES DE ALMEIDA
Gerente de Vigilância em Saúde

ROBERTO VAZ
Gerente de Administração

MARCELO JOSÉ COSTA MANDU
Gerente de Planejamento

BRUNNA REGINA NASCIMENTO RODRIGUES DE SOUSA
Gerente de Finanças

ENOS RAFAEL LINS AYRES
Gerente de Tecnologia da Informação

BRUNO VINICIUS DANTAS BEZERRA
Gerente de Atenção Básica em Saúde

PATRÍCIA MELO ASSUNÇÃO
Gerente de Regulação e Avaliação da Assistência

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PEEPS 2019 – 2022

Adriana Maria Macedo de Almeida Toffoli

Adriano Dias Gerônimo

Aislany Jasiary da Silva Moura

Anderson Sales Dias

Anna Stella Cysneiros Pachá

Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero

Daniela Gomes de Brito Carneiro

Eliane de S. Gadelha Almeida

Ernande Valentin do Prado

Fátima Moraes

Fernando Rocha Lucena Lopes

Gilsandra de Lira Fernandes

Gilvânia Dias de Lima

Hélio Soares da Silva

Maria Izabel Ferreira Sarmento

Iaciara Mendes de Alcântara

Jamacyr Mendes Justino

Jonathan Elias de Lucena

José Marcos da Silva Costa

Juliana Sampaio

Julyana Silva de Assis

Lane Aires

Paulo Sérgio do N. Rodolfo

Pedro Alberto Lacerda Rodrigues

Rafaela Araújo Lins Pereira

Tatiane Ferreira de Jesus

Vandezita Dantas de Medeiros Mazzaro

Vívian Correia Arruda

Volmir José Brutscher

Ficha Catalográfica

CEFOR

Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba 2019 – 2022.

116 f. 29cm.

Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado da Paraíba; Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB) – João Pessoa, 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
AI -SES	Apoiadores Institucionais da Secretaria Estadual de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BD	Base Descentralizadas
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CCE	Comissões Coordenadoras Estaduais
CEDMEX	Centro de Dispensação de Medicamentos Excepcionais
CEE/PB	Conselho Estadual de Educação da Paraíba
CEFOR-RH/PB	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba
CEO	Centros de Especialidade Odontológica
CES/PB	Conselho Estadual de Saúde da Paraíba
CDM	Conjunto Mínimo de Dados
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
COREME	Comissão de Residências Médicas
COREMU	Comissão de Residências Multiprofissionais e Uniprofissional
COSEMS-PB	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRMU	Centrais de Regulação Médica de Urgência
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Ensino a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIC	Formação Inicial e Continuada

GAR	Gestação de Alto Risco
GCE-RC	Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha
GRS	Gerências Regionais de Saúde
HGER	Hospital Geral Edson Ramalho
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Instituto Cândida Vargas
IE	Instituições de Ensino
IIP	Índice de Infestação Predial
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LVC	Leishmaniose Visceral Canina
LVH	Leishmaniose Visceral Humana
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAS	Plano Anual de Saúde
PCCS/SUS	Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS.
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEEPS/PB	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba
PES	Plano Estadual de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMEPS	Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNI/MS	Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PROEPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
RESUS-PB	Rede Escola SUS-PB
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/PB	Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SICLOM	Sistema de Informação de Logística de Medicamentos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SIMC	Sistema de Informação de Monitoramento Clínico
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação de Cânceres
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Taxa de Fecundidade Total da Paraíba entre 1991 e 2010.....	10
Gráfico 2. Distribuição da população por sexo, segundo grupos etários na Paraíba 2010..	12
Gráfico 3. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Paraíba, 2000 e 2015	18
Gráfico 4. Número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano na Paraíba 2014 a 2018	20
Gráfico 5. Casos Notificados de Dengue, Chikungunya e Zika, Paraíba, 2017	25
Gráfico 6. Frequência de casos prováveis e óbitos por LVH segundo ano da notificação na Paraíba, 2015 a 2018.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização populacional da Paraíba 2018	10
Tabela 2. Consolidado da taxa de detecção das Hepatites Virais no Estado da Paraíba no período de 2007 a 2017	21
Tabela 3. Número de Casos de HIV/Aids por ano de diagnóstico e município de residência no Estado da Paraíba, 2007 a 2018*.....	22
Tabela 4. Cobertura Vacinal em Crianças < de 1 ano e 1 ano de idade. Paraíba, 2016 a 2018*	24
Tabela 5. Número de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados no período de 2007 a 2014 no estado da Paraíba	29
Tabela 6. Principais causas de morte nas crianças menores de um ano. Paraíba, 2000, 2010 e 2017	30
Tabela 7. Centrais do SAMU	53
Tabela 8. Tipo de UPA pelo número de população.....	55
Tabela 9. Unidades de Pronto Atendimento em Funcionamento	55
Tabela 10. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD/Melhor em Casa	57
Tabela 11. Eixo I - vigilância, informação, avaliação e monitoramento.....	70
Tabela 12. Eixo II - Promoção da saúde.....	71
Tabela 13. Eixo III: Cuidado Integral.....	71
Tabela 14. Programas de residências médicas.....	84

Tabela 15. Programas de residências Multiprofissionais	84
Tabela 16. Programas de residências Uniprofissional.....	85
Tabela 17. Matriz de estratégias do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba (2019 - 2022)	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de Conformação das Regiões e Macrorregiões de Saúde	14
Figura 2. Municípios da Área Endêmica e Focal para esquistossomose, PB	27
Figura 3. Mapa do Estado da Paraíba Regiões de Saúde/Rede Hospitalar /Hospitais Estaduais.....	41
Figura 4. Rede hospitalar do estado da Paraíba.....	43
Figura 5. Fluxo de Pactuação de Estágio, Pesquisa e Extensão estabelecido pela RESUS-PB	76

LISTA DE FOTOS

Foto 1. Fotos das Oficinas de Seminários de Elaboração do PEEPS-PB.....	108
-------------------------------------------------------------------------	-----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA.....	8
2.2 PERFIL DEMOGRÁFICO	10
2.3 REGIONALIZAÇÃO	12
2.2 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	14
2.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	17
2.3.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	17
3. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PEEPS 2019 – 2022	45
3.1 ESTRUTURA DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA SES/PB	45
3.2 PROCESSO DE ELABORAÇÃO E PACTUAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	47
3.3 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	49
4. REDES PRIORITÁRIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS DESAFIOS51	
4.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	51
4.1.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	51
4.1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	61
4.1.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS.....	66
4.1.5 REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL.....	71
4.2 REDE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	75
4.2.1 REDE ESCOLA SUS.....	75
4.2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL.....	77
5. MATRIZ DE ESTRATÉGIAS DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA PARAÍBA (2019 – 2022).....	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS COLOCADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA	107
APÊNDICES.....	108
Publicação da Comissão de Elaboração em DOE	109

APRESENTAÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho que se apresentam nestes. Quando nos utilizamos da expressão processo de trabalho em saúde, estamos sinalizando a produção de atos que geram cuidado aos sujeitos: tanto dos seus operadores - trabalhadores, quanto dos sujeitos usuários desses serviços.

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB) vem apostando na lógica da EPS como estratégia capaz de reorganizar os processos de gestão e de atenção em saúde. Esse movimento vem sendo disparado pela construção dos seus próprios processos internos de gestão, pelas pactuações almejadas com o aparelho formador e estudantes, bem como pelo planejamento de intervenções no campo da educação em saúde para sua rede própria e em conjunto com as redes municipais de saúde através de seus trabalhadores e serviços de saúde.

O presente Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba (PEEPS/PB) se constrói a partir do ponto de conformação entre: as necessidades e potencialidades do estado e dos municípios em suas respectivas regiões de saúde; do mote da instalação das redes prioritárias de atenção à saúde; e das políticas estaduais e nacionais prioritárias para a saúde. Assim, traz um elenco de intenções, a fim de que sejam desenvolvidas intervenções no trinômio saúde-trabalho-educação na rede de serviços municipais, objetivando a produção do cuidado em saúde em rede regionalizada e integrada.

O PEEPS/PB está estruturado da seguinte forma:

- Introdução ao PEEPS/PB 2019 -2022;
- Caracterização do Estado da Paraíba (informações demográficas, geográficas, condições de saúde da população, regionalização, gestão do trabalho e educação na saúde, rede de serviços no estado);
- Processo de Elaboração do PEEPS/PB 2019 – 2022 (Estrutura da educação em saúde da SES/PB, processo de elaboração, execução, monitoramento e avaliação do Plano);
- Redes Prioritárias de Atenção à Saúde (2019 – 2022)
- Matriz de Estratégias do PEEPS/PB (Plano de Trabalho, Ações e Estratégias educativas).

- Considerações Finais: Os desafios colocados à EPS no estado da Paraíba.

Com a celebração deste documento, pretende-se fortalecer a integração ensino-serviço e consolidar uma Política de EPS para o Estado, alinhada às diretrizes e as políticas nacionais de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Na Paraíba, o movimento de Educação Permanente em Saúde (EPS) teve início em 2003 com realização de oficinas de EPS em várias regiões do Estado, cujo objetivo era a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a construção do Plano Inicial de Ação Estratégica da Paraíba para 2004 – Polo de EPS-SUS/PB.

A Política veio a ser implantada por meio da Portaria SES/PB nº620/09, publicada no Diário Oficial do Estado em 15 de setembro de 2009. Seu teor compreende a implementação das ações da PNEPS no Estado, delegando ainda a função de coordenação da política no Estado com vinculação direta a Direção Geral do Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB).

Desde 2009, este vem sendo o espaço de discussão, fomento e articulação dessa política no Estado. De certo que inicialmente as ações desenvolvidas se mostram incipientes, porém a partir de 2011 vem se discutindo e implementando de maneira efetiva, a organização e promoção da integração ensino e serviço, como o apoio de direto da Rede Escola SUS-PB e das Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES).

O desenvolvimento da PNEPS no Estado tem se efetuado basicamente a partir das CIES macrorregionais, que até o 2 trimestre de 2018 eram em número de quatro (04) no Estado, atualmente temos 3 Macrorregiões de Saúde e conseqüentemente 3 CIES, apresentando a seguinte composição: I Macro, II Macro e III Macro subdividida em Sertão e Alto Sertão. Estas instâncias têm se mostrado como espaços potentes para discussão dos temas que envolvem a EPS. As CIES na Paraíba apresentam a mesma composição já proposta a nível nacional, onde devem estar presentes a representação de gestão, das Instituições de Ensino (IE), estudantes, trabalhadores e comunidade/movimentos sociais/controle social.

Analisando o processo de implantação da EPS na Paraíba, é possível identificar as mais variadas ações no sentido de garantir a implementação dessa política, a partir da atuação direta do CEFOR-RH/PB com o apoio da gestão estadual e dos parceiros presentes nas CIES e Rede Escola SUS.

Este PEEPS/PB foi construído a partir da escuta qualificada dos atores de todas as regiões de saúde da Paraíba. Portanto, este, contempla o planejamento e o direcionamento das ações que o estado irá ofertar aos municípios, num processo via de mão dupla.

A EPS é uma estratégia de gestão político pedagógico que tem como objeto os problemas e necessidades que surgem no decorrer do processo de trabalho em saúde, e articula a atenção à saúde, o ensino, a gestão do sistema a participação e o controle social no SUS.

O objetivo da EPS é a qualificação e aperfeiçoamento do fazer cotidiano dos profissionais de saúde em vários níveis de atenção à saúde e organização do sistema, com a finalidade de se ter a melhoria do acesso, qualidade e humanização na oferta de serviços e também potencializar os processos de gestão político institucional do SUS no território.

A institucionalização da PNEPS se deu por meio da publicação da Portaria GM/MS nº198, de 13 de fevereiro de 2004, que traz a EPS como uma ferramenta estratégica de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.

A implementação da PNEPS seguiu anos depois com a portaria GM/MS 1.996/07. Cabe ressaltar que nesta normativa a concepção de EPS é considerada como: “o conceito pedagógico no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e a atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde”.

Na nossa análise, esse aprofundamento da concepção da EPS foi um grande avanço da política, pois a mesma portaria, traz de forma clara e objetiva as novas diretrizes que norteiam o planejamento, a gestão e a implementação das ações de EPS no território, onde as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS deve considerar: as especificidades e a superação das desigualdades regionais; as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde; a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação em saúde.

Essa política traz como pressuposto a aprendizagem significativa, a problematização como método de transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica sobre o processo de trabalho.

Após um intervalo de tempo de seis anos (2011) sem a destinação de recursos de EPS para estados e municípios em 2017 surge o Programa para o Fortalecimento

das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PROEPS-SUS) por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 3.194 de 28 de novembro de 2017 cujo objetivo é estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, contando com a colaboração da CIES.

As metas do PROEPS-SUS são: alinhar o conceito de EPS em todos os espaços institucionais e nos municípios; identificar as necessidades de EPS dos profissionais da saúde; fortalecer as práticas de EPS nos municípios; contribuir com ações de EPS nas CIR; estimular o planejamento, monitoramento e avaliação dos processos formativos na lógica da EPS; promover articulação interinstitucional para as ações de EPS; restabelecer o espaço da CIES como polo de articulação e referências para ações de EPS para regiões e os municípios.

Portanto, este Plano tem como principais características o processo de construção coletiva. As oficinas macrorregionais tiveram um bom público, além da escuta qualificada dos problemas apontados e necessidades de formações por meio da EPS; a parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e com o Conselho Estadual de Saúde foi fundamental neste processo.

O grande diferencial deste plano foi de fato constar nele propostas que realmente são estratégias de atividades de EPS. Neste plano não consta lista de cursos da educação continuada, pois o objetivo é colocar em prática o conceito de EPS discutido e aplicado nas oficinas locais.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA

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

Segundo a estimativa para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado da Paraíba deverá possuir uma população de 3.996.496

habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², totalizando uma densidade demográfica de 70,77 habitantes/km². Apresenta uma maior concentração populacional na área urbana (80%) em relação à área Rural (20%).

Os dados do Censo/IBGE possibilitam identificar a distribuição da população considerando cor, etnia e grupos sociais no estado. Com relação à cor/raça a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2015) demonstra que na Paraíba 56,9% dos seus habitantes são pardos; 36,3% brancos; 5,8% pretos e 0,1% amarelos ou indígenas. Quanto à população indígena, a Paraíba abriga dois povos: o potiguar e o tabajara. O povo potiguar representa uma população de 12.794 indígenas, distribuídos em 32 aldeias, localizadas em três municípios da região litorânea: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto. O povo Tabajara da Paraíba tem uma população de 539 indígenas, presentes nos municípios de João Pessoa, Bayeux, Caaporã, Conde, Alhandra e Pitimbu. Suas terras ainda não foram identificadas e delimitadas, entretanto, entre 2009 e 2010, foi realizado um estudo de fundamentação antropológica, que reuniu elementos de natureza histórica, sociológica, fundiária, etnográfica e ambiental sobre a área reivindicada, para caracterização étnica dos Tabajaras do Litoral Sul da Paraíba.

Na Paraíba já foram identificadas 37 comunidades quilombolas distribuídas em todo o território. Em sua maioria, trata-se de quilombos rurais, contando-se apenas três quilombos urbanos: “Paratibe”, em João Pessoa; “Os Daniel”, em Pombal; e “Talhado Urbano”, em Santa Luzia. No total são 2.693 famílias que agrupam aproximadamente 12.000 pessoas. A maioria dos quilombos da Paraíba se encontra em lugares de difícil acesso, devido ao posicionamento geográfico, geralmente no cume de morros e serras ou no fundo de vales. Aproximadamente 1.500 ciganos vivem na Paraíba e mais de 95% deles localizam-se no Sertão do estado, com maior concentração em Sousa, representando a maior comunidade cigana do Brasil. Agrupados em comunidades, os ciganos de etnia Calon moram na periferia das cidades e não contam com nenhum serviço de infraestrutura, saneamento básico e esgotamento sanitário e convivem ainda com o desemprego provocado, entre outros fatores, pelo preconceito. Estima-se que cerca de 9.614 pessoas no estado da Paraíba vivem em situação de privação de liberdade, distribuídas em 79 Unidades Prisionais, sendo 9.115 (94,8%) do sexo masculino e 499 (5,2%) do sexo feminino. Considerando o tipo de regime, tem-se 7.820 pessoas

(81,34%) mantida sem regime fechado, 1.185 (12,32%) em regime semiaberto e 559(5,8%) em regime aberto.

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

Tabela 1. Caracterização populacional da Paraíba 2018

Descritor	Total
População	3.999.415 habitantes
Densidade demográfica	70,7hab/km ²
Concentração populacional na área urbana	80%
Percentual de População feminina	52,4%
Percentual de População de pardos	47,6%
População indígena	13.333 pessoas
População quilombola	12.000 pessoas
Quantitativo de População cigana	1.500 pessoas
População em privação de liberdade	9.614 pessoas

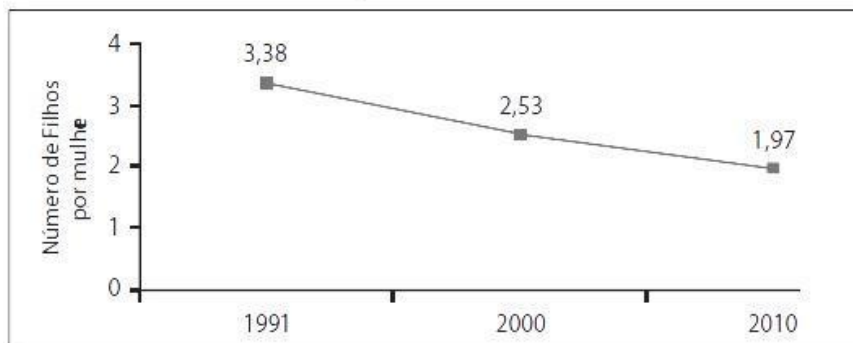
Fonte: Brasil. IBGE, 2018, PNAD 2015.

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

2.2 PERFIL DEMOGRÁFICO

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

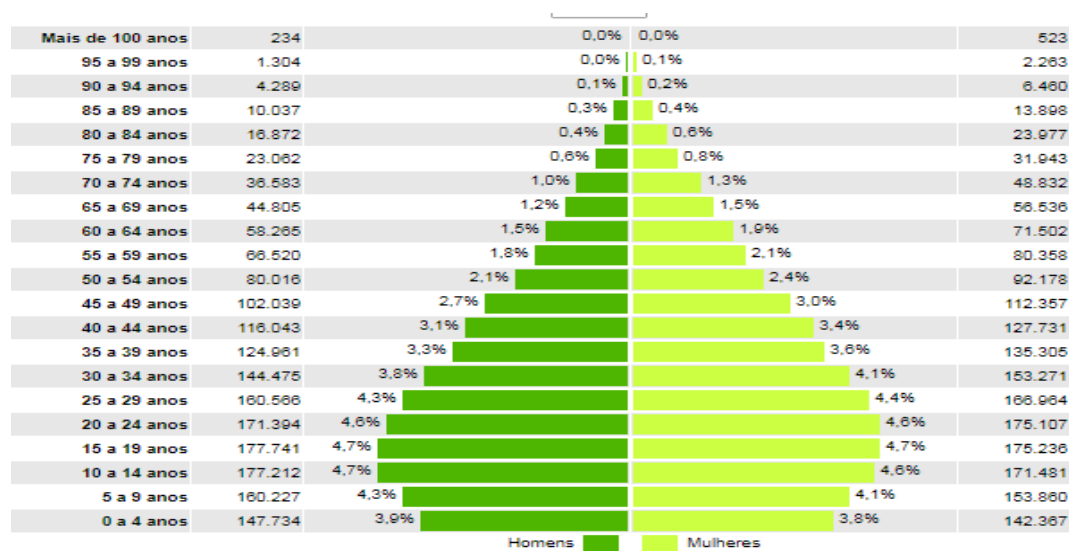
Gráfico 1. Taxa de Fecundidade Total da Paraíba entre 1991 e 2010



Fonte: IBGE, 2010 apud Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2016-2019, 2016.

A pirâmide etária apresentada no Gráfico 2 reflete a transição demográfica, com redução da população jovem e aumento considerável da população idosa (acima de 60 anos).

Gráfico 2. Distribuição da população por sexo, segundo grupos etários na Paraíba 2010.



Fonte: IBGE, 2010 apud Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2016-2019, 2016.

