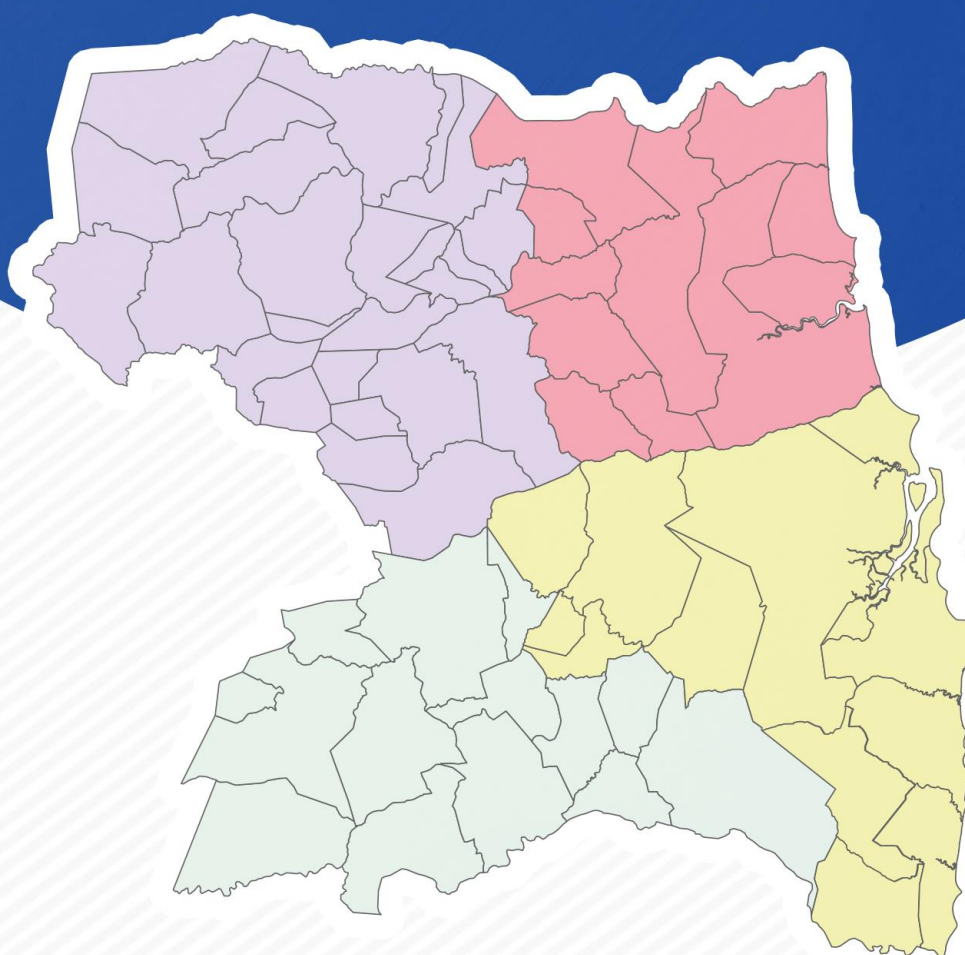


PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

I MACRO



2024

SUMÁRIO

1. Caracterização da Macrorregião de Saúde.....	3
1.1 População Geral	4
1.2 População rural e urbana.....	5
1.3 Pirâmide etária	6
1.4 Nascimentos	9
1.5 Morbidade	9
1.6 Mortalidade	10
2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	11
2.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE	12
2.1.1 Dados demográficos	12
2.1.2 Esgotamento sanitário.....	16
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	16
2.2.1 Perfil epidemiológico:	16
2.2.2 Indicadores de Nascimento.....	17
2.2.3 Dados natalidade / Faixa etária da mãe	17
2.2.4 Imunização (Cobertura).....	18
2.2.5 Indicadores de Morbidade	19
3. ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	28
3.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	28
3.2 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28
3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	29
3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	29
3.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	30
3.6 Problemas, causas e consequências (Árvore de Problemas).....	31
3.7 Matriz GUT de priorização dos problemas.....	35
3.8 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL (Rede Alyne)	38
3.8.1 Potencialidades Identificadas na Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério:	38
3.8.2 Fragilidades Identificadas na Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério:	39
3.8.3 Desenho de Rede proposto	39
3.8.4 Atenção Secundária à Saúde.....	40
3.8.5 Atenção Terciária à Saúde	41
3.9 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).....	43
3.9.1 As principais fragilidades identificadas:.....	43
3.9.2 Desenho de Rede proposto	44
3.9.3 Atenção terciária.....	47
3.10 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)	49
3.11 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	58
3.11.1 Potencialidades:	60
3.12 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)	69
3.12.1 Potencialidades Identificadas na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:	69
3.12.2 Fragilidades Identificadas na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:	69
4. Espaços de Governança Regional	75
4.1 Monitoramento.....	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A configuração regional da saúde na Paraíba está organizada em 16 Regiões de Saúde distribuídas em três macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios.

Apresenta a seguinte conformação segundo censo IGBE 2022:

- I Macro com quatro regiões de saúde, e uma população de 1.809.820 hab., com sede em João Pessoa;
- II Macro com cinco regiões de saúde e uma população de 1.114.462 hab., com sede em Campina Grande;
- III Macro composta por sete regiões de saúde e uma população de 1.050.405 hab., com duas sedes, uma em Patos (Região do Sertão) e outra em Sousa (Região do Alto Sertão).

A 1ª Macrorregião de saúde, com sede em João Pessoa, composta por 4 regiões de saúde e 64 municípios, com aproximadamente 1.809.820 habitantes, concentra o maior número de serviços de média e alta complexidade, e com isso enfrenta desafios na organização da rede de atenção à saúde. A seguir as 4 Regiões e seus respectivos municípios:

1ª Região de Saúde ou Mata Atlântica onde sua conformação abrange os municípios de Alhandra, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, João Pessoa, Lucena, Mari, Pitimbu, Riachão do Poço, Santa Rita, Sapé e Sobrado. O município sede da região é a capital João Pessoa.

2ª Região de Saúde ou Piemonte da Borborema compreendendo 25 municípios e, se destacando como a maior Região de Saúde do estado com Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Cacimba de Dentro, Caiçara, Casserengue, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Guarabira, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pirpirituba, Riachão, Serra da Raiz, Serraria, Sertãozinho, Solânea e Tacima. A sede localiza-se no município de Guarabira.

12ª Região de Saúde ou Vale do Paraíba conformada pelos municípios Caldas Brandão, Gurinhém, Ingá, Itabaiana, Itatuba, Juarez Távora, Juripiranga, Mogeiro, Pedras de Fogo, Pilar, Riachão do Bacamarte, Salgado de São Félix, São José dos Ramos, São Miguel de Taipu. A sede da região localiza-se em Itabaiana.

14ª Região de Saúde ou Vale do Mamanguape abrangendo Baía da Traição, Capim, Curral de Cima, Cuité de Mamanguape, Itapororoca, Jacaraú, Mataraca,

Mamanguape, Marcação, Pedro Régis e Rio Tinto. A sede da região localiza-se em Mamanguape.

A Rede de Saúde da 1ª macro está organizada com serviços divididos por níveis de atenção sendo que a maior concentração dos serviços está no município polo da 1ª Região, a capital João Pessoa, com um total de 2.071 estabelecimentos de saúde. Até dezembro de 2022 existiam um total de 3.503 estabelecimentos na 1ª macrorregião sendo que destes, quando separados por tipo de gestão, apenas 10 apresentam-se como Gestão Dupla, 34 de Gestão Estadual e 3.459 de Gestão Municipal.

No que se refere às Equipes de Saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresentou os dados em dezembro de 2022 a seguir:

TIPO DA EQUIPE	MACRORREGIÃO I
EACS - Equipe de Agentes Comunitarios De Saude	3
EMSI - Eq Multidisc At Basica Saude Indigena	3
EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I	15
EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio	17
EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo II	8
ESF - Equipe de Saude da Familia	659
ESB - Equipe de Saúde Bucal	642
ENASF-AB - Eq Núcleo Ampliado Saúde da Família At. Primária	105
ECR - Equipe dos Consultórios na Rua	4
EABP - Equipe de Atenção Primária Prisional	9
EMAESM - Eq Multiprof Atenção Especializada Saúde Mental	7
EAP - Equipe de Atenção Primária	4
TOTAL	1.476

1.1 POPULAÇÃO GERAL

A primeira macrorregião do estado da Paraíba abriga uma população significativa, totalizando aproximadamente 1.809.820 mil habitantes. Esta macrorregião é caracterizada por sua diversidade demográfica e é composta por diversas cidades notáveis. A capital do estado, João Pessoa, se destaca como a mais populosa, abrigando cerca de 47,12% da população da macrorregião. Outras cidades importantes incluem Santa Rita, com 8,47% da população, Bayeux, com 4,68%, Cabedelo, com 3,76%, Sapé, com 2,90%, e Mamanguape, com 2,52% (IBGE, 2022).

A distribuição demográfica entre essas cidades reflete a concentração de habitantes na capital, enquanto as cidades menores desempenham um papel essencial na composição populacional da região. Essa diversidade demográfica e distribuição populacional é característica da primeira macrorregião de saúde da Paraíba.

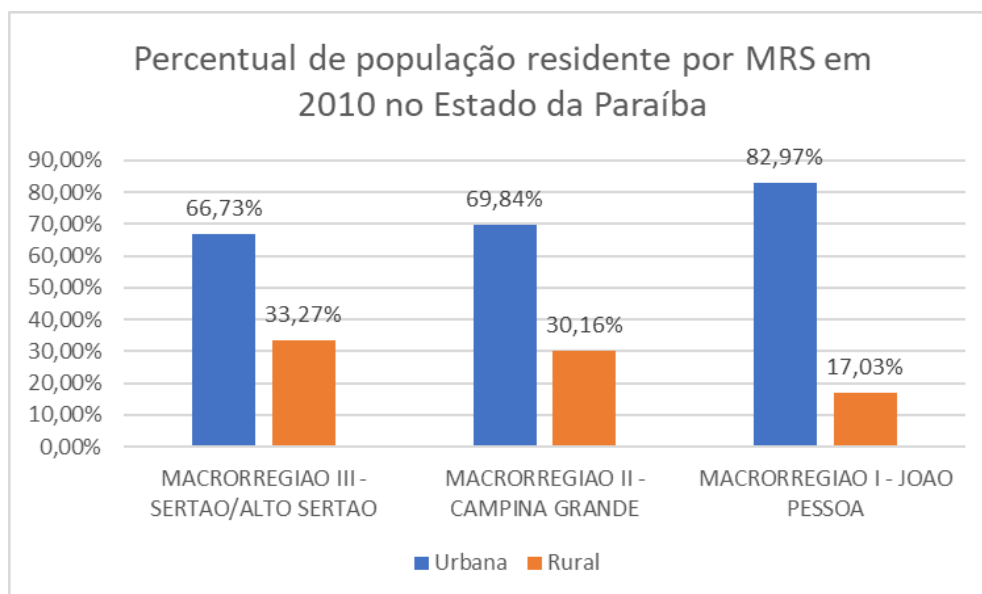
1.2 POPULAÇÃO RURAL E URBANA

Existe uma marcante disparidade entre as áreas urbanas e rurais, refletindo diferentes realidades e desafios enfrentados pela população residente. A capital, João Pessoa, destaca-se como o município com o maior percentual de população urbana, atingindo expressivos 99,62% de seus 723.515 habitantes, conforme dados consolidados em 2010.

Contrastando com esse cenário urbano, Curral de Cima emerge como o município com o menor percentual de população urbana, registrando apenas 9,08% de seus 5.209 habitantes no ambiente urbano, segundo os dados do mesmo ano. Essa disparidade evidencia a diversidade de condições de vida e acesso a serviços entre os habitantes dessas localidades.

Analisando os dados gerais da primeira macrorregião, observa-se que a predominância é urbana, com 82,97% da população total de 1.798.797 habitantes residindo em áreas urbanas, enquanto 17,03% (306.257 habitantes) vivem em regiões rurais. Essa concentração urbana pode impactar diversos aspectos, como a oferta de serviços públicos, infraestrutura e oportunidades de emprego, influenciando diretamente na qualidade de vida da população.

Gráfico 1 - População residente por Macrorregião de Saúde:



Fonte: Datasus, 2023

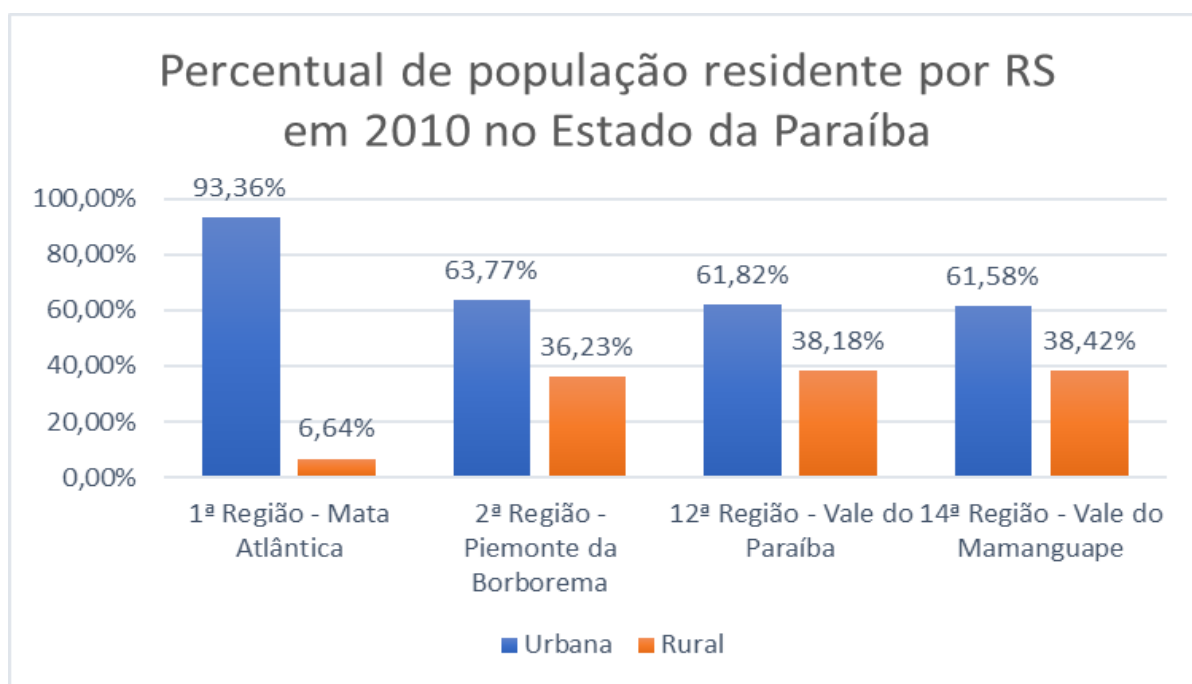
Ao desdobrar a análise para as regiões de saúde que compõem a primeira macrorregião, a décima quarta região de saúde se destaca por apresentar o menor

percentual de população urbana, totalizando 61,58% dos 142.023 habitantes. Essa região pode demandar atenção específica para as necessidades e peculiaridades das áreas rurais, visando promover o desenvolvimento equitativo.

Por outro lado, a primeira região de saúde surge como a de maior concentração urbana, com impressionantes 93,36% dos 1.189.121 habitantes residindo em ambientes urbanos. Essa alta urbanização pode implicar em desafios relacionados a planejamento urbano, mobilidade e gestão de recursos públicos.

Em suma, a análise da distribuição da população entre áreas urbanas e rurais na primeira macrorregião da Paraíba revela disparidades significativas, destacando a importância de políticas públicas diferenciadas para atender às necessidades específicas de cada localidade. A compreensão dessas nuances é essencial para o desenvolvimento sustentável e a promoção da qualidade de vida em toda a região.

Gráfico 2 - População por Região de Saúde:



Fonte: Datasus, 2023

1.3 PIRÂMIDE ETÁRIA

O quadro abaixo apresenta uma análise detalhada da distribuição da população em diferentes faixas etárias, destacando a discrepância entre os gêneros ao longo do espectro etário. Nota-se que, até os 24 anos, a predominância é masculina, com uma

ligeira vantagem percentual para os homens. A partir dos 25 anos, no entanto, essa tendência se inverte, e a porcentagem da população feminina torna-se superior.

Quadro 1 - População por faixa etária:

Faixas etárias	Homens	Mulheres	total	% da pop masculina	% da pop feminina
0 a 4 anos	202303	195478	397781	50,86%	49,14%
5 a 9 anos	212204	203647	415851	51,03%	48,97%
10 a 14 anos	218106	206774	424880	51,33%	48,67%
15 a 19 anos	224414	215166	439580	51,05%	48,95%
20 a 24 anos	225699	225167	450866	50,06%	49,94%
25 a 29 anos	217068	227201	444269	48,86%	51,14%
30 a 34 anos	213310	230523	443833	48,06%	51,94%
35 a 39 anos	224738	244322	469060	47,91%	52,09%
40 a 44 anos	219797	239828	459625	47,82%	52,18%
45 a 49 anos	188335	208267	396602	47,49%	52,51%
50 a 54 anos	167899	189842	357741	46,93%	53,07%
55 a 59 anos	151404	177183	328587	46,08%	53,92%
60 a 64 anos	119737	142793	262530	45,61%	54,39%
65 a 69 anos	92571	114833	207404	44,63%	55,37%
70 a 74 anos	72245	94870	167115	43,23%	56,77%
75 a 79 anos	47899	66141	114040	42,00%	58,00%
80 a 84 anos	31810	48011	79821	39,85%	60,15%
85 a 90 anos	15541	26705	42246	36,79%	63,21%
90 a 94 anos	6449	12996	19445	33,17%	66,83%
95 anos ou mais	2638	5493	8131	32,44%	67,56%

Fonte: Datasus, 2023

Nos primeiros anos de vida (0 a 4 anos), a diferença entre os gêneros é relativamente pequena, mas já se manifesta a favor dos meninos, com 50,86% da população sendo masculina. Esse padrão se mantém nas faixas seguintes (5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos), com a porcentagem de homens variando entre 50,06% e 51,33%.

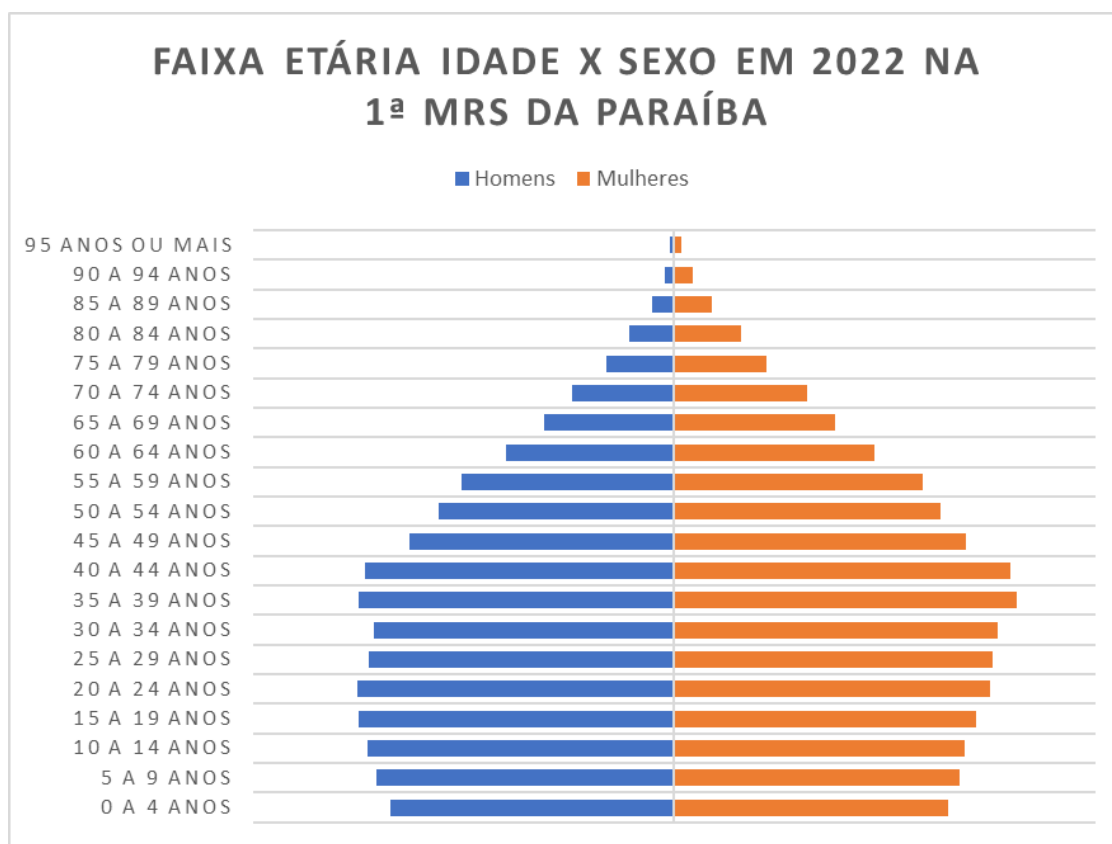
A transição ocorre a partir dos 25 anos, onde a população feminina passa a ser majoritária. A diferença se torna mais evidente nos grupos de idades mais avançadas, especialmente após os 60 anos. Nas faixas de 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos e 80 anos ou mais, as mulheres representam uma porcentagem cada vez maior, atingindo 54,39% na faixa de 60 a 64 anos e alcançando seu pico em 62,28% na faixa etária de 80 anos ou mais.

Esse padrão pode refletir diversas dinâmicas sociais, como a expectativa de vida mais longa para as mulheres, mudanças nas taxas de natalidade, e fatores culturais que

impactam a distribuição da população por idade e gênero. Em termos práticos, essa informação é crucial para planejamento governamental, serviços de saúde, previdência social e outras políticas públicas, uma vez que as necessidades da população podem variar significativamente de acordo com a idade e o gênero.

A distribuição demográfica por idade e gênero refletida na tabela implica em considerações cruciais para o planejamento de ações de saúde. A predominância masculina até os 24 anos e a inversão demográfica a partir dos 25 anos indicam a necessidade de programas voltados para saúde materno-infantil, atenção à saúde reprodutiva e planejamento familiar. A concentração de mulheres em faixas etárias mais avançadas destaca a importância de cuidados geriátricos, gestão de doenças crônicas e políticas de envelhecimento ativo. Além disso, a variação nas distribuições por idade e gênero reforça a importância de adaptar recursos hospitalares e programas de prevenção para abordar as necessidades específicas de cada grupo demográfico, contribuindo para uma abordagem mais eficaz e personalizada no campo da saúde pública.

Gráfico 3 - Pirâmide Etária 1ª Macrorregião de Saúde:

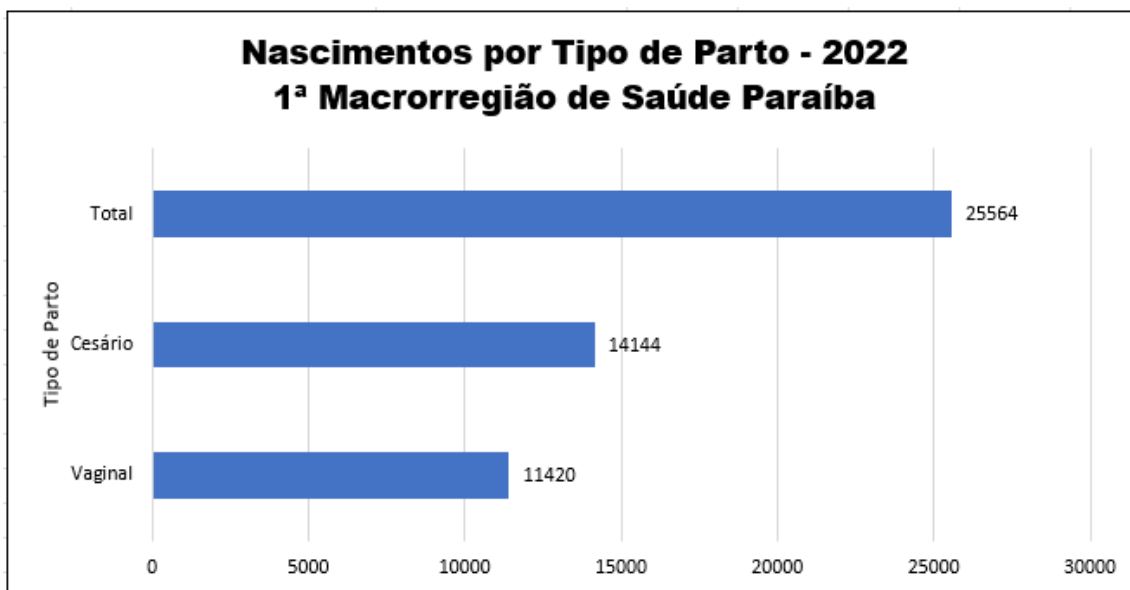


Fonte: Datasus, 2023

1.4 NASCIMENTOS

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2022 apresentou 25.564 nascimentos na 1ª Macrorregião de Saúde com 45% destes por via vaginal.

