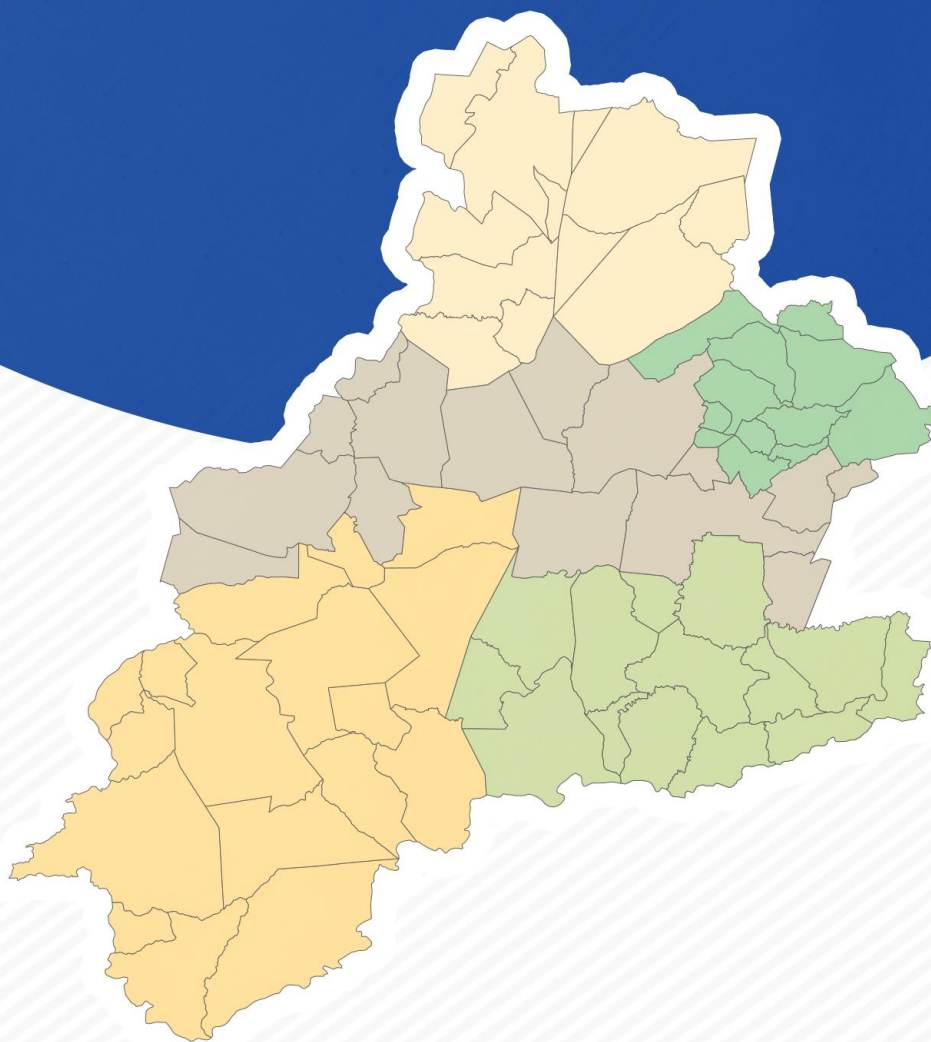


PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

II MACRO



2024

SUMÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE	4
1.1 REGIÕES DE SAÚDE DA II MACRO E SUA REDE HOSPITALAR.....	5
1.2 População Geral.....	6
1.3 População rural e urbana	6
1.4 Dados Socioeconômicos.....	8
1.5 Vigilância da Água	10
2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	11
2.1 INDICADORES DE NASCIMENTO	12
2.2 Doença Meningocócica	13
2.3 Coqueluche	14
2.4 Influenza/SRAG	15
2.5 Tuberculose	15
2.6 Hanseníase	16
2.7 Sífilis.....	17
2.8 HIV/AIDS.....	18
2.9 Hepatites Virais	19
2.10 Arboviroses.....	20
2.11 Taxa de Mortalidade Geral – TMG	21
2.12 Mortalidade infantil	22
2.13 Mortalidade infantil neonatal (TMIN).....	22
2.14 Mortalidade infantil pós-neonatal (TMIPN)	23
2.15 Mortalidade proporcional por grupo de causas	24
2.16 Curva de Mortalidade Proporcional por idade	26
2.17 Mortalidade Materna	26
2.18 Causas externas	29
2.19 Neoplasias malignas	31
2.20 ÁRVORE DE PROBLEMAS	32
2.20.1 MACRORREGIÃO II - ÁRVORE DE CAUSA E EFEITO	32
2.21 Matriz GUT de priorização dos problemas	42
2.22 Prioridades Sanitárias	44
2.23 Organização das RAS conforme as Prioridades Sanitárias	45
2.24 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	46
2.24.1 Atribuições da Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência ..	50
2.24.2 Centros especializados em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas.....	51
2.24.3 A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá:	51
2.24.4 Revisão e monitoramento da modelagem da rede de atenção à pessoa com deficiência:	52
2.25 REDE ALYNE	54
2.25.1 Caracterização da Rede.....	54
2.25.2 MAPA IDEAL: II MACRORREGIÃO DE SAÚDE	58
2.25.3 MAPA DE APOIO DIAGNÓSTICO	59
2.25.4 Outras discussões relevantes:.....	59
2.25.5 PROCESSOS	60
2.26 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS	61
2.26.1 Principais Fragilidades Identificadas	62
2.26.2 Desenho de Rede proposto	64
2.26.3 Mapa de Serviços.....	66
2.27 REDE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE	68