2.3 REGIONALIZAÇÃO

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

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

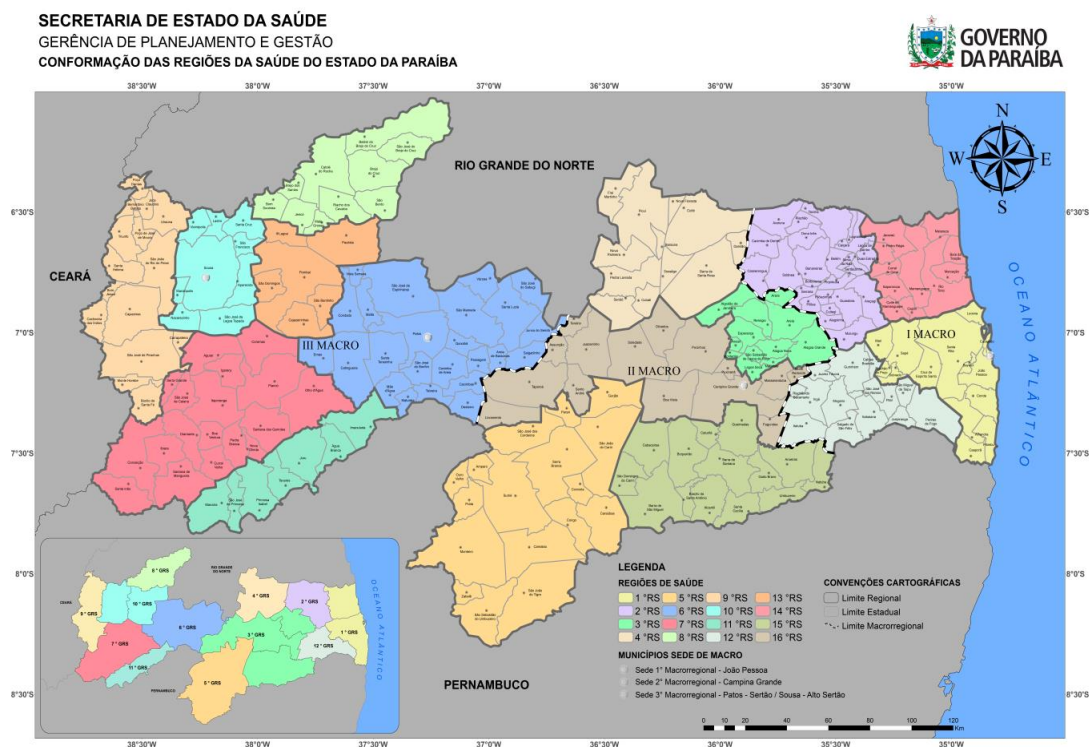
O Decreto nº 7.508/2011 deu novas diretrizes à regionalização do SUS incorporando um conceito mais estruturado de redes de atenção à saúde, define o rol mínimo de ações, procedimentos e tecnologias oferecidos pelo SUS, dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde (RENASES) e na Relação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

(CIR) como instâncias de pactuação consensual para definição das regras de gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde, contemplando os seus 223 municípios. Porém, com a publicação da Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, foi aprovado em CIB a nova definição das Macrorregiões de Saúde do Estado da Paraíba, Resolução CIB Nº 43/18 de 25 de junho de 2018, que define 03 Macrorregiões de Saúde. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por 04(quatro) Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por 05 (cinco) Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande e a a terceira por 07(sete) Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão) (Mapa 01).

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

Figura 1. Mapa de Conformação das Regiões e Macrorregiões de Saúde



Fonte: Secretaria de estado da Saúde, Gerência de Planejamento e Gestão.

2.2 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde visa garantir as condições necessárias para permanência e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na saúde do Estado a partir de ações focadas no aprimoramento das formas de gestão de pessoas; na consolidação de um programa de educação permanente e continuada; na gestão e regulação do trabalho e no fortalecimento de espaços democráticos de negociação permanente.

Na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba a política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, considerada como uma área estratégica para a gestão na saúde vem se desenvolvendo progressiva e continuamente. Acionada em pautas importantes para a organização de processos e ações que impactam sobre os profissionais que atuam na sua rede, de modo a atender as especificidades das matérias tratadas pela área e colaborar para que os gestores possam utilizá-la como instrumento importante de gestão e regulação da força de trabalho.

O desenvolvimento de atividades relativas à essa política na rede estadual de saúde vem sendo conduzidas pela Subgerência de Recursos Humanos, vinculada à Gerência Administrativa, por meio do Núcleo de Gestão do Trabalho e pelo CEFOR-RH/PB.

Entretanto, a atual estrutura da SES/PB - instituída pela Lei Estadual N.º 8186, em 16 de Março de 2007, que trata da Estruturação Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual, tem dificultado a abrangência das ações de Gestão do Trabalho, limitando seu campo de atuação às entidades ligadas à SES/PB e caracterizando-se mais como setor de recursos humanos, dificultando a articulação com os demais entes federados e com as ações de Educação na Saúde.

A fim de resolver essas limitações, encontra-se em curso estudos acerca da estrutura da SES/PB e, dentro desses estudos destaca-se a mudança da Subgerência de Recursos Humanos para Subgerência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Esta mudança em consonância com a política de Gestão do Trabalho e com a experiência acumulada a partir das práticas e análises da atual Subgerência de Recursos Humanos e do Núcleo de Gestão do Trabalho sinaliza o caráter estratégico deste setor para a qualidade do atendimento às demandas que se apresentam cotidianamente à SES/PB. Também aproxima a condução da Política de Gestão do Trabalho à Educação na Saúde, alinhando as atividades trabalhadas no alcance das prioridades de ambas.,

No tocante ao papel estruturante da Gestão do Trabalho para a gestão da saúde, dentre os muitos desafios, destaca-se um desconhecimento da política e uma dificuldade de distinção dos conceitos de Recursos Humanos (RH) e gestão do trabalho e suas implicações para a prática cotidiana. Neste processo de mudança conceitual é primordial a reflexão da prática, tendo em vista a estrutura atual dos RHs, tradicionalmente focada nas atividades burocráticas cadastrais e escriturárias. Redefinir conceitualmente os RHs, em seus papéis e práticas tem sido pauta constante da gestão do trabalho, seja em ações coletivas nas unidades, seja em encontros com os profissionais que atuam na rede nesta área.

Atualmente o Núcleo de Gestão do Trabalho tem envidado esforços para a criação e para o fortalecimento das estruturas de recursos humanos da rede, de modo que possam cumprir o papel de indutores de mudanças no campo da gestão do trabalho, e tem, ao mesmo tempo, buscado construir vínculos com o órgão

responsável pelo campo da educação na saúde dentro da estrutura organizacional do estado, CEFOR-RH/PB, em vista da concretização de um agir conjuntamente, conforme previsto na política de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde.

É importante considerar as responsabilidades do Estado frente a área de Gestão do Trabalho conforme sinaliza a Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006, e define as responsabilidades dos três gestores do SUS na Gestão do Trabalho. Dentre estas responsabilidades do estado, destaca-se: promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho; promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional; considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual; propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Na perspectiva do papel estruturante do recurso humano para o SUS, esta portaria destaca a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho; As ações atualmente propostas pela Subgerência de Recursos Humanos, registradas no Plano Estadual de Saúde (PES) e no PAS (Plano Anual de Saúde) vão ao encontro do que preconiza esta portaria.

Neste aspecto, temos como desafio a implantação e o aperfeiçoamento dos PCCS dos Profissionais que atuam na Rede de Atenção à Saúde (RAS) dos municípios e Estado. Compreende-se que a Progressão Vertical e a Progressão Horizontal, prioritários para o estabelecimento dessa política, sinalizam a valorização das ações de educação permanente e regulamentam ações de gestão de pessoas (avaliação de desempenho) e, deste modo, têm-se buscado construir propostas e estudos para consolidar o processo de aquisição desses benefícios.

A falta de indicadores em âmbito nacional e a fragilidade de acesso à informação relativa à Força de Trabalho em Saúde, de forma a identificar quantos e quem são esses profissionais que atuam na rede de saúde do Estado agravam este quadro. Com o objetivo de enfrentar este desafio, encontra-se em curso nesta

secretaria proposta para o Dimensionamento da rede estadual e de Avaliação de Desempenho.

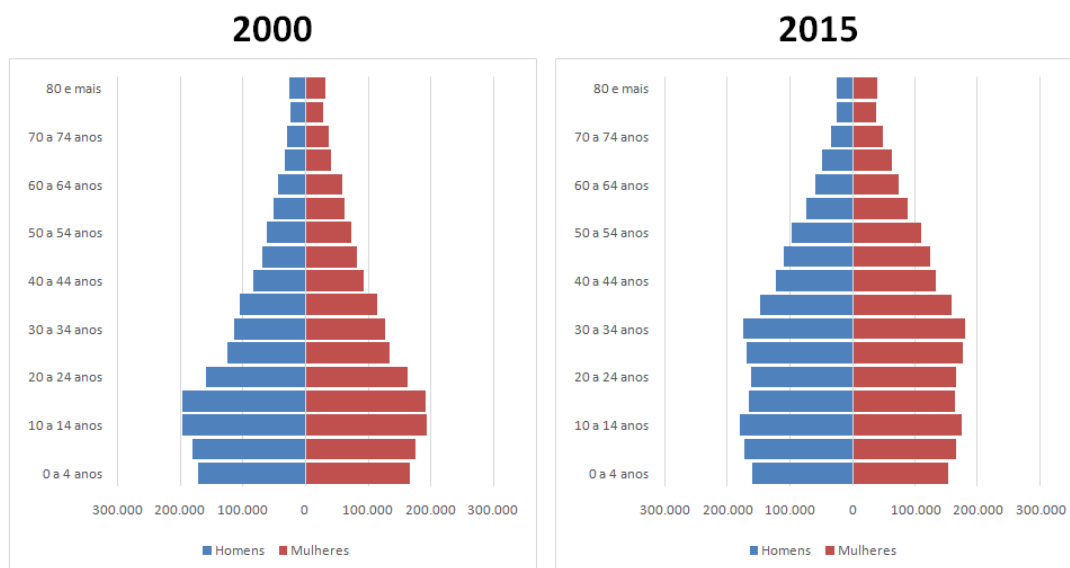
Pode-se ainda destacar, no conjunto das premissas da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a importância e os impactos gerados nos processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação e fortalecimento de Mesas de Negociação, nas esferas de gestão nacionais, estaduais e municipais do SUS. Nesta área os passos precisam ser alargados no âmbito da Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS. Considerando a governança da Secretaria de Estado de Saúde neste processo, o caráter não deliberativo e não obrigatório de sua instalação e manutenção, baixo índice de implantação nos municípios, fragilidade gerada por uma Política de Gestão do Trabalho em Saúde Estadual ainda não consolidada, estabeleceu-se no planejamento anual da SES/PB iniciativas para a promoção e o apoio para implantação e fortalecimento desse importante instrumento desta política.

2.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.3.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

De acordo com dados do censo do IBGE (2010), em uma década a população paraibana aumentou 9,4%, totalizando 3.766.528 habitantes – um acréscimo de 322.703 de pessoas desde 2000. Em 2018 a população estimada é de 3.996.496 habitantes. A densidade demográfica estadual é de 66,73 hab./km² (IBGE,2010). Em relação à estrutura etária as pirâmides de 2000 e 2015 refletem as rápidas transformações que estão ocorrendo na população paraibana, com redução da população jovem e aumento considerável da população idosa (acima de 60 anos), que representa em 2015 cerca de 12% da população total e em 2000 essa proporção era de 10%. Entre 2000 e 2015, a população de idosos aumentou 33% e a proporção dos menores de 15 anos diminuiu 9%, conforme figura abaixo. Este processo de envelhecimento é resultado da rápida mudança tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida.

Gráfico 3. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade na Paraíba, 2000 e 2015



Fontes: gráfico ano 2000 - Estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - [Ripsa](#).

Fonte: gráfico 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da saúde SVS/CGIAE.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991 e 2010.

A Vigilância em Saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. O Estado da Paraíba apresenta um perfil epidemiológico caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças transmissíveis e não transmissíveis como também dos agravos, entendendo que alguns dessas doenças/agravos já poderiam ter sido eliminados.

A tuberculose (TB) e a hanseníase são graves problemas de saúde pública e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações, principalmente por considerar as questões relacionadas ao estigma e preconceito que ainda impedem o acesso ao diagnóstico rápido e tratamento oportuno.

O Brasil figura como país prioritário em duas listas referentes à TB, número de casos e casos de coinfeção TB-HIV e quanto ao número de casos de hanseníase, o que representa um desafio para ações de controle dos Programas Municipais.

No estado da Paraíba, no ano de 2018, foram notificados 1.112 casos novos de TB de todas as formas clínicas, desses 86,4% são pulmonares com confirmação laboratorial, o que revela grande preocupação por tratar-se da forma com potencial de transmissibilidade. Em relação à hanseníase foram diagnosticados 450 casos novos, destes 63% são multibacilares e 28,6% apresentaram alguma incapacidade no momento do diagnóstico, o que sugere diagnósticos tardios e necessidade de ampliar as ações de controle da doença.

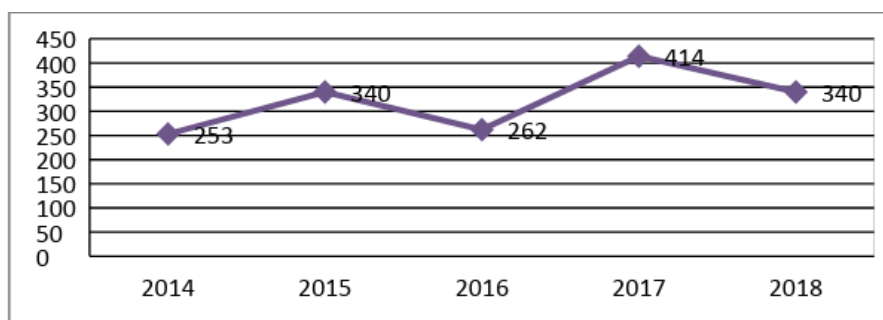
Figura-se prioritária a manutenção das ações de educação permanente que favoreçam o fortalecimento da atenção básica, ao estimular o desenvolvimento de estratégias que visem a integração do processo de trabalho da vigilância e atenção, com intuito de colaborar na atenção integral dos pacientes de tuberculose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

O número de notificações de casos de sífilis congênita e sífilis em gestante vêm aumentando ao longo dos anos. Somente entre os anos de 2010 a 2014 foram notificados 1.113 casos de sífilis congênita e 1.741 casos de sífilis em gestante. O aumento gradual na notificação de casos nos últimos anos deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura de testagem das gestantes, acompanhamento dos casos e o aumento dos casos de sífilis congênita pode representar os esforços da Vigilância em Saúde do Estado na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos de sífilis congênita. Apesar da ampliação do diagnóstico, a maioria dos casos continua sendo detectada tardiamente.

Atualmente, para o enfrentamento da Sífilis na Paraíba a SES/PB vêm realizando as seguintes ações: capacitações com os profissionais da atenção básica sobre protocolo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); treinamentos para realização de teste rápido na atenção primária para diagnóstico precoce de sífilis e outras IST; apoio aos municípios na descentralização do tratamento da sífilis na atenção primária; apoio na distribuição qualificada de insumos de prevenção como material educativo e preservativos. O fortalecimento das ações de educação permanente é essencial neste processo, garantindo o acesso as informações

qualificadas aos profissionais de saúde, pois a falta de informações sobre a doença e seu manejo clínico traz resultados negativos para o enfrentamento da sífilis.

Gráfico 4. Número de casos de sífilis congênita em menores de 01 ano na Paraíba 2014 a 2018



Fonte: SINAN NET/SES/PB atualizado em 21/11/2018

As Hepatites Virais têm-se constituído em um problema de Saúde Pública, especialmente os dos tipos B e C, pela sua magnitude e tendência a cronificação. A Paraíba ocupou em 2013 a primeira posição (maior Taxa) no Nordeste em relação ao coeficiente da Hepatite A, a segunda maior taxa em relação a Hepatite B, e a terceira maior com relação ao coeficiente de casos da Hepatite C. De acordo com o esperado para a Hepatite Viral A, a concentração de casos ocorre nos ciclos de vida da criança e do adolescente e para as Hepatites Virais B e C a ocorrência é maior nos adultos e idosos.

Tabela 2. Consolidado da taxa de detecção das Hepatites Virais no Estado da Paraíba no período de 2007 a 2017

HEPATITES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hepatite A	10,35	10,77	14,11	8,92	5,57	4,14	12,36	7,63	1,56	0,18	0,55
Hepatite B	1,29	1,52	2,76	3,27	4,54	4,95	4,5	3,96	2,19	2,1	2,16
Hepatite C	0,52	0,11	0,13	1,17	1,13	1,39	1,23	2	1,61	3,08	2,56

Fonte: SINAN NET/SES em 04/12/2018 (Inc. por 100.000 hab.)

Quanto ao HIV/AIDS a Paraíba registrou entre adultos, gestantes e crianças, nos anos de 2007 a novembro de 2018, 7.726 casos de HIV/AIDS notificados no Sistema de Notificação de agravos (SINAN). Para o cenário do HIV/Aids observa-se no gráfico abaixo um aumento da detecção de casos, sendo mais expressivo a partir de 2014 quando foi instituído a obrigatoriedade da notificação compulsória da infecção pelo HIV (Portaria 1.271 de 6 de Junho de 2014).

Tabela 3. Número de Casos de HIV/Aids por ano de diagnóstico e município de residência no Estado da Paraíba, 2007 a 2018*

Mun. Resid. PB	HIV	AIDS	ÓBITO	TOTAL
2007	25	271	14	310
2008	13	297	15	325
2009	24	329	7	360
2010	41	372	4	417
2011	65	365	11	441
2012	67	447	6	520
2013	112	411	4	527
2014	198	442	6	646
2015	365	466	14	845
2016	493	390	3	886
2017	557	296	4	857
2018*	424	216	3	643
Total	2384	4302	91	6777

Fonte: SINAN NET. Atualizado em 23/11/2018.

Outro indicador relacionado ao agravo é o número de gestantes com HIV e crianças menores de cinco anos, com representatividade de captação de casos em gestantes em 2013, com 140 casos, sendo menores nos anos seguintes apresentando 67; 87; 89 e 56 casos, respectivamente. Destaca-se o incremento de testes rápidos distribuídos para as unidades de saúde da família, serviços de referências e maternidades para fortalecer o diagnóstico precoce na gestação e evitar a transmissão vertical do HIV.

No que se refere às crianças menores de 5 anos, no período de 2013 a 2017, o ano de 2014 registrou 07 casos, no entanto, houve um decréscimo nos anos seguintes, com ausência de registro de casos nos anos de 2017 e 2018.

No tocante ao tratamento da doença, atualmente 8.723 usuários estão com cadastro no Sistema de Informação de Logística de Medicamentos (SICLOM) e 1.463 abandonaram o tratamento mediante informações do Sistema de Informação de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (SIMC).

As ações de Vigilância em Saúde, entre as quais as de imunizações, estão definidas em legislação nacional indicando que a gestão das ações deve ser compartilhada pelas três esferas de governo, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. Atualmente. O Programa Estadual de Imunização da Paraíba, oferta 42 tipos de imunobiológicos fornecidos pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS), entre vacinas, soros e imunoglobulinas, que são distribuídos de forma estratégica para as 12 centrais regionais, no intuito de atender as necessidades dos 223 municípios.

O calendário básico de imunizações oferta 16 vacinas contra doenças imunopreveníveis, levando ao controle de doenças e agravos, como também, a erradicação de algumas doenças, gerando uma redução da morbimortalidade e maior qualidade de vida da população. Para tanto, faz-se necessário investir sistematicamente no monitoramento da vigilância das coberturas vacinais com destaque para a avaliação da alimentação dos sistemas de informação e fortalecimento das ações municipais de rotina para garantir o alcance das coberturas vacinais no território. Nos anos de 2016, 2017 e 2018* as coberturas vacinais se mantiveram, conforme quadro abaixo:

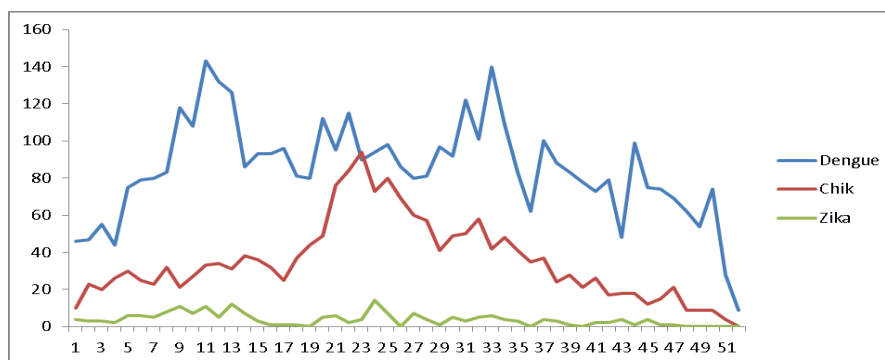
Tabela 4. Cobertura Vacinal em Crianças < de 1 ano e 1 ano de idade. Paraíba, 2016 a 2018*

ANO	BCG	Hepatite A	Meningo C	Penta	Pneumo	Pólio	Rotavírus	Tríplice Viral	Influenza
2018*	103,2	76,3	85,8	80,1	92,12	83,4	87,52	90,25	94,58
2017	102,3	82,99	85,27	82,4	91	82,3	84,24	90,49	88
2016	97,27	68,43	88,59	87,8	93,03	85,7	89,06	89,8	90,4

Fonte: Sipni.datasus.gov.br Dados atualizados em 22/11/2018. *Nota: Dados de janeiro a setembro, sujeitos a alterações.

As arboviroses (dengue, zika e chikungunya) ocasionadas pelo *Aedes aegypti* são de grande relevância nacional, constituindo-se sério problema de saúde pública. Na Paraíba, no ano de 2018, no período de 01 de janeiro a 04 de dezembro (49ª semana epidemiológica incompleta), foram notificados 11.971 casos suspeitos de dengue. Em 2016 e 2017 registraram respectivamente, 44.535 e 4.691 casos. Referente aos casos suspeitos de Chikungunya, até a 49ª Semana epidemiológica incompleta de 2018, foram registrados 1.327 casos; em 2016 foram 21.519 e em 2017 foram 1.927, casos suspeitos. E o Zika vírus apresentou em 2018 (SE 49ª*), 622 casos suspeitos notificados (SINAN NET), em 2016 e 2017 foram, respectivamente, registrados 4.949 e 256 casos. Porém em 2017, 90% dos municípios atingiram a meta do Indicador do PQAVS (municípios com 04 ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura).