Gráfico 4 - Nascimento por tipo de parto em 2022 na 1ª MRS:



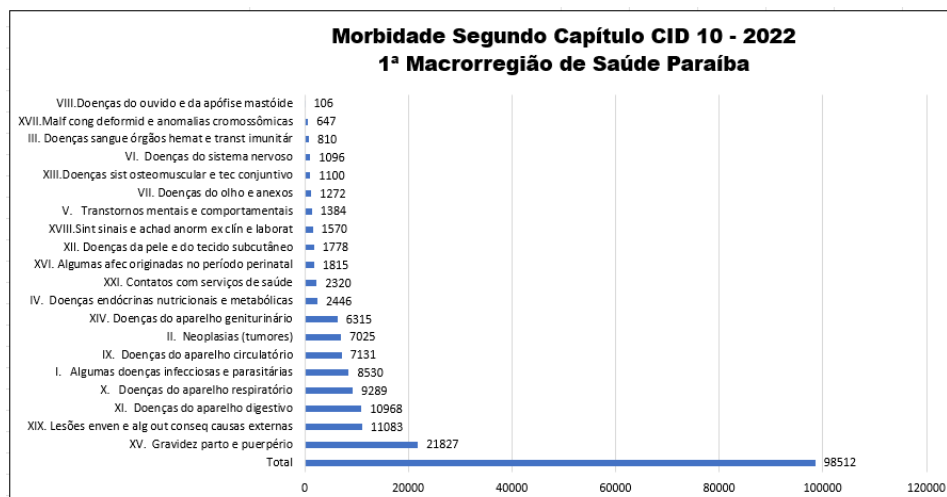
Fonte: DataSUS/SINASC, 2023.

1.5 MORBIDADE

No ano de 2022 na análise dos dados de internações segundo o Capítulo CID 10 tivemos um total de 98.512 casos, sendo que, na 1ª macrorregião apresentou como principais motivos de internação as causas relativas a Gravidez, Parto e Puerpério sendo que, quando destacamos as morbidades, as Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas se sobressaem, seguidas por Doenças do aparelho digestivo, Doenças do aparelho respiratório, Doenças infecciosas e parasitárias, Doenças do aparelho circulatório e as Neoplasias. Demais causas aparecem em menores números de internação no período analisado.

Abaixo o gráfico correspondente com os dados utilizados para esta análise:

Gráfico 5 - Morbidade Segundo Capítulo CID 10, 2022 - 1ª MRS:

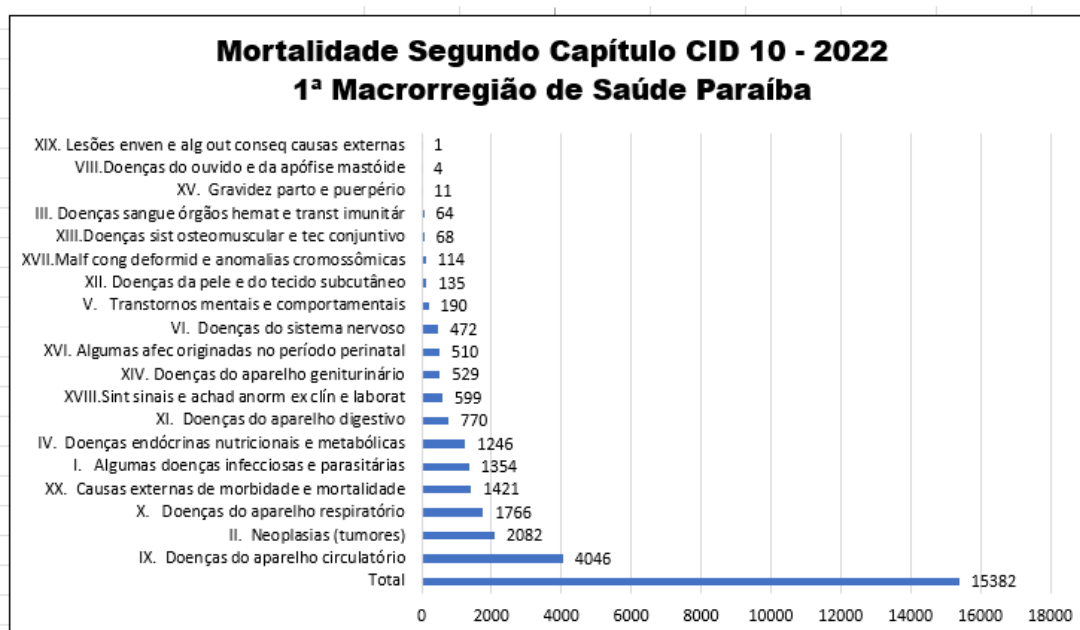


Fonte: Datasus, 2023

1.6 MORTALIDADE

Os dados sobre óbitos na 1ª Macrorregião em 2022 somaram um total de 15.382 e, apresentam como causas principais as Doenças do aparelho circulatório seguidas pelas Neoplasias, Doenças do Aparelho respiratório, Causas Externas, aquelas relacionadas a Doenças infecciosas e parasitárias e as Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. As demais têm menor número de óbitos.

Gráfico 6 - Mortalidade Segundo Capítulo CID 10, 2022 - 1ª MRS:



Fonte: Datasus, 2023

2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Planejamento Regional é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, tendo sua execução de forma tripartite (SES, COSEMS e SEMS) visando à organização e a governança da RAS, em âmbito estadual, bem como a equidade regional e o fortalecimento do planejamento ascendente do SUS. Visto a importância desse planejamento acontecer de forma ascendente e com a participação de todos os entes, o processo iniciou-se com a construção de planos municipais com base no diagnóstico situacional da real necessidade da população. Em seguida voltou-se o olhar dessa análise de saúde para os Planos Regionais, onde as Regiões de Saúde passaram por um processo de autoconhecimento, foram identificadas necessidades de saúde, avaliados processos de trabalho e a partir dos problemas prioritários ali elencados, iniciaram-se conversas, mapeamentos, propostas para saúde nas Macrorregiões, para desta forma nortear quais as ações e serviços de saúde precisam ser planejados no âmbito primário, secundário e terciário de atenção que engloba, não só município e região, mas toda a macrorregião.

Com o fim da etapa da construção dos planos municipais de saúde, entramos na etapa da construção dos planos regionais integrados em que foi formado um grupo de trabalho regional (GTR) para cada região do estado. Este, composto pelos três entes, secretários de saúde, técnicos municipais e atores que trabalham nas gerências regionais. Para a realização dessa etapa, foi de suma importância o levantamento dos diagnósticos da situação de saúde dos municípios a fim de verificar as fragilidades na saúde de cada região. A partir disto, e com as discussões do GTR sobre os principais problemas, se conseguiu traçar os objetivos e metas para resolvê-los em tempo oportuno.

As ações do projeto voltado à Regionalização foram pensadas em três eixos: Eixo Planejamento, Eixo Formativo e Eixo Governança. No Eixo Formativo a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi base como estratégia político-pedagógica, guiando a construção e produção de conhecimentos a partir da realidade vivida pelos municípios e Regiões, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do planejamento e as experiências prévias dos atores como ponto de partida do processo de discussão e norte para a construção de caminhos e mudança da realidade.

O Grupo de Trabalho Macrorregional começou a discutir a respeito dos problemas identificados nos planos regionais, foi feita uma árvore de problemas com suas causas e consequências, e utilizou-se a matriz GUT como ferramenta para elencar as prioridades macrorregionais. Cada macrorregião teve cerca de dez problemas macros elencados e priorizados.

Nessas reuniões e encontros, foram levantados e definidos macroproblemas e definidas Diretrizes Prioritárias a serem trabalhadas de imediato; sendo que para a 1ª macro destacou-se a Rede Cegonha com a **“Fragilidade no fluxo da Rede Materno infantil para garantir o acesso às gestantes de alto risco e risco habitual”**. Na 2ª Macro a prioridade foi a Rede da Pessoa com Deficiência com a **“Fragilidade na Rede de Pessoas com deficiência”** e na 3ª Macrorregião de Saúde a Rede Psicossocial com **“Fragilidade na RAPS por insuficiência de pontos de atenção e pelos problemas em sua organização e funcionamento”**.

O processo de desenvolvimento do PRI trouxe experiências significativas para todo o estado, além do maior entendimento sobre a importância do planejamento regional feito pelos atores locais de forma ascendente, o que trouxe maior aproximação entre os entes, fortalecendo a governança regional e macrorregional.

Os principais achados referentes aos aspectos socioeconômicos, demográficos, da mortalidade e o perfil epidemiológico desta macrorregião de saúde serão descritos a seguir.

2.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA 1ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Para que sejam tomadas medidas capazes de favorecer o nível de desenvolvimento das diferentes regiões da Paraíba, é necessária a obtenção de dados, estatísticas e informações que permitam identificar quais são os principais problemas que as populações vivem. Por esse motivo, é fundamental a geração de dados que possam atuar como indicadores socioeconômicos, aqueles que apontam as características básicas do desenvolvimento das sociedades.

2.1.1 Dados demográficos

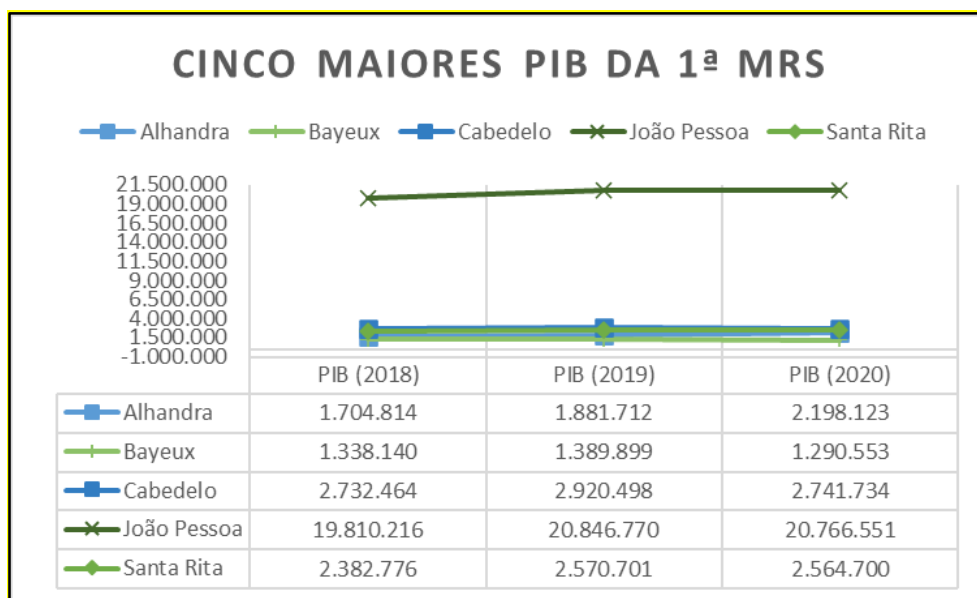
Dados socioeconômicos (PIB – IDH):

O Produto Interno Bruto (PIB) é um indicador econômico crucial que reflete a saúde financeira de uma região. Ao analisar a série histórica dos municípios da primeira macrorregião da Paraíba entre os anos de 2018 e 2020, é possível perceber padrões e tendências que podem estar diretamente relacionados às ações e serviços de saúde.

Os municípios de João Pessoa, Cabedelo, Santa Rita, Alhandra e Bayeux são os cinco maiores PIBs na série histórica referida acima. Esse PIB mais alto pode indicar um

desenvolvimento econômico que, por sua vez, pode impactar positivamente os investimentos em saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços oferecidos à população.

Gráfico 7 - Maiores PIB 1ª Macrorregião de Saúde:

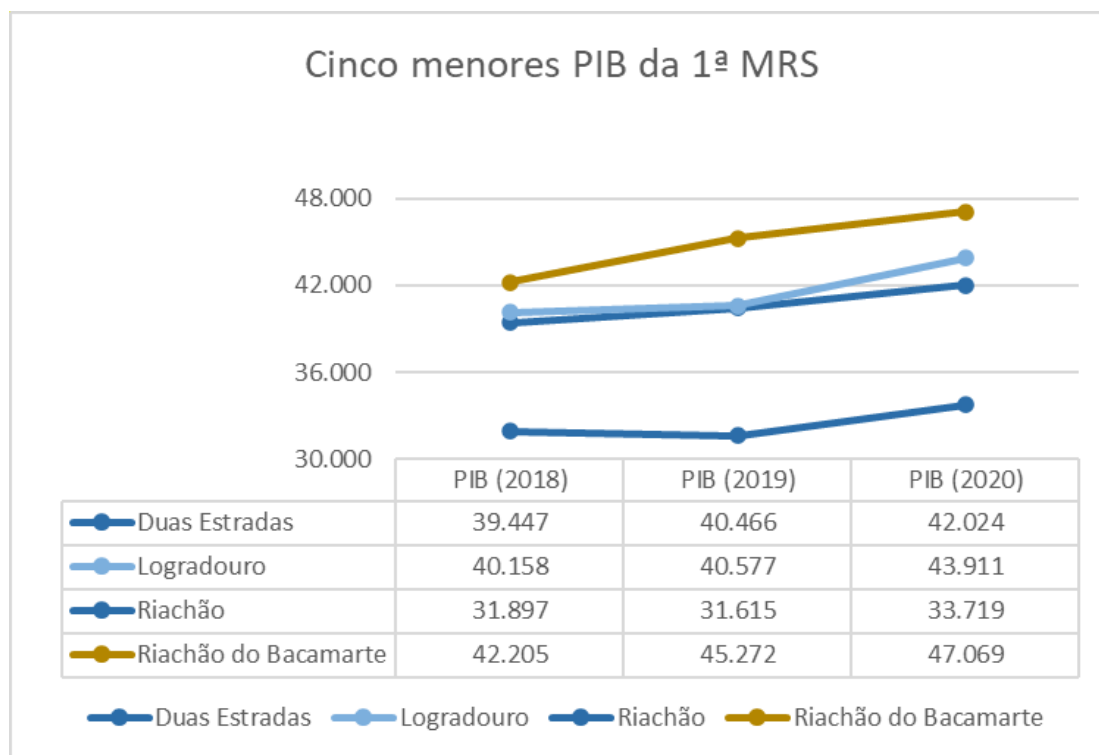


Fonte: IBGE, 2023.

Apesar dos PIBs mais modestos, é importante considerar que municípios com menor renda podem enfrentar desafios na oferta de serviços de saúde. Nesses casos, é crucial uma gestão eficiente dos recursos disponíveis para garantir o acesso da população a serviços básicos de qualidade.

Em síntese, a análise do PIB desses municípios sugere uma correlação entre o desenvolvimento econômico e a capacidade de investimento em saúde. Entender essas dinâmicas é fundamental para a formulação de políticas públicas eficazes que promovam o bem-estar das comunidades locais.

Gráfico 8 - Menores PIB 1ª Macrorregião de Saúde, 2022:



Fonte: IBGE, 2023.

A influência do Produto Interno Bruto (PIB) na regionalização da saúde é significativa, pois o desenvolvimento econômico de uma região está diretamente relacionado à sua capacidade de prover serviços de saúde adequados à população.

Entretanto, é fundamental destacar que a equidade na saúde é um desafio, e a distribuição desigual de recursos econômicos pode levar a disparidades na qualidade e acesso aos serviços de saúde entre regiões mais ricas e mais pobres. Portanto, ao planejar a regionalização da saúde, é importante considerar estratégias para reduzir essas desigualdades e garantir que todas as comunidades tenham acesso a cuidados de saúde adequados, independentemente do seu nível econômico.

Para compreender a dinâmica da saúde nos municípios da Primeira Macrorregião da Paraíba, é crucial analisar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), um indicador que reflete não apenas aspectos econômicos, mas também sociais e de educação.

Nesta macrorregião os cinco municípios com maiores IDHM são respectivamente João Pessoa, Cabedelo, Guarabira, Bayeux e Santa Rita, esses municípios apresentaram IDHMs relativamente altos em 2010, indicando um bom desempenho em áreas como renda, educação e longevidade. A correlação entre um IDHM elevado e a qualidade dos

serviços de saúde pode ser observada, já que o acesso à educação e a uma renda mais elevada muitas vezes resulta em uma população mais informada e saudável.

Os municípios com IDHMs mais baixos nesta macrorregião são respectivamente Marcação, Curral de Cima, Cuité de Mamanguape, Casserengue e Capim estes municípios podem enfrentar desafios adicionais na oferta de serviços de saúde. A falta de acesso à educação e a recursos financeiros limitados podem impactar adversamente a saúde da população.

A interrelação entre o IDHM e as ações de saúde é evidente. Municípios com IDHMs mais elevados geralmente têm uma população mais saudável e, potencialmente, uma demanda diferente por serviços de saúde em comparação com municípios menos desenvolvidos. Assim, estratégias de saúde devem ser adaptadas às necessidades específicas de cada comunidade.

Ao abordar a regionalização da saúde, é imperativo considerar não apenas o desenvolvimento econômico (PIB) dos municípios, mas também o IDHM, garantindo que as ações e serviços de saúde se alinhem às características sociais e educacionais de cada localidade. Uma abordagem holística e inclusiva é essencial para promover a equidade e melhorar a qualidade de vida em toda a macrorregião.

Quadro 2 - Maiores IDHM 1ª Macrorregião de Saúde, 2010:

CINCO MAIORES IDHM (2010) DOS MUNICÍPIOS DA 1ª MRS	
Município	IDHM (2010)
João Pessoa	0,763
Cabedelo	0,748
Guarabira	0,673
Bayeux	0,649
Santa Rita	0,627

Fonte: IBGE, 2023.

Quadro 3 - Menores IDHM 1ª Macrorregião de Saúde, 2010:

CINCO MENORES IDHM (2010) DOS MUNICÍPIOS DA 1ª MRS	
Município	IDHM (2010)
Capim	0,533
Casserengue	0,514
Cuité de Mamanguape	0,524
Curral de Cima	0,529
Marcação	0,529

Fonte: IBGE, 2023.

2.1.2 Esgotamento sanitário

O esgotamento sanitário é um elemento crucial para a saúde da população, exercendo um impacto direto na qualidade de vida e na prevenção de doenças. Ao analisar os dados dos municípios da primeira macrorregião, torna-se evidente a disparidade nos percentuais de cobertura sanitária.

Nos municípios com os maiores índices de esgotamento sanitário, como Belém, João Pessoa, Guarabira, Borborema e Sertãozinho, a presença de sistemas de esgotamento sanitário que atende um percentual maior da população contribui significativamente para a redução de riscos à saúde pública. Essas localidades pelo maior acesso ao esgotamento sanitário desfrutam de um ambiente mais seguro, minimizando a propagação de doenças transmitidas pela água e promovendo condições higiênicas adequadas.

Em contrapartida, nos municípios com os menores percentuais de esgotamento sanitário, como Sobrado, Mari, Pedro Régis, Cuité de Mamanguape e Salgado de São Félix, a situação é preocupante. A carência de infraestrutura sanitária aumenta os riscos de contaminação, favorecendo a disseminação de doenças infecciosas e colocando em xeque a saúde da população local.

Investir em saneamento básico é essencial para garantir um ambiente saudável e prevenir surtos de enfermidades. Os municípios com baixa cobertura de esgotamento sanitário demandam atenção urgente para a implementação de sistemas eficazes, visando a proteção da saúde pública e a melhoria da qualidade de vida de seus habitantes.

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

2.2.1 Perfil epidemiológico:

O perfil epidemiológico de morbimortalidade é um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos, e resultante da urbanização, das tecnologias e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade.

2.2.2 Indicadores de Nascimento

Na 1ª Macrorregião a proporção de partos cesáreos (54%) permaneceu ao longo dos anos como intervenção prioritária, ao tempo em que as mulheres que fizeram acima de 07 consultas no pré-natal alcançaram uma percentagem de 67%. Quanto ao percentual de baixo peso ao nascer a proporção foi, no mínimo, igual a 8% do total de nascidos vivos. Na série histórica abaixo, não podemos deixar de notar que 1% (109) dos tipos de partos não foi informado ou foi ignorado (excluídos da série).

Quadro 4 - Indicadores de Nascimento (nascimento, tipo de parto, consultas de pré-natal e peso ao nascer) 1ª macrorregião de Saúde:

	NASCIMENTOS	TIPO DE PARTO		CONSULTAS PRÉ-NATAL	PESO AO NASCER
Ano	Nº de Nascidos Vivos	Vaginal	Cesáreo	7 e + Consultas	Baixo Peso (<2.500g)
2019	29290	13168	16103	20187	2247
2020	28347	12911	15409	17774	2055
2021	28376	13081	15267	19130	2163
2022	25599	11420	14144	17634	2021
Total	111612	50580	60923	74725	8486

Fonte: DataSUS, 2023.

2.2.3 Dados natalidade / Faixa etária da mãe

Ao avaliar a faixa etária das mães observou-se, que nas idades entre 10 e 30 anos ocorre uma diminuição do número de nascidos vivos ao longo dos anos, apesar da faixa etária de 21 a 30 anos concentrar o maior volume de nascimentos, quase 50% quando comparado ao total. Houve um aumento na proporção de nascidos vivos de mães com idades de 41 a 50 anos, o que interfere na estrutura etária da macrorregião com a consequente diminuição no número de filhos, pois as mulheres estão tendo filhos cada vez mais tarde.

Quadro 5 - Nascimentos por Faixa Etária da Mãe na 1ª Macrorregião de Saúde:

FAIXA ETÁRIA DA MÃE							
Ano	10-14a	15-20a	21-30a	31-40a	41-50a	51-55a	Total
2019	249	5837	14020	8620	560	4	29290
2020	230	5598	13572	8329	617	0	28346
2021	214	5476	13667	8349	663	7	28376
2022	173	4583	12463	7764	615	0	25598
Total	866	21494	53722	33062	2455	11	111610

Fonte: DataSUS, 2023.

Achado referentes às anomalias ao nascer apresentam-se em crescimento. Acredita-se que causas como infecção pelo Zika vírus podem estar associadas às malformações. E no que se refere aos 61% de casos no estado, devido a 1ª macrorregião ser a mais populosa.

Quadro 6 - Anomalia Congênita na 1ª MRS:

ANOMALIA CONGÊNITA		
ANO	I MACRORREGIÃO DE SAÚDE	PARAÍBA
2019	300	489
202	215	358
2021	237	398
2022	299	456
Total	1051	1701

Fonte: DataSUS, 2023.

2.2.4 Imunização (Cobertura)

Em relação à cobertura vacinal da 1ª Macrorregião, observou-se que ao longo dos anos o alcance das metas ocorreu apenas para os imunobiológicos BCG nos anos de 2019 e 2022, Tríplice viral em 2019 e, a Pneumocócica em 2019.