2.27.1 Principais Fragilidades Identificadas	70
2.27.2 Serviço de atendimento às urgências móveis (SAMU):	70
2.27.3 Outras Fragilidades:	72
2.27.4 Linhas de Cuidado na rede de urgência e emergência:	72
2.27.5 Desenho de Rede proposto	74
2.27.6 Mapa de Serviços:	75
2.27.7 Processos	76
2.28 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS	77
2.28.1 Principais fragilidades identificadas:	79
2.28.2 Desenho de Rede proposto	81
2.28.3 Atenção Terciária	82
2.28.4 Processos:	84
2.29 Espaços de Governança Regional	84
2.30 Monitoramento	86
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

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:

I Macro com quatro regiões de saúde, e uma população de 1.952.127 hab., com sede em João Pessoa;

II Macro com cinco regiões de saúde e uma população de 1.127.117 hab., com sede em Campina Grande;

III Macro composta por sete regiões de saúde e uma população de 946.314 hab., com duas sedes, uma em Patos (Região do Sertão) e outra em Sousa (Região do Alto Sertão).

A 2ª Macrorregião de Saúde tem como município sede Campina Grande, o segundo maior município da Paraíba. Ela é composta por 5 regiões de saúde e 70 municípios, com uma população aproximada de 1.121.153 habitantes. O município sede concentra os serviços de média e alta complexidade, desempenhando um papel crucial ao oferecer suporte para a 3ª Macrorregião de Saúde. No entanto, Campina Grande enfrenta desafios na organização das ações e serviços de saúde, dado o volume elevado de serviços de complexidade. Abaixo está a divisão da 2ª Macrorregião de Saúde por Regiões de Saúde.

3ª Região de Saúde ou Renascer do Brejo onde sua conformação abrange os municípios de Alagoa Grande, Alagoa Nova, Algodão de Jandaíra, Arara, Areia, Areial, Esperança, Lagoa Seca, Matinhas, Montadas, Remígio, São Sebastião de Lagoa de Roça.

4ª Região de Saúde ou Curimataú e Seridó Paraibano compreendendo os municípios de Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cubati, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Nova Palmeira, Pedra Lavrada, Picuí, São Vicente do Seridó, Sossego.

5ª Região de Saúde ou Cariri Ocidental conformada pelos municípios Amparo, Camalaú, Caraúbas, Congo, Coxixola, Gurjão, Monteiro, Ouro Velho, Parari, Prata, São João do Cariri, São João do Tigre, São José dos Cordeiros, São Sebastião do Umbuzeiro, Serra Branca, Sumé, Zabelê.

15ª Região de Saúde ou Cariri Oriental abrangendo Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Barra de São Miguel, Boqueirão, Cabaceiras, Caturité, Gado Bravo, Natuba, Queimadas, Riacho de Santo Antônio, Santa Cecília, São Domingos do Cariri, Umbuzeiro.

16ª Região de Saúde ou Borborema formada pelos municípios de Assunção, Boa Vista, Campina Grande, Fagundes, Juazeirinho, Livramento, Massaranduba, Olivedos, Pocinhos, Puxinanã, Santo André, Serra Redonda, Soledade, Taperoá, Tenório.

A Rede de Saúde da 2ª Macrorregião está organizada com serviços divididos por níveis de atenção, sendo que a maior concentração de serviços encontra-se no município polo da 16ª Região, Campina Grande. Até outubro de 2023, havia um total de 2.096 estabelecimentos de saúde na 2ª Macrorregião. Quando classificados por tipo de gestão, a distribuição era a seguinte: 2 estabelecimentos sob Gestão Dupla, 12 sob Gestão Estadual e 2.082 sob Gestão Municipal.

TIPO DA EQUIPE	MACRORREGIÃO II CAMPINA GRANDE
EACS - Equipe de Agentes Comunitarios De Saude	70 equipes totalizando 2.238 ACS
EMSI - Eq Multidisc At Basica Saude Indigena	0
EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar Tipo I	5
EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio	9
EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar TipoII	7
ESF - Equipe de Saude da Familia	453
ESB - Equipe de Saúde Bucal	383
ENASF-AB - Eq Núcleo Ampliado Saúde da Família At. Primária	80
ECR - Equipe dos Consultórios na Rua	1
EABP - Equipe de Atenção Primária Prisional	6
EMAESM - Eq Multiprof Atenção Especializada Saúde Mental	4
EAP - Equipe de Atenção Primária	9
Posto de Saúde	50
TOTAL	

Em relação às Equipes de Saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apresentou os seguintes dados em outubro de 2023:

1.1 REGIÕES DE SAÚDE DA II MACRO E SUA REDE HOSPITALAR

REGIÃO DE SAÚDE	CIDADE	HOSPITAL
3ª REGIÃO DE SAÚDE – RENASCER DO BREJO	Alagoa Nova	HOSPITAL MUNICIPAL SOFIA DE CASTRO
	Areia	HOSPITAL MUNICIPAL DR HERCÍLIO RODRIGUES
	Esperança	HOSPITAL MUNICIPAL DR MANUEL CABRAL
	Lagoa Seca	HOSPITAL MUNICIPAL ANA MARIA COUTINHO RAMALHO
4ª REGIÃO DE SAÚDE – CURIMATAÚ E SERIDÓ PARAIBANO	Picuí	HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ DR. FELIPE TIAGO GOMES
	Cuité	HOSPITAL MUNICIPAL DE CUITÉ
5ª REGIÃO DE SAÚDE – CARIRI OCIDENTAL	Monteiro	HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA
	São Sebastião do Umbuzeiro Serra Branca	HOSPITAL GERAL DE SERRA BRANCA
	Sumé	HOSPITAL E MATERNIDADE ALICE DE ALMEIDA
15ª REGIÃO DE SAÚDE – CARIRI ORIENTAL	Aroeiras	HOSPITAL MUNICIPAL (EM REFORMA)
	Boqueirão	HOSPITAL MUNICIPAL JOSE GOMES DE ANDRADE
	Natuba	HOSPITAL E MATERNIDADE NAPOLEÃO LAUREANO
	Queimadas	HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

16ª REGIÃO DE SAÚDE – BORBOREMA	Campina Grande	PEDRO I, HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, HOSPITAL MUNICIPAL DR EDGLEY, CLIPSI, ANTÔNIO TARGINO, SANTA CLARA, HOSPITAL DE TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, HELP, ISEA (MATERNIDADE), HOSPITAL DAS CLÍNICAS, UPA DR.RAIMUNDO MAIA, UPA DR.ADHEMAR DANTAS, HOSPITAL DA FAP, HOSPITAL JOÃO XXIII, DR. MAIA.
	Juazeirinho	FUND. ASSISTENCIAL E HOSPITALAR DE JUAZEIRINHO
	Massaranduba	HOSPITAL E MATERNO. MUNICIPAL STA TEREZINHA
	Pocinhos	HOSPITAL DR ANTÔNIO LUIZ COUTINHO
	Soledade	HOSPITAL MUNICIPAL DE SOLEDADE
	Taperoá	HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ

1.2 POPULAÇÃO GERAL

A segunda macrorregião do estado da Paraíba possui uma população de aproximadamente 1.134.580 pessoas. Esta região é demograficamente diversificada e composta por várias cidades importantes. Campina Grande, que é a cidade sede da macrorregião, concentra a maior parte dos serviços comerciais, educacionais e de saúde, abrigando cerca de 46,96% da população da região. Entre os municípios da segunda macrorregião, 72,86% têm uma população inferior a 15.000 habitantes. A distribuição demográfica revela a concentração de residentes em Campina Grande, enquanto as cidades menores desempenham um papel crucial na composição populacional da região.

1.3 POPULAÇÃO RURAL E URBANA

POPULAÇÃO RESIDENTE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE E SITUAÇÃO					
Macrorregião de Saúde	Urbana	%	Rural	%	Total
2501 MACRORREGIÃO II - SERTÃO/ALTO SERTÃO	602.091	66,73%	300.219	33,27%	902.310
2502 MACRORREGIÃO II - CAMPINA GRANDE	744.047	69,84%	321.374	30,16%	1.065.421
2503 MACRORREGIÃO I - JOÃO PESSOA	1.492.540	82,97%	306.257	17,03%	1.798.797
TOTAL	2.838.678	75,37%	927.850	24,63%	3.766.528

Fonte: Tabnet, 2023.

Os dados da tabela abaixo mostram a participação crescente dos idosos em relação aos jovens na população paraibana entre 2000 e 2010, refletindo principalmente a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos. Durante esse período,

observou-se um aumento no Índice de Envelhecimento da 2ª Macrorregião, com uma variação positiva de 45,88%. Em 2000, o índice de envelhecimento era de 34,31, enquanto em 2010, o índice atingiu 50,05.

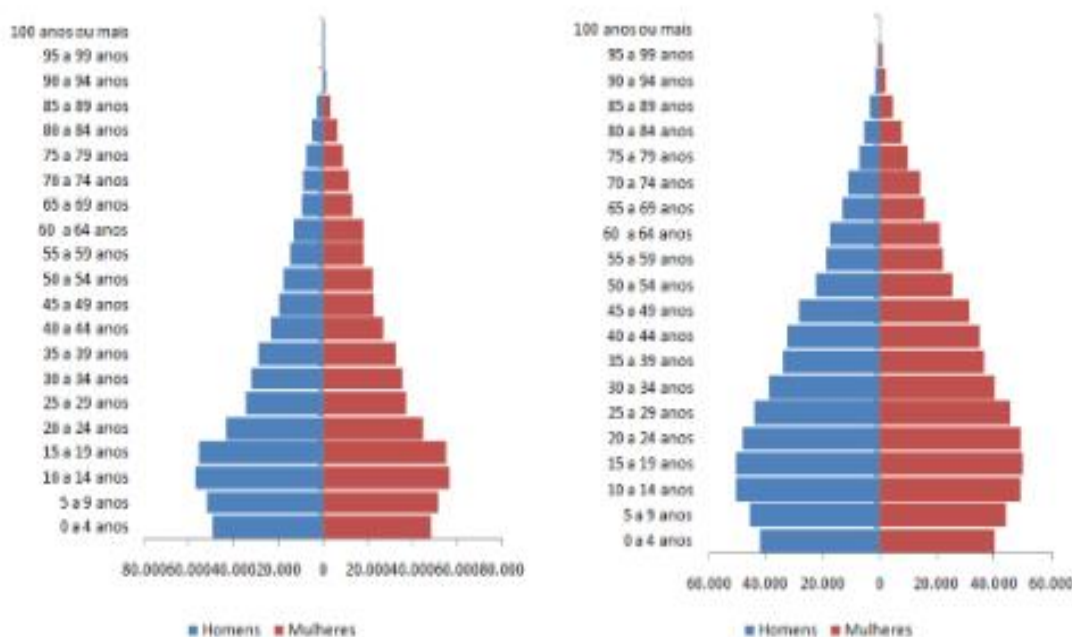
INDICADORES	2000	2010
Índice de envelhecimento	34,31	50,05
Grau de urbanização	65,67	69,84