Permanecendo como um grande desafio manter uma baixa incidência e controlar o Índice de Infestação (IIP) do *Aedes aegypti* no estado. Para tanto, anualmente são realizadas várias atividades educativas envolvendo as vigilâncias epidemiológica e ambiental do estado e municípios, objetivando o fortalecimento das ações assistenciais e de combate ao *Aedes aegypti*.

Gráfico 5. Casos Notificados de Dengue, Chikungunya e Zika, Paraíba, 2017

Fonte: SINAN ONLINE SES/PB.

A toxoplasmose é uma doença infecciosa causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, sendo considerada uma doença com alta prevalência no Brasil que pode variar de acordo com o clima, hábitos higiênicos, população de gatos e hábitos de preparação e ingestão de alimentos. Na Paraíba, em 2018* (até SE 50), foram identificadas no SINAN 19 gestantes confirmadas para a doença.

A vigilância da toxoplasmose precisa acontecer de forma integrada envolvendo municípios, instituições de saúde e ensino com o objetivo de padronizar conceitos, métodos e atendimentos, já adotados por estados e Governo Federal. Para tanto, se faz necessário fortalecer as ações das vigilâncias epidemiológica e ambiental para a toxoplasmose (gestacional e congênita), promovendo ações de educação em saúde no estado e capacitando os profissionais de saúde dos municípios e da rede hospitalar especializada (Rede Cegonha).

A Leishmaniose Visceral Canina (LVC) é uma zoonose que, antes considerada como doença eminentemente rural, vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte e se tornou em crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano caracterizada como uma endemia em franca expansão geográfica. Na Paraíba estima-se uma população canina de 529.210, tendo aproximadamente 105.842 cães errantes.

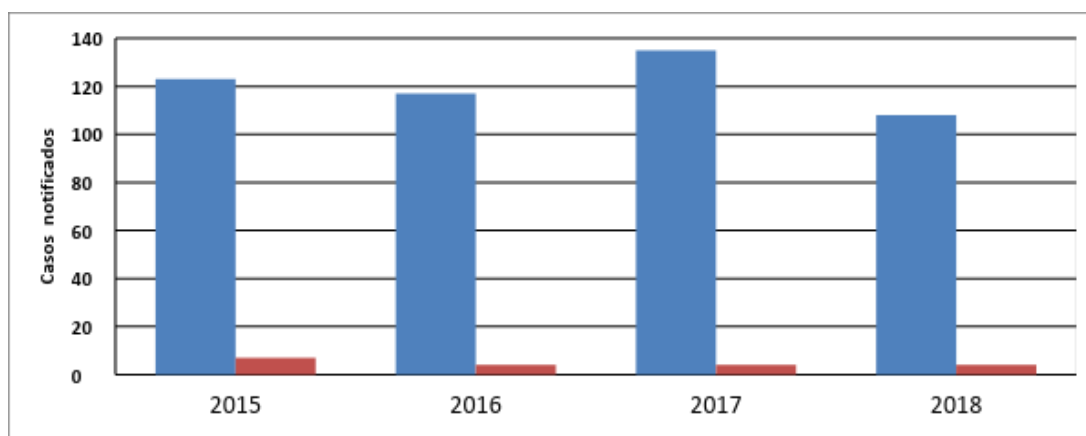
De janeiro a novembro de 2018 foram encaminhadas para diagnóstico laboratorial da LVC 1.842 amostras, com confirmação em 1.261 delas, o que representa uma positividade de 68,4% da doença. Ressalta-se que todo cão com

sorologia positiva, sintomático ou não, oferece risco de transmissão ao homem, tornando-se uma prioridade em saúde pública.

Atualmente, todos os municípios do estado estão qualificados para realizarem o teste rápido para diagnóstico da LVC. A implementação do Teste Rápido tem melhorado a vigilância e a notificação e, com isso, um melhor monitoramento das áreas consideradas de risco, objetivando a prevenção e a promoção da saúde humana.

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é uma doença crônica e sistêmica, que quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. Na área urbana, o cão é a principal fonte de infecção.

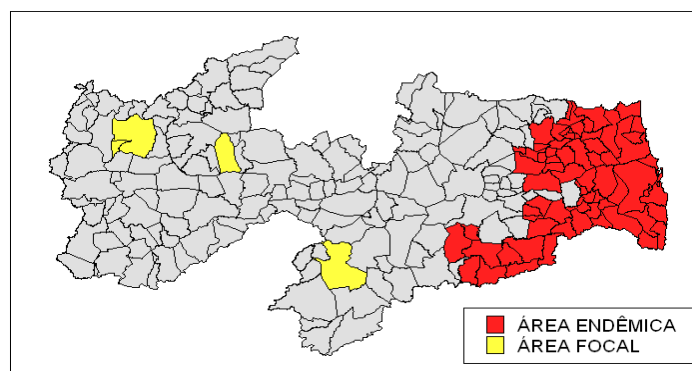
Gráfico 6. Frequência de casos prováveis e óbitos por Leishmaniose Visceral Humana (LVH) segundo ano da notificação na Paraíba, 2015 a 2018



Fonte: SINAN Online SES/PB.

A esquistossomose mansoni é uma doença parasitária, causada pelo verme *Schistosoma mansoni*. Na Paraíba, a área endêmica compreende 67 municípios das áreas do Litoral, Agreste e Brejo e 04 municípios do Cariri e Sertão pertencem a áreas focais da doença. Anualmente diagnostica-se acima de 800 portadores da doença no estado. O desafio tem sido aqueles municípios e localidades onde após a queda inicial de positividade, a doença tem se ajustado a um novo nível endêmico, resistindo às ações convencionais de controle, exigindo do Programa de Controle da Esquistossomose - PCE uma integração efetiva entre saúde, educação e saneamento no âmbito estadual e municipal.

Figura 2. Municípios da Área Endêmica e Focal para Esquistossomose, PB



Fonte: GOVA/SES - PB

Na Paraíba segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS observa-se um cenário onde as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de internações, gerando maior custo no Sistema de Saúde do Estado. Nos últimos anos (2010 - 2014) tem ocorrido uma queda na taxa de internação hospitalar por doenças do Aparelho Circulatório, em relação às neoplasias observa-se um aumento no Estado, passando de 138/100 mil habitantes em 2010 para 174/100 mil habitantes em 2014. Em diabetes foi constatado uma média anual de 80 internações por 100 mil habitantes, no período analisado.

A violência vem se consolidando como um sério problema de saúde pública com possibilidade de se transformar na segunda causa de morte do estado da Paraíba, devido o número crescente de ocorrências a cada ano. A mortalidade por estas causas tem comportamento diferenciado, atinge com maioria o sexo masculino, na faixa etária do adolescente ao adulto jovem até 29 anos e com concentração nos acidentes de trânsito e homicídios. Nos anos 2017 e 2018* (*dados até 08/11/2018) foram registrados 8.771 e 7.158 acidentes de trânsito respectivamente. A motocicleta aparece em 77% das ocorrências em 2018, com uma pequena elevação de casos se comparado a 2017, com 76% dos casos. Dados como estes reforça a necessidade de intensificar as ações educativas voltadas para esse público.

Vale ressaltar que referente ao número de óbitos ocorridos no local do acidente, houve uma significativa redução no ano de 2018 com 63 vítimas, quando comparado ao ano anterior, com 538 vítimas. Uma ação importante que tem sido orientada pela Secretaria Estadual da Saúde é o monitoramento dos acidentes de trânsito por meio do **Formulário de Notificação de Acidentes de Trânsito** no

âmbito hospitalar estadual, pois objetiva nortear gestores e órgãos de trânsito para a realização das ações preventivas de educação para o trânsito e a fiscalização.

Tendo como base as informações da Organização Internacional do Trabalho - OIT (2013), observa-se que anualmente no processo de trabalho ocorrem 2 milhões e 340 mil mortes. Estatísticas mostram ainda que a cada 15 segundos um trabalhador é morto por acidente ou doença no trabalho. Mediante este cenário, é necessário desenvolver estratégias junto à vigilância e à assistência para fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na Paraíba, o que mostra a importância de desenvolver atividades de educação permanente neste processo.

Tabela 5. Número de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador notificados no período de 2007 a 2014 no estado da Paraíba

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

Fonte: SINAN - 13/08/2015

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

A mortalidade materna se constitui um importante problema de saúde pública no Estado.

Observa-se uma concentração percentual de óbitos maternos nas faixas etárias de 20 a 39 anos de idade (85%). A hipertensão (20%), a hemorragia (12,5%) e as infecções puerperais (15%) aparecem como as três principais causas de morte materna, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto e puerpério (10%) e aborto (5%).

No período de 2010 e 2017, observa-se uma redução da mortalidade infantil de 10,7%, passando de 14,9 para 13,3/1.000 nascidos vivos - NV. O componente neonatal precoce continua sendo o mais importante, cerca da metade dos óbitos infantis, em 2017, ocorreu nesta faixa etária (0 a 6 dias). As afecções perinatais foram a principal causa de morte de crianças menores de 01 ano, responsáveis por 61,2% dos óbitos infantis.

Tabela 6. Principais causas de morte nas crianças menores de um ano. Paraíba, 2000, 2010 e 2017

Ordem	2000	2010	2017
1	Afecções perinatais	Afecções perinatais	Afecções perinatais
2	DIP	Anomalias congênitas	Anomalias congênitas
3	DAR	DIP	DAR
4	Anomalias congênitas	DAR	DIP
5	Endócrinas	Endócrinas	Causas externas
6	DSeTI	Causas externas	DAD
7	DAC	DAD	Endócrinas
8	DSNerv	DSNerv	DAC
9	Causas externas	DAGU	DSNerv
10	DAD	DAC	Neoplasias

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Legenda:

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

Na Paraíba, as ações para redução da mortalidade materna e infantil consistem na contínua busca da melhoria da qualidade da informação através do aperfeiçoamento e completude dos dados coletados nos instrumentos padronizados pelo MS de investigação desses óbitos, além das ações de investigação para redução do percentual de óbitos com causa básica mal definida

A portaria GM/1119 de 5 de junho de 2008, em seu artigo 2º define que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. A portaria GM/ 72 de 11 de dezembro de 2010 estabelece no seu artigo 1º que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde SUS.

A educação permanente é determinante no sentido de qualificar os dados para sensibilizar, avaliar e atualizar os profissionais e colaboradores na busca pelo aprimoramento contínuo para ações de saúde pública.

A organização da atenção é um importante aspecto para a gestão em saúde. De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, desde a sua instituição na Constituição cidadã de 1988 é dada ênfase a atenção integral e o Estado da Paraíba vem buscando continuamente ordenar suas redes de atenção à saúde tomando os princípios do SUS como norteadores e base legal desta organização.

Os modos de operar a saúde no Estado passam pelo cuidado regionalizado e sua continuidade. Neste sentido, compreende-se que a organização da rede de atenção à saúde precisa além de avaliar e identificar as características e necessidades de saúde da população em cada região articular-se com o sistema de proteção social e outras instâncias locais. Esse entendimento estabelece uma dinâmica na gestão da saúde no Estado que interfere na organização das ações e serviços que configuram hoje a rede de saúde.

Com marcos organizativos distintos, a **Atenção Primária ou Básica, Atenção de Média e de Alta complexidade** compõem a RAS do Estado. Essa forma de organização que configura a oferta de serviços segundo a hierarquização de três níveis de atenção facilita a construção de percursos assistenciais, porém, com processos históricos que caracterizaram fenômenos que contribuem para fragilizar a rede, principalmente no primeiro nível de atenção, tais como o campo da formação acadêmica dos profissionais de saúde, ainda voltados e/ou influenciados pelo modelo

biomédico, embora atualmente já existam no âmbito acadêmico iniciativas que contemplem a saúde coletiva. A efetivação ao longo dos anos, de ações de saúde focadas em agravos e que desconsideram o marco da atenção integral contribuíram para a fragmentação e a baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção.

Além da rede de Atenção Primária, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e a Vigilância em Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) **prioritárias** no Estado da Paraíba são:

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- Rede de Atenção Materno Infantil;
- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Doenças Crônicas;
- Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência.

Fazem parte da Rede de Atenção na Paraíba as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Diante deste contexto, objetiva-se, com as estratégias de Educação Permanente em saúde no Estado, o fortalecimento dessas redes de atenção, entendidas como primordial para o processo de regionalização que o Estado vem disparando junto aos municípios. Também como nos direcionamentos realizados com os serviços existentes sob sua gestão. A perspectiva das **linhas de cuidado**, as quais se desenham os percursos assistenciais, construídas preferencialmente na atenção básica, são neste momento, ferramentas de gestão para a organização dos serviços e sistemas regionais.

No entanto, a RAS do Estado visa oferecer acesso de qualidade a população e ações e serviços de saúde com cuidados contínuos de todo e qualquer ponto da rede, estabelecendo macrorregiões de saúde que contemplem as demandas postas pelos usuários-cidadão, facilitando acesso, minimizando custos e deslocamentos, com abordagem na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de processos de saúde-doença.

2.3.2.1 ATENÇÃO BÁSICA/ ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tendo como base de análise as 16 regiões geoadministrativas de saúde, o Estado da Paraíba, possui sua maior concentração populacional na 1ª Região de Saúde, com sede em João Pessoa, com 1.189.121 habitantes, dos quais 1.061.119 estão cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma cobertura de 89,2%; seguida pela 3ª Região de Saúde, sediada em Campina Grande com um total de 841.378 habitantes, sendo 680.632 cadastrados na ESF, em uma cobertura de 80,9%. Posteriormente como terceira concentração populacional está a 2ª Região de Saúde que tem sede no município de Guarabira, com 291.058 habitantes sendo 281.604 habitantes, ou seja, 96,8% cobertas pela ESF. A 6ª Região de Saúde, com sede em Patos, possui 24 municípios e concentra o quarto maior contingente populacional, com 241.454 habitantes, sendo 100% da população cadastrada na ESF.

Desafios dos programas e ações estratégicas:

ACADEMIA DA SAÚDE

É um programa da AB que implanta equipamentos sociais denominados pólos nas comunidades com o intuito de complementar o cuidado integral, contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados. Consiste na habilitação de municípios e pólos para receberem custeio. Possui monitoramento nos sistemas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) quando se refere à proposta de construção de pólos. No Estado da Paraíba, 168 municípios estão habilitados para a implantação ou identificação de pólo como similar ao Programa Academia da Saúde.

Tem como desafio a distribuição de pólos no Estado de forma mais equânime, respaldado pelo diagnóstico em saúde das gestões municipais. Necessidade de atribuir valor qualitativo aos equipamentos, em trabalho conjunto da gestão com a comunidade para a corresponsabilização com a manutenção e o cuidado com os polos e seus equipamentos, devendo ser feito o controle social.

Quantitativo de polos da academia da saúde no estado atualmente é:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Estado da Paraíba possui 8.306 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Programa é respaldado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no qual a

Atenção Básica Estadual recomenda na implantação de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde com credenciamento do teto máximo de ACS.

Tem como desafio: especialmente nos territórios a discussão com os ACS, dos processos de trabalho, de forma crítica, reflexiva e continuada. Haja vista que o ACS necessita de estímulo e ressignificação de seu papel sempre que novas condições de saúde se instalam nos territórios.

SAÚDE BUCAL (BRASIL SORRIDENTE)

O Estado da Paraíba possui 1.289 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I, 19 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade II, implantadas. Fonte: Ministério da Saúde /DAB/Relatório do Histórico de Implantação de Equipes, novembro 2018.

Contempla a Política Nacional de Saúde Bucal que tem as seguintes linhas de ação: Equipes de Saúde Bucal na ESF; Centros de Especialidades Odontológicas; Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; Assistência Hospitalar, Programa Saúde na Escola e Plano Nacional para Pessoas com Deficiência.

Tem como desafios estruturar um diagnóstico sanitário das condições de saúde bucal dos territórios, saindo da lógica meramente da estrutura física e dos dados de produtividade. Avaliar conjuntamente com a população local se os serviços tem convertido a oferta de serviços em auto cuidado com a saúde bucal (movimento de controle social). Importante trabalhar o processo de integração das equipes de saúde bucal com os demais membros das equipes da saúde da família.

CONSULTÓRIO NA RUA

No Estado da Paraíba apenas dois municípios foram contemplados com Equipes de Consultório na Rua, sendo João Pessoa e Campina Grande. As equipes de Consultório na Rua diferem nas modalidades I, II, e III.

Tem como desafios sensibilizar os gestores sobre a realidade da população em situação de rua e sobre a importância de estruturar serviços de saúde para essa população.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Garantido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é uma estratégia usada como reorientação do modelo de atenção e principal meta do MS, devendo resolver até 80% dos problemas de saúde. O Estado da Paraíba é o 2º no Brasil na distribuição da proporção da cobertura populacional de ESF e atualmente atingindo uma cobertura de 94,0% da população, que corresponde a 3.766.528 pessoas, de acordo com os dados do IBGE (2010).

Na cobertura populacional da ESF por regiões geo-administrativas, verifica-se que o Estado tem atualmente 1.411 Equipes de Saúde da Família implantadas

Tem como desafios: diante da diversidade de ações que a AB pode mobilizar, temos os testes rápidos (dengue, chikungunya, HIV, hepatites virais) como estratégias para diminuir o índice de casos suspeitos, confirmar diagnósticos, agilizar a notificação das arboviroses e ISTs, evitar encaminhamentos desnecessários, agilizar os necessários e melhorar as respostas do serviço de saúde como um todo. Hoje temos uma realidade de muitos testes estocados nas Unidades de Saúde, e os profissionais reclamam acerca da própria capacidade técnica e condições de trabalho. O pré natal de baixo risco é outro gargalo na Paraíba, na perspectiva do preparo da gestante para o parto natural.

Para estratégias: capacitação de pessoal, haja vista que ainda perdura a mortalidade materna infantil e é urgente reduzir esse quadro. A estratégia da REDE CEGONHA que buscava vincular antecipadamente a mulher ao local do parto, conhecer o hospital que teria o bebê encerra no final de 2018 e agora a sua extensão é a estratégia PARTO CUIDADOSO, que demandará novas formações para toda a rede materno infantil.

Ainda como desafios para a rede materno infantil há o fato de que os serviços não fazem um bom encaminhamento de contra referência para a Atenção Básica.

A AB é que deve orientar como será a dinâmica do serviço para qual está referenciando o usuário.

E-SUS ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia e-SUS Atenção Básica é apoiada essencialmente por dois sistemas, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o sistema de informação nacional, e o Sistema e-SUS Atenção Básica, composto por sistemas de software que instrumentalizam o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Compõe o sistema o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta de Dados Simplificado (CDS).

Tem como desafios: problemas de conectividade nas comunidades mais distantes. Há a perspectiva de um novo sistema que unifica os sistemas de Informações essenciais de caráter epidemiológico, o Conjunto Mínimo de Dados (CDM), que incorpora informações da AB - e-SUS - SISAB. Esse novo sistema tem a perspectiva de envio de informações em tempo real, unificando todas as bases de dados, que hoje são fragmentadas. Objetiva subsidiar as atividades da gestão.

Segundo a proposta, onde não há conectividade os dados são coletados pelo sistema, com a opção de baixar as tabelas do CDM coleta, podendo posteriormente ser lançado na rede. Esse movimento demandará muitas conversas com a gestão e com os trabalhadores, sendo importante estruturar formações de forma continuada através da educação permanente em saúde.

E-GESTOR

Os gestores devem cadastrar-se a habilitar a sua equipe técnica, mediante cadastro para o acesso ao sistema. O sistema pode ser inativado por motivo de falta de acesso por mais de 180 dias (6 meses). Conta com uma equipe de TI - Tecnologia da Informação, no qual o gestor pode abrir chamada no Suporte Técnico 136.

Tem como desafio: diminuição da falta de acesso ao sistema pelos gestores, que culmina no bloqueio de seus acessos e revela uma situação de inoperância do sistema e falta de monitoramento das gestões municipais sobre a alimentação adequada de seus indicadores.

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA – PMAQ-AB.

Tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas UBS por meio das equipes de AB. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Tem como desafios: sair da Lógica da preparação das unidades para receber os entrevistadores durante a avaliação externa; a organização dos serviços deve ser algo cotidiano e natural. Estabelecer educação permanente para este fim.

PNPIC - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES).

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser.

Tem como desafio: o conhecimento das práticas, de suas possibilidades terapêuticas, a formação de profissionais em Práticas Integrativas e Complementares para maior oferta desse cuidado.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Na Paraíba temos 3.838 Escolas cadastradas no Programa Saúde na Escola, destas o Estado pactuou 3.863 escolas; Alunos pactuados: 693.555; Equipes Pactuadas: 1.470; Creches pactuadas: 915; Alunos em creches pactuadas: 31.846. Essas informações refere-se a adesão de 222 municípios até dezembro de 2018. (FONTE: PSE 2017/MS)

Possui ações de obesidade infantil para escolares, além das ações pactuadas, pela problemática do excesso de peso em crianças no Brasil.

O monitoramento do Programa é mensal, registro das ações no SISAB, a inserção dos dados é no e-SUS (monitoramento feito único e exclusivamente por este sistema). Monitoramento mensal dos dados dos relatórios do PEC e dados do e-Gestor - SISAB).