Algumas situações de desabastecimentos influenciaram os resultados das metas, além das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde em convencer pais e responsáveis sobre a importância da vacinação para proteção de doenças imunopreveníveis além do período relativo à pandemia da Covid 19.

Quadro 7 - Cobertura Vacinal por Imunobiológico na 1ª MRS:

COBERTURAS VACINAIS POR ANO SEGUNDO IMUNO					
UF: PARAÍBA - MICRORREGIÃO I - JOÃO PESSOA					
IMUNO	2019	2020	2021	2022	TOTAL
BCG	96,00	66,62	82,83	95,11	85,05
Hepatite B em crianças até 30 dias	89,38	64,49	81,63	87,16	80,60
Rotavírus Humano	89,71	71,90	65,41	64,40	72,94
Meningococo C	91,26	71,84	64,17	65,39	73,24
Hepatite B	76,04	66,49	64,14	65,78	68,14
Penta	76,03	66,49	64,14	65,78	68,13
Pneumocócica	96,58	77,31	69,15	69,96	78,34
Poliomielite	86,00	67,58	62,82	65,61	70,56
Poliomielite 4 anos	65,73	51,54	44,32	56,53	54,58
Febre Amarela	1,34	14,58	40,98	43,30	25,95
Hepatite A	86,53	62,63	53,96	63,11	66,60
Pneumocócica(1º ref)	88,01	66,75	59,73	66,91	70,39
Meningococo C (1º ref)	87,28	66,99	59,51	66,45	70,10
Poliomielite(1º ref)	78,14	58,50	49,31	57,70	60,96
Tríplice Viral D1	103,59	74,32	64,74	74,57	79,37
Tríplice Viral D2	81,60	48,53	37,88	44,63	53,26

Tetra Viral(SRC+VZ)	12,43	5,22	5,83	10,18	8,44
DTP	0,00	0,00	64,20	65,78	64,98
DTP REF (4 e 6 anos)	58,42	55,62	47,20	55,14	54,13
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	62,16	61,81	51,08	55,75	57,73
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	53,45	22,48	19,33	18,89	28,30
dTpa gestante	75,47	37,06	37,25	40,04	47,15
Varicela	0,00	62,34	54,59	64,76	60,52
Total	74,81	56,55	54,23	59,34	60,97

Fonte: DataSUS, 2023.

2.2.5 Indicadores de Morbidade

Doenças Infecto contagiosas

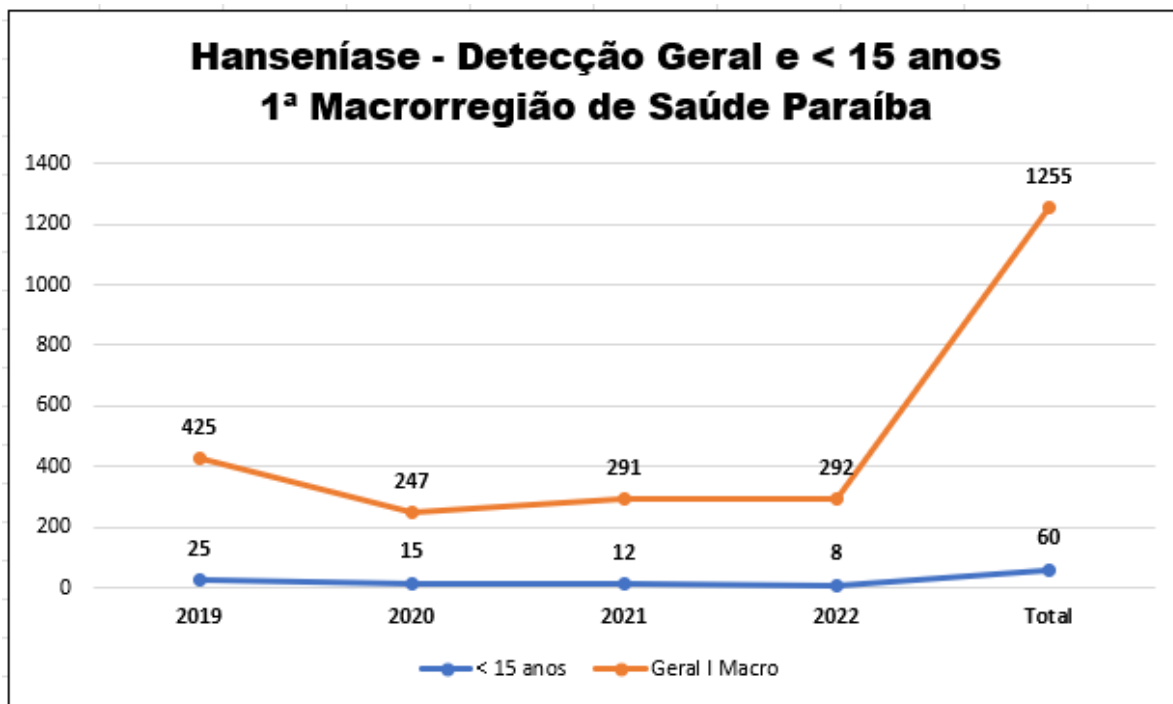
Na análise das séries históricas apresentadas nos Planos das regiões pertencentes à 1ª macrorregião, observou-se uma tendência crescente das várias doenças infectocontagiosas estudadas. Fragilidades na execução de tratamentos, busca ativa dos pacientes, abandono das terapêuticas, falta de insumos e capacitação para diagnósticos são alguns dos obstáculos que impedem uma melhora epidemiológica nesta macrorregião de saúde.

A subnotificação e o preenchimento incorreto das informações apontados em todas as regiões trabalhadas é uma das vulnerabilidades a ser trabalhada junto aos profissionais que atuam na saúde da macrorregião.

Hanseníase

No período de 2019/2022 percebe-se uma redução nos casos diagnosticados da hanseníase com estagnação nos anos de 2021 e 2022 sendo que houve uma diminuição de 32% nos casos em menores de 15 anos no decorrer da série apresentada. Ainda temos permanência ativa da circulação do bacilo, adoecimento precoce e diagnóstico tardio na população porém, percebe-se melhora na detecção da doença.

Gráfico 9 - Hanseníase na 1ª MRS:



Fonte: DataSUS, 2023.

Tuberculose

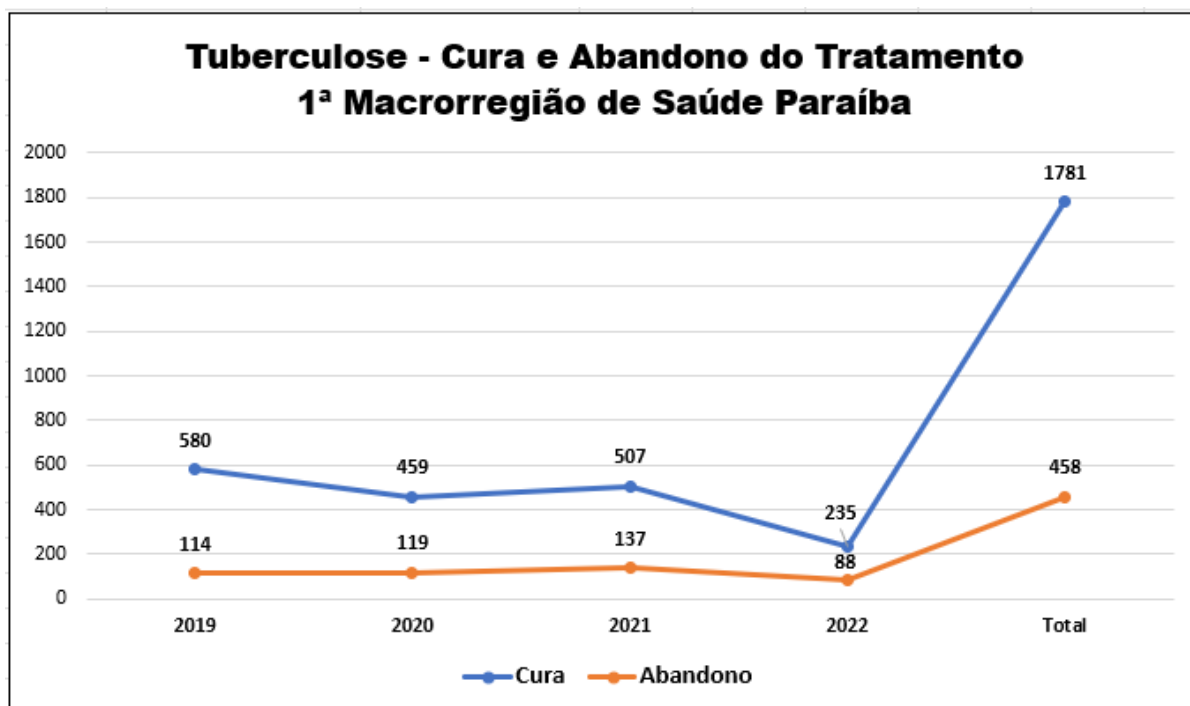
A série histórica estudada (2019/2022) apresenta elevação no número de casos de Tuberculose na 1ª macro, houve diminuição dos casos de abandono do tratamento assim como nos casos de cura.

Quadro 8 - Casos de Tuberculose com Cura e Abandono do tratamento:

TUBERCULOSE				
Ano Diagnóstico	Casos Confirmados	Cura	Abandono	Total
2019	953	580	114	694
2020	786	459	119	578
2021	894	507	137	644
2022	1024	235	88	323
Total	3657	1781	458	2239

Fonte: DataSUS, 2023.

Gráfico 10 - Tuberculose com Cura e Abandono do tratamento na 1ª MRS:



Fonte: DataSUS, 2023.

Sífilis

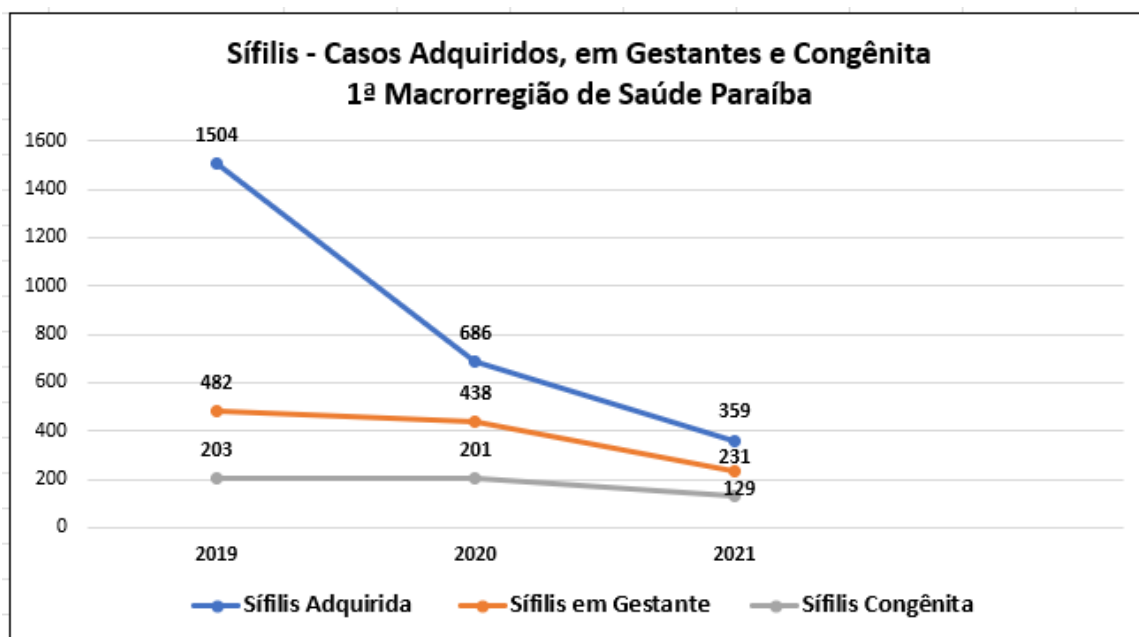
Problema de saúde pública na Paraíba, a Sífilis tem apresentado incidência em gestantes nos últimos anos o que reflete em casos de sífilis congênita. Observa-se tendência de redução na série para todos os casos apresentados, supõe-se ser reflexo do aumento da oferta de testes rápidos, melhora no acompanhamento do pré-natal e ações educativas de promoção da saúde. Ainda há fragilidades na oferta de tratamento adequado e administração da terapêutica completa o que gera como consequência as incapacidades adquiridas pela doença.

Quadro 9 - Sífilis na 1ª MRS:

ANO	SÍFILIS ADQUIRIDA	SÍFILIS EM GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
2019	1504	482	203
2020	686	438	201
2021	359	231	129
TOTAL	2549	1151	533

Fonte: DataSUS, 2023.

Gráfico 11 - Sífilis na 1ª MRS:

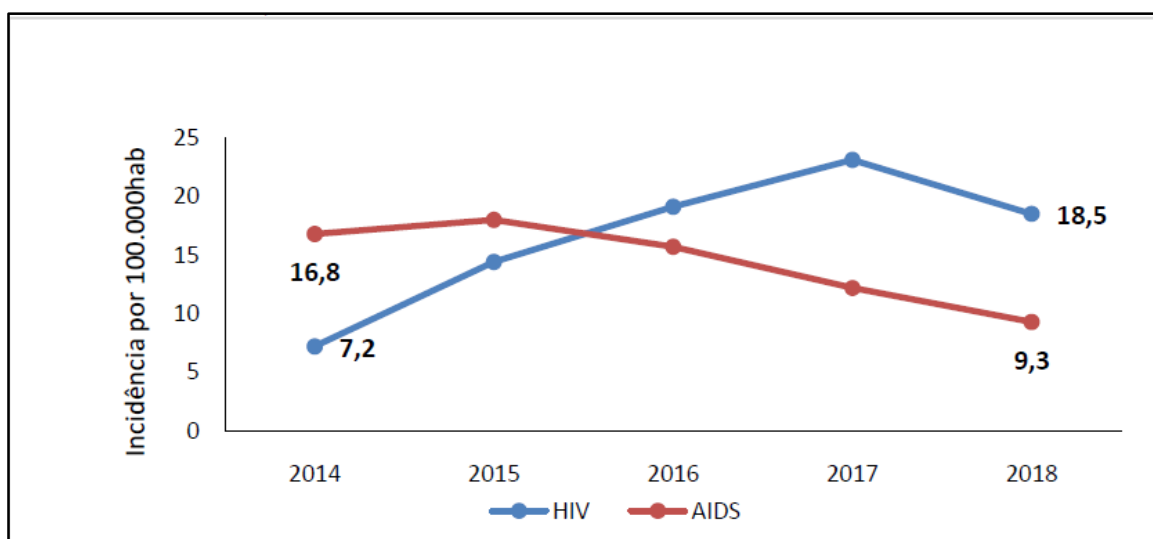


Fonte: DataSUS, 2023.

HIV/AIDS

A partir de 2018 houve uma redução da incidência da doença se comparado aos anos anteriores. Ações de prevenção com oferta de Testes Rápidos, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) juntamente com orientações educativas podem estar refletindo positivamente nestes dados. Assim como, na redução nos casos de AIDS.

Gráfico 12 - HIV/AIDS na 1ª MRS:



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/GOIST/AIDS/HV/SES-PB Nota: dados exportados em 21/02/2019

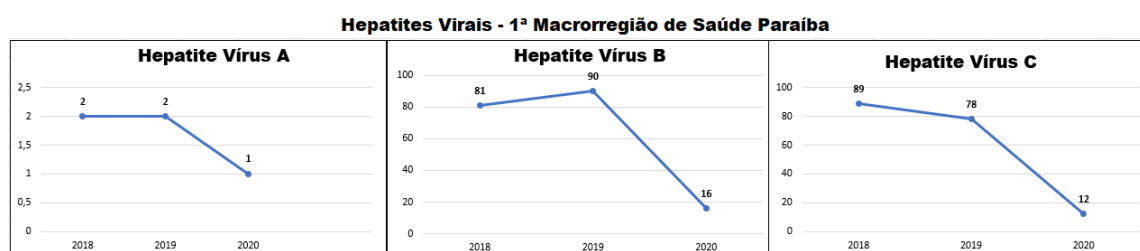
Hepatites

Na análise dos anos 2018 a 2020, observou-se uma incidência decrescente na detecção dos casos notificados para as Hepatites A, B e C.

Quadro 10 - Hepatites na 1ª MRS:

ANO DIAGNÓSTICO	VÍRUS A	VÍRUS B	VÍRUS C	TOTAL
2018	2	81	89	172
2019	2	90	78	170
2020	1	16	12	29
TOTAL	5	187	179	371

Fonte: DataSUS, 2023.



Fonte: DataSUS, 2023.

Arboviroses

Ações de orientações para prevenção de doenças causadas pelo *Aedes Aegypti* são bastante fortalecidas na 1ª macrorregião, porém, ainda existem muitos casos diagnosticados e tratados embora, subnotificados.

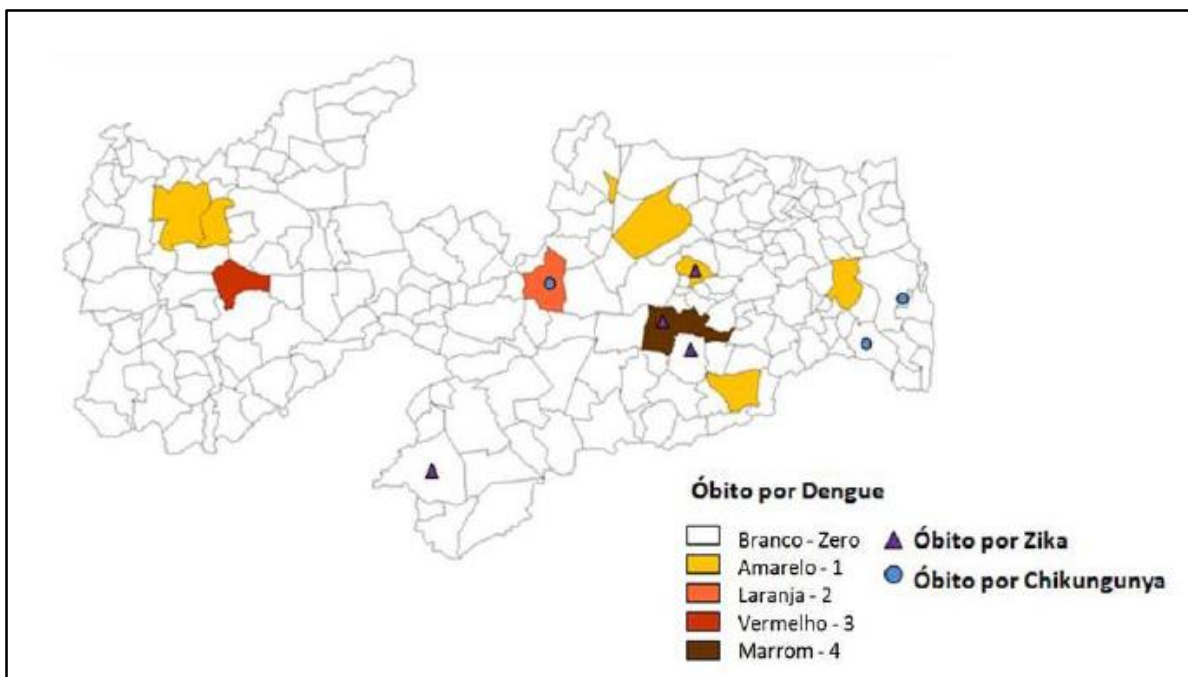
Na análise histórica percebe-se uma tendência crescente nos últimos anos com presença de óbitos por Arboviroses apontando preocupação quanto à assistência e manejo frente aos casos graves.

Quadro 11 - Arbovirose na 1ª MRS:

ANO	DENGUE		CHIKUNGUNYA		ZIKA VÍRUS	
	Nº	INCIDÊNCIA	Nº	INCIDÊNCIA	Nº	INCIDÊNCIA
2016	13.915	717,58	9.690	499,70	1.293	99,16
2017	2.818	145,32	1.322	68,17	91	4,69
2018	3.540	182,55	526	27,12	94	4,84

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(Sinan Online)/NDTA/SES-PB Nota: dados exportados em 29/04/2019

Figura 1 - Óbitos confirmados por arboviroses no período.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Online)/NDTA/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

Doença Meningocócica

Gráfico 13 - Meningite 1ª MRS:

Notificação de Meningite na 1ª MRS entre os anos de 2013 a 2023					
Faixa Etária	Ign/Branco	Alta	Óbito por meningite	Óbito por outra causa	Total
<1 Ano	4	17	8	2	31
01 a 04	-	32	3	-	35
05 a 09	-	21	5	-	26
10 a 14	-	20	6	-	26
15 a 19	-	23	2	2	27
20 a 39	2	42	11	5	60
40 a 59	2	16	9	1	28
60 a 64	1	1	-	-	2
65 a 69	-	1	1	-	2
70 a 79	-	1	-	-	1
Total	9	174	45	10	238

Fonte: DataSUS, 2023.

A faixa etária de 20 a 39 anos apresenta a maior incidência de casos, com 60 registros, e também registra o maior número de óbitos por meningite (11 casos). A faixa etária de menos de 1 ano demonstra vulnerabilidade, com 8 óbitos por meningite.

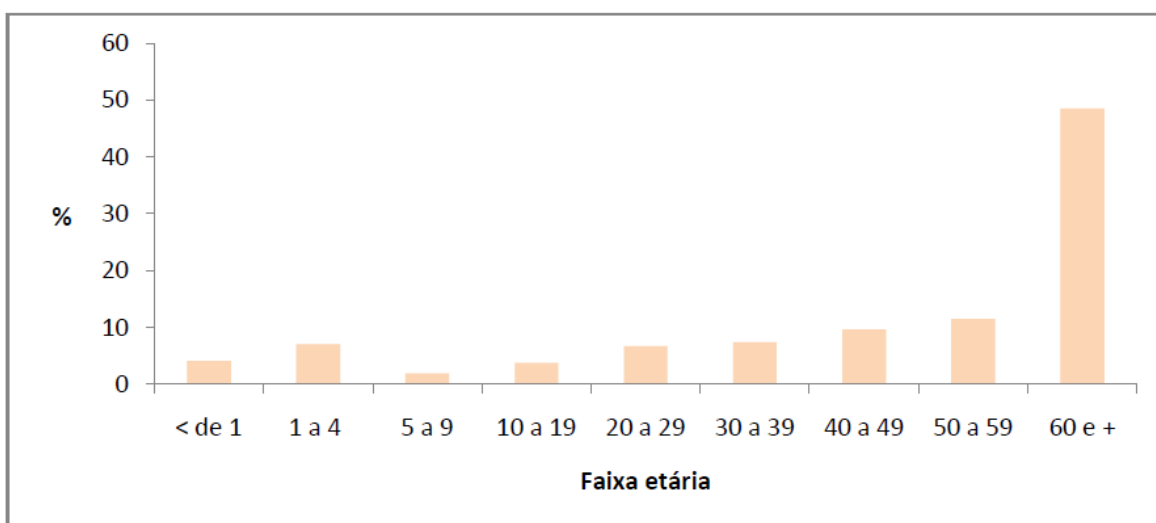
A taxa de incidência por faixa etária revela que todas as faixas analisadas apresentam pelo menos um caso por pessoa. As proporções de óbitos em relação ao total de casos são de 18,9% para óbitos por meningite e 4,2% para óbitos por outras causas.

Esses dados destacam a importância da vigilância contínua, implementação de medidas preventivas, como a vacinação, e a necessidade de direcionar esforços específicos para grupos mais vulneráveis. A conscientização e a ação proativa podem desempenhar um papel fundamental na redução da morbidade e mortalidade associadas à doença meningocócica.

Influenza/SRAG

Em 2018 a 1ª Macrorregião registrou 272 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG UTI em 24 municípios dentre os 64, o que corresponde a aproximadamente 36%. A capital, por ser o município com maior população, registrou a metade dos casos. A idade variou de 21 dias a 101 anos e a faixa etária mais acometida por SRAG UTI foi a de maior de 60 anos com 48,5%.