Fonte: IBGE: Censo demográfico 2000 e 2010.

Esses valores indicam que a transição demográfica está em estágio avançado. Por meio do Índice de Envelhecimento, é possível acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população entre diferentes grupos sociais. A análise deste índice permite avaliar as tendências da dinâmica demográfica e, assim, subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas em diversas áreas, como saúde e previdência social. Dessa forma, é possível observar que a população paraibana, especialmente nas três macrorregiões, está em constante processo de envelhecimento.

Conforme a Tabela 1, o percentual da população residente em áreas urbanas na 2ª Macrorregião, no período considerado, apresentou um crescimento de 6,35%, indicando que a concentração urbana está cada vez mais acentuada.

Figura 1 - Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade. 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2000 e 2010



Os dados apresentados na Figura 1 mostram uma pirâmide etária considerada jovem, ou seja, o número proporcional de pessoas nas faixas etárias entre 0 e 19 anos é relativamente maior. No entanto, em 2010, embora a concentração de habitantes ainda seja maior nessas faixas etárias, observa-se um processo de amadurecimento da população da macrorregião, com um consequente aumento da população mais velha.

A transição demográfica nos anos seguintes é impulsionada pelo aumento da expectativa de vida, melhorias nas infraestruturas e no desenvolvimento econômico. Como resultado, a parte central da pirâmide se expande, indicando um crescimento na população economicamente ativa.

1.4 DADOS SOCIOECONÔMICOS

O PIB da Paraíba tem apresentado um crescimento gradual nos últimos anos, impulsionado principalmente pelo setor de serviços, que inclui atividades como turismo, comércio e telecomunicações. A agricultura e a indústria também desempenham um papel significativo na economia da região, com destaque para a produção de cana-de-açúcar, frutas, têxteis e calçados.

A 2ª Macrorregião da Paraíba enfrenta desafios em relação ao desenvolvimento econômico, como a necessidade de investimentos em infraestrutura, educação e qualificação profissional. No entanto, o potencial econômico da região, aliado às políticas de incentivo ao crescimento, tem contribuído para a expansão do PIB e para a geração de empregos e renda. As tabelas abaixo apresentam o crescimento do PIB em 2018 e 2019 nas Regiões Geoadministrativas da 2ª Macrorregião da Paraíba.

Tabela 1 - Produto Interno Bruto das 16 Regiões Geoadministrativas do Estado da Paraíba e seus municípios, participações no estado e na região – (2018- 2019).