Programas que fazem interface com o PSE: **Crescer Saudável** - Programa de Prevenção, controle e tratamento da Obesidade Infantil (foram considerados municípios prioritários aqueles com adesão ao PSE, com população acima de 30 mil habitantes, cobertura do SISVAN maior que 10% em 2015 e prevalência de excesso de peso maior que 20% em crianças menores de 10 anos em 2015). **Saber Saúde** - A Paraíba possui 14 municípios que são prioritários para esse programa. Foi desenvolvido especialmente para escolas. Propõe uma metodologia continuada de ensino e apresenta informações de base científica que podem facilitar a abordagem sobre o tabagismo e outros fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis. **Educavisa** - Programa que trabalha em âmbito escolar, a Integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde Ambiental. A Paraíba está em situação crítica para a Dengue, isto revela a importância desse programa nas escolas.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Com a saída recente de 128 médicos cooperados (cubanos) em 78 municípios, o panorama atual do programa no estado é: 62 médicos Intercambistas (formados no exterior) e 164 médicos com registro no Conselho (médicos com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM), totalizando 226 médicos, distribuídos nas 3 macrorregiões de saúde.

Em todos os estados foram criadas as Comissões Coordenadoras Estaduais – CCE, para o Programa. Atualmente na Paraíba, são 04 Tutores, 42 Supervisores e 04

atores denominados RD - Referências Descentralizadas, que fazem o acompanhamento sistemático.

Tem como desafio: A Paraíba possuía um total de 355 médicos vinculados ao programa. Com a saída dos médicos cubanos, embora o MS tenha publicado 02 Editais Emergenciais, existe uma possível perspectiva de "vazios assistenciais" no Estado, que ao longo do processo deverá ser acompanhado e repensar novas estratégias para a cobertura em saúde da população.

NASF-AB - NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

O NASF-AB é formado por equipe multiprofissional, tem o papel de dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da AB. Os NASFs-AB são inseridos nos territórios mediante avaliação das especificidades locais (saúde da população). O trabalho deve ser horizontal e interdisciplinar, solucionar problemas pela comunicação, atuar de forma integrada, e não a parte.

O panorama atual na Paraíba: 152 NASF-AB Modalidade I, 54 NASF-AB Modalidade II e 78 NASF-AB Modalidade III, implantadas.

Tem como desafio: alinhamento dos modos de operar os NASFs-AB nos municípios, refletir o processo de trabalho, fomentar o olhar crítico sobre o território de atuação, e estruturar modelos pedagógicos de diálogo com as equipes.

As estratégias são: continuar dando apoio institucional; estratégias de articulação com os gestores municipais; fortalecer processos de trabalho nas equipes; organizar seminários para trocas de experiências e discussão de indicadores dos sistemas de Informação.

2.3.2.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A maior concentração de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares está localizada na 1ª e 3ª Região de Saúde. Da mesma forma, estão concentrados na 1ª e 3ª região todos os tipos de exames diagnósticos, laboratoriais e de imagem, sendo esta quantidade de serviços insuficiente para suprir a necessidade da população, devido à grande carência de serviços nas demais Regiões de Saúde, o que acaba sobrecarregando principalmente os municípios de João Pessoa e Campina Grande.

Nesse contexto, as maiores dificuldades encontram-se nas áreas de pediatria, otorrinolaringologia, traumatologia, neurologia, mastologia, cardiologia, saúde mental, cirurgia vascular e oncologia. Quanto aos serviços especializados em Odontologia, o estado conta com 43 Centros de Especialidade Odontológica (CEO), de gestão municipal, e 01 Centro Odontológico sob gestão estadual, localizado na Capital. Possui também 70 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), distribuídos desigualmente pelo Estado, seguindo a tendência dos demais serviços especializados. O Estado conta com 133 serviços especializados em atenção à saúde mental, entre Centros de atendimento psicossocial, Residências terapêuticas e Consultórios na Rua, entre outros, sendo 69 CAPS I, 09 CAPS II, 05 CAPS III – 24 horas, 12 CAPS Infantojuvenil, 06 CAPS AD, 09 CAPS AD III – 24 horas. Possui também 14 Residências Terapêuticas, sendo 05 femininas, 04 masculinas e 05 mistas, 02 Unidades de Acolhimento Adulto, 02 Unidades de Acolhimento Infantojuvenil e 05 Consultórios na Rua.

A rede de apoio em saúde mental é composta de 04 urgências psiquiátricas, 72 leitos psiquiátricos públicos, 303 leitos psiquiátricos privados conveniados ao SUS, 71 leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e 20 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

A estrutura de atendimento da Hemorrede compreende 02 Hemocentros, 11 Núcleos Regionais ou Hemonúcleos, 19 Agências Transfusionais, sendo 11 na região de João Pessoa e 08 na região de Campina Grande. Das 11 Agências Transfusionais da região de João Pessoa, 10 são de natureza pública ou filantrópica. Já na região de Campina Grande, das 08 Agências, apenas 03 são de natureza pública ou filantrópica.

Quanto à Assistência Farmacêutica, apesar de o Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da SES/PB estar fortalecendo a articulação com os programas de medicamentos especializados, estratégicos e básicos, o Centro de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX) responsável pelo Componente Especializado ainda possui governabilidade e estrutura independentes do NAF. As unidades de dispensação do Componente Especializado e Estratégico (hansenostáticos e tuberculostáticos) estão distribuídas em 12 Regionais de Saúde, cuja finalidade é fornecer os medicamentos de custo elevado, pré definidos pelo Ministério da Saúde, garantindo a promoção do uso racional dos medicamentos e respeitando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Atualmente estão

cadastrados no programa de dispensação de medicamentos especializados 49.441 usuários. As unidades dispensadoras de medicamentos anti-retrovirais estão descentralizadas e estruturadas em 07 unidades, com previsão de expansão para 09 ao decorrer do ano de 2011, em serviços de atenção especializada do Estado) será atualizado pelo NAF.

Alguns desafios são:

- Construir um sistema que facilite os processos de referência e contra referência com a atenção básica e toda a rede;

- Realizar seminários, oficinas integradoras com representantes de toda a rede de atenção à saúde, para qualificar processo de trabalho e dar maior resolutividade à saúde da população.

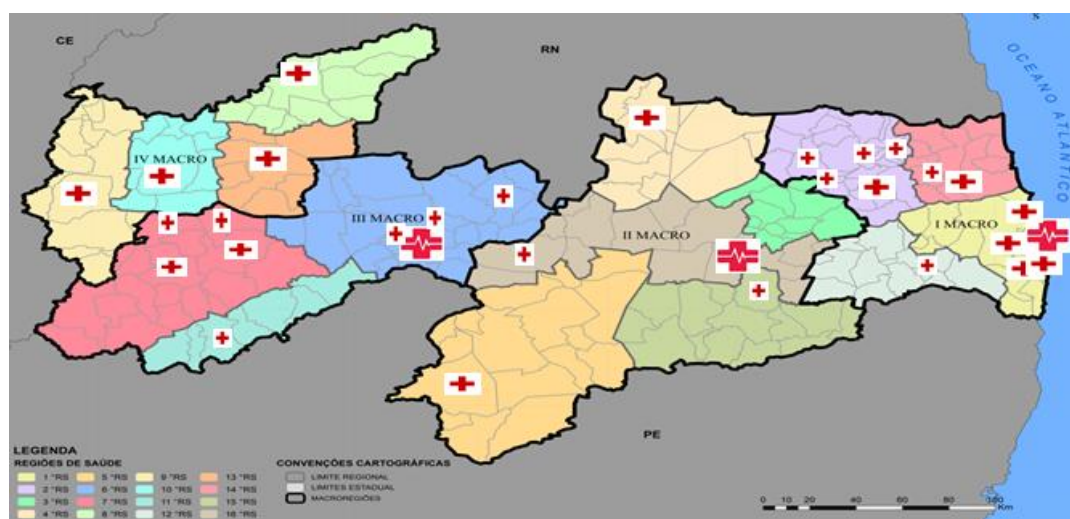
2.3.2.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

A Atenção Hospitalar não compõe qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa - atravessada por múltiplos interesses - que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. É também um equipamento de saúde em processo de redefinição, pois, no âmbito público e no privado, estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos. Estão em debate, então, as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

Enquanto integrantes da RAS, atuar de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, pressupõe a necessidade de mecanismos de que produzam diálogo, escuta e sobretudo troca de saberes na produção do cuidado introduzindo ferramentas estratégicas conforme as necessidades apresentadas nos indicadores de gestão hospitalar, epidemiológicos e as pactuações regulamentadas a nível regional e/ou estadual conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, as Portarias MS nº 4.279/2010 (RAS) e Portaria MS nº 2.436/2017 (PNAB), bem a Portaria MS nº 3.390/2013 que institui a **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS. Neste contexto e além da assistência, os hospitais da rede estadual constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde.

Com inserção em todas as 16 **regiões de saúde**, a **Atenção Hospitalar na Paraíba**, conta com **33 unidades hospitalares distribuídas conforme mapa abaixo com as principais referências e a tabela 1**, sendo uma rede bastante heterogênea com ofertas de procedimentos em especialidades estratégicas, como Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiologia, Oncologia e Cirurgia geral. Além disso, o cuidado ampliado em Obstetrícia, Doenças Infecto-contagiosas e em Saúde mental com leitos disponibilizados para situações de crise ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco a vida.

Figura 3. Mapa do Estado da Paraíba Regiões de Saúde/Rede Hospitalar /Hospitais Estaduais



Fonte: SES/NAH.2018

Temos aqui na Paraíba um grande desafio de discutir com diversos segmentos um modelo de estrutura de gestão hospitalar que possa dar respostas rápidas a população e atender as demandas com maior resolutividade, mesmo tendo o suporte da estrutura de redes ainda formada por hospitais municipais – microrregional ou regional, de acordo com o porte, cobertura populacional e oferta de serviços –, na perspectiva de inserção em redes regionalizadas e temáticas de atenção com a integração com os diferentes níveis de assistência.

No âmbito da formação em saúde também somos desafiados, uma vez que há necessidade de mudanças significativas, em razão da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde. Estão, portanto, postos

em debate, o papel do hospital na formação e as expectativas dos formadores em relação ao hospital no âmbito da Rede Escola Estadual.

A perspectiva da gestão hospitalar, tendo em vista a busca por qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos nos sistemas de saúde, pode se sugerir o apoio institucional neste espaço que pode ser uma alternativa frente aos dilemas e tensões em cada um desses campos, reconhecendo a complexidade da organização hospitalar, seu lugar crítico na prestação de serviços e seu profundo envolvimento no engendramento do modelo médico-hegemônico no âmbito das práticas e da formação em saúde.

Em relação às repostas político-estruturais, os problemas apontados estão ligados a diversas vertentes, entre as quais: o subfinanciamento do SUS; a hibridez do sistema brasileiro, no qual a proposta do sistema público universal concorre e subsidia o sistema privado de planos de saúde; perda de visão de um planejamento setorial estratégico e de longo prazo; a persistência de um sistema fragmentado de assistência apesar do esforço de indução federal para as diferentes políticas que orientam para um modelo centrado na atenção básica e, mais recentemente, na regionalização e construção de redes temáticas.

Figura 4. Rede hospitalar do estado da Paraíba

Nº	UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO	LEITOS EXISTENTES EM 2010	LEITOS EXISTENTES EM 2018			
				Leitos Auxiliares (Urg/Obs/UTI)	Leitos de Internação	TOTAL GERADO 2018	AMPLIAÇÕES 2011/2018
1	HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ MARIA PIRES	J PESSOA	-	74	61	135	135
2	HOSPITAL TRAUMA SEN HUMBERTO LUCENA		152	72	122	194	42
3	HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES		67	6	69	75	8
4	HOSPITAL DR. CLEMENTINO FRAGA		103	6	149	155	52
5	MATERNIDADE FREI DAMIÃO		51	9	59	68	17
6	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA/CLIEFFORD (*)		250	6	72	78	-172
7	HOSPITAL EDSON RAMALHO (HGER)(**)		-	49	149	198	
8	HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA	GUARABIRA	62	21	66	87	25
9	HOSPITAL DR. DR. OVÍDIO DUARTE	SERRARIA	16	11	13	24	8
10	HOSPITAL LUIS ALEXANDRINO DA SILVA	BELÉM	38	8	25	33	-5
11	HOSPITAL DR. FRANCISCO ASSIS FREITAS	SOLÂNEA	32	9	34	43	11
12	HOSPITAL DE LAGOA DE DENTRO	LDENTRO	13	3	19	22	9
13	HOSPITAL REG URG E EMERG DE C GRANDE	C GRANDE	180	95	187	282	102
14	HOSPITAL DISTRITAL DETAPEROÁ	TAPEROÁ	38	10	52	62	24
15	HOSPITAL REGIONAL DE PICUI	PICUI	98	12	100	112	14
16	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA	MONTEIRO	51	18	55	73	22

17	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDHUY CARNEIRO	PATOS	120	15	109	124	4
18	HOSPITAL INFANTIL NOALDO LEITE		72	7	67	74	2
19	MATERNIDADE DR.PEREGRINO FILHO		40	39	72	111	71
20	HOSPITAL E MATERNIDADE SINHA CARNEIRO	S LUZIA	65	13	36	49	-16
21	HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES	PIANCÓ	45	21	60	81	36
22	HOSPITAL E MATERNIDADE ESTEVAM MARINHO	COREMAS	41	5	34	39	-2
23	HOSPITAL REGIONAL DR. JOSE GOMES DA SILVA	ITAPORANGA	54	9	48	57	3
24	HOSPITAL FRANCISCO BENTO CABRAL	AGUIAR	15	2	12	14	-1
25	HOSPITAL REG MANOEL GONÇ ABRANTES	SOUSA	100	23	71	94	-6
26	HOSPITAL DISTRITAL DE POMBAL	POMBAL	80	29	82	111	31
27	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS	CAJAZEIRAS	136	30	122	152	16
28	HOSPITAL REGIONAL DEP. JOSÉ P. DE LIMA	P ISABEL	43	12	43	55	12
29	HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS	QUEIMADAS	48	11	41	52	4
30	HOSPITAL GERAL DE ITABAIANA	ITABAIANA	48	11	41	52	4
31	HOSPITAL GERAL DE ITAPOROROCA	ITAPOROROCA	18	5	18	23	5
32	HOSPITAL DISTRITAL DE CATOLÉ DO ROCHA (***)	C. DO ROCHA	0	5	43	48	48
33	HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	MAMANGUAPE	0	22	60	82	82
TOTAL			2076	668	2191	2859	585

Fonte: SES/NAH.2018

Mapa do Estado da Paraíba/Regiões de Saúde/Rede Hospitalar/Hospitais Estaduais.

3. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PEEPS 2019 – 2022

3.1 ESTRUTURA DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA SES/PB

A SES/PB atualmente tem, em sua estrutura administrativa, como principal instrumento de gestão da Educação na Saúde o Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba – CEFOR-RH/PB criado a partir da Lei Estadual nº 5.871, de 11 de abril de 1994. Esta instituição, assim como outros Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS pelo país, surgiu de um movimento nacional para valorização dos profissionais de nível médio do SUS e, desde a sua fundação, atua na educação na saúde como uma escola técnica do SUS promovendo e executando cursos técnicos, qualificações, aperfeiçoamentos e, mais recentemente, pós-graduações em parceria com Instituições de Ensino de nível superior, buscando atender às demandas de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS da Paraíba.

A partir do ano de 2009, por meio da Portaria GS-SES 620/2009, o CEFOR-RH/PB passou a ser também o órgão gestor da PNEPS no estado tendo, assim, o dever de desenvolver, promover, articular e realizar ações inerentes à EPS junto aos municípios e aos órgãos, serviços e instituições ligadas à SES/PB. Com isso, ampliou-se, consideravelmente, a estrutura de gestão da educação na saúde no Estado.

Considerando que a EPS, em seu modelo proposto, ressalta a importância da educação pelo, para e no trabalho, as instâncias que a promovem necessitam, dessa forma, ser amplas e plurais, bem como preconiza o texto da política nacional. Para tanto, entre 2012 e 2013 foi realizado um movimento de reativação das CIES, instâncias que haviam sido criadas, mas que não estavam funcionando. Na Paraíba as CIES tem a característica de serem macrorregionais, ou seja, uma comissão por macrorregião, sendo a exceção a 3ª Macro que recentemente, por recomendação do Ministério da Saúde, foi unificada com a 4ª Macro, vindo a formar uma única macrorregião. Neste caso, optou-se por manter duas CIES denominadas, respectivamente, por CIES 3ª Macro Sertão e CIES 3ª Macro Alto Sertão, dada a distância e o grande número de municípios e regiões de saúde, o que dificultaria a

participação efetiva, a viabilidade de funcionamento e as eficiência e eficácia da comissão.

Compõem, também, a estrutura de gestão da educação na saúde: a Rede Escola, política que regulamenta as parcerias, pactuações e fluxos de estágio, pesquisa e extensão, realizados, por instituições públicas e privadas, na rede de serviços de saúde da SES-PB; a Comissão de Residências Médicas (COREME) e a Comissão de Residências Multiprofissionais e Uniprofissional (COREMU) da SES-PB, que lidam com os processos de organização administrativa e pedagógica dos programas de residências vinculados à SES/PB; o Apoio Institucional (técnico-político-pedagógico) da SES-PB às Regiões de Saúde da Paraíba.

Os planos, projetos, ações, atividades etc. construídos e propostos pela maioria das instâncias que compõem a estrutura de gestão da educação na saúde citadas anteriormente também são levados para discussão, e aprovação quando necessário, à CIB, onde são deliberadas as ações da SES junto ao COSEMS/PB; e ao Conselho Estadual de Saúde da Paraíba – CES/PB, órgão deliberativo do controle social.

Dentre as dificuldades inerentes ao funcionamento dessa estrutura, podemos identificar os seguintes desafios para a gestão da educação na saúde:

- apoio a estruturação da Gestão do Trabalho, criando a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o que proporcionará uma melhor organização e, conseqüentemente, maior integração com a Educação Permanente em Saúde;
- criação de arranjos de gestão dos serviços de saúde no estado que fortaleçam a Educação Permanente em Saúde como componente orgânico do processo de trabalho na saúde;
- aprimoramento dos mecanismos de integração ensino-serviço em perspectiva regionalizada, de forma a qualificar a implementação das políticas de saúde prioritárias tanto no nível da gestão, quanto da atenção;
- fortalecimento da “Rede Escola SUS PB”, apoiando municípios na implantação e implementação da estratégia, assim como o seu fortalecimento nos serviços de saúde da rede estadual.

3.2 PROCESSO DE ELABORAÇÃO E PACTUAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O processo de construção deste Plano iniciou-se no mês de junho do ano de 2018, com a formação de uma comissão intersetorial e interinstitucional. Compõem essa comissão membros das CIES Macrorregionais, representações das Gerências Executivas da Secretaria Estadual de Saúde (Planejamento, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão do Trabalho, CEFOR-RH/PB, COSEMS e CES-PB). Esta comissão foi responsável pela elaboração da estratégia de elaboração do plano, realizou pesquisa documental, elaborou a metodologia e facilitou as oficinas macrorregionais e o seminário de validação, auxiliou na elaboração do texto e organização do PEEPS-PB.

São atribuições desta comissão: Elaborar Plano de Trabalho para execução dos objetivos do PROEPS-SUS:

- Construir e aplicar as metodologias das oficinas macrorregionais;
- Construir o texto base do novo Plano Estadual de EPS;
- Realizar um seminário de validação com ampla participação para conclusão das propostas do novo Plano de EPS;
- Submeter à proposta do novo Plano para pactuação em CIB;
- Submeter à proposta ao Ministério da Saúde.

Para construir este plano estadual de educação permanente em saúde, foi realizado um seminário estadual introdutório para apresentar a proposta metodológica do processo de construção do plano estadual de EPS, foram realizadas quatro oficinas macrorregionais com sede nos seguintes municípios (Patos, Cajazeiras, Campina Grande e João Pessoa) com a participação de gestores municipais, trabalhadores, conselheiros estaduais e municipais de saúde, representantes de Instituições de Ensino Superior (IES) e da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (CIES) macrorregional, representantes da comissão de elaboração do plano, representantes das gerências regionais de saúde, apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde (AI -SES) e do COSEMS.

Ao todo foram realizadas quatro Oficinas macrorregionais com a participação de cerca de uma média de 100 participantes por oficina, em cada oficina foram escolhidos 20 representantes das regiões de saúde que participaram do seminário

final de validação que contou com 80 participa. Desta maneira participaram diretamente da construção deste plano mais de 480 participantes entre secretários de saúde, conselheiros de saúde, representantes de instituições de ensino, estudantes, residentes, trabalhadores e gestores do SUS e técnicos de diversas áreas da saúde e áreas afins. Após as oficinas realizou-se um seminário estadual de validação do plano de educação permanente em saúde.

Vale salientar que a metodologia aplicada nas oficinas foi de acordo com a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 que orienta utilizar a metodologia da problematização, pois esta deve subsidiar as ações de Educação Permanente em saúde, assim aplicou-se nas oficinas descentralizadas a referida metodologia, pois esta pressupõe um ser ativo, protagonista do processo de construção do conhecimento. Para tanto utilizamos questões norteadoras com o propósito de alinhar: o conceito de educação permanente em saúde; os responsáveis pela educação permanente em saúde nos espaços de trabalho do SUS; O levantamento dos principais problemas de saúde do território e necessidades de processos formativos para o enfrentamento dos problemas e quais estratégias de aplicação da educação permanente em saúde.