Gráfico 14 - Influenza/SRAG por faixa etária na 1ª MRS:

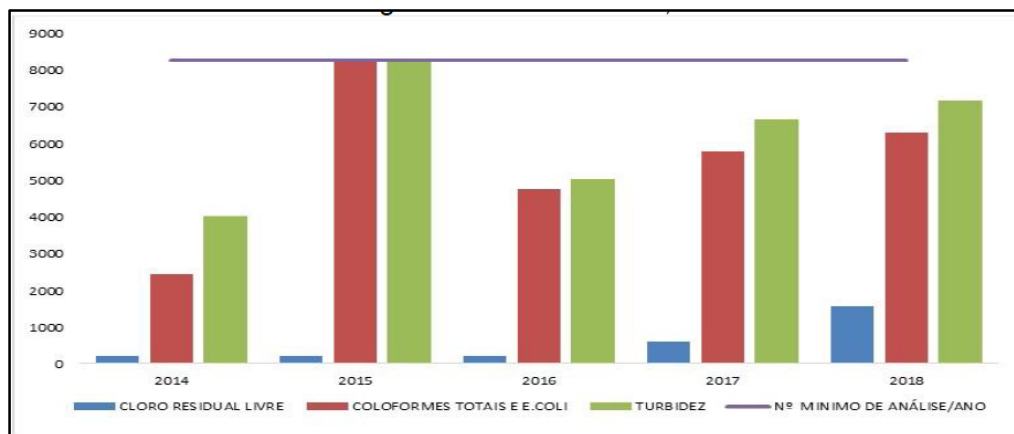


Fonte: SIVEP Gripe/NDTA/SES-PB Nota: dados exportados em 18/02/2019

Vigilância da Água

A 1ª Macrorregião de saúde apresenta crescente aumento no número de amostras realizadas para os parâmetros de cloro residual livre, Coliformes totais / E.coli e turbidez. Em 2014, devido a mudança de versão de SISAGUA ocorreu o menor número de amostras analisadas. No ano de 2015 houve o maior número de análises.

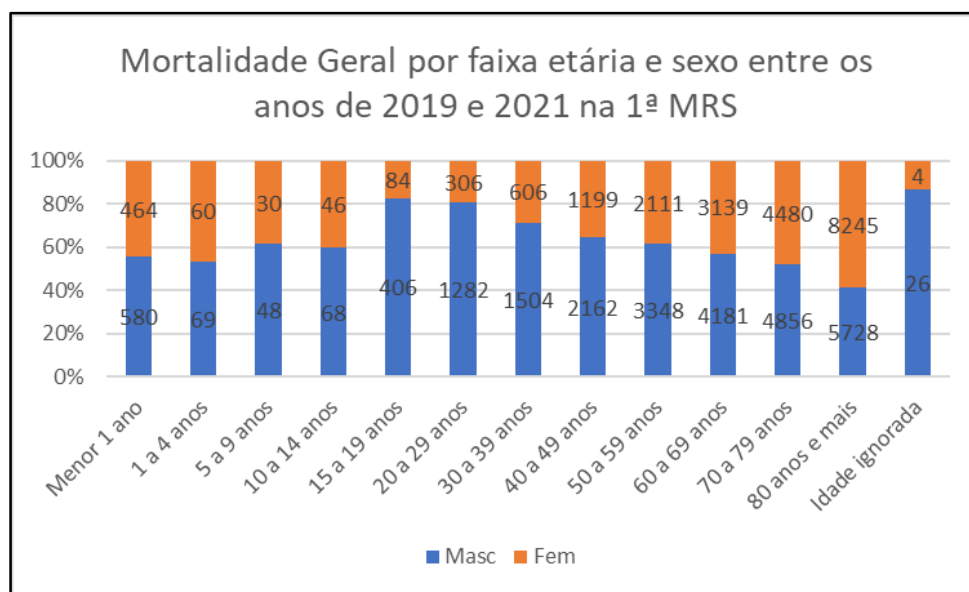
Gráfico 15 - Amostras analisadas na 1ª MRS:



Fonte: SISAGUA/ GOVA/SES-PB Nota: dados exportados em 22/02/2019

Indicadores de Mortalidade (Geral, Infantil, Causas externas)

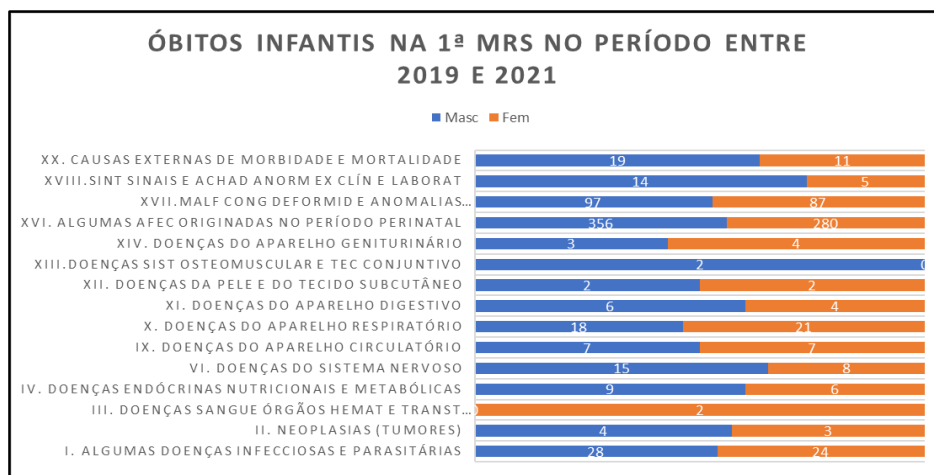
Gráfico 16 - Mortalidade por sexo e faixa etária na 1ª MRS:



Fonte: Datasus, 2023.

Os dados de mortalidade apresentados na tabela acima revelam uma variedade de padrões preocupantes em diferentes faixas etárias e gêneros. A mortalidade infantil, embora tenha diminuído em comparação com as faixas etárias subsequentes, permanece significativa, com uma transição para taxas mais altas na adolescência e no início da idade adulta. A disparidade de gênero é notável, especialmente na faixa dos 15 aos 19 anos. A análise sugere a necessidade de abordagens específicas para cada grupo etário, destacando a importância de estratégias preventivas e de saúde pública direcionadas, a fim de reduzir as taxas de mortalidade e promover o bem-estar geral da população.

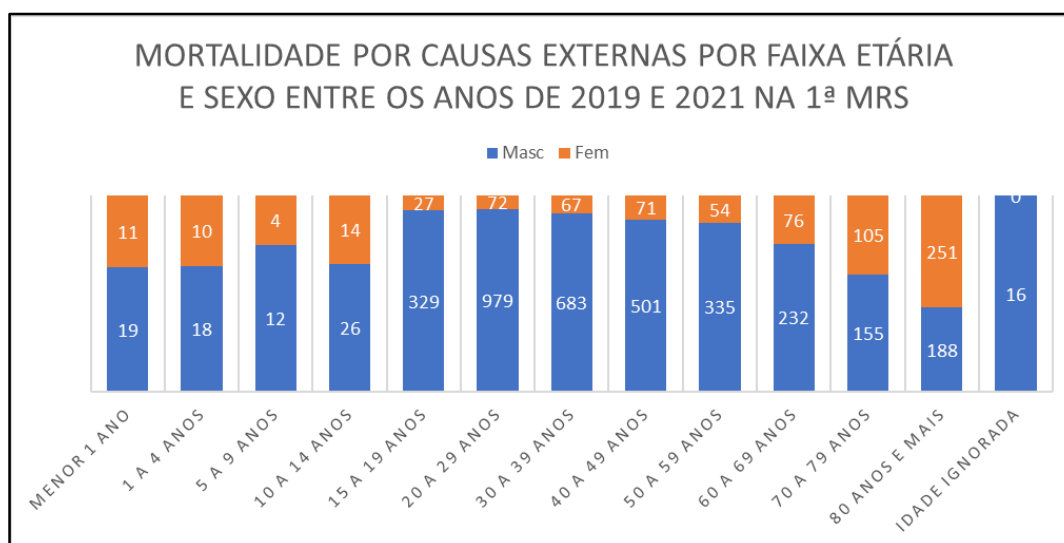
Gráfico 17 - Óbitos Infantis na 1ª MRS:



Fonte: DataSUS, 2023.

A análise dos óbitos infantis de acordo com a CID-10 revela dados alarmantes e distintos em diversas categorias. Doenças infecciosas e parasitárias contribuem significativamente, com 174 óbitos, havendo uma ligeira predominância no gênero feminino. Neoplasias, embora menos frequentes, somam 19 casos, com distribuição equitativa entre os sexos. Notavelmente, as afecções originadas no período perinatal representam uma parcela expressiva, totalizando 2279 óbitos, destacando a vulnerabilidade nesse estágio crítico da vida, com maior incidência no gênero masculino. Considerando todos os capítulos da CID-10, o total de óbitos infantis é de 3886, evidenciando a necessidade de estratégias abrangentes para mitigar essas perdas precoces e reforçar a importância de intervenções médicas preventivas.

Gráfico 18 - Mortalidade Causas Externas na 1ª MRS:



Fonte: DataSUS, 2023.

A análise dos óbitos por residência, sexo e faixa etária na Macrorregião de Saúde I - João Pessoa, no período de 2019 a 2021, revela padrões distintos de mortalidade. Destacam-se as faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos com as maiores incidências, indicando possíveis causas específicas nesses grupos. A análise por sexo mostra uma predominância de óbitos masculinos, especialmente nas faixas etárias mais jovens. A presença significativa de casos com "Idade Ignorada" sugere a necessidade de melhorias na coleta de dados. Além disso, a comparação com outras macrorregiões e uma análise temporal podem oferecer insights adicionais sobre as variações nos padrões de mortalidade. Esses resultados ressaltam a importância de políticas de saúde focalizadas e medidas preventivas adaptadas às características demográficas locais.

3. ANÁLISE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

No decorrer da construção da Análise de Situação de Saúde da 1ª macro, foram encontradas fragilidades em todas as Redes, estas, deverão ser trabalhadas com intuito de suprir as necessidades de saúde do território. Os problemas elencados pelo GTM foram:

3.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

O GTM apontou as necessidades da RAPS conforme descritas abaixo:

- Ausência de leitos de saúde mental habilitados em hospital geral na I Macro, ou seja, leitos cadastrados no CNES ou pactuados no plano regional da RAPS, mas que não foram implantados.
- Dificuldade para manter equipe especializada por 24h em hospitais gerais.
- Assistência inadequada em pronto atendimento de saúde mental.
- Institucionalização de pessoas com doença ou transtorno mental.
- Aumento da judicialização para institucionalização.

3.2 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

As necessidades da RUE conforme levantamento do GTM:

- Fragilidade na Rede de Urgência e Emergência com foco no tempo de resposta na regulação do SAMU.

- Capacidade instalada insuficiente de leitos de média e alta complexidade. Unidade de suporte avançado insuficientes.
- Fragilidade na comunicação da central de regulação no município de João Pessoa. Ausência de UTI na Região.
- Dificuldade na regulação e disponibilidades de leitos de média e alta complexidade.
- Demora no tempo de resposta para o atendimento e estabilização do usuário e melhorar o prognóstico.

3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede da PcD foi apontada como frágil na Macrorregião e com ausência de serviços suficientes para atender toda demanda, segundo análise do GTM.

- Fragilidade na assistência à pessoa com deficiência por insuficiência/inexistência de serviços, principalmente Auditiva, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (poucos serviços para toda a Macro, e concentrados na Capital - altas distâncias e tempo de marcação; órteses e próteses sendo judicializadas).
- Insuficiência de serviços voltados à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.
- Ausência de regulação para referência e contrarreferência para pessoas com deficiência.
- Falta de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva.
- Demanda reprimida para o acompanhamento das pessoas com deficiência.
- Dificuldade no acesso às órteses e próteses.
- Falta de continuidade na assistência.

3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

O GTM da 1ª macro apontou alguns fatores que fragilizam a Rede da Pessoa com Doenças Crônicas sendo que a maior parte das causas, provém da baixa resolutividade da assistência e acompanhamento na Atenção Primária.

- Fragilidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis.

- Elevado número de internações por causas sensíveis à APS.
- Alto índice de DCNT na Macrorregião.
- Baixa oferta de ações de educação popular em saúde.
- Baixa captação de hipertensos na APS.
- Baixa cobertura vacinal com retorno de doenças imunopreveníveis.
- Complicações e sequelas das DCNT.
- Sobrecarga da APS e dos serviços de média complexidade em decorrência das sequelas das DCNT.
- Dificuldade no acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade (cateterismo, ecocardiograma, angioplastia...).
- Insuficiência de profissionais especialistas para atender demanda reprimida para consultas especializadas (endocrinologista, cardiologista, vascular, etc.).
- Elevado número de óbitos prematuros.
- Aumento do tempo de resposta da regulação do acesso.

3.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Fatores que refletem nas condições de saúde da população foram apontados nas causas de competência da Vigilância em Saúde e que, não podem deixar de serem trabalhadas com olhar amplo na Macrorregião. O GTM levantou fragilidades como:

- Elevada incidência de doenças infecciosas e parasitárias na I Macro.
- Condições insalubres por: Falta de tratamento da água; Insuficiência de Esgotamento sanitário adequado.
- Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias.
- Vulnerabilidade da gestão do cuidado de tuberculose e hanseníase (ações, monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos.
- Insuficiência na busca ativa de casos e contatos de pacientes.
- Fragilidade na efetivação dos protocolos de segurança do paciente para infecções cruzadas.
- Surgimento de doenças que estavam erradicadas ou controladas como sarampo.
- Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente arboviroses e hepatites virais (serviços não realizam adequadamente)
- Subnotificações e fragilidades na vigilância em saúde do trabalhador, e na assistência por ausência de serviços de referência regional/macrorregional.

3.6 PROBLEMAS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS (ÁRVORE DE PROBLEMAS)

Quadro 12 - Árvore de Problemas 1ª Macrorregião de Saúde:

CAUSAS	PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
Baixo percentual de hipertensos com PA aferida; Baixa captação de hipertensos na APS; Baixo percentual de pacientes diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada; Horários limitados para acesso à APS; Ausência de linhas de cuidado para DCNT; Deficiência na efetivação da Política de Promoção da Saúde; Acompanhamento ineficiente da Rede; Dificuldade no acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade (cateterismo, ecocardiograma, angioplastia...); Insuficiência de profissionais especialistas para atender demanda reprimida para consultas especializadas (cardiologista, endocrinologista, vascular, oncologista, pneumologista); Pandemia COVID-19 onde houve falta da busca ativa desses doentes na APS.	Fragilidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis na I Macro de 2017 a 2021.	Elevado número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas); Agravamento da condição de saúde e maiores incidências de complicações, maior custo para o SUS; Aumento no número de atendimentos de média e alta complexidade relativos a doenças crônicas; Agravamento das sequelas por tempo de espera; Aumento do tempo de resposta da regulação do acesso; Elevada incidência de DCNT; Aumento de complicações e sequelas das DCNT; Aumento do número de internações por DCNT; Elevada mortalidade por DCNT.
Baixa cobertura de pré-natal em gestantes com pelo menos 6 a 7 consultas, sendo a 1ª consulta até a 12ª semana de gestação; Precariedade de insumos para adequado acompanhamento pré-natal na APS; Insuficiência de consultas especializadas para gestantes de alto risco; Fragilidade de acesso para acompanhamento do pré-natal de alto risco; Fragilidade de acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico para acompanhamento do pré-natal de alto risco; Ineficiência de Planejamento Reprodutivo efetivo; Fragilidade na integração entre a Vigilância em Saúde e APS no desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde; Fragilidade na educação continuada para profissionais que realizam a assistência pré-natal;	Fragilidade no desenho da Rede Materno infantil na I Macro para garantir o acesso às gestantes de alto risco e risco habitual (Dificuldade na referência para gestantes de alto risco na hora do parto, baixa cobertura do pré-natal de alto risco e alto índice de gravidez na adolescência).	Alta incidência de sífilis congênita; Falta de encaminhamento em tempo oportuno para referência em gestação de alto risco; Baixa qualidade da assistência pré-natal; Capacidade instalada insuficiente para receber gestantes encaminhadas nos serviços de referência; Retorno de doenças imunopreveníveis; Alto número de mortalidade infantil por causas evitáveis; Alto número de mortalidade materna por causas evitáveis; Ausência de diagnóstico precoce de alterações na gestação; Baixa cobertura vacinal; Alto índice de gravidez na adolescência; Elevado casos de óbitos infantis até 5 anos de vida no período de 2017 a 2020; Fragilidade no acesso/regulação hospitalar das gestantes de alto risco

CAUSAS	PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
Baixa adesão dos municípios ao uso dos instrumentos de classificação de risco gestacional.		no momento do trabalho de parto e/ou intercorrências.
Priorização de ações para controle da Covid-19 e outras demandas; Deficiência na efetivação da Política de Promoção da Saúde; Condições insalubres por: Falta de tratamento da água; Insuficiência de Esgotamento sanitário adequado; Falta de busca ativa em novos casos e em pessoas de parentesco; Fragilidade nas ações de acompanhamento dos casos de TB; Fragilidade na busca ativa de casos e contatos de pacientes com TB; Deficiência na coleta de exames de TB de contato examinados; Fragilidade na efetivação dos Protocolos de segurança do paciente para infecções cruzadas.	Elevada incidência de doenças infecciosas e parasitárias na I Macro	Surgimento de doenças que estavam erradicadas ou controladas como sarampo; Diminuição da detecção oportuna de casos novos de hanseníase e tuberculose; Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias; Aumento dos riscos de transmissão de Hanseníase na população; Aumento dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias; Óbito infantil por causas evitáveis; Demanda reprimida de exames laboratoriais; Ausência de Encerramento dos tratamentos de casos de TB no Sinan (2016/2020); Aumento dos riscos de transmissão de TB na população.
Dificuldade na realização do exame de escarro para diagnóstico; Insuficiência na busca ativa de casos e contatos de pacientes; Dificuldade no início do tratamento, devido demora em fechar o diagnóstico; Pouca procura por parte da população; Dificuldade no monitoramento desses pacientes em relação aos sistemas de notificação.	Vulnerabilidade da gestão do cuidado de tuberculose e hanseníase (ações, monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos)	Elevado número de casos na Região; Aumento dos riscos de transmissão na população.
Leitos cadastrados no CNES ou pactuados no plano regional da RAPS, mas que não foram implantados; PPI desatualizada; Dificuldade para manter equipe especializada por 24h em hospitais gerais.	Ausência de leitos de saúde mental habilitados em hospital geral na I Macro	Assistência inadequada em pronto atendimento de saúde mental; Institucionalização de pessoas com doença ou transtorno mental; Agravamento da condição de saúde mental; Aumento da judicialização para institucionalização.
Municípios polos não conseguem cumprir o que pactuam por não ter o serviço ou por não ter oferta suficiente para a demanda; Má distribuição dos serviços nas regiões; Ausência ou não uso de protocolos clínicos de acesso a exames e consultas especializados; Ausência ou não uso de classificação de risco para condições crônicas;	Dificuldade no cumprimento da oferta de serviços dos municípios executantes da PPI na I Macro (municípios executores não conseguem cumprir pactuação)	Dificuldade para garantia de acesso à ações e serviços de média e alta complexidade; Municípios que dependem exclusivamente de serviços ofertados pelo estado; Fragilidade no cuidado longitudinal; Complicações de condições de saúde por espera de exames e consultas.

CAUSAS	PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
Falta de prestadores de serviço; Fragilidades na regulação da atenção especializada de média complexidade; Subfinanciamento federal com tabela SUS defasada.		
Falta de profissionais especialistas; Tabela SUS desatualizada quanto a questão de pagamento desses exames; Dificuldade de acesso às consultas e exames de média complexidade e alta complexidade; Alto custo dos serviços de média e alta complexidade; PPI desatualizada: quanto ao número de procedimentos pactuados com os municípios de referência; e quanto a inserção de novos municípios de referência.	Regulação ambulatorial: Deficiência na regulação de acesso às consultas, exames, procedimentos, cirurgias e internações na MAC. Regulação hospitalar: Dificuldade na regulação de leitos hospitalares para internação na CIH (Central de Internação Hospitalar), Central Estadual de Regulação Hospitalar (Obstetrícia e Covid) e NIR (Núcleo Interno de Regulação) Metropolitano	Demanda reprimida de exames na região; Alto custo para terceirização desses serviços; Exames de imagem, a exemplo da mamografia, precisam ser contratados, gerando baixo número de registro desses exames, não retratando a real necessidade; Perda de recurso por processamento inadequado, por falta de estrutura no registro adequado da produção; Dificuldade no acesso às consultas e procedimentos de especialidades, como: cardiologia, ortopedia, vascular; Demanda reprimida, para consultas de média complexidade relacionadas à consulta em cirurgia vascular.
Capacidade instalada insuficiente de leitos de média e alta complexidade; Unidade de suporte avançado insuficientes; Baixa resolutividade da APS; PPI desatualizada; Dificuldade de uma base legal que oriente e justifique o rateio entre os municípios; Centralização na regulação do SAMU; Fragilidade na comunicação da central de regulação no município de João Pessoa; Ausência de UTI na Região; Dificuldade na regulação e disponibilidades de leitos de média e alta complexidade; Demora no tempo de resposta para o atendimento estabilização do usuário e melhorar o prognóstico.	Fragilidade na Rede de Urgência e Emergência com foco no tempo de resposta na regulação do SAMU	Permanência maior nas UPAS ou hospital por demora na liberação de leito; Maior custo para o SUS; Agravamento das condições de saúde e maiores incidências de complicações; Forte impacto financeiro na manutenção dos serviços; Aumento do tempo de espera para atendimento aos usuários; O atendimento de urgência e emergência não é realizado em tempo oportuno; Aumento de óbitos e sequelas de doenças cardiovasculares; Aumento de óbitos por causas externas.
Insuficiência de serviços voltados à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; Ausência de regulação para referência e contrarreferência para pessoas com deficiência; Falta de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva.	Fragilidade na assistência à pessoa com deficiência por insuficiência/inexistência de serviços, principalmente Auditiva, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.	Demanda reprimida para o acompanhamento das pessoas com deficiência; Dificuldade no acesso às órteses e próteses; Fragilidade na regulação de pacientes; Falta de continuidade na assistência.

CAUSAS	PROBLEMAS	CONSEQUÊNCIAS
	<i>(poucos serviços para toda a Macro, e concentrados na Capital - altas distâncias e tempo de marcação; órteses e próteses sendo judicializadas)</i>	
Equipe insuficiente voltadas à saúde do trabalhador; Ausência de atendimentos e ações voltadas às doenças relacionadas ao trabalho; Ausência de ações de prevenção dos agravos à saúde do trabalhador; Despreparo dos profissionais da APS em relação à saúde do trabalhador; Ausência de implementação das políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador; Fragilidade no preenchimento do campo “ocupação” da ficha de notificação do Sinan.	Subnotificações e fragilidades na vigilância em saúde do trabalhador, e na assistência por ausência de serviços de referência regional/macrorregional	Subnotificações de acidentes relacionados ao trabalho; Fragilidade dos dados epidemiológicos relacionados à saúde do trabalhador; Aumento dos agravos à saúde do trabalhador.
Falta de sensibilização dos profissionais no que diz respeito às notificações referentes à vigilância epidemiológica; Fragilidade na busca ativa de casos; Baixa oferta de ações de educação popular em saúde voltadas para esses agravos; Baixo envolvimento da população no autocuidado e no cuidado da comunidade.	Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente arboviroses e hepatites virais <i>(Serviços não realizam adequadamente)</i>	Fragilidade nas ações de prevenção, manejo, controle e monitoramento destes agravos; Elevada incidência dos casos prováveis de dengue, Chikungunya e Zika na Região (2016/2020).
Alto índice de DCNT na Região; Deficiência de profissionais especialistas (endocrinologista, cardiologista, vascular, etc.); Baixa cobertura do pré-natal; Baixa oferta de ações de educação popular em saúde; Baixa resolutividade da APS; Dificuldade no acesso de exames específicos; Baixa cobertura vacinal.	Elevado número de internações por causas sensíveis à APS <i>(Problema no nível hospitalar, consequência para a Rede de Atenção)</i>	Aumento dos gastos; Complicações e sequelas das DCNT; Retorno das doenças imunopreveníveis (sarampo, etc.); Sobrecarga da APS e dos serviços de média complexidade em decorrência das sequelas das DCNT.