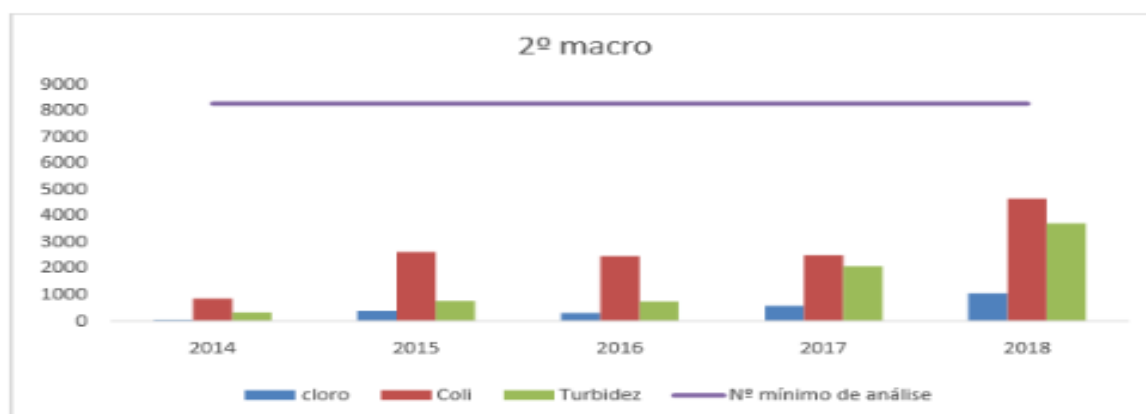
Divisão Geoadministrativa em 14 RGA's	2018				2019			
	PIB Total (R\$ 1.000,00)	Participação no Estado (%)	Participação na Região (%)	Ranking na Região	PIB Total (R\$ 1.000,00)	Participação no Estado (%)	Participação na Região (%)	Ranking na Região
3ª Região: Sede Campina Grande	13.904.235	21,6	100,0	-	14.466.378	21,3	100,0	-
Campina Grande	9.152.679	14,2	65,8	1º	9.510.038	14,0	65,7	1º
Queimadas	484.723	0,8	3,5	2º	509.152	0,7	3,5	2º
Esperança	403.539	0,6	2,9	3º	440.710	0,6	3,0	3º
Lagoa Seca	272.294	0,4	2,0	5º	281.110	0,4	1,9	5º
Alagoa Nova	287.713	0,4	2,1	4º	325.902	0,5	2,3	4º
Alagoa Grande	256.890	0,4	1,8	6º	276.393	0,4	1,9	6º
Pocinhos	230.942	0,4	1,7	8º	242.626	0,4	1,7	7º
Arela	234.367	0,4	1,7	7º	229.042	0,3	1,6	8º
Boqueirão	205.675	0,3	1,5	9º	216.641	0,3	1,5	9º
Soledade	165.720	0,3	1,2	12º	178.068	0,3	1,2	11º
Remígio	166.495	0,3	1,2	11º	174.318	0,3	1,2	12º
Juazeirinho	172.349	0,3	1,2	10º	184.701	0,3	1,3	10º
Aroeiras	153.209	0,2	1,1	14º	146.206	0,2	1,0	13º
Boa Vista	156.071	0,2	1,1	13º	144.857	0,2	1,0	14º
Taperoá	122.291	0,2	0,9	15º	119.245	0,2	0,8	15º
Messaraububa	108.062	0,2	0,8	16º	113.505	0,2	0,8	16º
Arara	100.899	0,2	0,7	18º	102.585	0,2	0,7	18º
Puxinana	103.402	0,2	0,7	17º	108.321	0,2	0,7	17º
Fagundes	92.542	0,1	0,7	20º	93.114	0,1	0,6	20º
São Sebastião de Lagoa de Roça	94.446	0,1	0,7	19º	94.715	0,1	0,7	19º
Natuba	81.796	0,1	0,6	21º	85.989	0,1	0,6	21º
Umbuzeiro	74.204	0,1	0,5	22º	76.661	0,1	0,5	23º
Montadas	46.844	0,1	0,3	32º	48.804	0,1	0,3	32º
Barra de Santana	73.460	0,1	0,5	23º	77.460	0,1	0,5	22º
Gado Bravo	64.606	0,1	0,5	24º	66.776	0,1	0,5	24º
Livramento	56.863	0,1	0,4	26º	58.137	0,1	0,4	27º
Caturité	55.099	0,1	0,4	28º	52.261	0,1	0,4	30º
Arela	52.167	0,1	0,4	30º	54.795	0,1	0,4	28º
Santa Cecília	53.260	0,1	0,4	29º	54.465	0,1	0,4	29º
Cabaceiras	56.687	0,1	0,4	27º	58.550	0,1	0,4	26º
Barra de São Miguel	59.063	0,1	0,4	25º	65.229	0,1	0,5	25º
Matinhas	46.851	0,1	0,3	31º	49.294	0,1	0,3	31º
Alcantil	42.363	0,1	0,3	33º	43.815	0,1	0,3	33º
Assunção	37.404	0,1	0,3	34º	39.269	0,1	0,3	34º
Olivedos	36.493	0,1	0,3	35º	38.454	0,1	0,3	35º
Tenório	28.253	0,0	0,2	36º	29.517	0,0	0,2	36º
Algodão de Jandara	25.659	0,0	0,2	37º	25.524	0,0	0,2	38º
São Domingos do Cariri	23.920	0,0	0,2	39º	23.839	0,0	0,2	39º
Riacho de Santo Antônio	24.935	0,0	0,2	38º	26.289	0,0	0,2	37º
4ª Região: Sede Cuité	994.440	1,5	100,0	-	1.042.922	1,5	100,0	-
Cuité	204.338	0,3	20,5	1º	221.563	0,3	21,2	1º
Picuí	181.822	0,3	18,3	2º	192.946	0,3	18,5	2º
Barra de Santa Rosa	127.061	0,2	12,8	3º	134.381	0,2	12,9	3º
Nova Floresta	84.849	0,1	8,5	4º	88.880	0,1	8,5	4º
Pedra Lavrada	71.564	0,1	7,2	6º	71.961	0,1	6,9	6º
São Vicente do Seridó	72.696	0,1	7,3	5º	72.549	0,1	7,0	5º
Cubati	65.030	0,1	6,5	7º	66.147	0,1	6,3	7º
Damião	42.138	0,1	4,2	8º	42.940	0,1	4,1	10º
Nova Palmeira	41.784	0,1	4,2	10º	43.489	0,1	4,2	9º
Baraúna	41.903	0,1	4,2	9º	44.460	0,1	4,3	8º
Sossêgo	32.629	0,1	3,3	11º	34.185	0,1	3,3	11º
Frei Martinho	28.626	0,0	2,9	12º	29.422	0,0	2,8	12º