O seminário de validação utilizou o formato de “plenária geral” no auditório com o público das macrorregionais de saúde e demais participantes. Os produtos das quatro oficinas macrorregionais foram consolidados e classificados em 08 grandes linhas de ações, sendo elas: Atenção Básica; Vigilância em Saúde; Controle Social; Gestão do SUS; Gestão do trabalho; Linhas de cuidado; Gestão das redes de atenção à saúde; Rede assistência farmacêutica e também a Rede de educação permanente em saúde.

Após a etapa de validação das propostas do plano no seminário estadual, surgiu a necessidade de reunir com os trabalhadores das áreas técnicas da secretaria estadual de saúde para qualificar e acrescentar mais propostas que necessitem trabalhar com a educação permanente em saúde.

Portanto, para construção desse plano fez-se necessária reflexão conceitual, político-pedagógica de educação permanente em saúde, ter um diagnóstico real das necessidades de educação permanente, considerar indicadores de saúde, bem como, determinantes e condicionantes socioambientais e instrumentos de gestão como PES, PAS, Relatório de Gestão Anual (RGA), Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPS/2014). Além da participação ampla e democrática de

atores da gestão municipal e estadual, trabalhadores da atenção básica, controle social, comissão de integração de ensino e serviço e demais parceiros que surgiram no decorrer do processo.

3.3 – PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Portaria GM/MS que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação permanente em Saúde – nº 1996/2007 – em seu art. 21 indica que: “O Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: planejar, implementar, articular, acompanhar e avaliar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

Assim o processo de implementação deste plano se dará seguindo a metodologia de construção do mesmo, sendo que no primeiro momento será realizada uma oficina com o coletivo de representantes das macrorregionais, juntamente com os membros da CIES, para um processo de formação de como implementar a política de educação permanente em saúde, tornando esses atores facilitadores e multiplicadores do território. Após processo de formação dos facilitadores e multiplicadores, serão promovidas oficinas descentralizadas macrorregionais de implementação do plano estadual de educação permanente em saúde.

O monitoramento deste instrumento de gestão da educação permanente em saúde se dará em parceria com as comissões de integração ensino e serviço, COSEMS-PB e CES-PB. Será criada uma ferramenta eletrônica (Google forms) para ser preenchida de acordo com a execução das ações contidas no plano, no qual o CEFOR-RH/PB será o órgão responsável em ter acesso direto ao instrumento.

Lembrando também que o manual técnico do PROEPS-SUS orienta que ações do PROEPS-SUS, realizadas pelo Distrito Federal e municípios, serão monitoradas por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) preenchendo a ficha de atividade coletiva deste sistema.

A avaliação ocorrerá semestralmente através de um seminário com o mesmo público citado acima e demais atores necessários, apresentando o que foi realizado ou não e quais os impactos causados no território. Neste mesmo evento será feito o levantamento das principais atividades prioritárias que deverão ser realizadas nos próximos seis meses, tendo abertura para as demandas espontâneas de atividades extras que vierem a surgir.

4. REDES PRIORITÁRIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS DESAFIOS

As redes prioritárias são consideradas como estratégicas para este Plano. As oficinas macrorregionais de elaboração do PEEPS-PB levantaram problemas de saúde locorregionais e apontaram propostas de enfrentamento dos problemas através de ações de EPS. Desta maneira, a comissão de elaboração trabalhou com cerca de 300 problemas de saúde levantados, que foram sintetizados em 60 problemas principais no seminário de validação, os quais foram aglutinados por eixos estratégicos.

4.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.1.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017/GM/MS, Anexo III, art. 1ª ao 176ª que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção aos indivíduos em situações de urgências e emergências.

A Rede de Urgência e Emergência ocorre de forma pactuada entre as três esferas de governo, com a finalidade de articular os diversos pontos de atenção, definindo fluxos e referências. Na busca de tentar transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado. Considerando que o enfrentamento das situações de urgência e emergência requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos, tratamento de doenças crônicas, reabilitação e cuidados paliativos. Neste sentido, a EPS busca incorporar os princípios e valores do SUS através da renovação do modelo de atenção, intensificando a promoção e prevenção de saúde por meio dos processos educativos e produtivos (BRASIL, 2010).

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

A partir de 2004 foram inaugurados os SAMU 192 de João Pessoa e Campina Grande, no ano de 2005, em Sousa chegando a 30% de cobertura da população estadual, indo para 100% apenas no ano de 2014. As Bases Descentralizadas (BD) são planejadas estrategicamente para acelerar o atendimento, aproximando o serviço do cidadão e reduzindo assim o tempo para resposta das solicitações.

Atualmente no Estado da Paraíba existe sete Centrais de Regulação Médica de Urgência (CRMU) do SAMU 192, instaladas e habilitadas nos municípios de João Pessoa (SAMU Regional), Campina Grande (SAMU Regional), Patos (SAMU Regional), Monteiro (SAMU Regional), Piancó (SAMU Regional), Sousa (SAMU Regional) e Cajazeiras (SAMU Regional) e cento e duas bases descentralizadas em funcionamento. O Quadro 02 abaixo demonstra o quantitativo de Unidades do SAMU 192 por Central de Regulação.

Tabela 7. Centrais do SAMU

	João Pessoa	Campina Grande	Monteiro	Patos	Piancó	Sousa	Cajazeiras	Pop. Total
Pop.	1.407.476	703.969	86.952	152.638	200.845	228.837	134.319	3.004.936
USA	13	10	01	03	05	05	02	39
USB	36	33	06	11	16	15	07	124

Fonte: Plano Estadual de Saúde/SES-PB

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Básica de Saúde e a Rede Hospitalar e compõe a RUE. A UPA caracteriza-se como importante ponto de apoio na RUE, dando resolutividade de 97% dos casos atendidos. Para tanto precisam estar em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, suas ações estão incluídas no Plano da RUE de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR do estado, conforme determina o Pacto pela Saúde e a Portaria GM/MS nº 1.864/2003 (BRASIL, 2003). As UPAs 24h são classificadas em Porte I, II e III, conforme quadro abaixo:

Tabela 8. Tipo de UPA pelo número de população

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

Fonte: RUE / SES – PB, 2018.

Na Paraíba são 16 Unidades de Pronto Atendimento 24h em funcionamento, como mostra o quadro abaixo:

Tabela 9. Unidades de Pronto Atendimento em Funcionamento

LOCAL DE IMPLANTAÇÃO	PORTE	ANO
1. UPA 24h Santa Rita	Porte I	10/2010 - SES
2. UPA 24h Guarabira	Porte I	08/2011 - SES
3. UPA 24h João Pessoa (Oceania)	Porte II	12/2011
4. UPA 24h Campina Grande	Porte III	05/2012
5. UPA 24h Pombal	Porte I	05/2012

6. UPA 24h Monteiro	Porte I	06/2012
7. UPA 24h Cajazeiras	Porte I	12/2013 - SES
8. UPA 24h João Pessoa (Valentina)	Porte II	08/2014
9. UPA 24h Piancó	Porte II	2013
10. UPA 24h Princesa Isabel	Porte I	2014 - SES
11. UPA 24h Bayeux	Porte I	2016
12. UPA 24h João Pessoa (Cruz das Armas)	Porte II	2017
13. UPA 24h Sousa	Porte II	2017
14. UPA 24h Campina Grande (Dinamérica)	Porte II	2017
15. UPA 24h Patos	Porte I	2017
16. UPA 24h Bancários	Porte II	2018

Fonte: RUE / SES – PB, 2018.

Serviço de Atenção Domiciliar – SAD/Melhor em Casa

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

de urgência e emergência. Atualmente estão habilitados no estado 15 Serviços de Atenção Domiciliar e 9 permanecem aguardando portaria de habilitação pelo MS.

Tabela 10. Serviço de Atenção Domiciliar – SAD/Melhor em Casa

UF	MUNICÍPIO	MUNICÍPIO AGRUPADO	IBGE	CNES	ESTABELECIMENTO	EMAD tipo 1	EMAD tipo 2	EMAP
PB	CONCEICAO		250440	2701677	CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE CONCEICAO	0	1	1
PB	CONDE		250460	2341158	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA N S DA CONCEICAO	0	1	0
PB	CONDE		250460	2342723	CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE DR JARBAS MARIBONDO VINAGRE	0	0	1
PB	CUITE		250510	2342642	HOSPITAL MUNICIPAL DE CUI TE	0	1	1
PB	GUARABIRA		250630	3360415	COMPLEXO NEUROFUNCIONAL MARIA MOURA DE AQUINO	1	0	1
PB	ITAPORANGA		250700	2604868	CENTRO MEDICO DR MANOEL MEDEIROS MAIA ITAPORANGA	0	1	1
PB	JOAO PESSOA		250750	7419473	SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR SAD JOAO PESSOA	7	0	3
PB	MONTEIRO		250970	7058284	UPA JOAQUINA PIRES BARBOSA HENRIQUE	0	1	1
PB	POMBAL		251210	2592088	CENTRO DE SAUDE AVELINO QUEIROGA	0	1	1
PB	QUEIMADAS		251250	5974925	NASF TATAGUASSU	1	0	1
PB	AREIA		250110	9158863	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	1	1
PB	CAAPORÃ		250300	3499294	USF CENTRO II	0	1	1

PB	CAJAZEIRAS		250370	9242902	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1	0	1
PB	PEDRAS DE FOGO		251120	57764 14	NASF INTEGRAR	0	1	1
PB	PIANCÓ	OLHO D'ÁGUA	251130	638413 7	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	0	1	1
PB	SOUSA		251620	639337 3	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SOUSA	1	0	1

Fonte: RUE / SES – PB, 2018.

DESAFIOS

A EPS tem por finalidade transformar as práticas em saúde, através do pressuposto da adesão do profissional, mediante as fragilidades e dificuldades encontradas em sua prática e na constante necessidade de atualização de informações e tecnologias. O desafio é sensibilizar esses profissionais a sentirem-se parte do processo de aprimoramento das unidades de saúde, bem como cada gestor hospitalar e demais serviços da RUE instituir efetivamente estratégias de EP.

ÊNFASE

Ampliação da oferta de cursos, com flexibilização dos horários para maior adesão dos profissionais;

Discussão da rotatividade de profissionais e subdimensionamento dos mesmos nas instituições de saúde com a equipe gestora;

Garantia da continuidade das ações em educação;

Capacitação de equipes estratégicas das Unidades de Atenção Básica para as linhas de Cuidado de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo de Miocárdio (IAM);

Realização de cursos para a operacionalização dos protocolos de IAM, AVC e traumatologia na rede hospitalar;

Implantação de Núcleos de Educação Permanente em Urgências por macrorregiões de saúde do estado.

4.1.2 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A política nacional de saúde da pessoa com deficiência foi instituída por meio da portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, com o intuito de promover a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Em 17 de novembro de 2011, foi lançado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite (Decreto Nº 7.612) com o objetivo de implementar

novas iniciativas e intensificar ações que já eram desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência:

- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- Prevenção de deficiências;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- Capacitação de recursos humanos.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída a partir da portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (atualmente com texto na Portaria de consolidação GM/MS nº3, de 28 de setembro de 2017), e traz como componentes:

- 1) Atenção Básica;
- 2) Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências;
- 3) Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

É primordial que estes componentes sejam articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, que são: acessibilidade; comunicação; manejo clínico; medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

Existem vários desafios na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, dentre elas temos a necessidade de articulação entre os serviços de saúde, garantindo assim a equidade e universalidade ao atendimento à pessoa com deficiência, principalmente com a incorporação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ao cotidiano de trabalho das equipes de saúde, principalmente na atenção básica, com o intuito de capacitar a assistência prestada à pessoa com deficiência, diminuindo o grande número de usuários referenciados diretamente para a Atenção Especializada, sem a devida avaliação.

Outro desafio é a organização dos mecanismos de referência e contra referência, que atualmente não apresentam um modelo lógico, ainda baseado na

organização dos serviços sem critérios, fluxos e mecanismos de pactuação vigentes. É importante que esta compreensão permita encaminhamentos resolutivos entre os diferentes equipamentos de saúde e, ao mesmo tempo, fomente vínculos entre os profissionais de saúde, gestores e usuários dos serviços de saúde envolvidos.

Assim a PEEPS/PB precisa estar alinhada com essas necessidades e com a vivência profissional dos trabalhadores de saúde envolvidos com a assistência à pessoa com deficiência, buscando a formação e o desenvolvimento de práticas adequadas ao cuidado com esta população. Esses processos formativos devem buscar contribuir para a transformação dos processos de trabalho, práticas profissionais e a organização dos serviços de saúde em redes de atenção. Importante para tal, envolver as Instituições de Ensino Superior e todos os pontos de atenção à saúde das pessoas com deficiência, para que juntos possam identificar problemas cotidianos e, a partir disto, construir as soluções.

4.1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088 de 2011, (inserida na Portaria de Consolidação nº 3 de Setembro de 2017) foi concebida com o intuito de criar, ampliar, articular e diversificar os serviços do SUS destinados ao cuidado ampliado de pessoas em situação de sofrimento mental e/ou uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Trata-se de um modelo de atenção aberto e comunitário da Política Nacional de Saúde Mental, cuja proposta é de assegurar a livre circulação e acesso pelos serviços da comunidade e pela cidade.

Além dos objetivos supracitados, a RAPS possui o seguinte objetivo específico: promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde, entre outros.

Os principais desafios da atenção psicossocial no estado da Paraíba são:

Um cuidado em saúde mental que transcenda a lógica médica-medicamentosa;

- Qualificar a equipe de atenção básica para acolher e cuidar do usuário de saúde mental

- Expansão de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais;

- Rompimento com a lógica manicomial;

- CAPS como lugar de atendimento à crise;
- Precarização das relações de trabalho e da infraestrutura dos serviços.
- Matriciamento como dispositivo indispensável ao trabalho em saúde mental.

Que ações podem ajudar a superar os desafios?

- Formação continuada e educação permanente (ações teórico-práticas) para trabalhadores da rede de modo a abranger temáticas acerca da saúde mental.
- Atendimento à crise nos serviços substitutivos.
- Direitos e cidadania dos usuários de saúde mental.
- Movimento antimanicomial.

A saúde mental nas oficinas de educação permanente em saúde realizada nas macrorregiões de saúde foi uma das linhas de cuidado mais explicitadas pelos profissionais da saúde, o quesito processo de formação e qualificação dos trabalhadores. Isso é apontado como um dos grandes nós na consolidação das políticas de saúde mental. É possível situar como mais um obstáculo à cultura manicomial ainda presente nas práticas e nas escolas de formação. Tal cultura vai de encontro aos referenciais de autonomia e direitos das pessoas que precisam de cuidado em saúde mental. Neste sentido a educação permanente em saúde é uma grande estratégia de minimizar os problemas referentes a essa solicitação de formação, utilizando várias metodologias e estratégias de EPS.

QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DA A.B., ESPECIALIZADA E HOSPITALAR?

Atenção Básica em Saúde:

UBS: tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Equipes de AB para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como UBS, CAPS, Prontos-Socorros, entre outros;

b) Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Centro de Convivência: são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Cabe ressaltar que o NASF é responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de AB para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Atenção Psicossocial Especializada:

CAPS: atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes

do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semintensivo, e não intensivo.

Atribuições de acordo com a modalidade:

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para Municípios com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes; proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad.

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, pretende maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais: tem como atribuições a ampliação do acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de

ansiedade; a assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela AB; constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental; trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS e estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Atenção hospitalar

Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de co-morbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Hospital Psiquiátrico Especializado: pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Hospital dia: configura-se no regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Na assistência em saúde mental, o Hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente.

QUAIS PRINCIPAIS DESAFIOS?

Um cuidado em saúde mental que transcenda a lógica médica-medicamentosa;

- Expansão de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais;
- Rompimento com a lógica manicomial;
- CAPS como lugar de atendimento à crise;

- Precarização das relações de trabalho e da infraestrutura dos serviços.
- Matriciamento como dispositivo indispensável ao trabalho em saúde mental.

QUE AÇÕES PODEM AJUDAR A SUPERAR OS DESAFIOS?

- Formação continuada (ações teórico-práticas) para trabalhadores da rede de modo a abranger temáticas acerca da saúde mental.
- Atendimento à crise nos serviços substitutivos.
- Direitos e cidadania dos usuários de saúde mental.
- Movimento antimanicomial.

4.1.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

As crescentes mudanças no perfil sócio demográfico ocorrido no Brasil e o aumento da expectativa de vida têm como consequência entre outros fatores o processo de urbanização populacional, a industrialização, os avanços da ciência e da tecnologia, acrescidos a novos estilos de vida e exposição intensa aos fatores de risco próprios do mundo contemporâneo. As doenças crônicas não transmissíveis são, mundialmente as principais causas de mortalidade.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS entre as condições crônicas destacam-se a doença cardiovascular, neoplasias, doença pulmonar crônica e diabetes, tendo a probabilidade de morte em idade precoce (30 e 70 anos) de 19%, mesmo considerando o declínio de 17% a partir de 2000 (OPAS, 2017). Ciente da necessidade de reestruturação da atenção às pessoas com doenças crônicas instituiu-se a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. A mesma tem como objetivo fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas. Com ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas está distribuída em todo Estado, nas 16 regiões de Saúde. Entretanto o plano Estadual está em fase desatualização, uma vez que foi construído um Plano Estadual anteriormente

com ênfase apenas na linha de cuidado das neoplasias. Atualmente o plano em atualização contempla as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes:

Doenças cardiovasculares, Diabetes, Doenças respiratórias crônicas, neoplasias. Na Paraíba os serviços estruturados para atender a pessoas com condições crônicas são: os 33 Hospitais Regionais, 03 UPAS estaduais para atender as doenças crônicas, e os serviços especializados de alta complexidade: Hospital Metropolitano (João Pessoa) para atender as doenças cardiovasculares, Hospital Napoleão Lauriano (João Pessoa), São Vicente de Paula (João Pessoa), Alcides Carneiro (Campina Grande) Hospital do BEM (Patos) para atender as neoplasias.

Considerando a portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado trás as competências de cada componente:

Atenção Básica:

I - Realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local;

II - Prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas;

III - Encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais;

IV - Coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da RAS;

V - Acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas;

VI - Acionar as ferramentas de teleassistência, de teleeducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção

prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da RAS; e

VII - realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população.

Atenção Especializada:

Subcomponente Ambulatorial

I - Atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;

II - Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - prestar apoio matricial às equipes da AB, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;

IV - Realizar contra referência em casos de alta para os serviços de AB, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

V - Orientar o usuário com relação ao retorno à AB e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e

VI - Encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

Subcomponente Hospitalar:

I - Realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela AB ou pelo Subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para

procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas;

II - Prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - Programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;

IV - Realizar contra referência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da AB e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

V - Prestar apoio matricial às equipes de AB, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações.

Subcomponente de urgência e emergência:

I - Prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades;

II - Realizar referência ou contra referência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso.

QUAIS PRINCIPAIS DESAFIOS?

- A ausência de recurso específico para a execução das ações na atenção básica direcionada as condições crônicas dos municípios. Vale ressaltar que o MS justifica que o recurso já está atrelado ao PAB FIXO.

- Fortalecimento da Atenção Básica;
- Ausência de articulação da AB com a Vigilância;
- Mudança no processo de trabalho das equipes;
- Mudança no estilo de vida da população;
- Implantação da Regulação Estadual;

- Subfinanciamento do SUS.

QUE AÇÕES DE EPS PODEM AJUDAR A SUPERAR OS DESAFIOS?

Para a implementação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas se faz necessário que a educação permanente ultrapasse os modelos tradicionais de educação dos profissionais e apresente estratégias educacionais que valorizem o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional o que implicará em mudanças nos processos de trabalho. Nesse sentido o Plano Estadual de Enfrentamento as Condições Crônicas que está na fase de atualização dividiu as ações em três eixos: I) vigilância, informação, avaliação e monitoramento;

II) promoção da saúde; III) cuidado integral. O mesmo consiste em estratégias para operacionalizar e tornar possível a estruturação da rede, neste sentido para cada ação foram definidos indicadores e os produtos esperados (metas).

Nos três eixos foram elencadas ações a serem realizadas pela SES (Sede e Gerências Regionais) e pelos municípios, de modo que na construção dos indicadores foi definido em que âmbito as ações serão realizadas. Abaixo descrevemos por eixos algumas das ações contidas no plano:

Tabela 11. Eixo I - vigilância, informação, avaliação e monitoramento

Ação	Meta
Fortalecer o apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde para as discussões frente às DCNT na Atenção Básica.	Realização de 01 oficina de trabalho
Realizar reuniões por Web conferência com as GRS para incentivar os municípios a elaborarem os Planos Municipais de Enfrentamento das DCNT.	Trimestralmente
Monitorar e implementar o novo Sistema de Informação da Atenção Básica – SISAB E-SUS, nos municípios da Paraíba.	100% dos municípios monitorados
Realizar reuniões com o Grupo Condutor de DCNT acompanhar a efetivação das ações contidas no plano.	Reuniões bimestrais

Tabela 12. Eixo II - Promoção da saúde

Ação	Meta
Fortalecer a Atenção Básica através da Educação Permanente, por meio de oficinas nas macrorregiões de Saúde.	02 oficinas por macrorregião
Realizar encontros sobre vigilância e prevenção de DCNT e seus fatores de risco, além de fomentar a promoção de modos de vida saudáveis em parceria com outros setores governamentais, centros acadêmicos, ONGs, entre outros.	01 encontro anual
Estimular nas escolas por meio do PSE a atividade física, alimentação saudável e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.	Mensalmente
Elaborar e distribuir materiais educativos relacionados à prevenção e controle das DCNT	Anualmente
Incentivar os municípios à implantação e expansão do Programa Academia nos municípios.	
Apoio às regiões de saúde na construção dos planos regionais da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	–

Tabela 13. Eixo III: Cuidado Integral

Ação	Meta
Orientar e implantar nos municípios e prestadores o Sistema de Informação de Cânceres – SISCAN	Orientar os municípios na pactuação das metas dos indicadores referente ao rastreamento
Implantar Mecanismos regulatórios de acesso ao tratamento oncológico	Implantar a regulação de acesso ao tratamento oncológico
Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (< de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças.