3.7 MATRIZ GUT DE PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Abaixo a priorização dos problemas elencados na 1ª Macrorregião de Saúde.

Observa-se que a pontuação maior refere à fragilidade no cumprimento da oferta de serviços pactuados em PPI. Porém, em análise nas diversas discussões com o GTM e em CIR, foi pontuado a governabilidade do Grupo na resolução deste problema, optando-se por ser trabalhado à parte durante a construção da Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade - PAMAC, coordenado pela GEPLAG.

A partir disto, o problema prioritário a ser trabalhado inicialmente na 1ª Macrorregião de Saúde abrange a Rede materno infantil e trata da “**Fragilidade no fluxo da Rede Materno infantil para garantir o acesso às gestantes de alto risco e risco habitual**”.

Quadro 13 - Macroproblemas priorizados 1ª MRS:

POSIÇÃO	MACROPROBLEMAS	NOTAS (5 A 1)
1	Dificuldade no acesso e no cumprimento da oferta de serviços dos municípios executantes da PPI (municípios executores não conseguem cumprir pactuação) - Defasagem nos quantitativos físicos e financeiros da tabela de procedimentos SUS/PPI - Falta de estudo de fluxo de pactuações (onde e quanto pactua; e onde e quanto executa) - Falta de complexo regulador estadual; e de centrais de regulação regionais e dos municípios executores, com monitoramento do uso das pactuações; - Necessidade de novas ações programáticas; - Descontinuidade dos contratos com os especialistas (licitação); - remanejamentos burocráticos e demorados.	4,57
2	Fragilidade no fluxo da Rede Materno infantil para garantir o acesso às gestantes de alto risco e risco habitual - Dificuldade na referência para gestantes de alto risco na hora do parto; - Baixa cobertura do pré-natal de alto risco; - Alto índice de gravidez na adolescência; - Falta resolutividade na APS no pré-natal de risco habitual; - Serviços de risco habitual fechando por Insuficiência financeira.	4,43
3	Insuficiência dos serviços especializados - consultas - subespecialidades da pediatria, reumatologia, endocrinologista, nefrologista, cirurgia vascular; - Apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade (tomografia, ressonância, cintilografia); - Mamografia contratualizada - problemas no CNEs (não alimentação do SIS), na produção, e aumento do custo; - Demora ou não alimentação do SIS por parte dos prestadores, havendo perda de informações referentes ao cumprimento da PPI, não refletindo a realidade do que é executado (atualizar em tempo oportuno para que esteja fiel a disponibilidade de profissionais, equipamentos e serviços).	4,41

4	Regulação ambulatorial: Deficiência na regulação de acesso às consultas, exames, procedimentos, cirurgias na MAC . Regulação hospitalar: Dificuldade na regulação de leitos hospitalares para internação na CIH (Central de Internação Hospitalar), Central Estadual de Regulação Hospitalar (Obstetrícia e Covid) e NIR (Núcleo Interno de Regulação) Metropolitano - Falta de acesso e conhecimento da "fila de espera" para consulta e procedimentos da MAC.	4,41
5	Fragilidade na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: - Dificuldade no acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade (cateterismo, ecocardiograma, angioplastia, entre outros) - Insuficiência de profissionais especialistas para atender demanda reprimida para consultas especializadas (cardiologista, endocrinologista, vascular, oncologista, pneumologista, entre outros)	4,16
6	Fragilidade na Rede de Urgência e Emergência com foco no tempo de resposta na regulação do SAMU - Faltam mais Unidades de Suporte Básico e Avançado (14ª e 2ª Regiões)	3,95
7	Ausência de leitos de saúde mental habilitados em hospital geral - Dificuldade de implantação do leito de saúde mental em hospital geral, pela dificuldade de adesão por parte dos serviços (hospitais) em implantar. Pela falta de profissionais qualificados; - Escassez de profissionais qualificados para atuarem na assistência da Saúde Mental;	3,78
8	Elevado número de internações por causas sensíveis à APS	3,70
9	Fragilidade na assistência à pessoa com deficiência - Insuficiência de serviços, principalmente Auditiva, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências. - Poucos serviços para toda a Macro, e concentrados na Capital - altas distâncias e tempo de marcação; - Órteses e próteses sendo judicializadas; - Concentração de serviços na capital.	3,62
10	Elevada incidência de doenças infecciosas e parasitárias	3,05
11	Vulnerabilidade da gestão do cuidado de tuberculose e hanseníase (ações, monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos)	3,05
12	Subnotificações e fragilidades na vigilância em saúde do trabalhador, e na assistência por ausência de serviços de referência regional/macrorregional - Desvalorização da Política; - Falta de priorização de ações de prevenção e promoção da saúde voltadas ao trabalhador; - Fragilidade na Educação Permanente com tema na saúde do trabalhador.	2,78

A partir da avaliação da “Árvore de Problemas” especificou-se as Prioridades Sanitárias da 1ª macrorregião dando-se continuidade no processo de construção do planejamento para resolução das necessidades de saúde e vazios assistenciais com a Priorização dos Problemas através da matriz GUT. Nesta, os técnicos e gestores puderam pontuar por Gravidade/Urgência/Tendência essas fragilidades.

Foi pactuado entre os atores dos grupos condutores que as prioridades relacionadas à Atenção Primária, Regulação e Pactuação seriam trabalhadas de forma transversal, ao se trabalhar as Redes Temáticas prioritárias para o SUS.

Quadro 14 - Prioridades Sanitárias da 1ª MRS:

PRIORIDADES SANITÁRIAS
Definir a Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora da Rede, coordenadora do cuidado e centro de comunicação, sendo base, com definição de ações, para toda Rede temática e/ou linha de cuidado que seja desenhada.
Qualificar as ações de regulação do sistema, por meio da ampliação e modernização dos serviços e sistemas, permitindo maior controle e avaliação, e garantindo o acesso da população a consultas, exames e procedimentos ambulatoriais e hospitalares em tempo oportuno.
Reorganizar a oferta de serviços de Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar , de forma regionalizada e hierarquizada, por meio de cooperação entre municípios e estado, compondo de forma transversal as Redes de Atenção à Saúde, a fim de garantir o acesso da população a consultas, exames e procedimentos ambulatoriais e hospitalares de acordo com suas necessidades de saúde.
Fortalecer a Rede de Atenção Materno Infantil , com organização de serviços ambulatoriais e hospitalares considerando o espaço macrorregional, para o risco habitual e principalmente para o alto risco.
Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ampliando a capacidade instalada dos serviços existentes, e implantando novos serviços considerando o espaço macrorregional, com foco na atenção às crianças com transtornos.
Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com desenho de Rede/Linha de cuidado considerando o espaço macrorregional, com foco na Hipertensão, diabetes, oncologia, Doenças Arteriais Coronarianas.

Organização das RAS conforme as Prioridades Sanitárias

A construção da Modelagem da RAS na 1ª Macro foi um processo estruturado e colaborativo, realizado por meio de oficinas remotas e presenciais. Este processo envolveu várias etapas essenciais, cada uma com objetivos específicos: diagnóstico inicial, onde foram identificadas as necessidades e desafios da rede de atenção à saúde (RAS) na 1ª Macro; planejamento estratégico, com a elaboração de um plano de ação detalhado, definindo metas e estratégias para a implementação da modelagem; desenvolvimento da modelagem, validação e ajustes, revisando e refinando os modelos propostos com base em feedbacks nas reuniões dos Grupos de Trabalho. Essas etapas permitiram ao Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) avançar de forma significativa nas propostas, garantindo uma abordagem integrada e eficiente para a modelagem da RAS.

3.8 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL (REDE ALYNE)

A Rede Materno Infantil na 1ª Macrorregião foi escolhida como prioritária para iniciar o planejamento macrorregional para superação das fragilidades/necessidades encontradas.

Embora aprovada em CIR e CIB em dezembro de 2023 a modelagem do parto de alto risco, em 2024 foi atualizada pelo GTM e área técnica a modelagem referente ao pré-natal e parto de risco habitual e intermediário.

Foi lançada neste ano a Portaria 5.350 de 12 de setembro de 2024 a qual traz inovações relacionadas a novos exames incorporados no pré-natal, com triplicação do repasse para estados e municípios; incentivo para bancos que suprirem a demanda local de leite materno nas UTIs neonatais; novo modelo de financiamento por nascido vivo, por local de residência e município do atendimento; incremento no repasse para leitos, com aumento de valor para Unidades de Cuidado Neonatal Canguru (UCINca) em 240% e, com uma nova denominação REDE ALYNE.

3.8.1 Potencialidades Identificadas na Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e

Puerpério:

Os serviços na 1ª Macrorregião tem capacidade de suprir a maior parte das demandas de assistência ao pré-natal, parto e puerpério da macrorregião.

O fluxo do Parto de Alto Risco na Maternidade Frei Damião está bem estabelecido, onde contemplou as Gestantes de alto risco das comunidades indígenas.

No Hospital Edson Ramalho houve redução do fluxo de gestantes, o serviço está focando no perfil de partos de risco habitual.

Os serviços do município de João Pessoa têm recebido menos de 15% de gestantes provenientes de outras regiões, indicando maior resolutividade das regiões de origem.

No Hospital Geral de Mamanguape, houve ausência de superlotação de partos, demonstrando melhora no fluxo de atendimento.

As qualificações para o fortalecimento da APS já iniciaram em 2023. As Oficinas estão sendo reproduzidas em todas as Regiões – estratificação de risco, suporte da Rede Cuidar.

3.8.2 Fragilidades Identificadas na Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério:

- Ausência de Serviço Hospitalar para Parto de Alto Risco na 2ª Região de Saúde.
- Necessidade de implantação de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera nos municípios que atendem partos de alto risco, como Guarabira.
- Recursos Humanos: escassez de profissionais especializados para assistência ao parto de risco habitual e alto risco nas regiões. Necessidade de abertura de edital para contratação de obstetras, ultrassonografistas, pediatras, entre outros.
- Os serviços de João Pessoa estão sobrecarregados por falta de regulação adequada. Usuários dos municípios de Bayeux, Cabedelo e Santa Rita deságuam em João Pessoa sem o devido encaminhamento.

O Censo de Leitos não abrange os hospitais municipais de João Pessoa, dificultando a gestão eficiente dos recursos.

3.8.3 Desenho de Rede proposto

3.8.3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS na 1ª macrorregião é composta pelas Unidades Básicas de Saúde onde oferece serviços de saúde e acompanhamento do pré-natal da mulher e do parceiro, puerpério, puericultura e planejamento familiar, realização de exames de testes rápidos, visita domiciliar, orientações educativas, tratamento de patologias, vacinação, acompanhamento odontológico. E, no caso de estratificação de risco individual das gestantes, que apresente a necessidade de um pré-natal de alto risco, há o encaminhamento para os serviços ambulatoriais especializados. É a Atenção Primária que vincula a gestante ao hospital/maternidade para o parto conforme a estratificação de risco.

Todos os municípios da 1ª macrorregião possuem Unidades Básicas de Saúde, porém, ainda não possuem uma cobertura de 100% em todos eles.

Propostas:

- Fortalecer a APS como coordenadora da Rede – qualificar os profissionais, estratificar o risco das gestantes (seguir deliberação CIB).
- Ter a educação permanente das equipes dos diferentes níveis de atenção como eixo estruturante da Rede.

- Educação permanente de forma descentralizada.

3.8.4 Atenção Secundária à Saúde

Os serviços que prestam atendimento à gestante na atenção secundária dentro da 1ª macrorregião são os ambulatórios de pré-natal de alto risco, presentes em estrutura específica ou dentro de algumas Unidades Hospitalares ou Policlínicas, e ambulatório de egressos. Oferecem serviços para o pré-natal e puerpério de alto risco, primeiro atendimento ao recém-nascido, exames e consultas especializadas, orientações educativas, complementação do plano de cuidado da gestante elaborado na APS. Atendimento guiado por protocolos e diretrizes clínicas vigentes.

Propostas:

- Criar comitês permanentes de discussão com serviços e com gestores
- Fortalecer regulação com a qualificação dos profissionais sobre o fluxo da regulação estadual da Rede Cegonha.
- Suporte da Rede Cuidar para pacientes de Risco Intermediário.

Necessidade de pontos de atenção secundários (ambulatórios de alto risco) na 2ª e 12ª regiões de saúde.

- Exames laboratoriais – Ideal investir no transporte adequado dos materiais/amostras.
- Laboratório de Apoio Diagnóstico por RS (dentro de uma Unidade Hospitalar).
- Exames de imagem mais complexos nos municípios que atendem alto risco na Região de Saúde.

Melhorias dos serviços:

Houve a implementação do serviço municipal do Ambulatório do Centro de Referência da Mulher no município de Guarabira (2ª Região) - atende 17 municípios.

Já houve a implantação do Ambulatório de Alto Risco em Itabaiana - regulado pelo Estado. Porém, ainda há necessidade do fortalecimento do vínculo para fluxo acontecer na região - necessidade de repassar a existência do serviço para população.

Já funciona o Ambulatório no Hospital Edson Ramalho - para crianças de alto risco (ambulatório de egresso).

Previsão de implantação

Ambulatório de Alto Risco junto ao Hospital Regional de Guarabira para atender a região - previsão para dezembro de 2024.

3.8.5 Atenção Terciária à Saúde

Na 1ª macrorregião de saúde encontramos serviços de atenção terciária que completam a rede e são compostos por Hospitais/Maternidades para parto de risco e habitual, Casa da Gestantes, Bebê e Puérpera, Hospital pediátrico. Serviços que acompanham e monitoram a gestante de alto risco, atende as intercorrências durante e após a gestação, garantem o acolhimento, orientação, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e aos recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado, atendimento de casos pediátricos de alta e média complexidade, consultas e exames especializados.

No que se refere ao itinerário terapêutico para o parto, existe uma pactuação com a 2ª macrorregião, mais especificamente município de Campina Grande com parte dos municípios da 2ª e 12ª Regiões de Saúde, devido a malha viária. Os municípios que realizam este acesso são: na 12ª Região - Ingá, Riachão do Bacamarte, Juarez Távora e Itatuba e, na 2ª Região – Cacimba de Dentro e Casserengue.

Propostas:

Vincular serviço de parto com municípios de referência – saber para onde encaminhar.

Definição e pactuação de protocolos:

- De Acesso – com fluxo definido para parto e para avaliação do risco intermediário (para avaliar a real necessidade de acessar o alto risco);
- De regulação – definir com clareza papéis do estado e dos municípios polos; melhorar comunicação, de preferência utilizando um sistema informatizado.

Regulação: serviços de alto risco disporem de estrutura adequada (equipamentos e RH) para o funcionamento 24h.

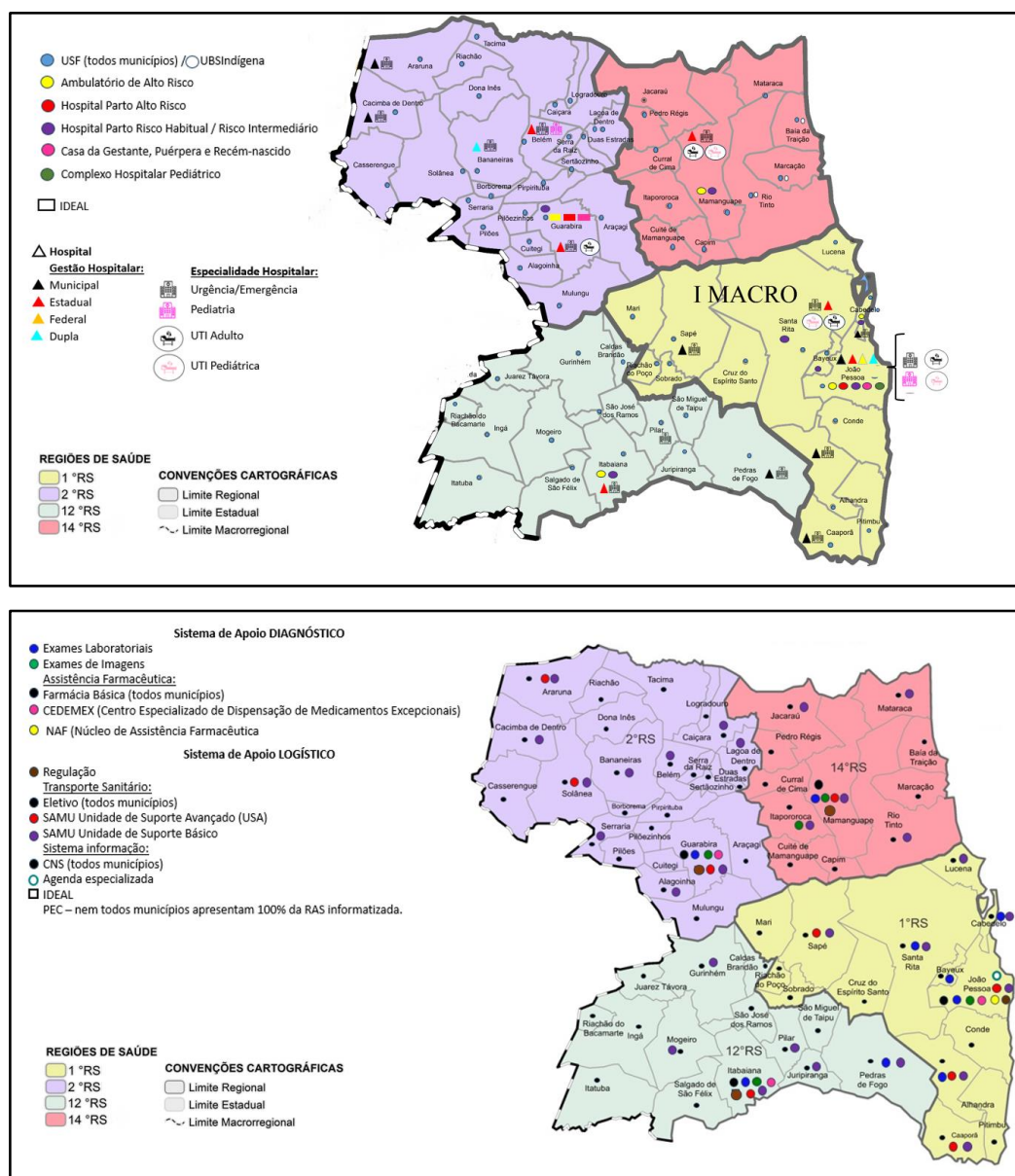
Previsão de implantação

Serviço hospitalar de retaguarda na 2ª Região - em Belém - retaguarda para Guarabira.

De acordo com os Mapas dos Pontos de Atenção por nível de atenção e os Sistemas de Apoio e Logístico, definiu-se:

- Implantação de serviços de Ambulatório de Alto Risco na 2ª Região (Guarabira).
- Implantação de Hospital para Parto de alto risco e casa da Gestante, Bebê e Puerpera na 2ª região, município de Guarabira.
- Implementação/qualificação dos serviços para atendimento à gestante no Hospital da 2ª Região em Belém.
- Implementação da Rede de Urg./Emerg. com SAMU Cegonha em todas Regiões da Macro.

Figura 2 - Mapas de Serviços de Saúde e Apoios na 1ª Macrorregião de Saúde - Modelagem da Rede Cegonha



Processos

Recursos humanos:

Frente à discussão sobre escassez de profissionais especializados para assistência ao parto de risco habitual e alto risco nas regiões, a proposta é abertura de edital para contratação de obstetras, ultrassonografistas, pediatras, entre outros.

Regulação:

O serviço de Regulação tem se apresentado com bom funcionamento nos Hospitais Regionais da 1ª macrorregião e a presença de profissional obstetra para suporte na regulação durante 24 horas tem melhorado esse fluxo.

Já está em desenvolvimento em processo de finalização uma ferramenta para levantamento dos leitos existente, porém o maior desafio ainda é a falta de recursos humanos, pois a portaria referente aos fluxos já está em vigor.

Processo de trabalho e Educação permanente:

Relativo ao processo de trabalho, a discussão foi sobre a necessidade de qualificação em acolhimento e novos protocolos para guiar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. A proposta foi a realização de Educação Permanente de forma descentralizada e, tentar aperfeiçoar/implantar a estratificação de risco dentro do e-SUS PEC.

3.9 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

3.9.1 As principais fragilidades identificadas:

As modalidades CAPS I e II – apresentam dificuldade na implantação devido à limitação imposta pelo critério populacional, sendo necessária a integração com outros municípios para atender ao critério exigido. Nesse sentido, nem todos os municípios têm interesse em custear o serviço para ofertá-lo de forma regionalizada.

- A 12ª Região é identificada como a região mais descoberta, apresentando maior vazio assistencial;
- Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)– apresenta uma implantação baixa na 1ª Macrorregião, sendo presente somente em João Pessoa uma unidade masculina de gestão estadual;

- UAI (Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil) em João Pessoa não possui habilitação;
- Não há Centro de Convivência implantado na 1ª Macrorregião;
- Alguns serviços de CAPS se mantêm sem habilitação, como por exemplo, Bayeux;
- SRT (Serviço de Residência Terapêutica) - sem habilitação os 3 de João Pessoa;
- Leito de saúde mental (01) habilitado apenas em Itabaiana, nas demais regiões da 1ª Macro apenas com previsão de quantitativo a ser implantado.

3.9.2 Desenho de Rede proposto

Atenção Primária à Saúde

A APS na 1ª macrorregião é composta pelas Unidades Básicas de Saúde devem identificar precocemente as pessoas que apresentam sofrimento e/ou transtorno mental (incluindo álcool e outras drogas), oferece serviços de saúde e acompanhamento dos pacientes que apresentam sofrimento psíquico, ofertando acolhimento com escuta qualificada, atendimento humanizado, consultas clínicas de acompanhamento, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, práticas integrativas complementares, ações de promoção da saúde mental, acompanhamento multiprofissional (e-multis) e equipes de consultório na rua. Além disso, faz parte do escopo da APS acompanhar as pessoas com quadros clínicos e psicossociais estáveis, leves e moderados, a partir de interlocução permanente com os serviços especializados em saúde mental de referência. Também é importante encaminhar, de forma responsável e assertiva, as pessoas com quadros clínicos psicossociais de maior complexidade, conforme o fluxo local.

Propostas:

Implantação de Consultório de Rua em Guarabira (2ª região).

Atenção Secundária

Os serviços de atenção especializada na 1ª macrorregião da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II e III, CAPS AD e AD III, e Capsi. Esses centros oferecem atendimento multiprofissional com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros,

proporcionando acolhimento diurno e noturno para casos de maior complexidade, além de atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial.

As Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Infanto-Juvenil (UAI) fornecem acolhimento temporário para adultos e crianças/adolescentes em situação de vulnerabilidade, oferecendo apoio psicossocial e promovendo a reintegração social. O Serviço de Residência Terapêutica (SRT) disponibiliza moradia assistida para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, auxiliando na reintegração social e na promoção da autonomia dos residentes. A Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) realiza intervenções especializadas em saúde mental e oferece apoio e supervisão técnica aos demais serviços da rede. Esses serviços visam garantir um cuidado integral e humanizado, promovendo a autonomia e a qualidade de vida dos usuários da RAPS.