Divisão Geoadministrativa em 14 RGAs	2018				2019			
	PIB Total (R\$ 1.000,00)	Participação no Estado (%)	Participação na Região (%)	Ranking na Região	PIB Total (R\$ 1.000,00)	Participação no Estado (%)	Participação na Região (%)	Ranking na Região
5ª Região: Sede Monteiro	1.345.149	2,1	100,0	-	1.421.396	2,1	100,0	-
Monteiro	523.757	0,8	38,9	1º	577.440	0,8	40,6	1º
Sumé	173.819	0,3	12,9	2º	184.704	0,3	13,0	2º
Serra Branca	124.866	0,2	9,3	3º	130.733	0,2	9,2	3º
Camalaú	62.808	0,1	4,7	4º	60.005	0,1	4,2	4º
Congo	51.573	0,1	3,8	6º	51.511	0,1	3,6	6º
Prata	52.745	0,1	3,9	5º	52.348	0,1	3,7	5º
São João do Cariri	44.577	0,1	3,3	7º	44.449	0,1	3,1	7º
Caraubas	36.339	0,1	2,7	8º	39.107	0,1	2,8	8º
São João do Tigre	34.985	0,1	2,6	9º	35.381	0,1	2,5	9º
Gurjão	31.540	0,0	2,3	11º	32.398	0,0	2,3	11º
Ouro Velho	30.760	0,0	2,3	13º	31.598	0,0	2,2	13º
São Sebastião do Umbuzeiro	32.515	0,1	2,4	10º	32.856	0,0	2,3	10º
São José dos Cordeiros	30.914	0,0	2,3	12º	32.235	0,0	2,3	12º
Santo André	25.552	0,0	1,9	14º	25.973	0,0	1,8	15º
Amparo	25.508	0,0	1,9	15º	26.204	0,0	1,8	14º
Zabelê	23.808	0,0	1,8	16º	23.511	0,0	1,7	16º
Coxíola	20.235	0,0	1,5	17º	20.793	0,0	1,5	17º
Parari	18.847	0,0	1,4	18º	20.152	0,0	1,4	18º

1.5 VIGILÂNCIA DA ÁGUA

A 2ª Macrorregião de Saúde apresenta um aumento gradativo no número de amostras realizadas para os parâmetros de cloro residual livre, coliformes totais / E. coli e turbidez. Observa-se que, no ano de 2018, houve o maior cumprimento da diretriz de qualidade da água para consumo humano no período avaliado.

Gráfico 1 - Cumprimento da diretriz Nacional da qualidade da água para consumo humano 2ª macrorregião de saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



Fonte: SISAGUA/GOVAS-ES-PB

Nota: dados exportados em 22/02/2019.

2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Planejamento Regional é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, com sua execução sendo realizada de forma tripartite (SES, COSEMS e SEMS), visando à organização e governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito estadual, além de promover a equidade regional e fortalecer o planejamento ascendente do SUS. Dada a importância de que esse planejamento ocorra de forma ascendente e com a participação de todos os entes, o processo teve início com a construção de planos municipais, baseados no diagnóstico situacional das reais necessidades da população. Em seguida, a análise de saúde foi ampliada para os Planos Regionais, onde as Regiões de Saúde passaram por um processo de autoconhecimento, identificando necessidades de saúde e avaliando processos de trabalho.

A partir dos problemas prioritários levantados, iniciaram-se discussões, mapeamentos e propostas para a saúde nas Macrorregiões. Dessa forma, foi possível nortear quais ações e serviços de saúde que precisam ser planejados nos âmbitos primário, secundário e terciário de atenção, abrangendo não apenas o município e a região, mas toda a macrorregião.

Com a conclusão da etapa de construção dos planos municipais de saúde, iniciou-se a etapa de elaboração dos planos regionais integrados. Para isso, foi formado um Grupo de Trabalho Regional (GTR) para cada região do estado, composto pelos três entes (SES, COSEMS e SEMS), secretários de saúde, técnicos municipais e atores das gerências regionais. Para a realização dessa etapa, foi essencial a realização de levantamentos dos diagnósticos da situação de saúde dos municípios, a fim de identificar as fragilidades de cada região. A partir desses diagnósticos e das discussões no GTR sobre os principais problemas, foi possível traçar os objetivos e metas necessários para resolvê-los em tempo oportuno.

As ações do projeto voltado à Regionalização foram estruturadas em três eixos: Eixo Planejamento, Eixo Formativo e Eixo Governança. No Eixo Formativo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi adotada como a base e estratégia político-pedagógica, orientando a construção e a produção de conhecimentos. Esse processo foi guiado pela realidade vivida pelos municípios e Regiões, com os problemas enfrentados no cotidiano do planejamento e as experiências prévias dos atores como ponto de partida para as discussões. Assim, a EPS serviu como norte para a construção de soluções que visam à transformação da realidade local.

Nos anos de 2022 e 2023, o estado está na fase de construção dos planos macrorregionais em parceria com o projeto de regionalização do PROADI. Para isso, foi formado o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM), composto por representantes dos três entes.