4.1.5 REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

Essa rede de atenção enfatiza que toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Assegurar esses direitos é o objetivo do MS com o Programa Rede Cegonha. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional.

Na Paraíba a Rede Cegonha esta distribuída em todo Estado, nas 16 regiões de Saúde. Mas apenas 04 regiões apresentaram o Plano de Ação Regional. Contudo, foram pactuados os serviços de referência para Gestaçao de Alto Risco (GAR), que são:

1ª Macro – 1ª Região (João Pessoa) Instituto Cândida Vargas (ICV), Maternidade Frei Damião, Hospital Geral Edson Ramalho (HGER) e Hospital Universitário Lauro Wanderley.

2ª Macro – 16ª Região (Campina Grande) ISEA

3ª Macro – 6ª Região (Patos) Maternidade Peregrino Filho

4ª Macro – 9ª Região (Cajazeiras) Hospital Regional de Cajazeiras

Entre as diretrizes da Rede Cegonha foram destacadas a garantia: do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e da atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade.

Para alcançar seus propósitos a Rede Cegonha se propôs a apoiar pactos interfederativos cujo ciclo gravídico puerperal e de acompanhamento das crianças fossem viabilizados/desenvolvidos através de seus cinco componentes: qualificação do pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Aqui na Paraíba muito ainda há para ser desenvolvido e aperfeiçoado até a superação dos grandes desafios o enfrentamento dos obstáculos ao adequado planejamento reprodutivo, atenção à gestação, ao parto e ao nascimento além do acompanhamento das crianças.

PRINCIPAIS DESAFIOS:

Modelo de atenção ao parto e nascimento

- Pouco orientado pelas evidências científicas e garantia de direito das mulheres e recém-nascidos.

- Elevado % de cesáreas;

Regionalização

- Vazios assistenciais;

- Equipes incompletas;
- Fixação de profissionais.
- Baixa regulação – pactuação intermunicipal
- Implantação do transporte sanitário insuficiente

Formação

- Mudança de paradigma de formação superior: intervenção *versus* cuidado;
- Investimento na interdisciplinaridade, especialmente na inclusão das enfermeiras obstétricas e obstetrizas;
- Número de enfermeiras obstétricas insuficiente.

Planejamento Reprodutivo

- Envolvimento da equipe Multiprofissional,
- Informações sobre planejamento reprodutivo disponíveis e acessíveis;
- Logística de distribuição dos Métodos Contraceptivos;
- Acesso das mulheres aos Métodos Contraceptivos;
- Priorização e qualificação das ações de planejamento reprodutivo;

Ciclo gravídico puerperal

- Oferta de exames em tempo oportuno;
- Manejo Clínico do Pré - Natal;
- Acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidades;
- Atendimento às principais urgências obstétricas;
- Construção do Plano de Parto pela mulher
- Coordenação do cuidado ordenamento da rede pela AB.

Atenção à Criança

- Cobertura de 100% das crianças nas consultas de Puericultura (crescimento e desenvolvimento)
 - Distribuição da caderneta para todas as crianças ao nascer
 - Cobertura adequada de triagem neonatal
 - Baixa cobertura vacinal
 - Fragmentação das Regulações na Rede (ambulatorial internação e central de regulação de urgência).

- Qualificar e ampliar o registro das informações e gestão da informação.

Atenção ao Parto e Nascimento

- Conforto e privacidade assegurados as gestantes;
- Ambiência adequada às boas práticas;
- Garantia da presença do acompanhante;
- Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) na Maternidade;
- Garantia da Vinculação da gestante ao local do parto (lei 11.634/2007) e

Vaga Sempre;

- Assistência ao trabalho de parto com equipe multiprofissional
- Predominância de intervenções desnecessárias à mulher
- Mais Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto;
- Estímulo à deambulação no trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto;
- Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto;
- Altos índices de cesarianas sem indicação clínica;
- Adoção de métodos para acompanhamento, monitoramento e conduta clínica no parto.

Percebe-se que há uma quantidade elevada de desafios para estruturar a rede materna infantil, no entanto, a educação permanente em saúde é uma estratégia de gestão que poderá qualificar as ações do processo de trabalho dos profissionais que atuam nesta rede.

Assim, as ações de EPS poderão contribuir no processo de pactuações de EP com o apoio do GCE-RC (Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha) para redução das mortalidades maternas e infantis e qualificação da rede de atenção obstétrica e neonatal; Realização de oficinas para qualificar o processo de implantação/implementação da rede cegonha no estado; oficina de SISPRENATAL e ambiência.

Portanto, necessita dar muita ênfase a ações da atenção básica voltadas para o cuidado na materno-infantil, pois é neste nível de atenção que o cuidado à saúde de mulheres em período gestacional e crianças precisam ser priorizadas e acompanhadas pela equipe da estratégia saúde da família.

Os níveis de atenção secundários e terciários também necessitam de muita atenção, pois a rede hospitalar do estado precisa se preparar de forma mais

qualificada para receber as gestantes de alto risco e crianças em estado de urgência e emergência.

4.2 REDE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

4.2.1 REDE ESCOLA SUS

A Rede Escola SUS-PB (RESUS-PB) constitui-se como uma estratégia da formação em saúde que articula os movimentos de ensino, pesquisa e extensão junto aos Serviços de Saúde do Estado, às IEs conveniadas e demais profissionais da rede na perspectiva de firmar parcerias para contribuir na ordenação da formação dos profissionais para área e que tem como finalidade básica gerenciar e supervisionar todo o processo de integração ensino-serviço visando à qualificação e ampliação dessa relação.

É considerado um espaço de aprendizagem permanente onde docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde, buscam planejar, pactuar e acompanhar as atividades e pesquisas desenvolvidas nos cenários de prática (serviços de Gestão Estadual), objetivando, inicialmente, a ordenação e organização das práticas dos estudantes da área de saúde nos serviços de saúde, a partir da responsabilidade da SES-PB na formulação da Política de Regulação das Práticas de Ensino-Serviço na rede assistencial do SUS-PB em parceria com as instituições de ensino e estabelecimentos de saúde para o desenvolvimento das práticas de integração ensino-serviço através dos estágios.

Legalmente, é baseada:

No artigo 200, inciso III, da Constituição Federal que dispõe sobre as atribuições do SUS na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

No artigo 6º, inciso III, da Lei Nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde como atribuição do Sistema Único de Saúde;

Na Lei Federal Nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, que dispõe sobre o estágio de estudantes e o Decreto Estadual Nº. 11.342 de 01 de dezembro de 2008, que estabelece diretrizes para a concessão de estágios no âmbito da Administração direta, autárquica e fundações do Poder Executivo Estadual;

No artigo 21º, inciso III, da Portaria GM/MS Nº. 1996, de 20 de agosto de 2007, que responsabiliza o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária, e ainda, na Portaria GS/; SES-PB Nº 620/2009 que rege a PEEPS, atribuindo ao CEFOR-RH/PB, a responsabilidade de ordenar o processo de educação, visando à adequação dos perfis profissionais às necessidades do processo de trabalho no SUS.

Para a utilização dos serviços de saúde da gestão estadual, as IEs precisam assinar o Termo de Convênio da Rede Escola SUS - PB que estabelece as condições indispensáveis à viabilização de concessão de estágios curriculares de natureza obrigatórios, e não obrigatórios, previstos na matriz curricular dos cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação, a estudantes regularmente matriculados e com efetiva frequência no(s) curso(s) oferecidos pelas IEs. A partir disso, as IEs estão habilitadas para pôr seus estudantes em quaisquer serviços da SES-PB desde que siga o fluxo estabelecido pela RESUS-PB.

Figura 5. Fluxo de Pactuação de Estágio, Pesquisa e Extensão estabelecido pela RESUS-PB.



Fonte: CEFOR-RH/PB

A partir disso, a RESUS-PB busca institucionalizar os cenários de aprendizagem, orientando as ações voltadas à formação de profissionais para a saúde,

de modo a fortalecer o processo de trabalho a partir da inserção da academia nos serviços, bem como outras demandas relacionadas à EPS, orientando quanto ao fluxo de solicitação, pactuação, monitoramento e avaliação dos cenários de aprendizagem dos serviços de saúde da gestão estadual.

Dessa maneira a Rede Escola SUS - PB busca atender ou organizar as demandas das IEs, de forma a garantir campos de aprendizagem adequados e organizados para as atividades de estágio, pesquisa e extensão de forma a qualificar e fortalecer a relação ensino-serviço, institucionalizando e ampliando os cenários de aprendizagem, orientando as ações voltadas à formação de profissionais para a saúde de forma a colaborar para o bom desenvolvimento das práticas de educação e da assistência à saúde a partir da estruturação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde em cada serviço da rede estadual de saúde e, conseqüentemente, do fortalecimento da Rede de Serviços à Saúde do Estado e contribuição com os movimentos da Educação Permanente no Estado (formação dos profissionais dos serviços). Além disso, propicia momentos de discussão, trocas de experiências, fóruns, debates, seminários, simpósios, congressos, encontros, que qualifiquem a formação dos profissionais e a atenção à Saúde.

A partir desta organização a RESUS-PB possui agora, como meta, estruturar e qualificar os núcleos de EPS para que se possa desenvolver nestes espaços ações educativas com capacidade de refletir a prática de assistência e de gestão dos serviços de saúde e contribuir efetivamente com a qualidade técnica e a humanização dos atendimentos de saúde, utilizando-se da parceria com as IES conveniadas na formalização de cursos, seminários, discussões de casos implementação de projetos de extensão e de pesquisa.

4.2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

O CEFOR-RH/PB é uma escola técnica do SUS, que tem como principal objetivo formar e qualificar trabalhadores que estão atuando no Sistema. Oferecem cursos técnicos, cursos de qualificação, aperfeiçoamento, capacitação, atualização e, em parceria com Instituições de Ensino Superior, promove cursos de pós-graduação *latu sensu* no estado da Paraíba. Em nível nacional está articulada com a Rede de

Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e com a Rede de Escolas e Centros Formadores. Mantém-se, principalmente, por meio de recursos federais e estaduais.

Desenvolve processos formativos e de qualificação dos trabalhadores do SUS alinhados às diretrizes e pressupostos da Política de Educação Profissional e da Política Nacional de Educação Permanente, em todo o Estado da Paraíba, utilizando os serviços de saúde como espaços estratégicos para o processo de ensino e aprendizagem, adequando o currículo ao contexto regional e tendo como princípio a integração ensino-serviço, com sua concepção fundamentada na articulação entre Trabalho, Ciência e Cultura, assumindo a pesquisa como princípio educativo. Promove a formação integral e humanística dos educandos e educadores com respeito aos valores estéticos, políticos, éticos e culturais necessários à convivência com a pluralidade de sujeitos na sociedade.

O CEFOR-RH/PB tem por concepção, produzir processos formativos voltados para a reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem, considerando os contextos e territórios em que os educandos estão inseridos, possibilitando ainda fomentar o compromisso com projetos de saúde pública ampliados, equânimes e de cuidado integral e humanizado, assim como de uma sociedade mais justa e com oportunidades.

A escola adota como elementos orientadores, para a sua proposta pedagógica: 1. Análise crítica da realidade, inclusão dos sujeitos no acesso à informação, conhecimento e contextualização do processo ensino e aprendizagem, visando à aprendizagem significativa, ancorada no construtivismo; 2. Construção colaborativa e compartilhada da aprendizagem; 3. Ações formativas baseadas na corresponsabilidade dos educadores e educandos; 4. Processo de ensino/aprendizagem, baseado em currículo integrado e orientado ao desenvolvimento de competências; 5. Uso de metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem e na problematização do conhecimento, bem como de processos avaliativos que valorizem a inclusão, autonomia, diálogo e reflexões, vislumbrando as respostas e alternativas aos problemas identificados, sem estigmatização ou ações punitivas e de classificação, mas que orientem a tomada de decisão a partir da definição de prioridades; 6. Construção e consolidação de postura e atitudes de respeito à diversidade, valorização da subjetividade e promoção da inclusão; 7. Promoção e fomento à ética de identidade, sensibilidade e equidade; 8. Indução e promoção de autonomia e protagonismo na aprendizagem; 9. Práticas

formativas que valorizem a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade; 10. Currículo integrado e interdisciplinar.

A concepção adotada pela escola de um currículo integrado considera a possibilidade de acesso dos educandos / trabalhadores ao conhecimento e formação técnica, científico e profissional, mas também do empoderamento e emancipação social e cultural, em contraposição aos projetos vinculados aos interesses do mercado.

4.2.2.1 FORMAÇÃO TÉCNICA

LEI DE CRIAÇÃO DA ESCOLA

Escola Pública	Lei nº 5.871	Data: 11/04/1994
----------------	--------------	------------------

Atualmente, o CEFOR-RH/PB pode oferecer os seguintes cursos Técnicos devidamente autorizados e reconhecidos pelo Conselho Estadual de Educação da Paraíba (CEE/PB).

TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL

O Curso Técnico em Saúde Bucal promovido pelo CEFOR-RH/PB propõe contribuir com estratégias pedagógicas que visem provocar a mudança das práticas dos profissionais de saúde. A proposta está norteada em uma concepção de promoção à saúde e da prevenção de doenças e no reconhecimento dos ciclos da vida que são vivenciados nos mais diversos espaços sociais em que vivem e trabalham os usuários. As atividades educativas se alternam entre os espaços de sala de aula, laboratórios e serviços de saúde.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM 2007-2013

O Curso Técnico em Enfermagem, promovido pelo CEFOR-RH/PB, propõe uma formação profissional de nível técnico onde se desenvolva competências e habilidades para cuidar da pessoa saudável ou doente, de forma humanizada, quer seja nos serviços de Atenção Básica, de Média ou Alta Complexidade.

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

O Curso Técnico em Radiologia, promovido pelo CEFOR-RH/PB, propõe uma formação para profissionais desenvolverem suas atividades nos serviços de Hemoterapia visando contribuir para uma melhor qualidade na assistência e fortalecer as políticas do SUS no Estado.

TÉCNICO EM HEMOTERAPIA

O Curso Técnico em Hemoterapia, promovido pelo CEFOR-RH/PB, propõe uma formação para profissionais desenvolverem suas atividades nos serviços de Hemoterapia visando contribuir para uma melhor qualidade na assistência e fortalecer as políticas do SUS no Estado.

TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Curso Técnico em Vigilância em Saúde pretende contribuir com estratégias pedagógicas que visem provocar mudanças nas práticas dos profissionais de saúde. A proposta está norteada em uma concepção de promoção à saúde e da prevenção de doenças e no reconhecimento dos ciclos da vida que são vivenciados nos mais diversos espaços sociais em que vivem e trabalham os usuários. As atividades educativas se alternam entre os espaços de sala de aula, laboratórios e serviços de saúde.

TÉCNICO EM PRÓTESE

O Curso Técnico em Prótese oferecido pelo CEFOR- RH/PB tem o objetivo de qualificar profissionais do SUS de nível técnico que atuem nos laboratórios de prótese dentária do SUS em consonância com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente.

DESAFIOS:

Considerando os pressupostos educacionais adotados pela escola acima elencados, são muitos os desafios enfrentados cotidianamente. Um desafio central diz respeito ao pouco preparo das equipes técnicas (coordenadores, facilitadores, entre outros) selecionadas para condução das formações realizadas pelo CEFOR-RH/PB. Em sua maioria, o perfil dos profissionais que realizam os processos seletivos para exercer essas funções, está alinhado ao modelo tradicional de ensino, baseado na transmissão de conteúdo, com poucas habilidades desenvolvidas para

conduzir processos formativos utilizados metodologias ativas de ensino-aprendizagem, visando à aprendizagem significativa e a formação de sujeitos mais críticos. Este desafio requer que façamos formação e acompanhamento constantes das equipes técnicas que conduzem os cursos.

Outro desafio é o de ofertar formação condizente com as necessidades de saúde do estado, tendo em vista que não há gestão do trabalho que possua diagnóstico para identificação de quais áreas profissionais necessitam de formação, necessitando que busquemos meios de desvelar a demanda existente.

Ainda temos como desafios, questões estruturais, como o fato da escola possuir sede própria somente na capital, João Pessoa, dificultando o acesso de estudantes-trabalhadores de todo estado às formações ofertadas, necessitando constante pactuação intergestores para garantia deste acesso e permanência dos estudantes-trabalhadores nos cursos. Entretanto, ainda há dificuldades desta natureza, ocasionando faltas, baixo rendimento e até desistência dos cursos.

4.2.2.2 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Os programas de residência constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada por formação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, destinada a profissionais graduados, formados em instituições de ensino superior reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) e profissionais estrangeiros que preencham os requisitos legais exigidos.

Considerando a necessidade de qualificar os profissionais e especializar a execução dos serviços de saúde ofertados pelo Estado, que em algumas áreas eram implementadas de forma fragilizada, bem como suprir a carência regional de algumas especialidades, reestruturar programas já existentes com baixa conceituação e expansão do número de vagas conforme necessidade.

Considerando a importância da atuação profissional interdisciplinar com o olhar voltado para uma concepção ampliada de saúde que sejam capazes de detectar necessidades integral da população a médio e longo prazo, compreendendo a organização e funcionamento do SUS, com foco nas ações de atenção, formação e gestão é que a Secretária de Estado da Saúde da Paraíba- SES/PB investiu no processo de formação profissional em serviço, reconhecendo a importância da

aproximação e diálogo do processo formativo com os reais problemas que o SUS vivência e os desafios a serem enfrentados.

No ano de 2011 a SES os primeiros Programas implantados foram de Residências Médicas em Anestesiologia, Medicina Intensiva e Ortopedia e Traumatologia.

Em 2013 a SES reuniu profissionais de várias áreas de atuação, que já se dedicavam a atenção à saúde da gestão estadual e resolveu aproximar essas atividades e os profissionais dos serviços com o meio acadêmico estrategicamente incentivado pelas diretrizes estabelecidas pela Qualificação das RAS, instituída pela Portaria Nº1. 248, de 24 de Junho de 2013.

Formaram-se, então, equipes para construir os projetos pedagógicos para os Editais (Nº 28 e 29 de junho de 2013) do MS para Programas de Residências médica e multiprofissional. Driblando as atribuições diárias e o tempo reduzido, essa equipe se uniu, com muita dedicação e entusiasmo, para construir os projetos pedagógicos e de gestão e estes foram analisados e aceitos pelos MS e da Educação.

Assim, os Programas de Residências Médicas e Multiprofissional da Secretaria Estadual de Saúde/PB foram aprovados, ampliados e homologados em dezembro de 2013, descritos na Portaria Conjunta N º11 e 12/2013, sendo suas atividades iniciadas em março de 2014.

No ano de 2014, como descrito acima foram inseridos o Programa de Residência Médica em Pediatria e o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança que contempla as seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Farmácia. Em 2016 tiveram início também as turmas das Residências Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade, esta última ocorrendo de forma descentralizada no município de Cajazeiras, contemplando um desejo da SES/PB e do CEFOR-RH/PB de interiorizar os Programas de Residência no estado.

Em janeiro de 2018 foi aprovado o Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, o Programa de Residência Uniprofissional em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, com sede em Campina Grande e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na terceira macrorregião de saúde, com sede na 8º, 9º e 10º gerências regionais de saúde.

Atualmente, o gerenciamento das Residências no estado da Paraíba é realizado pelo CEFOR-RH/PB, onde possui a sede das comissões das residências médica-COREME e multiprofissional-COREMU e todos vinculadas à SES.

A COREME e COREMU são os responsáveis pelos programas de residências e se constitui como o principal elo de comunicação entre os programas e as Comissões Nacional de Residências Médicas e Multiprofissionais.

Essas comissões reúnem-se periodicamente com as representações instituídas em seus regimentos internos para monitorar e avaliar os programas, como também é responsável pela análise de propostas para abertura de novos programas de acordo com critérios estabelecidos e o diagnóstico situacional das regiões e serviços de saúde.

Cada Programa de Residência médica possui um coordenador e seus respectivos preceptores, sendo estes de acordo com os rodízios de cada módulo e especialidade em conformação com as exigências da Comissão Nacional.

As Residências Multiprofissionais e Uniprofissional possui um coordenador, tutores para cada núcleo profissional, supervisores de práticas integradas, preceptores de cada rodízio e os docentes para ministrar os eixos teóricos transversais e específicos e possuem parcerias formalizadas com as Instituições formadoras de ensino superior.

Os processos seletivos para ingresso nos programas de residências ocorrem anualmente, os mesmos são produzidos e organizados (elaboração e correção de provas, fiscalização e toda logística envolvida) por comissões formadas e publicadas em diário oficial. Estas Comissões são compostas por membros da própria residência e do CEFOR-RH/PB.

4.2.2.2.1 MÉDICAS

As residências médicas, atualmente instaladas e conduzidas pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, são sete. As especialidades abrangidas estão discriminadas na tabela 11.