Esses serviços oferecem acompanhamento contínuo e longitudinal dos usuários da RAPS, orientações educativas com atendimento guiado por protocolos e diretrizes clínicas vigentes. O foco primordial baseia-se no atendimento intensivo e na reabilitação de pessoas com transtornos mentais mais graves e persistentes, que necessitam de processos de reabilitação por meio de oficinas, terapias, atendimentos individuais e coletivos, em programas (projetos terapêuticos) individualizados. Além disso, promovem a articulação da rede em prol da reabilitação psicossocial e da inclusão sociofamiliar, buscando estabelecer uma parceria com os serviços de urgência e emergência no que diz respeito ao encaminhamento do nível de média complexidade para a alta complexidade (hospital geral/psiquiátrico). Esses serviços visam garantir um cuidado integral e humanizado, promovendo a autonomia e a qualidade de vida dos usuários da RAPS.

Propostas:

Melhorias dos serviços:

- Cabedelo (1ªR) precisa modificar a habilitação de CAPS I para CAPS II;
- Foi disponibilizado o recurso para município de Mamanguape (14ªR) realizar modificação da habilitação de CAPS I para CAPS II, e incluir o município de Mataraca (14ªR);
- Há previsão do município de Bayeux (1ªR) passar de CAPS II para CAPS III e atender também o município de Santa Rita (1ªR);
- Foi liberado o recurso para Cabedelo realizar modificação da habilitação de CAPS AD para CAPS AD III;

Implantação de CAPSi por região nos seguintes municípios:

- 1ª Região - Alhandra; Cabedelo; João Pessoa e Santa Rita.
- 2ª Região - Bananeiras.
- 12ª Região - Mogeiro (para atender Salgado de São Félix, Itatuba, Ingá, Juarez Távora, Gurinhém, Caldas Brandão, São José dos Ramos).
- Necessidade do serviço para atender os municípios de Pedras de Fogo.
- Necessidade do serviço para atender à região, sendo essencial que dialoguem os municípios de Juripiranga, Itabaiana, Pilar, São Miguel do Taipu para verificarem qual deles teria capacidade de implantação.
- 14ª Região - Curral de Cima - recurso já liberado (irá atender Itapororoca, Capim, Jacaraú, Cuité de Mamanguape, Pedro Régis).

Implantação de CAPS AD III por região nos seguintes municípios:

- 1ª Região - Caaporã (irá atender Alhandra, Pitimbu e Conde); João Pessoa (implantar mais 1 - recurso já liberado); Santa Rita (irá atender Bayeux e Cruz do Espírito Santo).
- 2ª Região - Solânea (para todos os municípios da região).
- 12ª Região - Itabaiana (para todos os municípios da região)

Implantação de SRT (Serviço de Residência Terapêutica) - mais 1 serviço para o município de João Pessoa.

Implantação de UAA (Unidade de Acolhimento Adulto)

- 1ª Região - Santa Rita - para atender Santa Rita e Bayeux
- 2ª Região – Solânea
- 12ª Região – Itabaiana
- 14ª R- Mamanguape

Implantação de UAI (Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil)

- 1ª Região - Cabedelo (para atender Cabedelo e Lucena), João Pessoa (recurso liberado), Bayeux (para atender também Santa Rita).
- 2ª Região - Bananeiras (regional para todos os municípios da região)
- 12ª Região – No município que tiver interesse e implantado o CAPSi

- 14ª Região - Mataraca (regional para todos os municípios da região)

3.9.3 Atenção terciária

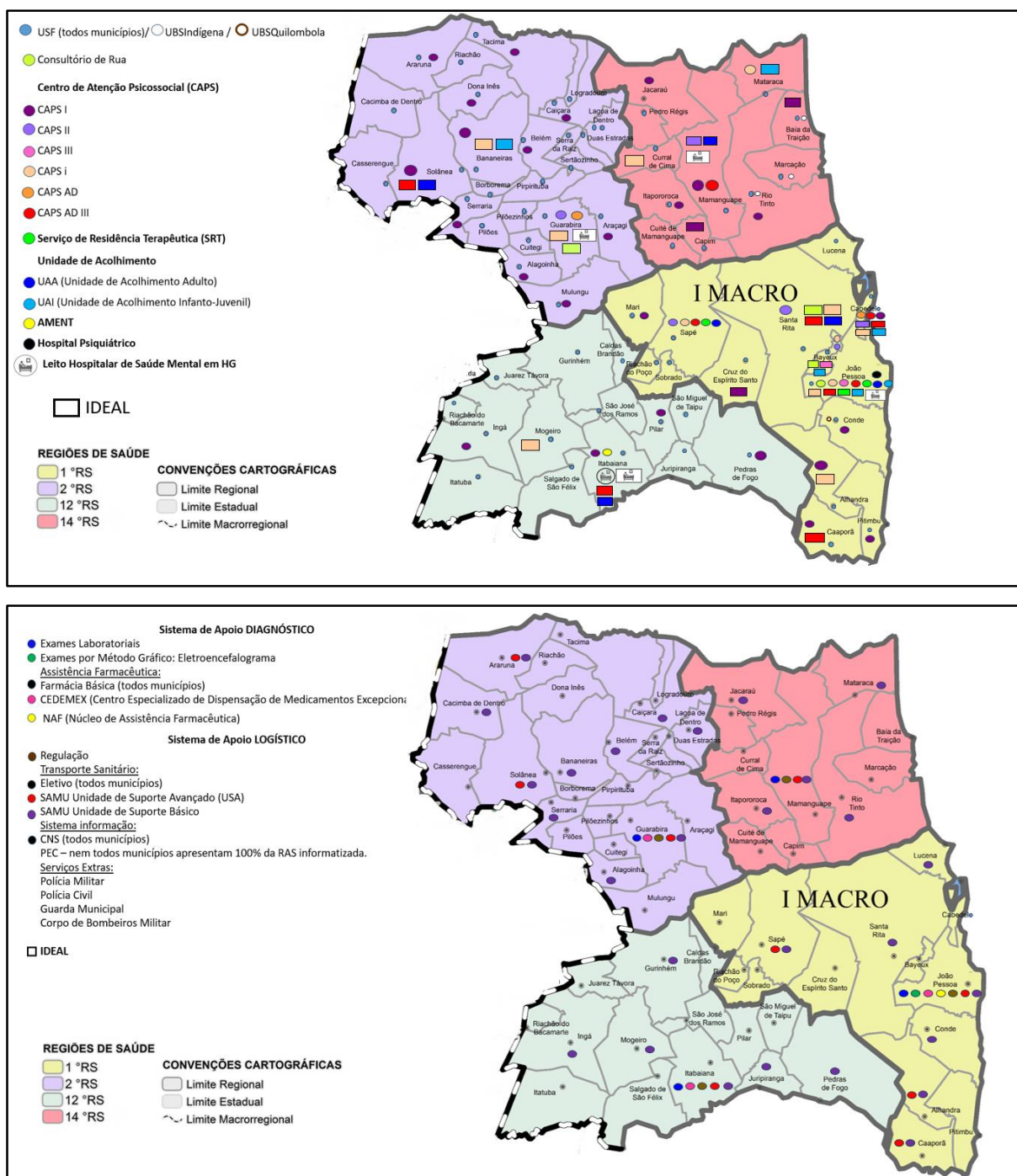
Os leitos em hospitais gerais são destinados a pacientes que necessitam de internação psiquiátrica, mas que podem ser tratados em um ambiente hospitalar geral, promovendo a integração com outros serviços de saúde e evitando a segregação. Já os hospitais especializados em saúde mental são voltados para casos mais graves e complexos que requerem um ambiente especializado e uma equipe multidisciplinar com expertise nesta área de atuação que garanta aos pacientes o cuidado intensivo e adequado necessário para sua recuperação.

Propostas:

- Previsto leitos de saúde mental para hospitais da Macrorregião.
- De acordo com os Mapas dos Pontos de Atenção por nível de atenção e os Sistemas de Apoio e Logístico, definiu-se:
 - Implantação **Consultório de Rua** no município de Guarabira.
 - Implantação de **CAPS I** nos municípios de: Cruz do Espírito Santo, Baía da Traição, Capim;
 - Implantação de **CAPS II** nos municípios de: Cabedelo e Mamanguape;
 - Implantação de **CAPS III** no município de: Bayeux;
 - Implantação de **CAPSi** nos municípios de: Cabedelo, João Pessoa, Alhandra, Santa Rita, Guarabira, Bananeiras, Mogeiro, Pedras de Fogo, Curral de Cima;
 - Implantação de **CAPS AD III** nos municípios de: Cabedelo, João Pessoa, Santa Rita, Solânea, Itabaiana;
 - Implantação de **SRT** no município de: João Pessoa;
 - Implantação de **Consultório na Rua** nos municípios de: Santa Rita, Bayeux;
 - Implantação de **UAA** nos municípios de: Santa Rita, Solânea, Itabaiana, Mamanguape;
 - Implantação de **UAI** nos municípios de: Cabedelo, João Pessoa, Bayeux, Bananeiras, Pedras de Fogo, Mataraca;

- Implantação de **leitos hospitalares de saúde mental em hospital geral** nos municípios de: João Pessoa, Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.

Figura 3 - Mapas de Serviços de Saúde e Apoios na 1ª Macrorregião de Saúde - Modelagem da Rede de Atenção Psicossocial



Processos

Processo de trabalho e protocolos:

Foi identificada a necessidade de estabelecer um perfil detalhado dos serviços oferecidos pelo CAPS I, com uma definição clara das atribuições de cada profissional envolvido a fim de facilitar o encaminhamento adequado do paciente com perfil para o serviço.

Foi encaminhado que a Secretaria de Estado da Saúde (SES) irá lançar uma Nota Técnica orientadora, detalhando as Portarias já existentes, para garantir a compreensão e a implementação adequada das atribuições e responsabilidades neste serviço.

3.10 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é um componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo organizar e integrar os serviços que prestam atendimento a situações de urgência e emergência, de forma a garantir assistência rápida, solicitada e contínua, desde a atenção primária até os níveis mais complexos de atendimento.

Conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, a RUE visa assegurar que os pacientes recebam atendimento oportuno e eficaz, melhorando os desfechos clínicos e otimizando os recursos disponíveis. É composta por diversos pontos de atenção, estruturados para garantir o cuidado integral ao paciente. Esses pontos incluem:

- Atenção Primária à Saúde, atua na promoção e prevenção de doenças, bem como no primeiro atendimento a situações de urgência menos complexas. Inclui unidades básicas de saúde (UBS) que desempenham um papel essencial na identificação precoce de casos e no encaminhamento adequado;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), proporciona atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência através de uma central de regulação médica. As equipes móveis são capacitadas para prestar socorro imediato no local do incidente e transporte adequado aos serviços de saúde.
- Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), oferecem atendimento de complexidade intermediária, funcionando 24 horas por dia para resolver a maioria dos casos de urgência e emergência, reduzindo a demanda dos hospitais. As UPAs contam com estrutura para exames laboratoriais e de imagem, além de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.
- Hospitais de Referência, prestam cuidados especializados e de alta complexidade para pacientes que necessitam de intervenção médica intensiva.

Disponibilizam leitos de internação, unidades de terapia intensiva (UTI), centros cirúrgicos e equipes multidisciplinares para tratar casos graves e complexos.

Fragilidades encontradas:

- Baixa resolutividade da APS;
- Alguns municípios não possuem médicos 24h (nem para o 1º atendimento);
- Alguns serviços não apresentam perfis definidos de pronto de atendimento ou unidade mista, gerando confusão no momento de encaminhamento do paciente, dificultando cumprimento de fluxos efetivos;
- Estabelecimentos sem garantia de médicos na escala 24h, disponibilizando médicos 12h ou apenas alguns dias na semana;
- Sucateamento da frota do SAMU;
- Número insuficiente de USA para atender a demanda da Macro;
- Definição dos municípios para salas de estabilização;
- Concentração de tomógrafos da Macro na região metropolitana (Santa Rita e João Pessoa);
- USG e eletrocardiograma são ofertados apenas duas vezes na semana em alguns municípios.
- Ausência de Unidade de Pronto Atendimento Regional na 14ª região, sobrecarregando o Hospital Geral de Mamanguape;
- Ausência de médico diariamente para realizar exames de ultrassonografia, limitando a oferta em duas vezes na semana.
- Ausência de UTI adulto e infantil na 12ª região em Itabaiana.
- Ausência de habilitação em alguns serviços como o Hospital Geral de Mari, a UTI adulto e pediátrica no Hospital de Cabedelo e a UTI adulto e pediátrica no Hospital de Sapé.

Desenho de Rede proposto

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental dentro da RUE, sendo a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Sua função vai além do atendimento direto a emergências, assumindo também a responsabilidade de prevenir o agravamento de condições de saúde que possam evoluir para situações de urgência. Ela contribui para a organização e fluidez da rede , para resolver a maior parte dos

atendimentos de urgência no primeiro nível de atenção, além de garantir o acompanhamento e a cooperação do cuidado para pacientes com condições crônicas, que frequentemente exigem atenção nas urgências. Dessa forma, a APS não apenas evita a superlotação dos serviços de urgência de maior complexidade, como também assegura a continuidade e integralidade do cuidado em saúde, reforçando os princípios do SUS e a importância da regionalização para a organização efetiva dessa rede.

Nesse sentido, a APS atua de forma articulada com os demais pontos da RUE, promovendo o acolhimento, essencial para identificar casos que possam ser resolvidos na própria APS ou aqueles que necessitem ser encaminhados para serviços de urgência e emergência de maior complexidade. Esse processo de rastreamento é facilitado pela classificação de risco, que organiza o fluxo de atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico. A assistência na APS poderá ser dispensada nos casos de urgência e emergência citados abaixo:

- Atendimento de primeiros socorros: pequenos traumas, cortes superficiais, entorses e queimaduras leves podem ser tratados diretamente na APS, com recursos para curativos e administração de medicamentos simples.
- Administração de medicamentos de emergência como broncodilatadores para crises asmáticas, glicose intravenosa para hipoglicemia, anti-hipertensivos para crises hipertensivas leves, entre outros.
- Estabilização inicial do paciente nos casos mais graves até que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) possa transportá-los para unidades de maior complexidade, como UPAs e hospitais. Essa estabilização inclui controle das vias aéreas, administração de oxigênio e medicamentos de suporte.

Como nas demais redes, preconiza-se acolhimento com escuta qualificada, atendimento humanizado, consultas clínicas de acompanhamento, atendimentos domiciliares, grupos terapêuticos, práticas integrativas complementares, acompanhamento multiprofissional (e-Multi) e equipes de consultório na rua.

Proposta

Implantação de Serviços:

- Implantar SAD na região (cada município), de acordo com a Portaria 3.005 de 02/01/2024 – EMAP R (municípios com menos de 20 mil habitantes).
- Ampliar SAD - Mamanguape para atender demanda municipal.
- Implantar SAD em Baía da Traição e Rio Tinto.

Atenção Secundária à Saúde

A atenção secundária na RUE é responsável por atender casos de média complexidade, que não podem ser resolvidos integralmente na atenção primária, mas que não requerem, necessariamente, uma estrutura hospitalar de alta complexidade. Esses casos envolvem situações de suporte especializado e exames diagnósticos mais precisos, evitando o encaminhamento excessivo de pacientes para os hospitais de forma a contribuir para desafogar a rede. A atenção secundária desempenha um papel crucial na estabilização de pacientes que apresentam condições mais graves, garantindo que cheguem aos hospitais em condições seguras.

Serviços de urgência e emergência oferecidos na atenção secundária na 1ª macrorregião:

Unidade Mista - Integra serviços de Atenção Primária e Pronto Atendimento de Baixa Complexidade, ou seja, é uma unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) básico ou de rotina.

SAD com as suas modalidades EMAD I, EMAD II e EMAP (varia conforme número de habitantes) - este serviço é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. O acesso é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

SAMU USA (Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre); **SAMU USB – SAMU/192; SAMU Motolância** - serviços que objetivam ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas

acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

VIR (Veículo de Intervenção Rápida) - veículos de ligação médica, utilizados para transporte de equipe de suporte avançado com médico, enfermeiro e condutor com equipamentos que possibilitam dar apoio a ambulâncias de diversos tipos.

GRAME (Grupo de Resgate Aeromédico Estadual) - o serviço de resgate aeromédico é uma parceria entre a Secretaria da Saúde (SES), o Corpo de Bombeiros e a Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (Sesds). Realiza o transporte de pacientes para receberem cuidados em outras unidades hospitalares, dentro e fora do estado, também é utilizado para a captação de órgãos e tecidos, repatriação de cidadãos paraibanos e apoio às operações institucionais do Governo. Na Paraíba conta com duas aeronaves e sua equipe é composta por médico, enfermeiro, piloto, copiloto e operadores aerotáticos.

GTA (Grupo Tático Aéreo): é uma força de segurança que atua em vários estados brasileiros, com o objetivo de combater a criminalidade, realizar salvamentos e combater incêndios. O GTA da Paraíba atua em operações policiais, resgates, combate a incêndios e aeromédicas. O grupo já registrou várias ações exitosas sem nenhum acidente ou incidente aeronáutico

UPA (Unidades de Pronto Atendimento): estão equipadas para oferecer suporte avançado em situações de urgência, como monitorização cardíaca, oxigenoterapia, controle de via aérea, situações como crises asmáticas, infecções respiratórias, traumas leves e ventilação mecânica não invasiva. Também realiza estabilização de pacientes com condições agudas; administração de suporte avançado de vida; realização de exames diagnósticos.

Propostas

Implantação de Serviços:

- Ampliar SAD em João Pessoa - EMAD.
- Ampliar EMAP-R em Mari t
- Implantar EMAD e EMAP em Alhandra.

- Ampliação de mais uma USA na 2ª, 12ª e 14ª regiões. Na 12ª Região foi pleiteado Ingá e Gurinhém se receber só uma, estrategicamente seria melhor em Ingá.
- Implantar SAMU USB em Pilar, Salgado de São Félix, Caldas Brandão e Juarez Távora - aguardando as ambulâncias.
- Implantar SAMU USB em Bayeux e Mari
- Implantar SAMU USB em Tacima e Casserengue.
- Ampliar SAMU USB em Lagoa de Dentro e Serraria.
- Implantar SAMU Motolância em Itabaiana.
- Implantar SAMU USA em Cabedelo e Santa Rita (irá cobrir Lucena) - foram solicitadas e estão aguardando liberação
- Ampliar SAMU USA em Guarabira.
- Implantar SAMU USA em Bananeiras ou Belém.
- Ampliar SAMU USA em Mamanguape.
- Implantar Ambulancha em Cabedelo - já solicitada.
- Implantar Sala de Estabilização em Caaporã (Hospital Geral Ana Virginia)
- Implantar Sala de Estabilização em Lagoa de Dentro (Hospital Distrital Frei Damião), Serraria (Hospital Distrital Ovídio Duarte), Belém (Hospital Distrital de Belém Luiz Alexandrino da Silva) e Solânea (Hospital Dr. Francisco Assis de Freitas Unidade Mista)
- Implantar Sala de Estabilização em Itapororoca (Hospital Geral de Itapororoca Prefeito José Felix de Brito), Pedro Régis (Centro de Saúde Severina Fernandes), Capim (Pronto Atendimento Irene Correia do Nascimento), Baía da Traição (Pronto Atendimento da Baía da Traição) e Cuité de Mamanguape
- Implantar UPA Regional na 2ª Região
- Implantar UPA Regional em Conde (atenderá Alhandra/Caaporã/Pitimbu) – em tramitação.
- Ampliar VIR em João Pessoa - aguardando mais duas Unidades.

Atenção Terciária à Saúde

Na rede de atenção à urgência e emergência, a atenção terciária é composta por serviços de alta complexidade que atendem pacientes com quadros graves e que necessitam de intervenções especializadas. Esses serviços incluem hospitais de grande

porte, equipados com tecnologia avançada e recursos para realizar procedimentos complexos, como grandes cirurgias, tratamentos intensivos e exames especializados. Além disso, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são destinadas a pacientes que necessitam de monitoramento contínuo e suporte avançado de vida. Os Centros de Trauma são especializados no atendimento de pacientes com lesões graves decorrentes de acidentes ou violência, enquanto os Hospitais especializados oferecem os cuidados na assistência aos pacientes com doenças cardiovasculares, neurológicas e oncológicas. Esses serviços são essenciais para garantir um atendimento qualificado e eficaz em situações de emergência e urgência, proporcionando o suporte necessário para a recuperação dos pacientes.

Propostas:

Implantação de Serviços

- Ampliar leitos simples de retaguarda;
- Implantar UTI (adulto e infantil) no município polo de Itabaiana.
- Implantar as Linha de Cuidado – IAM/AVC/Traumatologia no Hospital Geral de Itabaiana.
- Habilitar porta de entrada de urgência e emergência em Cabedelo.

Apoio diagnóstico e logístico:

- Implantar exame de Ecodoppler para complementar Linha de cuidado em Cardiologia na 2ª e 12ª Regiões.
- Implantar exame de Tomografia para linha de cuidado de Neurologia, Traumatologia e Pediatria na 2ª, 12ª e 14ª Regiões.
- Implantar arco cirúrgico nos hospitais que atendem Traumatologia e que tenham perfil cirúrgico.
- Contratar Cardiologista Plantonista ou por Telemedicina para suprir demanda de linha de cuidado de Cardiologia na 12ª Região.
- Contratar Neurologista plantonista ou Neurologista através de telemedicina para 2ª, 12ª e 14ª Regiões.
- Contratar médico Traumatologista Plantonista para atender demandas de serviços de traumatologia na alta complexidade na 2ª Região.
- Contratar Pediatra Intensivista para demanda da UTI pediátrica na 12ª Região.

- Ampliação do serviço de tomografia municipal de Mamanguape para atendimento regional.
- Ampliar exame de Ultrassonografia na 14ª Região para atender demanda de urgência/emergência.

De acordo com os Mapas dos Pontos de Atenção por nível de atenção e os Sistemas de Apoio e Logístico, definiu-se:

- SAD - João Pessoa, Itabaiana, Mamanguape, Baía da Traição e Rio Tinto;
- SAMU USA - Cabedelo, Santa Rita, Guarabira, Bananeiras, Itabaiana, Ingá, Gurinhém, Mamanguape;
- SAMU USB - Cabedelo, Bayeux, Mari, Serraria, Casserengue, Tacima, Lagoa de Dentro, Pilar, Caldas Brandão, Juarez Távora e Salgado de São Félix;
- SAMU Motolância - Itabaiana;
- UPA 24 HORAS - Alhandra, Tacima;

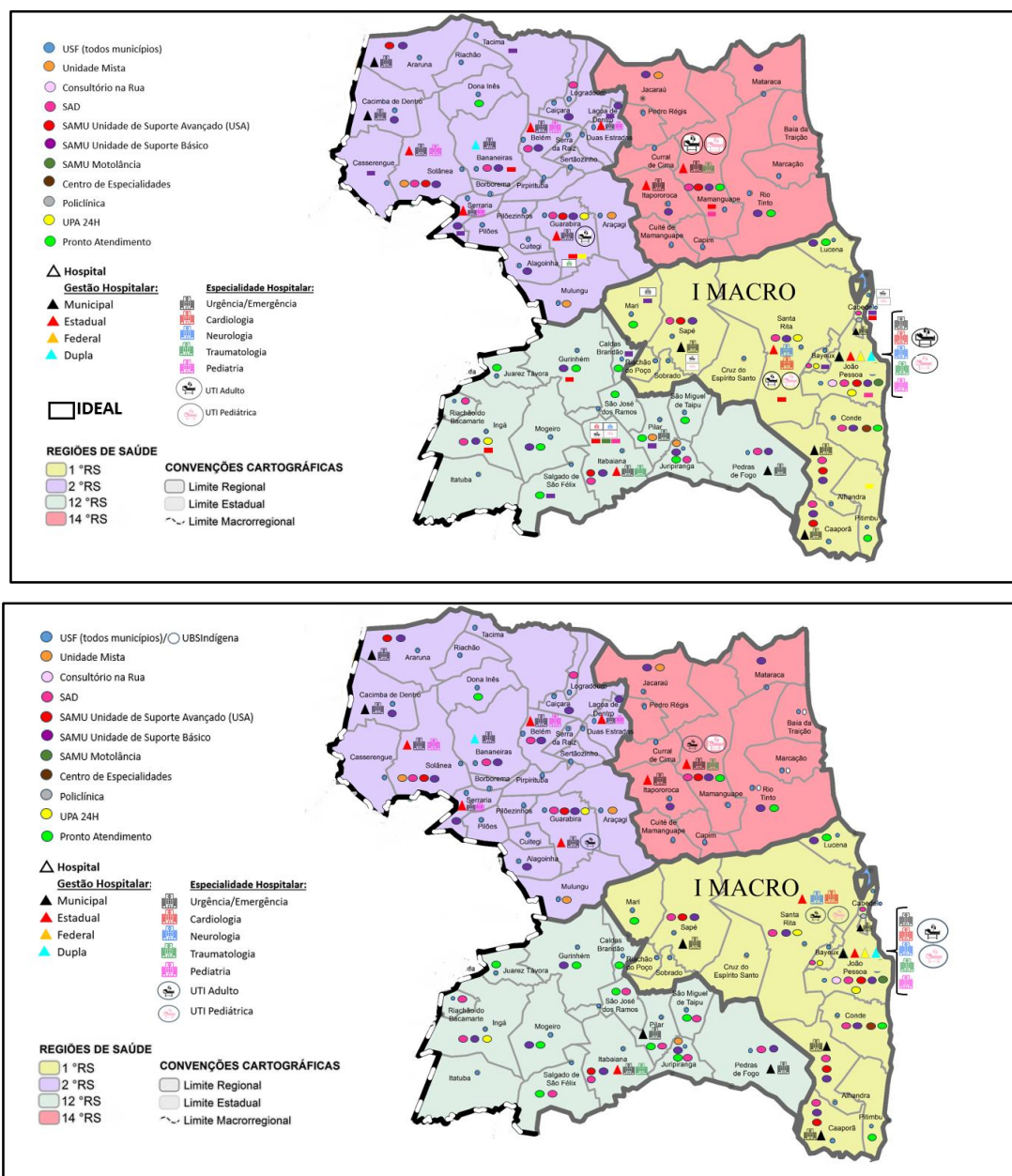
Linhas de Cuidados em Hospital Geral:

- Urgência e Emergência no Hospital de Mari;
- Traumatologia no Hospital de Guarabira;
- Cardiologia e Neurologia no Hospital de Itabaiana.