O GTM iniciou a elaboração do plano macrorregional com uma análise da situação de saúde, que incluiu a identificação das necessidades de saúde, a avaliação da capacidade

instalada e a identificação dos vazios assistenciais. Além disso, foram analisados os fluxos de acesso por meio da coleta de dados, discussão e análise dessas informações.

O grupo trouxe para reflexão os problemas identificados nos planos regionais, além de realizar o levantamento de outros dados. Foi elaborada uma árvore de problemas, que relacionou suas causas e consequências, e utilizou-se a matriz GUT como ferramenta para estabelecer as prioridades macrorregionais. Assim, cada macrorregião teve seus principais problemas identificados, elencados e priorizados.

Nas reuniões e encontros, foram definidas as Diretrizes Prioritárias a serem trabalhadas de imediato em cada macrorregião, com a 2ª Macrorregião destacando a Rede da Pessoa com Deficiência como prioridade, focando na "**Fragilidade na Rede de Pessoas com Deficiência**".

2.1 INDICADORES DE NASCIMENTO

A Tabela 2 abaixo mostra que 73,8% das mulheres realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, um percentual superior ao alcançado pelo estado. Além disso, o tipo de parto predominante foi o cesáreo, com 54,6%, e 7,5% dos bebês nasceram com baixo peso.

Tabela 2 - Número e proporção de Nascidos Vivos por tipo de parto, consultas pré-natal e peso baixo ao nascer na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2017.

MACRO	Número de Nascidos Vivos	Tipo de Parto				Consultas pré-natal 7 consultas e mais		Peso ao nascer Baixo peso (< 2500g)	
		Vaginal		Cesáreo		Nº	%	Nº	%
		Nº	%	Nº	%				
2ª MACRO	16093	7290	45,3	8794	54,6	11877	73,8	1202	7,5
Paraíba	57474	24528	42,7	32897	54,6	40015	69,6	4186	7,3

Fonte: Sinasc/SES-PB

DBF: 18/02/2019. Nota: Excluídos o ignorado e não informado

As anomalias detectadas ao nascer apresentaram redução durante o período avaliado. Nos anos de maior incidência, também foram registrados os maiores números de casos de arboviroses, o que pode estar relacionado às malformações provocadas pelo zika vírus.

Tabela 3 - Número e proporção das anomalias ao nascer detectadas na 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.

MACRO	2014		2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2ª MACRO	123	28,5	135	24,8	120	24,9	107	20,6
Paraíba	431	100	544	100	481	100	520	100

Fonte: Sinasc/SES-PB. DBF: 18/02/2019

Nota: Excluídos o ignorado e não informado

Em relação à faixa etária das mães, observou-se uma redução na gravidez na adolescência nos anos avaliados, embora ainda seja uma preocupação nas políticas de saúde da região. Por outro lado, houve um aumento nas gestantes na faixa etária entre 41 e 50 anos, o que também destaca a necessidade de acompanhamento especializado.

Tabela 4 -Número e proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.

Ano	FAIXA ETÁRIA												Total
	10-14a		15-20a		21-30a		31-40a		41-50a		51a+		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2014	165	22,3	4.047	21,8	8.553	20,9	4.062	19,3	294	19,4	0	0	17.121
2015	177	23,9	3.938	21,2	8.340	20,4	4.181	19,8	327	21,5	0	0	16.963
2016	146	19,7	3.660	19,7	7.776	19,0	3.867	18,4	273	18,0	0	0	15.722
2017	136	18,4	3.514	18,9	7.891	19,3	4.250	20,2	301	19,8	1	100	16.093
2018	116	15,7	3.445	18,5	8.275	20,3	4.705	22,3	324	21,3	0	0	16.865
Total	740	100	18.604	100	40.835	100	21.065	100	1.519	100	1	100	82.764

Fonte: Sinasc/SES-PB. DBF: 18/02/2019. Nota: Excluídos o ignorado e não informado

Tabela 5 - Cobertura Vacinal em menores de um ano por Imunobiológico na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014-2018.

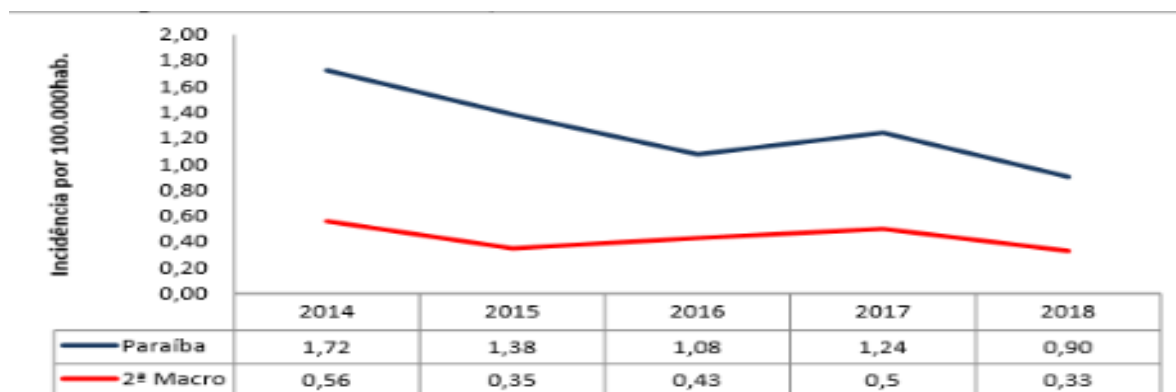
VACINA	META (%)	2014	2015	2016	2017	2018
BCG	90	94,66	77,59	79,13	81,64	88,44
Rotavírus Humano	90	90,20	92,15	88,96	89,86	96,71
Meningocócica C	95	91,31	93,12	88,65	89,45	96,59
Pentavalente	95	92,33	93,89	87,77	87,83	93,28
Pneumocócica	95	91,30	93,66	91,13	92,44	98,58
Poliomielite	95	95,67	94,13	86,46	88,92	94,17
Tríplice Viral D1	95	79,59	79,97	50,29	37,02	33,43
Influenza	90	83,07	84,81	90,39	95,06	94,22