Tabela 14. Programas de residências médicas

PROGRAMAS	QUANTIDADE DE VAGAS POR ANO
Anestesiologia	04
Ginecologia e Obstetrícia	02
Medicina de Saúde da Família e Comunidade	06
Medicina Intensiva	04
Ortopedia e Traumatologia	04
Pediatria	05
Cirurgia Geral	02

4.2.2.2.2 MULTIPROFISSIONAL

As residências multiprofissionais, no momento, são duas, Saúde da Criança e Saúde coletiva, abrangendo sete áreas profissionais: Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Fonoaudiologia. A tabela 12 detalha essas residências.

Tabela 15. Programas de residências Multiprofissionais

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS	QUANTIDADE E DE VAGAS POR ANO	CATEGORIAS PROFISSIONAIS
Residência Multiprofissional em Saúde da Criança	13	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social E Fonoaudiologia.
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	12	Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Serviço Social E Odontologia.

4.2.2.2.3 UNIPROFISSIONAL

A residência Uniprofissional instituída pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, até o momento, abrange Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e é exclusiva para odontólogos.

Tabela 16. Programas de residências Uniprofissional.

PROGRAMAS	QUANTIDADE DE VAGAS POR ANO	Núcleo Profissional
Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.	02	Odontologia

Contribuição com o serviço

Enquanto responsável pela gestão da política de Educação Permanente em Saúde no estado, o CEFOR-RH/PB enxerga as residências como processo fundamental para a formação de trabalhadores de saúde aptos a atender as necessidades atuais regionais do SUS.

Os relatos documentados pelos serviços são:

- ✓ Contribuição com a qualificação na prestação do cuidado e aumento da produção da mão de obra na instituição, melhorando assim os indicadores dos serviços;
- ✓ Fortalecimento da integração ensino serviço e comunidade;
- ✓ Incentivo a reciclagem e especialização dos profissionais já existentes nos campos práticos;
- ✓ Implantação de uma nova configuração de atuação multiprofissional e interdisciplinar, descentralizando o cuidado que antes era fortemente direcionado à figura do profissional médico;
- ✓ Ricas trocas de conhecimentos e experiências entre os profissionais e graduandos;
- ✓ Incentivo ao desenvolvimento de pesquisas;
- ✓ Valorização Profissional;
- ✓ Suprimento de especialidades que são escassas em nosso Estado e regiões de saúde;

- ✓ Implantação e reformulação de protocolos clínicos, assistenciais e burocráticos;
- ✓ Contribuição e desenvolvimentos de projetos;
- ✓ Acervo constante de espaços de Educação Permanente em Saúde, ensino e aprendizagem entre todos os sujeitos envolvidos.

Desafios a serem enfrentados

- ✓ Falta de condições estruturais e materiais em diversos aspectos para funcionamento e manutenção dos programas;
- ✓ Incorporação efetiva dos programas de residências como membro nos serviços de saúde que são sedes dos programas;
- ✓ Resistência por parte dos profissionais a desempenharem o papel de preceptor;
- ✓ Redefinição de estratégias de fixação do preceptor na rede de saúde;
- ✓ Demanda elevada que dificulta o papel do preceptor no processo ensino-aprendizagem;
- ✓ Falta de incentivo financeiro para a execução da preceptoria;
- ✓ Definição do perfil de competência para preceptores;
- ✓ Formação de preceptores insuficiente.
- ✓ Cumprimento ao objeto da Estratégia de incentivo a formação de especialistas em regiões carentes de mão de obra especializada. O Estado investe nessa formação para a rede, pagando folhas de preceptores e coordenadores e estes profissionais ao concluir a residência não estão sendo absorvidos pelos serviços que apresentam as reais necessidades e dessa forma integrando a rede privada;

4.2.2.3 APERFEIÇOAMENTOS E QUALIFICAÇÕES

Os cursos de aperfeiçoamento promovidos pelo CEFOR-RH/PB, que objetivam preparar o estudante-trabalhador para o desempenho das funções básicas e de baixa complexidade de uma profissão, independentemente dos conhecimentos técnicos já adquiridos anteriormente e das experiências profissionais anteriores. Ocorre no nível da formação inicial e continuada de trabalhadores, independente da escolaridade. Possui carga horária variável de até 60 horas.

Já os cursos de qualificação visam aprofundar habilidades e conhecimentos teóricos e ou práticos em uma área do conhecimento, sendo que a proposta ou projeto desses cursos pode ser referente à Formação Inicial e Continuada (FIC), Formação Profissional, devendo este, em algumas situações, ter uma autorização anterior ou estar diretamente correlacionado a um curso Técnico ou de Pós- Graduação. A carga horária dessas qualificações é variável e pode ter entre 40 e 300 horas.

As propostas ou projetos desses cursos são encaminhadas e protocoladas no setor responsável da Instituição, respeitando alguns critérios indispensáveis para a certificação: 1. Os projetos devem estar vinculados à proposta de formação do CEFOR-RH/PB, atendendo ao seu objetivo de formação e público-alvo; 2. Estar alinhados com a proposta do aperfeiçoamento; 3. Caso aconteçam junto a instituições parceiras deve ter parecer favorável do respectivo diretor geral da Instituição e ser encaminhados à secretaria escolar para as devidas providências em todas as situações.

O CEFOR-RH/PB enquanto Escola Técnica para formação em saúde pode ofertar aos seus estudantes e à comunidade, principalmente instituições parceiras, Secretarias de Saúde Municipais e Gerências, cursos extracurriculares por livre adesão, indicados por necessidade e de acordo com a demanda estabelecida e/ou solicitada, sendo o responsável pela certificação desses cursos, onde o diretor geral e secretária escolar são devidamente autorizados para emissão e assinatura desses certificados. Não existe nenhum impedimento para a emissão de certificados pela instituição, desde que o curso cumpra todas as etapas e tenham a devida documentação.

A Secretaria Escolar emite os certificados para os estudantes/participantes aprovados, nos cursos ministrados mediante a observância das normas previstas no Regimento Escolar da Instituição. De acordo com a quantidade e etapas dos cursos são estabelecidos os prazos de entrega dos certificados junto à comissão/coordenação do projeto.

Ofertas de Aperfeiçoamentos a partir da estratégia do Apoio Institucional

O SUS é um sistema em construção, com permanentes transformações e de gestão complexa. No ano de 2017, após as eleições municipais de 2016, houve uma rotatividade de mais de 60% de gestores municipais de saúde na Paraíba.

Diante da situação observou-se a oportunidade de implementar no estado a Estratégia do Apoio Institucional. O primeiro objetivo foi a realização de um Curso de Gestão para os Secretários Municipais de Saúde do SUS, que visava qualificar os gestores municipais em consonância com a Política de Educação Permanente em Saúde, prioridade nas ações do CEFOR-RH/SES-PB. Em 2017, o Curso de Gestão Municipal do SUS: diálogos do Cotidiano, que formou em parceria com o Projeto Itinerários do Saber da Fiocruz, 172 alunos, entre Secretarias de Saúde e coordenadores de serviços.

A proposta, do Apoio Institucional, é trabalhar utilizando-se da metodologia problematizadora, tanto nos cursos e ações de EPS, quanto no cotidiano de apoiar os profissionais da Gerências Regionais de Saúde, dos Municípios e das instâncias de gestão, como CIR, CT, CIES, GCR, de modo a instrumentalizá-los no que diz respeito ao monitoramento de processos de planejamento em saúde, compreendam os processos de regionalização da saúde e tenham uma atuação ética, comprometida, resolutiva e crítica como gestor da saúde.

4.2.2.4 FORMAÇÕES EaD

Atualmente, o Ensino utilizando-se da Internet, (popularmente chamado de Ensino a Distância - EaD) passou a desempenhar papel primordial no âmbito educacional, graças à expansão da Internet e conseqüente desenvolvimento de recursos apropriados a esse processo de capacitação. O EaD configura-se como valiosa estratégia para a capacitação em saúde, pois tem potencialidades para atender a um número expressivo de profissionais e instituições, a despeito de sua dispersão geográfica. Desta forma o EaD torna-se capaz de contribuir para:

Melhorar a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde.

Reduzir as desigualdades entre as diferentes regiões do Estado e do País, por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente;

Propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;

Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;

Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Na perspectiva de integração de esforços institucionais de desenvolvimento da capacitação utilizando-se de recursos da internet, visando fortalecer e ampliar a utilização desta ferramenta na estratégia da Educação Permanente do Estado da Paraíba, destacamos a importância de desenvolver parcerias com instituições públicas que já dispõem de expertise e infraestrutura para tanto, tais como:

Universus <<http://universus.datasus.gov.br>> o DATASUS participa dessa estratégia, desenvolvendo e oferecendo conteúdo específicos, provendo infraestrutura tecnológica e disponibilizando ambientes virtuais para trabalhos colaborativos e cursos relacionados com a área de saúde pública.

UnaSUS <<https://www.unasus.gov.br>> o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) conta com uma rede colaborativa formada atualmente por 36 instituições de ensino superior que oferecem cursos a distância em diversas frentes: cursos abertos, cursos de extensão, cursos de aperfeiçoamento, cursos de especialização e mestrados profissionais.

AvaSUS <<https://avasus.ufrn.br>> esta plataforma de Educação a Distância do Ministério da Saúde, permite a qualificação e atualização dos trabalhadores e profissionais de Saúde. Os cursos são ofertados por instituições de ensino com referência em educação a distância. A plataforma disponibilizar inúmeras oportunidades de qualificação para profissionais, tais como: Especialização em saúde da Família; Especialização de Preceptorial em Saúde; Especialização em Gestão do trabalho e educação em Saúde, Segurança do Paciente nas Instituições de Saúde; Saúde Indígena, dentre outros.

Fiocruz digital <www.ead.fiocruz.br> é uma iniciativa estratégica de formação e qualificação de profissionais que atuam na saúde e áreas afins. Compreende que a educação a distância como um modo de fazer Educação, em uma perspectiva crítica e dialógica. Disponibiliza aos trabalhadores do SUS, as seguintes oportunidades: Curso Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente; Gestão em Saúde; Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Gestão de Redes de Atenção à Saúde; Segurança do Paciente em Maternidades; Segurança do Paciente para Profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); dentre outras;

Como demonstrado, existem diversas ferramentas disponíveis para a qualificação do Profissional de Saúde dos territórios na modalidade EaD. Para a implementação destas capacitações o município não precisa dispor de recursos financeiros, bastando apenas tomar a decisão de instituir os momentos de educação permanente como parte da rotina do serviço.

5. MATRIZ DE ESTRATÉGIAS DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA PARAÍBA (2019 – 2022)

A seguir será apresentada uma matriz, organizada a partir de Linhas de Ação prioritárias, produto das Oficinas de Elaboração do PEEPS/PB. Esta matriz apresentará problemas, estratégias de EPS e propostas para enfrentamento destes problemas, bem como o objetivo e o público-alvo das ações. A intenção é de apontar diretrizes norteadoras das ações de EPS para os municípios, e áreas técnicas do estado.

As oficinas macrorregionais de elaboração do PEEPS/PB levantaram problemas de saúde locais e apontaram propostas de enfrentamento destes problemas por meio de ações de EPS. Desta maneira, a comissão de elaboração trabalhou com cerca de 300 problemas de saúde, sintetizados em 60 problemas principais no seminário de validação, os quais foram aglutinados por linhas de ação.

As estratégias elencadas consideram o conceito de EPS no qual o processo de trabalho em saúde é o objeto de reflexão e tem por foco o enfrentamento dos problemas vivenciados neste âmbito, por meio de ferramentas que possibilitam uma melhor compreensão da realidade a ser enfrentada. Para tanto se lança mão do diagnóstico situacional, do planejamento estratégico, da avaliação em saúde, do fortalecimento e criação de núcleos de EPS, da priorização de reuniões de equipes multi e interprofissional, da aproximação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários, da implementação de grupos temáticos de trabalho e de grupos de estudo no cotidiano do trabalho em saúde.

Os espaços educacionais prioritários para esse plano são os próprios ambientes de trabalho na gestão e na assistência, que precisam ser ressignificados e produzir formas inovadoras de enfrentamento das situações cotidianas por meio da mudança de ações e atitudes dos próprios trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Como estratégias apontadas, propõe-se aqui a realização de seminários, fóruns, oficinas de trabalho, rodas de conversa, criação de comitês, cursos e qualificações.

Segue abaixo a compreensão que este plano adota referente às estratégias apontadas na Matriz.

Seminários: Reunião ou encontro onde um ou mais especialistas explanam sobre determinado tema a fim de aprofundá-lo.

Fóruns: Mecanismo de debate permanente no qual pode englobar os mais diversos temas como: cultura, diversidade, direitos humanos, educação, saúde, artes, etc.

Oficinas: Estratégia que pode ser realizada em pequenos ou grandes grupos. Para sua realização podem ser utilizadas diferentes abordagens metodológicas.

Rodas de conversa: Estratégia ou espaço onde a palavra circula livremente entre os participantes, a partir da problematização de tema gerador, que pode ser um contexto, uma situação ou problemática. A partir disso as pessoas dialogam buscando negociar e ressignificar sentidos e saberes.

Comitê: Grupo de pessoas destacadas de um grupo maior com funções consultivas, propositivas e executivas relativas a determinado assunto ou temática.

Matriciamento ou apoio matricial: Modelo organizacional de gestão do trabalho em saúde, de modo a oportunizar a interação dialógica entre diferentes profissionais e especialidades nas equipes de saúde, com vistas à realização de uma clínica ampliada e qualificação do trabalho em saúde.

Cursos: Podem ser cursos de aperfeiçoamento, atualização, qualificações ou capacitações. Orienta-se a utilização de metodologias ativas com enfoque problematizador, sempre que possível, possibilitando a reflexão das práticas cotidianas e oportunizando a aprendizagem significativa.

Tabela 17. Matriz de estratégias do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba (2019 - 2022)

LINHA DE AÇÃO	PROBLEMAS	ESTRATÉGIA DE EPS	OBJETIVO	PÚBLICO ALVO
ATENÇÃO BÁSICA	Fragilidade no processo de organização do trabalho na atenção básica.	MUNICÍPIO: Estimular a discussão dos papéis/funções dos trabalhadores da AB em reuniões de rotina na equipe básica; Realizar espaços de discussão e estudo para a implementação dos protocolos da AB; reuniões periódicas de equipe de AB incluindo a comunidade e as vigilâncias em saúde;	Qualificar o processo de trabalho da Atenção Básica.	Coordenadores de Atenção Básica da SES-PB, Coordenadores de Atenção Básica dos Municípios, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.
	Dificuldade inserção de profissionais com perfil adequado à atenção básica.	MUNICÍPIO: Realizar processos seletivos com critérios bem definidos para a obtenção de profissionais que tenham afinidade com o trabalho em equipe, o atendimento humanizado com acolhimento e com classificação de risco, com o conhecimento do perfil epidemiológico da população do município. ESTADO/MUNICÍPIOS: Promover espaços formativos de sensibilização para profissionais de saúde; Realização de parceria entre o CEFOR e os municípios para ofertar um curso introdutório à Atenção Básica; Estimular a criação de Residências de Medicina de Família e Comunidade no estado.	Melhorar o perfil dos profissionais que trabalham na Atenção Básica	Secretarias de Saúde Municipais, Coordenações de Atenção Básica Municipais, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

	<p>Baixa integração do trabalho do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família junto às Equipes de Saúde da Família.</p> <p>Dificuldade dos gestores, das ESF e das Equipes NASF sobre o conhecimento do seu real objetivo e metas.</p>	<p>MUNICÍPIO: Estimular as reuniões da equipe do NASF para discussão dos papéis e do processo de trabalho; Criação de uma comissão de apoio em educação permanente em saúde do NASF; Realização de oficinas intersetoriais (PSE, NASF, Vigilâncias, CRASS, CAPS, Escolas, conselho tutelar);</p>	<p>Ampliar a integração do NASF e fortalecer o processo de trabalho junto às ESF.</p>	<p>Profissionais das ESF e dos NASF.</p>
	<p>Pouca inserção das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde na Atenção Básica.</p>	<p>ESTADO/MUNICÍPIOS: Realizar Seminário Estadual/regional, oficinas, roda de conversa, e estimular cursos EAD.</p>	<p>Ampliar a divulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.</p>	<p>Coordenadores de Atenção Básica dos Municípios, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.</p>
	<p>Pouca integração da atenção básica com a vigilância em saúde.</p>	<p>MUNICÍPIO: Estimular a criação de espaços de diálogo presenciais e/ou virtuais para articulação de ações da Atenção Básica e das Vigilâncias em Saúde; Formação de grupo de estudos com discussões sobre os manuais e portarias, dentre outras. ESTADO: Fortalecer os espaços transversais de integração (comitês, grupos de trabalho).</p>	<p>Fortalecer a integração da vigilância em saúde e da atenção básica.</p>	<p>Coordenadores de Atenção Básica e das vigilâncias em saúde dos Municípios, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família, trabalhadores da vigilância em saúde e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.</p>

	<p>Aumento da incidência de doenças crônicas identificadas na comunidade e dificuldade de controlar a evasão e abandono de tratamentos.</p>	<p>MUNICÍPIOS: Estimular reuniões com equipes da atenção básica e vigilância epidemiológica para identificação de necessidades e elaboração de planejamento estratégico; Formação de grupos de estudos temáticos com participação de gestores, trabalhadores e representantes da sociedade civil organizada para qualificar o enfrentamento dos problemas; Realização de oficinas de implementação de protocolos; Estímulo a ações de educação em saúde para de promoção de hábitos saudáveis e prevenção de atos de risco para saúde em parceria com o Programa Saúde na Escola. ESTADO: Monitoramento a incidência e prevalência das doenças crônicas em nível de estado, regiões e municípios, divulgação de boletins informativos sobre as situações de saúde da população; Realização de seminários e oficinas de trabalho estaduais e regionais para enfrentamento dos nós críticos.</p>	<p>Reduzir a incidência de doenças crônicas no estado.</p>	<p>Coordenadores de Atenção Básica e das vigilâncias em saúde do estado dos Municípios, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família, trabalhadores da vigilância em saúde e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Baixa cobertura vacinal	<p>MUNICÍPIOS: Criar ações em equipe para ampliar a busca ativa na comunidade; Realização de ações de Educação em Saúde junto às comunidades para socializar a importância da Vacinação; Estimular rodas de conversa com as ESF e a vigilância.</p> <p>ESTADO: Qualificar as equipes gestoras para uma eficiente distribuição e administração dos insumos estratégicos à cobertura vacinal; Realizar campanhas educativas na mídia.</p>	Aumentar o índice de cobertura vacinal.	Coordenadores de Atenção Básica e das vigilâncias em saúde do estado e dos Municípios, Profissionais da Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família, trabalhadores da vigilância em saúde e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família.
	Aumento da incidência de casos de HIV em crianças e idosos	<p>MUNICÍPIOS: Ampliar as campanhas educativas voltadas a grupos de risco específicos; Promover qualificações para trabalhadores da saúde com foco nos grupos de risco (seminários, oficinas, rodas de conversa, capacitações, Grupos Temáticos de Trabalho) para construção de planos de enfrentamento das ISTs.</p>	Reduzir a incidência de casos de HIV.	População em geral, trabalhadores e gestores da saúde.
	Dificuldade no controle dos agravos oriundos das arboviroses.	<p>MUNICÍPIOS: Investir em ações conjuntas entre a AB e a Vigilância em Saúde; promover ações de combate ao vetor com inclusão da comunidade. Instrumentalizar os trabalhadores nas atribuições de atenção à saúde e de planejamento para o combate as arboviroses.</p> <p>ESTADO: Estimular ações inovadoras no combate à proliferação do vetor; Realizar fóruns intersetoriais permanentes sobre a temática.</p>	Melhorar a eficiência da gestão estadual e municipal no enfrentamento às arboviroses.	Gestores municipais e estaduais na atenção básica e vigilância em saúde.

	Dificuldade na implantação da política de saúde do trabalhador nos municípios.	MUNICÍPIOS / ESTADO: Promover ações conjuntas do CEREST Estadual e Municipais com Seminários, fóruns e oficinas de implantação da política.	Sensibilizar gestores e trabalhadores do SUS para as questões de saúde do trabalhador.	Gestores e trabalhadores do SUS.
CONTROLE SOCIAL	Fragilidade na compreensão do conceito e operacionalização da EPS nos conselhos estadual e municipais de saúde	MUNICÍPIOS: Resgatar o conceito de EPS nos conselhos municipais de saúde; Implementar a prática da EPS nos conselhos municipais de saúde. Promover articulação e parcerias com instituições formadoras; ESTADO: Resgatar o conceito de EPS no conselho estadual de saúde; Implementar a prática da EPS nos conselhos municipais de saúde. Estimular seminários, oficinas, reuniões e cursos de capacitação de conselheiros.	Qualificar os conselheiros para a prática da EPS.	Conselheiros municipais e estaduais de saúde.
	Fragilidade nos processos de implantação e implementação de ouvidoria na saúde municipal.	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover seminários sobre a importância da ouvidoria no SUS e promover oficinas formativas para gestores e ouvidores.	Apoiar o processo de implantação e implementação das ouvidorias de saúde municipais.	Gestores, ouvidores e comunidade.
	Dificuldades dos trabalhadores da saúde e da gestão municipal em compreender as dinâmicas sociais e trabalhar a participação popular nas questões relacionadas à saúde.	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover fóruns populares, reuniões integradas com a comunidade e trabalhadores da saúde; Utilizar meios de comunicação local (rádio, TV, jornais); ESTADO: Estruturar uma política estadual de Educação Popular em Saúde	Ampliar a compreensão de trabalhadores e gestores do SUS sobre as dinâmicas sociais e populares.	Trabalhadores, gestores do SUS, sociedade civil organizada e comunidade.
	Dificuldade de implantar os conselhos locais e distritais de saúde	MUNICÍPIOS: Promover reuniões comunitárias, rodas de conversa, fóruns temáticos, seminários e oficinas sobre a importância da participação popular e do controle social no SUS.	Sensibilizar trabalhadores, gestores e comunidade sobre a importância da participação popular e do controle social no SUS.	Trabalhadores, gestores do SUS, sociedade civil organizada e comunidade.