Implantar UTI em Hospital Geral:

- UTI Adulto e pediátrica em Cabedelo, Sapé e Itabaiana.
- Ampliar leitos de UTI adulto em Guarabira.

Figura 4 - Mapas de Serviços de Saúde e Apoios na 1ª Macrorregião de Saúde - Modelagem da Rede de Urgência e Emergência



Processos

Recursos humanos

Contratação de médicos especialistas para implementação das Linhas de Cuidado na Alta Complexidade com a possibilidade do uso da Telemedicina.

Educação permanente

Fortalecer os papéis do SAD, EMulti e APS sobre atendimento em domicílio, esclarecendo quais as atribuições de cada Equipe no cuidado domiciliar. Assim como na APS a discussão sobre AD1 e AD2.

Protocolo e Fluxos

Implementar protocolos para direcionar o acesso aos serviços de alta complexidade.

Melhorar articulação SAD/Hospital para desospitalização antes de pensar em aumentar os leitos de retaguarda.

Processo de trabalho

- Fortalecer a discussão sobre sala de estabilização nas regiões (2 leitos/R\$50 mil por sala);
- Qualificar a discussão nos municípios sobre transporte sanitário de urgência e emergência, pois alguns Pronto Atendimentos muitas vezes não tem ambulância para transportar os pacientes a outros serviços que atendam às suas necessidades de saúde;
- Redefinir o perfil dos hospitais nas regiões (2ª, 12ª e 14ª) construindo o fluxo de acesso aos mesmos dentro da Rede;
- Fortalecer os laboratórios hospitalares.

3.11 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem como principais objetivos garantir a atenção integral, oferecendo cuidados que vão desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, busca fomentar a mudança no modelo de atenção, ampliando as estratégias de promoção da saúde e prevenção de complicações. Outro objetivo é facilitar o acesso dos usuários aos diversos pontos de atenção e garantir um atendimento contínuo e coordenado.

Esta Rede é essencial para assegurar a integralidade do cuidado, com a APS atuando como coordenadora do cuidado, garantindo que os usuários recebam o acompanhamento necessário em todos os níveis de atenção. A habilitação de hospitais regionais e a expansão de serviços especializados, como hemodiálise e cirurgia bariátrica, asseguram que os pacientes tenham acesso aos tratamentos necessários sem precisar se deslocar grandes distâncias. Além disso, a rede promove ações de prevenção e controle

de fatores de risco, como diabetes e hipertensão, que são cruciais para evitar o agravamento das doenças crônicas.

Além da APS, a Rede de Crônicas é composta por diversos serviços que visam garantir um atendimento contínuo aos usuários. As policlínicas e ambulatórios oferecem atendimento especializado de médio e longo prazo. Os serviços de exames por imagem, como ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia, são essenciais para o diagnóstico e acompanhamento das doenças. Os ambulatórios pré-dialíticos acompanham pacientes em estágios iniciais de doença renal crônica (DRC), e os serviços de cardiologia incluem consultas, exames específicos e uso de telemedicina para ampliar o acesso ao cuidado especializado. Por fim, os programas de cirurgia bariátrica são referenciados tanto no município de João Pessoa (Hospital Santa Isabel), quanto pelos serviços estaduais (Hospital Edson Ramalho e Maternidade Frei Damião), que tratam a obesidade, com acompanhamento pré e pós-cirúrgico.

Na linha de cuidado em cardiologia, destacam-se as estratégias para o manejo do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e da Insuficiência Cardíaca (IC). A linha de cuidado do IAM inclui a utilização de telemedicina e tele-eletrocardiograma (ECG) no atendimento pré-hospitalar pelo SAMU, permitindo a aplicação precoce de trombolíticos para restaurar o fluxo sanguíneo e reduzir o risco de morte. Já a linha de cuidado da IC envolve a APS como coordenadora do cuidado, garantindo a continuidade do tratamento e a integração dos diversos níveis de atenção, desde a prevenção até a reabilitação.

Na linha de cuidado oncologia tem o objetivo de garantir que as pessoas com câncer recebam um atendimento integral, contínuo e atualizado desde a prevenção até o tratamento e reabilitação. A detecção precoce é uma das prioridades da linha de cuidado oncológico na Paraíba, sendo realizada por meio de teleinterconsulta. Para isso, uma rede de atenção se organiza para garantir que os exames preventivos e o diagnóstico inicial sejam acessíveis, com triagem e encaminhamento pela APS. Os Centros de Referência em Oncologia da Paraíba estão equipados para diagnósticos precisos, incluindo realização de exames laboratoriais e de imagem, biópsias e análises histopatológicas. A meta é agilizar o diagnóstico e permitir que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível.

Na neurologia, a linha de cuidado para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é crucial, dado seu impacto significativo na morbimortalidade. Esta linha de cuidado visa reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes por meio de uma abordagem integrada que inclui a educação em saúde, a prevenção de fatores de risco, o atendimento de urgência e emergência, e a reabilitação pós-AVC. A APS desempenha

um papel fundamental na identificação precoce dos sinais de AVC e no encaminhamento rápido para os serviços de urgência, além de coordenar o acompanhamento contínuo após a alta hospitalar.

3.11.1 Potencialidades:

Oncologia:

Plano Estadual: Implementação do plano “Paraíba contra o Câncer” para fortalecer o enfrentamento à doença no estado.

Paraíba Contra o Câncer: Um programa do Governo do Estado da Paraíba que visa agilizar e acolher o tratamento de pacientes oncológicos, com:

- **Expansão de Serviços:** Ampliação dos serviços nos hospitais da rede estadual.
- **Cirurgias:** Realização de procedimentos cirúrgicos necessários.
- **Diagnóstico:** Melhoria e ampliação dos serviços de diagnóstico.
- **Quimioterapia:** Disponibilização de tratamentos quimioterápicos.
- **Acesso:** Coordenado pela Central Estadual de Regulação, que organiza uma fila única para garantir a equidade no atendimento.
- **Equipes Especializadas:** equipes especializadas de oncologia para oferecer um atendimento de qualidade e humanizado aos pacientes.

Plano Estadual de Oncologia 2024 – 2027: Conforme a Resolução CIB-PB N° 27, de 05/03/2024.

1. Coração Paraibano:

- Uma rede estruturada de cuidados de urgência e emergência cardiológica, com o objetivo de interiorizar a assistência de média e alta complexidade e atender a todo o estado.
- Inclui telemedicina, UTI aérea, ambulâncias, trombolíticos e centros de hemodinâmica regionalizados, com centro de atendimento e serviços de cateterismo no Metropolitano.

2. Programa Mais Acesso aos Especialistas:

- Adesão às OCIs específicas para doenças crônicas, facilitando o acesso a especialistas para pacientes com condições crônicas.

3. Cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS):

- Boa cobertura de APS, contribuindo para a redução das internações por causas evitáveis através da atenção primária.

4. Teleinterconsulta:

- Teleinterconsulta entre especialistas da Rede Hospitalar já em funcionamento, melhorando a comunicação e o atendimento especializado.

5. Implantação de ECG no Polo Indígena de Baía da Traição:

- Implementação de eletrocardiogramas (ECG) no Polo Indígena de Baía da Traição, com planos de expansão para outros polos da região.

6. Opera Paraíba:

- Realização de cirurgias oftalmológicas, bariátricas e pediátricas nos hospitais regionais de Guarabira, Mamanguape e em João Pessoa.

7. Rede Cuidar:

- Serviços de perinatologia e cardiopediatria em Guarabira, Itabaiana e Mamanguape.

Fragilidades Identificadas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas:

- Falta resolutividade na captação de pacientes crônicos e na estratificação de risco na APS;
- Insuficiência de profissionais especialistas para atender demanda reprimida para consultas especializadas (cardiologista, endocrinologista, vascular, oncologista, pneumologista);
- Dificuldade no acesso aos exames e procedimentos de média e alta complexidade (cateterismo, ecocardiograma, angioplastia);
- Fila de espera para diagnóstico e tratamento de câncer.
- Dificuldade de acesso aos exames na linha de cuidado da cardiologia;
- Insuficiência de serviços da linha de cardiologia na 12ª região - mesmo com ambulatório no Hospital Regional não dá conta de toda a demanda.

Desenho de Rede proposto

Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS oferece um suporte preventivo e educativo, capacitando os pacientes e suas famílias a adotarem práticas saudáveis e se envolverem no autocuidado. O acompanhamento mais próximo com as famílias facilita a adesão ao tratamento e a criação de vínculos de confiança, promovendo uma rede de apoio essencial para o enfrentamento de condições crônicas. Somado a isso, também facilita a coordenação do cuidado com outros níveis de atenção, permitindo uma transição organizada e oportuna para serviços específicos, promovendo uma gestão integrada do cuidado.

Ao realizar o acompanhamento contínuo de pacientes com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, a APS reduz significativamente a probabilidade de descompensações que resultam em atendimentos de urgência. O cuidado entre a APS e outros níveis de atenção, como especialidades e internações hospitalares, garante que os pacientes tenham um acompanhamento adequado e que as emergências possam ser prevenidas ou atendidas de forma mais eficiente.

Os pontos de atenção da APS, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), academias da saúde, emultis e consultório na rua, desempenham um papel crucial na identificação precoce de fatores de risco no monitoramento, diagnóstico, tratamento, visitas domiciliares e na educação em saúde (campanhas de sensibilização) para pessoas com doenças crônicas. Com uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, a APS é capaz de realizar um acompanhamento constante e personalizado, retardando a progressão das condições crônicas.

Proposta:

Implantação de Serviços:

Oncologia

Necessidades de aporte financeiro junto às OCIs (Oferta de Cuidados Integrados) (08) de oncologia (João Pessoa no Edson Ramalho, Clementino Fraga, CEDC e em Guarabira no Hospital Regional);

Habilitar Hospitais Regionais para cirurgias oncológicas prioritárias de acordo com a demanda.

Renal Crônicas

- Realizar a estruturação de Ambulatório pré-dialítico;
- Expandir serviços de hemodiálise nas regiões;

Cardiologia

- Ampliar a adesão ao uso do Telemedicina pelos médicos – TeleInterconsulta para cardiologia e outros especialistas.
- Ampliar a oferta a exames específicos na 12ªR;

Obesidade

- Realizar o acompanhamento dos pacientes no pré e pós-cirúrgico da bariátrica.

Atenção Secundária à Saúde

A atenção especializada assume uma função organizacional importante, facilitando a cooperação e a continuidade do cuidado, oferecendo o papel de retaguarda para casos que excedem a capacidade resolutiva da APS, sendo responsável por diagnósticos e tratamentos específicos que requerem maior complexidade. Isso permite uma abordagem integrada e contínua, fundamental para a manutenção da qualidade de vida e da saúde dos pacientes com doenças crônicas.

Os serviços especializados oferecem suporte diagnóstico, terapêutico e de acompanhamento em áreas específicas da saúde, além de intervenções de média e alta complexidade, que são necessárias para alguns tipos de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares complexas, nefropatias em estágio avançado, diabetes com complicações, câncer e certas doenças respiratórias. Esse cuidado complementa a assistência da APS, reduz a fragmentação do atendimento, previne agravos e hospitalizações ocasionais e garante que os pacientes recebam intervenções no momento certo.

Os serviços da Atenção secundária ofertados na I macrorregião consistem em: ambulatórios especializados, centros de reabilitação, centros de especialidades e policlínicas e pronto atendimentos.

Ambulatórios na Atenção Secundária:

Os ambulatórios de cardiologia são focados na avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial grave, insuficiências cardíacas, arritmias, doença coronariana e outras condições cardíacas crônicas. Esses serviços realizam exames específicos como eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico e monitoramento Holter, além de prescrever e ajustar tratamentos de acordo com as necessidades do paciente.

Os ambulatórios de sobrepeso e obesidade são direcionados para o acompanhamento de doenças crônicas relacionadas ao sistema endócrino e ao metabolismo, como obesidade, diabetes mellitus, dislipidemias (colesterol e triglicerídeos altos) e distúrbios da tireoide. Além do atendimento clínico, esses serviços oferecem programas de controle de peso, orientações nutricionais, suporte psicológico e, em alguns casos, tratamentos farmacológicos e indicação para cirurgia bariátrica. O manejo desses pacientes exige um monitoramento contínuo de indicadores metabólicos e apoio multidisciplinar para o controle dos fatores de risco associados, além do acompanhamento no pré e pós cirurgia bariátrica.

O ambulatório de nefrologia é especializado no acompanhamento de pacientes com doenças renais crônicas, que discutem monitoramento constante da função renal e de intervenções que retardam a progressão da doença. Nesses serviços, são realizados exames de sangue e urina para monitorar a creatinina, ureia e eletrólitos, além de outros testes específicos de função renal. Em casos de insuficiência renal avançada, o paciente pode ser encaminhado para serviços de hemodiálise e, eventualmente, para a lista de transplante renal.

O ambulatório de neurologia é dedicado ao diagnóstico, orientação e tratamento de alta resolubilidade em diversas condições neurológicas como epilepsia, esclerose múltipla, doenças neuromusculares, cefaleias, entre outras. Além disso, oferece consultas médicas e multiprofissionais, atendimento por neurologistas e outros profissionais de saúde, proporcionando uma abordagem multidisciplinar. Para pacientes com sequelas neurológicas, o ambulatório oferece uma gama de tratamentos especializados, incluindo reabilitação neurológica, que pode envolver fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia para ajudar na recuperação de funções motoras, cognitivas e de fala. Pacientes com sequelas de AVC, por exemplo, podem receber tratamento para melhorar a mobilidade, coordenação e força muscular, além de suporte psicológico para lidar com as mudanças emocionais e comportamentais decorrentes do evento.

O ambulatório de oncologia é especializado no acompanhamento e tratamento de pacientes com câncer, oferecendo cuidados multidisciplinares para garantir um tratamento abrangente e eficaz. A oferta de cuidado e serviços inclui o manejo de tumores primários e metastáticos, incluindo quimioterapia, radioterapia e terapias alvo. Além disso, oferece serviços de apoio como cuidados paliativos, manejo da dor e suporte psicológico.

Propostas:**Implantação de Serviços:**

- Implantar ambulatório pré-dialíticos em cada Região (1ª Macro no Edson Ramalho);
- Ampliar serviços de hemodiálise nas regiões;
- Implantar ambulatório de cardiologia na 14ª Região para suprir a demanda reprimida;
- Implantar na Linha de Cuidado da Oncologia uma policlínica por Macrorregião - proposta estadual;
- Implantar ambulatórios regionais de oncologia com suporte diagnóstico e de especialistas para atender pacientes;
- Implantar serviços de Telemedicina (Paraíba contra o câncer).
- Aumentar oferta de teleinterconsulta para cardiologia e outros especialistas nas regiões.

Atenção Terciária à Saúde

A rede de atenção terciária desempenha um papel crucial no manejo das doenças crônicas, oferecendo serviços especializados e de alta complexidade que são essenciais para a continuidade do cuidado. Esses serviços incluem consultas com especialistas em diversas áreas, como cardiologia, endocrinologia e nefrologia, que são fundamentais para o manejo de condições crônicas específicas. Além disso, são realizados exames diagnósticos como ressonância magnética, tomografia computadorizada e ecocardiogramas. A administração de tratamentos específicos, como quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e tratamentos biológicos para doenças autoimunes, também faz parte da atenção terciária.

Intervenções cirúrgicas complexas, como cirurgias cardíacas, transplantes de órgãos, cirurgias bariátricas e neurológicas são realizadas para tratar complicações das

doenças crônicas. As unidades de terapia intensiva estão disponíveis para pacientes que necessitam de monitoramento constante e suporte vital devido a complicações graves. Além disso, programas de reabilitação, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional e reabilitação cardíaca e pulmonar, são oferecidos para promover a recuperação funcional.

Por fim, os serviços de apoio psicológico e social são essenciais para ajudar os pacientes e suas famílias a lidar com o impacto emocional e social das doenças crônicas. A integração desses serviços é fundamental para garantir um atendimento eficiente e eficaz, proporcionando suporte contínuo e personalizado aos pacientes com condições crônicas. Através de uma abordagem multidisciplinar, a atenção terciária busca não apenas tratar as doenças, mas também promover a reabilitação e a prevenção de complicações.

Propostas

Implantação de Serviços:

- Implantar a Linha de Cuidado de Oncologia no Hospital Regional de Guarabira;
- Implantar serviços de Telemedicina para atendimento no Programa “Paraíba contra o Câncer”;
- Ampliar cirurgias bariátricas na Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

Apoio diagnóstico e logístico:

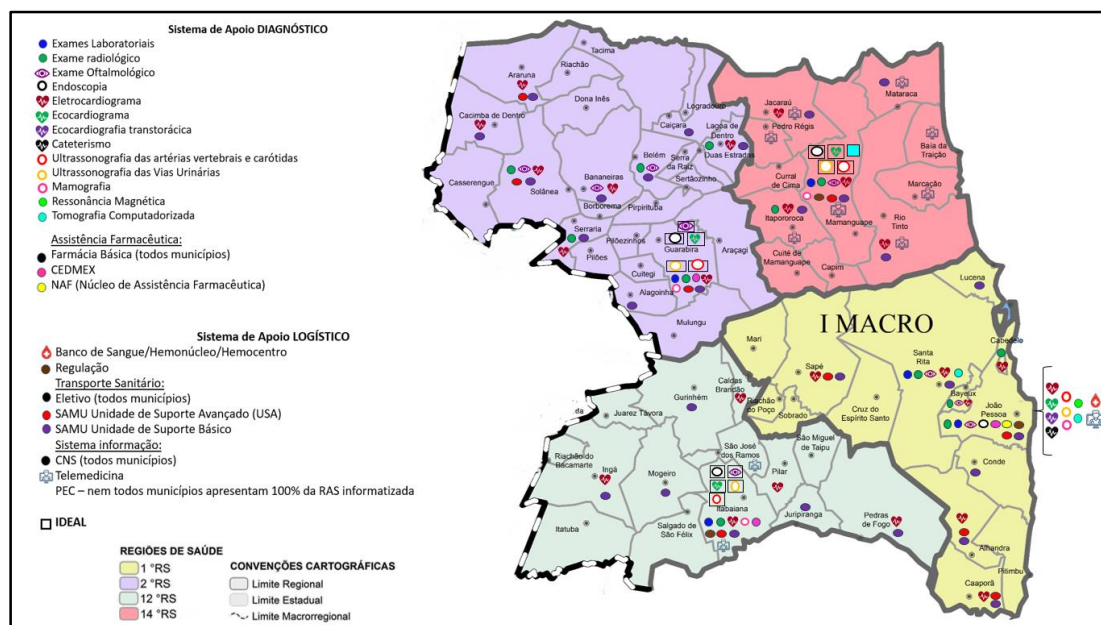
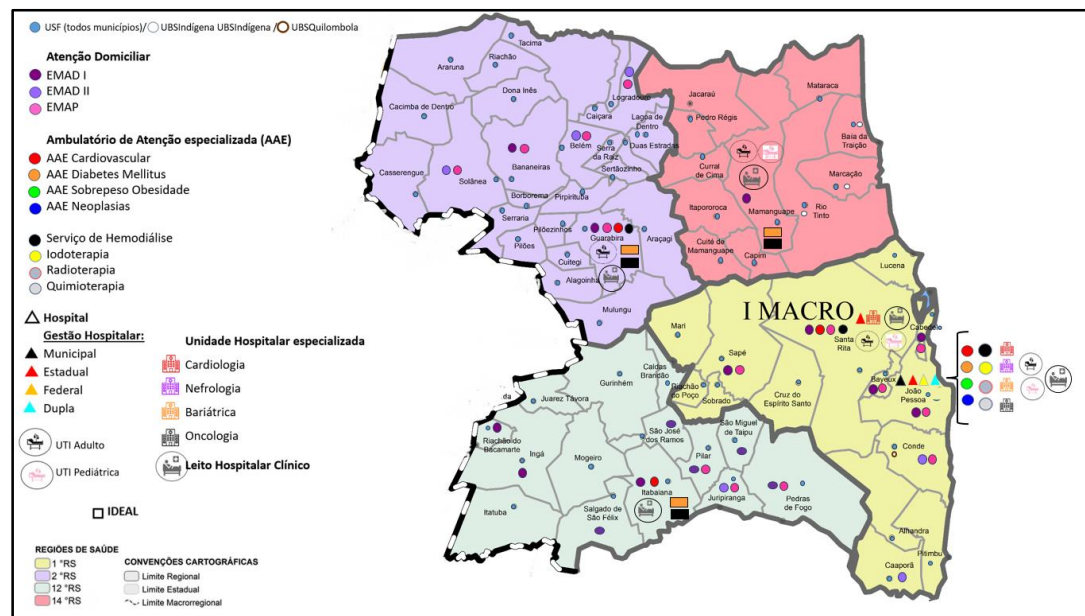
- Implantar consórcio para diagnósticos nas Regiões;
- Ampliar oferta do exame de tomografia no Hospital Flávio Ribeiro.
- Ampliar a oferta de exames laboratoriais básicos pelos municípios para diagnóstico e acompanhamento de pacientes pré-dialíticos conforme a Resolução CIB nº 195 de 09/10/2024.

De acordo com os Mapas dos Pontos de Atenção por nível de atenção e os Sistemas de Apoio e Logístico, definiu-se:

- **AAE Diabetes Mellitus** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.
- **Serviços de Hemodiálise** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.
- **Exame Oftalmológico** - Guarabira e Itabaiana.
- **Exame de Endoscopia** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.
- **Exame de Ecocardiograma** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.

- **Exame de Ultrassonografia das artérias vertebrais e carótidas** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.
- **Exame de Ultrassonografia das vias urinárias** - Guarabira, Itabaiana, Mamanguape.
- **Exame de Tomografia Computadorizada** - Mamanguape.