GESTÃO DO TRABALHO	Fragilidade da gestão no processo de contratação de trabalhadores com perfil técnico adequado ao trabalho no SUS.	MUNICÍPIOS/ESTADO: Realizar seminário estadual sobre a Gestão do Trabalho e os mecanismos de seleção e qualificação de trabalhadores para o SUS.	Melhorar o processo de seleção de trabalhadores para o SUS.	Gestores de saúde municipais e estaduais.
	Fragilidade na compreensão dos gestores sobre a importância da implementação da Gestão do Trabalho em seus municípios	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover seminários, oficinas e rodas de conversa periódicas sobre Gestão do Trabalho.	Ampliar a compreensão sobre Gestão do Trabalho.	Gestores e trabalhadores do SUS.
GESTÃO DO SUS	Fragilidade na implementação de canais de comunicação eficientes que garantam a transparência da gestão municipal.	MUNICÍPIOS: Promover seminários e oficinas de trabalho sobre comunicação eficiente na gestão do SUS.	Melhorar a comunicação da gestão do SUS.	Gestores de saúde municipais e estaduais.
	Alta rotatividade de gestores da Saúde (secretários de saúde, coordenadores da atenção Básica e vigilância em saúde).	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover espaços de discussão sobre a profissionalização e a qualificação técnica da gestão no SUS em órgãos de representatividade como a Federação de Prefeitos e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde.	Incentivar o perfil técnico adequado e a profissionalização da gestão no SUS.	Prefeitos, secretários de saúde.
	Comprometimento insuficiente dos gestores com a câmara técnica da CIR e com a CIR	MUNICÍPIOS/ESTADO: Dar apoio institucional a CIR através da implementação de ferramentas de EPS que auxiliem a promover a reflexão da prática, o diagnóstico situacional e o planejamento estratégico.	Ressignificar o espaço da CIR.	Gestores municipais de saúde, gerentes regionais de saúde.

	<p>Dificuldade dos gestores municipais em promover a integração Inter setorial junto a outras áreas estratégicas do município como a assistências social, educação, infraestrutura e geração de renda.</p>	<p>MUNICÍPIO: Incentivar ações intersetoriais no enfrentamento a situações de saúde; Promover reuniões de integração intersetorial com a proposta de matriciamento das ações.</p> <p>ESTADO: Promover seminário estadual sobre a importância da intersectorialidade na gestão pública.</p>	<p>Ampliar a integração intersectorial a nível de gestão municipal.</p>	<p>Prefeitos e secretários municipais.</p>
	<p>Baixo conhecimento de gestores, trabalhadores e usuários sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em suas regiões.</p>	<p>ESTADO: Promover ampla divulgação do processo de regionalização e organização da Rede de Atenção à Saúde no estado.</p>	<p>Ampliar o conhecimento sobre a disposição da RAS.</p>	<p>Gestores do SUS, trabalhadores e usuários.</p>
	<p>Ausência de espaços permanentes de reflexão da prática em gestão e assistência à saúde que possam promover rodas de conversas e de estudos para o enfrentamento dos problemas do cotidiano.</p>	<p>MUNICÍPIOS: Promover o resgate do conceito de Educação Permanente em Saúde entre gestores e trabalhadores do SUS; Criar núcleos de EPS nas secretarias municipais de saúde; Elaborar Planos Municipais de EPS; Incluir ações de EPS nos Planos Municipais de Saúde; Inserir ferramentas de EPS no processo de trabalho da gestão e da assistência no SUS;</p> <p>ESTADO: Apoiar os espaços institucionais do SUS com ferramentas de EPS (Gerências Regionais de Saúde, CIR, CIES, Grupos Condutores de Redes).</p>	<p>Fomentar espaços de reflexão da prática nos diversos espaços de gestão do SUS.</p>	<p>Gestores estaduais, Municipais do SUS, Apoiadores institucionais, Trabalhadores do SUS.</p>
	<p>Fragilidade no apoio aos municípios para a qualificação de processos de trabalho</p>	<p>MUNICÍPIO: Estimular a criação de grupos de trabalho temático na região/município.</p> <p>ESTADO: Potencializar o processo de trabalho das Gerências Regionais de Saúde, do Apoio Regional, do Apoio Institucional;</p>	<p>Potencializar o apoio aos processos de trabalho em saúde nos municípios.</p>	<p>Gestores e trabalhadores do SUS.</p>

	<p>Incipiência de profissionais com perfil de facilitadores de Educação Permanente em Saúde com domínio de ferramentas de EPS que possam auxiliar no processo de mudança no trabalho.</p>	<p>MUNICÍPIOS/ESTADO: Estruturar cursos de aperfeiçoamento para formação para facilitadores de EPS.</p>	<p>Formar facilitadores de EPS no estado.</p>	<p>Gestores e trabalhadores do SUS.</p>
	<p>Incipiência de mecanismos de enfrentamento dos problemas gerados através da judicialização da saúde.</p>	<p>MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover seminários intersetoriais (Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado, Universidades, Imprensa) para ampliar o debate sobre o tema com a sociedade e buscar soluções conjuntas.</p>	<p>Ampliar o debate público sobre a judicialização da saúde.</p>	<p>Gestores municipais, trabalhadores do SUS, trabalhadores do judiciário, representantes do controle social, sociedade civil organizada, jornalistas e comunicadores.</p>
	<p>Fragilidade da gestão municipal na tomada de decisão para adequação e ampliação das estruturas físicas dos serviços de saúde.</p>	<p>MUNICÍPIOS/ESTADO: Incentivar a qualificação técnica espaços de aproximação de setores de engenharia com gestores e trabalhadores da assistência; Instrumentalizar técnicos com as normas operacionais do SUS.</p>	<p>Ampliar o conhecimento dos municípios sobre as normas operacionais para estruturação físicas dos serviços de saúde.</p>	<p>Gestores municipais de saúde.</p>
	<p>Dificuldades dos gestores em compreender o processo financeiro e orçamentário na saúde.</p>	<p>MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover Seminários e oficinas de trabalho com gestores do SUS sobre o financiamento da saúde no Brasil.</p>	<p>Ampliar o conhecimento sobre orçamento e financiamento na saúde.</p>	<p>Gestores municipais de saúde.</p>

	Fragilidade dos técnicos em operacionalizar os Sistemas de Informação em Saúde (alto número de subnotificações, deficiência no monitoramento e avaliação dos sistemas, baixo <i>feedback</i> das informações aos serviços de saúde)	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover espaços de EPS das áreas técnicas da SES-PB responsáveis pelos sistemas junto às Gerências Regionais e Municípios.	Melhorar eficiência na operacionalização dos SIS.	Técnicos responsáveis nos municípios e trabalhadores que lidam com os SIS.
	Fragilidade da gestão municipal no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover processos formativos sobre planejamento em saúde; Qualificar o processo de elaboração dos Planos Municipais de Saúde; Realizar seminários, oficinas, rodas de conversa e reuniões setoriais.	Qualificar o planejamento em saúde e os Planos Municipais de Saúde.	Gestores e técnicos municipais.
LINHAS DE CUIDADO	Aumento na incidência de casos de câncer (COLO DE UTERO, TIREÓIDE ETC).	MUNICÍPIOS: Fortalecimento da educação em saúde na atenção básica no combate a hábitos de risco; Incentivo ao diagnóstico precoce através de exames laboratoriais em tempo adequado; ESTADO: Criação de observatórios a regionais para acompanhamento da incidência de câncer no estado.	Socializar causas e fatores de risco para o aumento da incidência no estado com objetivo de prevenção e promoção da saúde.	Gestores, Trabalhadores da saúde e comunidade.
	Alta mortalidade materno infantil e fragilidades na implementação da Rede Materno Infantil	MUNICÍPIOS: Criar Grupos de Estudos Temáticos para ampliar a compreensão sobre as fragilidades da Rede Materno Infantil. Promover oficinas e rodas de conversa. ESTADO: Fortalecer o comitê de mortalidade materno-infantil.	Reduzir a mortalidade materno infantil.	Gestores, Trabalhadores da saúde e comunidade.

	Fragilidades da rede de atenção psicossocial no enfrentamento do aumento do uso abusivo de psicotrópicos, álcool e outras drogas, casos de suicídio e de automutilações.	<p>MUNICÍPIOS: Criar Grupos de Estudos Temáticos para ampliar a compreensão sobre as fragilidades da RAI. Promover oficinas e rodas de conversa.</p> <p>ESTADO: Fortalecer a gestão da RAPS em nível de estado através da implementação de processos formativos para os integrantes da rede.</p>	Reduzir o uso abusivo de psicotrópicos, álcool e outras drogas, suicídio e automutilações.	Gestores, Trabalhadores da saúde e comunidade.
	Fragilidade na implementação da Rede de Urgência e Emergência no estado e municípios	<p>MUNICÍPIOS: Criar Grupos de Estudos Temáticos para ampliar a compreensão sobre as fragilidades da RUE. Promover oficinas e rodas de conversa.</p> <p>ESTADO: Fortalecer a gestão da RUE em nível de estado através da implementação de processos formativos para os integrantes da rede.</p>	Fortalecer a implementação da RUE.	Gestores, Trabalhadores da saúde e comunidade.
GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	Dificuldade dos gestores na pactuação e no cumprimento da PPI / PGASS	<p>MUNICÍPIOS: Promover oficinas de trabalho para ampliar a compreensão dos gestores sobre a PPI / PGASS.</p> <p>ESTADO: Promover seminários rodas de conversa; e reuniões interinstitucionais.</p>	Pactuar e cumprir a PPI e PGASS.	Gestores do SUS.

GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE	Fragilidade no processo de gestão das RAS: dificuldade na elaboração, implantação e implementação das linhas de cuidado prioritárias, falta de comunicação e baixa integração.	MUNICÍPIOS: Criar Grupos de Estudos Temáticos para ampliar a compreensão sobre as fragilidades na gestão das Redes. ESTADO: Retomar a discussão sobre a gestão das redes prioritárias e promover espaços de EPS com oficinas, rodas de conversa e reuniões periódicas.	Qualificar a gestão das RAS.	Gestores do SUS.
GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE	Desorganização no processo de regulação na região de saúde com excesso de encaminhamentos de exames e consultas médicas, fragilidades no sistema de referência e contra referência, e sobrecarga para a rede de média e alta complexidade.	MUNICÍPIOS: Implementar processos educativos com foco no estudo da eficiência da referência e contra referência e na implantação de protocolos. ESTADO: Implementar a central de regulação estadual integrada com os municípios; Promover processos formativos para a implantação da central de regulação através de oficinas e seminários.	Qualificar a regulação do SUS no estado.	Gestores do SUS.
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Fragilidade na gestão da assistência farmacêutica.	MUNICÍPIOS: Qualificar o processo de trabalho da assistência farmacêutica através do matriciamento com os trabalhadores dos serviços de assistência à saúde; Aproximar os prescritores das discussões de gestão de recursos e insumos no SUS; Promover Oficinas, grupos de estudo e rodas de conversa sobre a temática.	Qualificar a gestão da assistência farmacêutica.	Gestores e trabalhadores do SUS.
	Aumento do uso irracional de medicamentos.	MUNICÍPIOS: Realizar campanhas educativas sobre o uso racional de medicamentos; Incentivar o estudo e a utilização de práticas populares de saúde de forma responsável e eficiente.	Aumentar o uso responsável de medicamentos e a inclusão tratamentos alternativos.	Gestores, trabalhadores do SUS e Usuários.

	Aumento da demanda por psicotrópicos.	MUNICÍPIOS / ESTADO: Promover fóruns e seminários que debatam alternativas de enfrentamento a situações de saúde mental com práticas terapêuticas alternativas; Incentivar a implantação de práticas integrativas e complementares no SUS.	Reduzir o uso abusivo de psicotrópicos.	Gestores, trabalhadores do SUS e Usuários.
REDE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	Baixo quantitativo de núcleos de educação permanente em saúde municipais que possam dar suporte aos gestores e coordenadores da saúde na sua tomada de decisão.	MUNICÍPIOS: Criar núcleos de EPS municipais; Promover oficinas de construção para os planos de EPS; ESTADO: Apoiar as regiões e municípios na discussão sobre a implementação da EPS como ferramenta de gestão; Apoiar a criação dos núcleos municipais de EPS municipais;	Ampliar o quantitativo de núcleos de EPS municipais.	
	Incipiência de ações de EPS nos Planos Municipais de Saúde	MUNICÍPIOS: Ampliar a discussão sobre a EPS em âmbito municipal e incluir ações próprias de EPS nos Planos Municipais de Saúde. ESTADO: Apoiar as regiões e municípios na discussão sobre EPS.	Ampliar as ações de EPS nos Planos Municipais de Saúde.	Gestores e trabalhadores do SUS.
	Ausência de Planos de Educação Permanente em Saúde Municipais	MUNICÍPIOS: Elaborar Planos Municipais de EPS. ESTADO: Apoiar as regiões e os municípios na elaboração dos Planos Municipais de EPS.	Ampliar o quantitativo de Planos Municipais de EPS.	Gestores trabalhadores do SUS, instituições formadoras e controle social.

	Fragilidade na compreensão do papel da CIES na região	<p>MUNICÍPIOS: Apropriar-se das discussões de EPS na CIES Macrorregional e CIR.</p> <p>ESTADO: Garantir apoio técnico e processos formativos nas CIES.</p>	Contribuir na qualificação das CIES, na elaboração de projetos, na articulação política e nas implicações da EPS como estratégia para mudança de prática e transformação da realidade.	Gestores trabalhadores do SUS, instituições formadoras e controle social.
	Inadequação da formação para o SUS: trabalho colaborativo, Inter e transdisciplinar.	<p>MUNICÍPIOS: Implementar sistemas de rede escola municipal e processos de EPS para qualificação de estudantes e estagiários durante a formação profissional.</p> <p>ESTADO: Fortalecer a Política de Rede Escola Estadual; Promover o encontro estadual da Rede Escola periodicamente.</p>	Aproximar as instituições formadoras da realidade do SUS.	Gestores e trabalhadores do SUS, professores, estudantes e diretores de IES.
	Distanciamento entre as IES e os serviços de saúde que recebem estudantes de graduação e de residências;	<p>MUNICÍPIOS: Implementar sistemas de rede escola municipal e processos de EPS para qualificação de estudantes, estagiários e residentes durante a formação profissional.</p> <p>ESTADO: Fortalecer a Política de Rede Escola Estadual; Promover o encontro estadual da Rede Escola periodicamente.</p>	Aproximar as instituições formadoras da realidade do SUS.	Gestores e trabalhadores do SUS, professores, estudantes e diretores de IES.
	Fragilidade de espaços macrorregionais para discussão das residências em saúde.	MUNICÍPIO / ESTADO: Fortalecer o Espaço das CIES para promover discussão sobre a necessidade de ampliação de programas de residência em saúde; qualificar os preceptores da Rede sobre temas diversos da área de conhecimento, políticas do SUS, linhas pedagógicas e metodologia científica;	Ampliar a discussão sobre programas de residência em saúde.	Gestores e trabalhadores do SUS, professores, estudantes e diretores de IES.

	Baixa adesão das IES às orientações da Rede Escola SUS	ESTADO: Qualificar os Núcleos de EPS dos serviços estaduais com foco na cartilha da Rede Escola e seguir as normativas dos Termos de Convênio.	Melhorar a parceria e as pactuações com as IES.	Integrantes dos NEPS.
	Baixa oferta de cursos no formato da educação continuada (aperfeiçoamentos, formações técnicas e pós-graduações) a trabalhadores e gestores estaduais e municipais.	MUNICÍPIOS: Elaboração de Planos de EPS municipais contemplando as necessidades de formação locais; ESTADO: Elaboração de Projetos de cursos de educação continuada alinhados com as diretrizes do Plano Estadual de EPS com pactuação em CIES.	Ampliar oferta de educação continuada para gestores e trabalhadores do SUS.	Gestores e trabalhadores do SUS.
	Incipiência relacionada ao conhecimento da Educação Popular em Saúde.	MUNICÍPIOS/ESTADO: Promover Seminários, oficinas e encontros (estaduais, regionais e municipais); Criação de comitês regionais de educação popular em saúde, priorização desta temática nas reuniões da CIES e na CIR.	Ampliar o conhecimento sobre Educação popular em Saúde no estado.	Gestores, trabalhadores do SUS, usuários, controle social, estudantes e IES.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS COLOCADOS À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA

Concluimos este plano estadual considerando que os passos para a sua implementação vão requerer do estado e dos municípios a prática da Educação Permanente em Saúde em sua plenitude e em acordo com o conceito trabalhado nas oficinas de elaboração do PEEPS-PB.

O fortalecimento das CIES macrorregionais, a discussão sobre a criação da CIES Estadual, a consolidação do Apoio Institucional do CEFOR-RH/PB assim como a participação de parceiros institucionais são de fundamental importância para a implementação deste plano que precisará trazer a EPS para dentro do processo de gestão e pactuação no SUS.

A partir desse novo texto mais atualizado e de participação ampla e democrática disponibilizamos propostas de enfrentamento de problemas de saúde na Paraíba e ofertamos às CIES Macrorregionais e às CIR possibilidades de revisão dos atuais Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde que estão vigentes, porém em determinadas situações com dificuldade de operacionalização e possível defasagem nas propostas.

Sendo assim, fechamos esse PEEPS-PB agradecendo a contribuição de todos os parceiros deste processo.

APÊNDICES

Foto 1. Fotos das Oficinas de Seminários de Elaboração do PEEPS-PB



Publicação da Comissão de Elaboração em DOE

Secretaria de Estado da Saúde

PORTARIA Nº363/ GS

João Pessoa, 12 de novembro de 2018.

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas, pelo Decreto nº 12.228, de 19 de novembro de 1987, e considerando a Portaria Nº 3.992 do Ministério da Saúde, de 28 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PROEPS-SUS, e institui no seu Art. 5, incentivo financeiro para custeio da elaboração de Plano Estadual de Saúde, que deve ser elaborado com a participação dos municípios e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

RESOLVE:

Art.1: Instituir a Comissão de Elaboração do Plano Estadual de EPS com a participação de representantes das CIES Macrorregiões, do COSEMS, do Conselho Estadual de Saúde, das Gerências Executivas da SES – PB e do CEFOR – PB, conforme lista abaixo.

Nº	NOME	REPRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL OU SETORIAL
1.	Juliana Sampaio	CIES I macro - UFPE
2.	Gilvânia Dias de Lima	CIES II macro - 3ª GRS
3.	Paulo Sérgio do Nascimento Rodolfo	CIES III Macro - Apoiador Regional da 6ª GRS - Patos
4.	Vandezita Dantas de Medeiros Mazzarro	CIES III Macro - IES - FIP
5.	Ceciliana Medeiros Vanderlei de Chumacero	COSEMS - PB
6.	Anderson Sales Dias	COSEMS - PB
7.	Jamacyr Mendes Justino	CES - PB
8.	Aislany Jasiary da Silva Moura	AB/SES - PB
9.	Vivian Correia de Arruda	RH/SES - PB
10.	Rafaela Araújo Lins Pereira	GEAS/SES - PB
11.	Hélio Soares da Silva	GEAS/SES - PB
12.	Anna Stella Cysneiros Almeida	GEVS/SES - PB
13.	Eliane de Sousa Gadelha Almeida	GEPLAN/SES - PB
14.	José Marcos da Silva Costa	Núcleo de Gestão do Trabalho/SES - PB

15.	Josilane Maria do Nascimento Aires	Núcleo de Gestão do Trabalho/SES - PB
16.	Adriano Dias Gerônimo	Núcleo de EPS do Serviço - Patos
17.	Pedro Alberto Lacerda Rodrigues	CEFOR/SES - PB
18.	Daniela Gomes de Brito Carneiro	CEFOR/SES - PB
19.	Adriana Maria Macedo de Almeida Toffoli	CEFOR/SES - PB
20.	Gilsandra de Lira Fernandes	CEFOR/SES - PB
21.	Volmir José Brutscher	CEFOR/SES - PB
22.	Ernane Valentin do Prado	CEFOR/SES - PB
23.	Fernando Rocha Lucena Lopes	CEFOR/SES - PB
24.	Jonathan Elias Lucena	CEFOR/SES - PB
25.	Tatiane Ferreira de Jesus	CEFOR/SES - PB

Art. 2: Tornar a Comissão responsável pela elaboração do plano através da realização de pesquisa documental, elaboração de oficinas macrorregionais e seminários que possibilitem a ampla participação de trabalhadores, gestores e conselheiros que participam direta ou indiretamente da construção da Educação Permanente em Saúde no Estado da Paraíba.

Art. 3: A Comissão terá como atribuições:

- I. Elaborar Plano de Trabalho para execução dos objetivos do PROEPS – SUS;
- II. Construir e aplicar as metodologias das oficinas macrorregionais;
- III. Construir o texto base do novo Plano Estadual de EPS;
- IV. Realizar um seminário de validação com ampla participação para conclusão do texto no novo Plano de EPS;
- V. Submeter a proposta de novo Plano para pactuação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- VI. Submeter a proposta ao Ministério da Saúde.