Figura 5 - Mapas de Serviços de Saúde e Apoios na 1ª Macrorregião de Saúde - Modelagem da Rede de Crônicas



Processos**Regulação**

- Fortalecer a organização dos processos de trabalho das demandas da regulação por meio da aproximação com os territórios.

Fluxos e Protocolos:

Desenhar fluxos de cardiologia, oncologia, neurologia, nefrologia, sobrepeso e obesidade, por meio de protocolos com disseminação para toda a rede;

Necessidade de qualificar profissionais para encaminhamento para cirurgia de bariátrica, respeitando os critérios preconizados no protocolo;

Necessidade de atualizar protocolo (2019) da Linha de Cuidado da Obesidade.

Processo de trabalho:

Foi proposto o fortalecimento da comunicação e do matriciamento entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada por meio de agendas protegidas. Isso permitirá a qualificação dos encaminhamentos para estes níveis de atenção, fortalecendo a longitudinalidade do cuidado.

Outra discussão em pauta foi a implementação do Programa Mais Especialistas com vistas a garantir a eficácia da Oferta de Cuidado Integrado (OCI), sendo essencial avaliar como serão implementados nas diferentes regiões. Em João Pessoa, por exemplo, é essencial aumentar a disponibilidade de oncologistas, já que atualmente há apenas um pactuado.

Somado a isso o grupo fez apontamento sobre a importância de melhorar a prevenção quaternária e a continuidade do cuidado das condições crônicas na APS. Para tal, é fundamental capacitar continuamente os profissionais de saúde sobre a importância de evitar intervenções desnecessárias e manter os protocolos atualizados. As consultas devem ser centradas no paciente, com uma avaliação integral que considere aspectos biomédicos, sociais e emocionais.

De maneira geral, foi fortemente discutida a necessidade de fortalecimento e co-responsabilização da APS para garantia do acompanhamento clínico compartilhado das condições crônicas, especialmente para os pacientes pré-dialíticos, pré bariátricos e pós bariátricos.

3.12 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

3.12.1 Potencialidades Identificadas na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:

A rede de atendimento às pessoas com deficiência na Paraíba apresenta diversas potencialidades significativas. Um exemplo é o Consórcio em Solânea, localizado na 2ª Região, que atende 300 crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e é financiado pela Secretaria de Desenvolvimento Humano. Além disso, conta com quatro centros de reabilitação, proporcionando um grande benefício à população da região.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) também desempenham um papel crucial, pois todos são habilitados para atender pessoas com deficiência, o que é uma característica essencial dos CEO's. A quantidade de serviços já implantados na região é suficiente, demonstrando um compromisso contínuo com a assistência às pessoas com deficiência.

Outro ponto de destaque é o Centro Especializado em Reabilitação (CER II) de João Pessoa, que está prestes a receber recursos para se transformar em um CER IV, ampliando ainda mais sua capacidade de atendimento e suporte à população. Além disso, o CER III tem a responsabilidade de absorver os pacientes com TEA, como ocorre em Guarabira, onde o CER III atende essa demanda, eliminando a necessidade de implantar um Centro de Atendimento ao Autista (CAA).

Os pacientes com TDAH não são incluídos como PcD e, dentro da Rede, são atendidos pela atenção especializada, sendo geralmente encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essas iniciativas refletem um forte compromisso com a inclusão e o bem-estar das pessoas com deficiência na Paraíba, mostrando uma rede de apoio robusta e em constante evolução.

3.12.2 Fragilidades Identificadas na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:

A rede de atendimento às pessoas com deficiência na Paraíba, apesar de suas potencialidades, também enfrenta algumas fragilidades que precisam ser abordadas:

- Mamanguape: A implantação do Centro de Atendimento ao Autista (CAA) deverá ser uma iniciativa municipal, o que pode gerar desafios em termos de recursos e gestão.

- Itabaiana: A cidade aguarda há dois anos pela implantação do CAA em parceria com o Estado. Após a implantação, o serviço deverá migrar para um CER III. No entanto, não há demanda visual suficiente para justificar um CER III em Itabaiana.
- Revisão de Laudos: Os laudos de pacientes da rede particular precisam ser revisados pelos CERs, o que pode gerar atrasos e demanda reprimida.
- Falta de Regulação: A ausência de um sistema de regulação adequado resulta em comunicações e encaminhamentos sendo feitos por e-mail para os CERs, o que pode ser ineficiente e propenso a erros.
- Serviços sem Habilitação: Alguns serviços já funcionam, mas ainda sem habilitação, enquanto outros que possuem habilitação não estão funcionando.
- Demanda Reprimida: Serviços como o Instituto dos Cegos e a Funad enfrentam uma demanda reprimida. Idealmente, a Funad deveria ser específica para casos mais complexos e contar com mais profissionais.
- Necessidade de contratação de Profissionais Qualificados para atendimento à PcD nos CEO's.
- Insuficiência de Serviços para atender casos de Autismo (TEA).
- O Centro de Inclusão Pedro Gondim em João Pessoa só atende usuários do município até 18 anos, o que é insuficiente (não é um CER).
- Ausência de Atualização no CNES: Alguns serviços existem, mas não aparecem no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Fragilidade no diagnóstico de Autismo: Há necessidade de qualificar os serviços para garantir que os profissionais sigam protocolos adequados.
- Triagem Neonatal: Necessidade de fortalecer estes serviços nas unidades hospitalares, como o Teste do Olhinho e o Teste da Orelhinha.

Desenho de Rede proposto

Atenção Primária à Saúde

Na atenção primária à saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (PCD) é composta por diversos serviços e ações que visam garantir um atendimento integral e humanizado. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenham um papel fundamental, oferecendo acolhimento e triagem para identificar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência, acompanhamento continuado através de consultas regulares e monitoramento da saúde, além de ações de promoção da saúde com foco na educação e prevenção.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) realizam visitas domiciliares para atender pessoas com dificuldades de locomoção e oferecem apoio psicossocial, proporcionando suporte emocional e psicológico. As Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), complementam esse atendimento com especialistas como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros profissionais, que apoiam as ESF e desenvolvem programas de reabilitação e inclusão social.

Esses componentes trabalham de forma integrada para proporcionar um atendimento de qualidade e promover a saúde e o bem-estar das pessoas com deficiência.

Além disso, a rede inclui ações de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de vacinação para garantir a imunização adequada e programas de educação em saúde que fornecem informações sobre cuidados específicos e direitos das pessoas com deficiência. As diretrizes e objetivos da rede visam garantir o acesso universal aos serviços de saúde, oferecer um cuidado integral que considere todas as necessidades da pessoa e promover a inclusão social, incentivando a participação ativa das pessoas com deficiência na comunidade.

Atenção Secundária à Saúde

A rede secundária de atenção à pessoa com deficiência na 1ª macrorregião de saúde é composta por diversos serviços que visam oferecer suporte integral e especializado.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são divididos em quatro tipos, cada um com diferentes especialidades:

- CER II: reabilitação auditiva e física, física e intelectual, ou intelectual e visual.
- CER III: Oferecem reabilitação física, visual e intelectual.
- CER IV: Abrangem reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, como é o caso da FUNAD (Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência).

O Centro de Inclusão e Apoio à Pessoa com Deficiência oferece suporte e inclusão social para pessoas com deficiência, promovendo a integração e a participação ativa na sociedade.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), classificados em tipos I, II e III, fornecem atendimento odontológico especializado, incluindo procedimentos complexos e reabilitação oral.

As Oficinas Ortopédicas são responsáveis pela confecção e manutenção de próteses, órteses e outros dispositivos ortopédicos, essenciais para a mobilidade e a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

O Núcleo de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista oferece atendimento especializado, proporcionando terapias e suporte para o desenvolvimento e a inclusão social do público alvo. Na 1ª macrorregião encontramos este serviço nos municípios de João Pessoa, Conde e Solânea

As APAE's (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) oferecem diversos serviços de apoio e reabilitação para pessoas com deficiência, estas estão buscando habilitação como CER.

Propostas

Melhorias dos serviços:

Como proposta de melhoria aos serviços ofertados na 1ª macrorregião de saúde, propõe-se a ampliação das capacidades do **CER II** em Araruna, especificamente no **Centro de Reabilitação Dr. José Dácio**, que atualmente oferece reabilitação auditiva para toda a região e reabilitação física para alguns municípios próximos. A proposta é implantar também a reabilitação intelectual, o que permitiria a habilitação do centro como **CER III**. Essa melhoria é essencial, pois nos casos de reabilitação auditiva e visual, os pacientes não necessitam de reabilitação contínua, permitindo uma gestão mais eficiente dos recursos e um atendimento mais abrangente e especializado para a população. Em Santa Rita, o CER II (reabilitação física e visual) atende também intelectual (sem habilitação), logo necessita solicitar habilitação para CER III.

Implantação de Serviços

- Implantação de CER II (física e intelectual) em Bayeux para 2025.
- Implantação de CER IV (auditiva, física, intelectual e visual) em João Pessoa para 2026 - já tem estrutura física.
- Intenção implantar um Centro de Reabilitação em Itabaiana - física, intelectual - atendimento ao autista e reabilitações físicas específicas (órteses e próteses) - para pacientes encaminhados e laudados pela FUNAD.

- Implantar CER Física e Intelectual em Itabaiana.
- Implantação de CER III: física, intelectual e visual para Mamanguape - já aprovada.

Atenção Terciária à Saúde

A rede terciária para atendimento à pessoa com deficiência é composta por serviços de alta complexidade que oferecem suporte especializado e integral. Esses serviços incluem hospitais de referência, que proporcionam atendimento incluindo cirurgias e tratamentos avançados para pessoas com deficiência. Além disso, há centros de reabilitação de alta complexidade, que realizam diagnósticos, tratamentos e reabilitação intensiva para deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais e múltiplas, fornecendo também tecnologia assistiva, como próteses e órteses.

Os serviços de urgência e emergência garantem atendimento em situações de emergência que envolvem pessoas com deficiência, assegurando cuidados imediatos e apropriados. As unidades de terapia intensiva (UTI) oferecem suporte vital, cuidados intensivos com monitoramento constante e intervenções complexas.

Propostas

Implantação de Serviços:

- O Hospital do Servidor General Edson Ramalho já possui o Serviço de Reabilitação Auditiva (SRA) habilitado. Pretende implantar Cirurgia de implante coclear com acompanhamento na reabilitação (estado quer assumir este serviço).
- Implantação de Serviço Hospitalar em Odontologia no Hospital Metropolitano em Santa Rita.
- Implantação de CER IV em João Pessoa para diminuir demanda reprimida na FUNAD
- Implantação de CAA em Itabaiana - irá migrar para CER III.

Apoio diagnóstico e logístico:

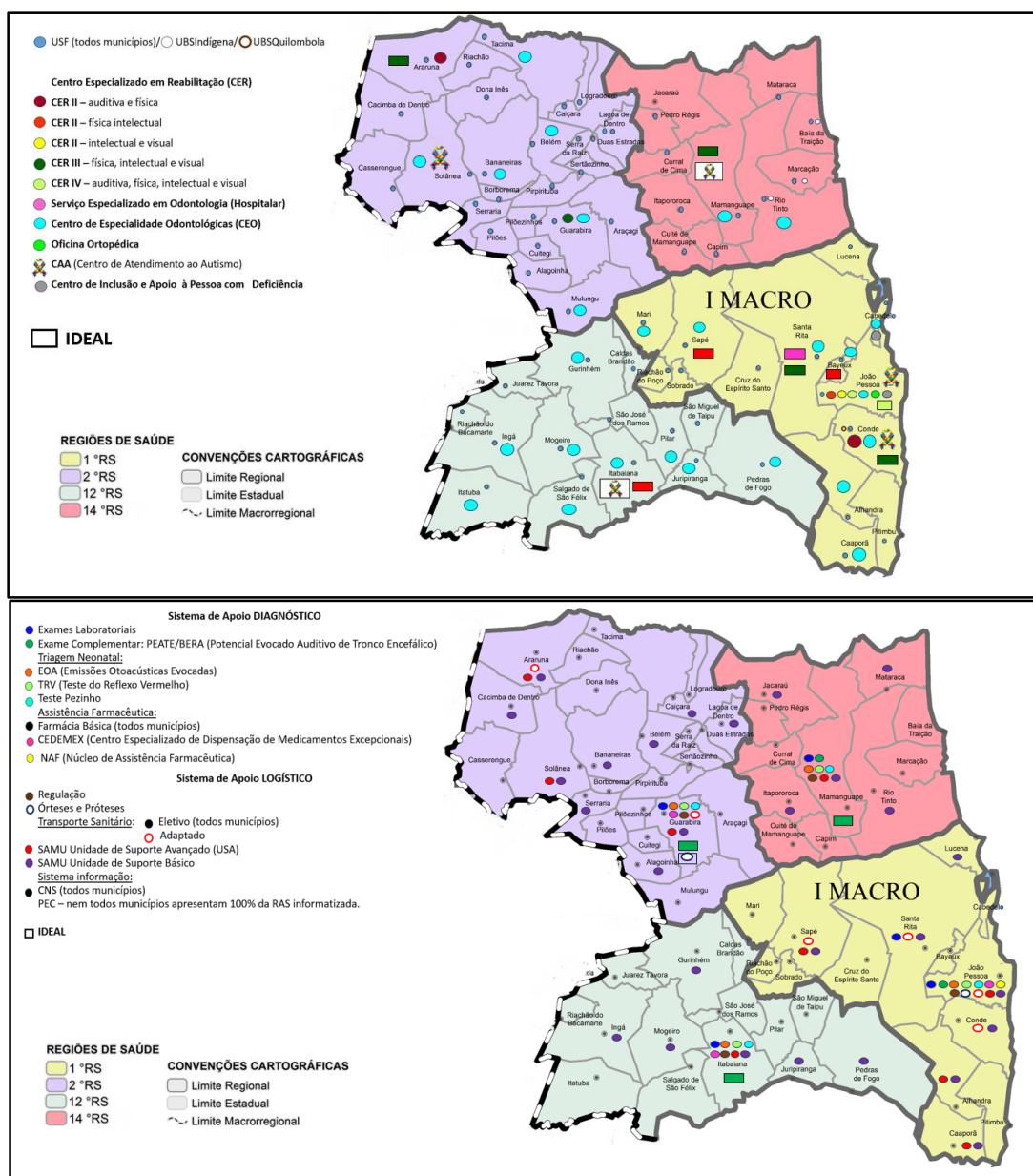
Transporte sanitário de urgência - Ideal equipar todas as ambulâncias e adaptar para atendimento à PcD.

De acordo com os Mapas dos Pontos de Atenção por nível de atenção e os Sistemas de Apoio e Logístico, definiu-se:

- CER II (física e intelectual) - Sapé e Itabaiana.

- CER III (física, intelectual e visual) - Santa Rita, Conde, Araruna e Mamanguape.
- CER IV (auditiva, física, intelectual e visual) - João Pessoa.
- Serviço especializado em odontologia hospitalar - Santa Rita.
- Centro de Atendimento ao Autismo (CAA) - Itabaiana, Mamanguape.
- Exame complementar PEATE/BERA (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico) - Guarabira, Itabaiana e Mamanguape.
- Órteses e próteses - Guarabira.

Figura 6 - Mapas de Serviços de Saúde e Apoios na 1ª Macrorregião de Saúde - Modelagem da Rede da pessoa com Deficiência.



Processos

Fluxos e Protocolos

Fragilidade na 12ªR por não ter serviços, este encaminha direto para FUNAD através de formulário eletrônico específico preenchido pelo usuário, após o preenchimento o usuário leva ao médico da APS para inserção de documentos e formulário de APAC (prazo para menos de 1 mês para consulta para deficiência física e auditiva), sendo um obstáculo para aqueles usuários sem acesso, não alfabetizados.

Para melhorar o atendimento na rede de saúde, foi proposto o estabelecimento de protocolos para padronização de acesso. A área técnica tem a intenção de construir um protocolo específico para o acompanhamento de pacientes com deficiência intelectual. Esses protocolos clínicos, ou manuais de condutas, definirão quem será responsável pelo atendimento, como o atendimento será realizado, quais recursos e equipamentos serão necessários, e os processos administrativos envolvidos. A padronização desses procedimentos visa garantir um atendimento mais eficiente, consistente e de alta qualidade para todos os pacientes.

4. ESPAÇOS DE GOVERNANÇA REGIONAL

O estado da Paraíba possui espaços de governança construídos a partir das Regiões de Saúde como as Câmaras Técnicas (CT) e a Comissão Intergestores Regionais (CIR) que contam com sua composição dentro da legislação e mantém cronograma de reuniões mensais descentralizadas e com participação sempre atuante dos seus componentes e gestores.

Na Câmara Técnica os componentes são técnicos dos municípios, indicados pelos gestores e usam este espaço para aprofundar discussões sobre determinados temas com o objetivo, entre outros, de contribuir para a formulação de políticas públicas, emitir pareceres e acompanhar permanentemente o desenvolvimento da instância, repassando os pareceres para discussão na Comissão e eventual aprovação ou não.

Na Comissão Intergestores Regionais - CIR, os gestores públicos discutem os desafios da saúde e elaboram intervenções que tragam melhorias na operacionalização de ações e serviços no âmbito regional. Além disso, colaboraram com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus objetivos maiores, de aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado. Estes espaços, são também fóruns privilegiados para a negociação, pactuação, planejamento e avaliação da Gestão das Políticas de Saúde no Estado entre as

Secretarias Municipais de Saúde/SMS, através de seus gestores municipais de saúde, e as Secretarias de Estado da Saúde.

O espaço de governança da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, serve como fórum de pactuação entre os gestores estadual e municipal. É composta igualmente de forma paritária e também integrada por representação do Estado e dos Municípios e as decisões sempre serão tomadas por consenso. Espaço de construção e consolidação de parceria entre Secretarias Municipais e Estadual na direção de um Sistema Único de Saúde Universal, Integral, Equânime, primando por diretrizes como participação social e regionalização visando a Garantia de Acesso Integral, humanizado e de qualidade de ações e serviços de saúde.

O Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) foi criado através da Portaria e teve como objetivo, trazer as experiências e vivências dos participantes que representam o todo, a partir da realidade vivida pelos municípios, e dificuldades no que se refere à Região de Saúde, elencando e discutindo os problemas enfrentados no dia-a-dia do planejamento e as experiências prévias dos atores como ponto de partida do processo de entendimento para a construção de caminhos e traçar um melhor plano voltado às necessidades reais de saúde. Os técnicos que compõem este espaço são indicados pelos Gestores em decisão na CIR e devem representar as Regiões de Saúde na construção de instrumentos de planejamento a nível macrorregional. Sua composição abrange técnicos e gestores vinculados aos 3 entes representando a Secretaria de Saúde do Estado nos departamentos GEPLAG, GEAS, GERVAV, ESP, as Gerências Regionais de Saúde, representantes da Superintendência do Ministério da Saúde (SEMS), representantes das

Espaços de Governança Regional

CIRs das Regiões e das Secretarias de Saúde das cidades polos das Regiões além, de membros do COSEMS.

O Grupo Condutor Estadual (GCE) foi redefinido através da Portaria nº 326/GS de 29/06/2021 que iniciará a atualização da Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade - PAMAC e será Coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde por meio da Gerência de Planejamento e Gestão – GEPLAG. Este, será composto por representantes da Secretaria de Estado da Saúde - SES/PB, representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS/PB e por representantes da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde – SEMS/PB; todos indicados por seus representantes legais.

Ao nível macro, ainda não existe espaço de governança formalizado, contudo há um Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) com representantes dos municípios, COSEMS,

SMS e SES, discutindo as situações de saúde do território e encaminhando para pactuações em CIR.

Um dos objetivos para o ano de 2025 é fomentar a governança macrorregional, com a criação dos Comitês de Governança para acompanharem as políticas definidas e serem um suporte consultivo as CIRs e CIB.

4.1 MONITORAMENTO

Por termos concluído o processo de planejamento regional integrado para todas as Redes de Atenção, para o ano de 2025 iniciaremos o processo de monitoramento e avaliação das implantações e implementações de serviços e de processos, sendo o espaço do Comitê Macrorregional destinado para esse objetivo, com o apoio das áreas técnicas da SES, Cosems e Sems/MS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de Regionalização na Paraíba tem nos mostrado que aproximar atores na perspectiva da cooperação faz com que os processos de análise e entregas fluam de forma mais efetiva, e que o processo de regionalização de fato ascendente e participativo é possível e salutar para se chegar a soluções que atendam as necessidades de saúde da população.

Foi notável a sinergia entre os entes federados, que por meio da condução precisa da Secretaria Estadual de Saúde (SES), propiciou espaços formais de fala e escuta dos diferentes atores e perspectivas do SUS.

Ter uma equipe de trabalho dedicada a esse processo, com pessoas vinculadas a SES/PB de referência por macrorregião, e a associação desses com os atores do GTM, facilitou a capilarização das discussões e das decisões efetivas para responderem por meio da modelagem das RAS as necessidades das pessoas.

Nota-se um interesse dos envolvidos na busca por melhorias das Redes de Atenção à Saúde do Estado, com envolvimento e compromisso propositivo. Isso nos faz perceber avanços nas discussões internas da SES, com os demais atores estratégicos, em especial COSEMS/PB e SEMS/MS/PB, e na discussão com os municípios.

Construir um SUS regional e macrorregional eficiente e efetivo é nossa missão enquanto profissionais e trabalhadores da saúde, e ver isso sendo construído de forma ascendente e com participação real de diferentes atores nos faz regozijar de alegria e esperança em dias cada vez melhores.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **CIB**. Disponível em: <https://cosemspb.org/cib-pb/>. Acesso em: 25 out. 2023.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS (CIR). **CIR**. Disponível em: <https://cosemspb.org/cir/>. Acesso em: 25 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **CNES - Estabelecimentos por Tipo - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabpb.def>. Acesso em: 11 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Hanseníase - Acompanhamento dos casos de hanseníase - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswpb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Hepatites - Casos confirmados e notificados no SINAN - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/hepapb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Imunizações - Cobertura - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde - TABNET**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade Hospitalar no SUS - Por local de residência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nrpb.def>. Acesso em: 26 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Nascimentos - Paraíba: Nascimentos por tipo de parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdn/sinasc_estado.def. Acesso em: 26 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Nascimentos - Paraíba por Tipo de parto, Consulta de pré-natal e Peso ao nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdn/sinasc_estado.def. Acesso em: 27 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Nascimentos - Paraíba: Natalidade segundo faixa etária da mãe, Anomalias congênitas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdn/sinasc_estado.def. Acesso em: 30 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Óbitos na Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def. Acesso em: 26 out. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sífilis Adquirida - Casos confirmados e notificados no SINAN - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilisadquiridapb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sífilis Congênita - Casos confirmados e notificados no SINAN - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilispb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sífilis na Gestante - Casos confirmados e notificados no SINAN - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantepb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Tuberculose - Casos confirmados e notificados no SINAN - Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercpb.def>. Acesso em: 01 nov. 2023.

GUIA OPERACIONAL BÁSICO - FASE 5 - tópico 4.14 – **Roteiro Sugestivo para a Sistematização do PRMRS**. [S. l.: s. n., 20--?].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: nov. 2023.

JOÃO PESSOA. **Portaria nº 326, de 29 de junho de 2021**. Dispõe sobre a redefinição da Composição do Grupo Condutor – GC, da atualização da Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade - PAMAC, que será Coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde por meio da Gerência de Planejamento e Gestão - GEPLAG. **Diário Oficial SES PB**, João Pessoa, PB, nº 17.402, p. 02, 03 jul. 2021.

MANUAL DO GESTOR MUNICIPAL DO SUS 2021 – **Diálogos no cotidiano – pg 76**. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf.

ORIENTAÇÕES TRIPARTITE PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM). **SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Disponível em: <http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnetpb.html>. Acesso em: 26 out. 2023.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC). **SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. Disponível em: <http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnetpb.html>. Acesso em: 26 out. 2023.