Fonte: PNI/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019

2.2 DOENÇA MENINGOCÓCICA

Na Paraíba, entre 2014 e 2018, a taxa de incidência de meningites manteve um comportamento endêmico, com oscilações discretas. O mesmo padrão foi observado na 2ª Macrorregião de Saúde.

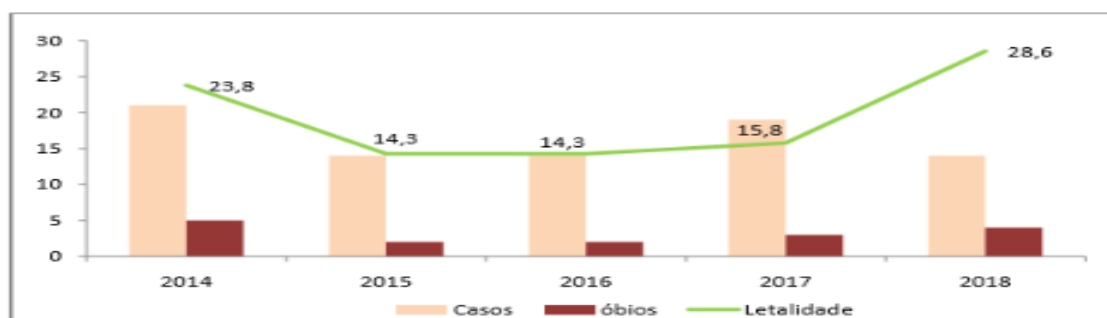
Gráfico 2 - Taxa de incidência de doença meningocócica (100.000 hab) na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



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

A letalidade da doença, com mortes superiores a 10% dos casos registrados, ainda é motivo de preocupação. Isso está provavelmente relacionado à importância do diagnóstico precoce e do tratamento rápido e adequado.

Gráfico 3 - Número de Casos, Óbitos e Letalidade por Meningites na 2ª Macrorregião. Paraíba, 2014 a 2018.



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

Nota: dados exportados em 20/02/2019

2.3 COQUELUCHE

A coqueluche é uma doença infecciosa aguda que afeta especificamente o aparelho respiratório. Entre 2014 e 2017, foram notificados 28 casos, sendo que as regiões com maior número de ocorrências foram a 3ª e a 16ª. Na 2ª Macrorregião, o ano de 2014 registrou o maior número de notificações.

Tabela 6 - Número de Casos, Óbitos e Letalidade por Meningites na 2ª Macrorregião. Paraíba, 2014 a 2018.

Ano	2014	2015	2016	2017
Região de Saúde				
3	6	3	1	0
4	1	2	1	0
5	2	1	0	0

15	2	0	0	0
16	6	1	0	2
TOTAL	17	7	2	2

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

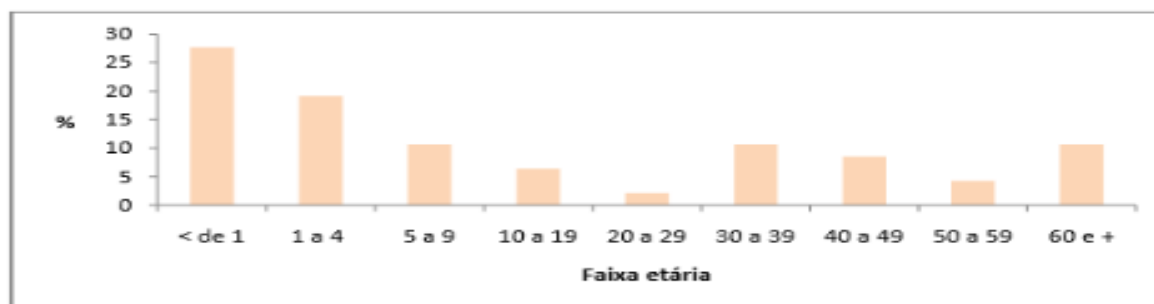
Nota: dados exportados em 20/02/2019

2.4 INFLUENZA/SRAG

Em 2018, a 2ª Macrorregião registrou 47 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI, distribuídos por 16 dos 70 municípios, o que corresponde a aproximadamente 23% dos casos. Campina Grande, por ser o município com maior população, registrou mais da metade desses casos.

A idade dos pacientes variou de 1 mês a 94 anos, sendo que a faixa etária mais afetada pela SRAG em UTI foi a de menores de 1 ano, com 27,6% dos casos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de casos de Influenza por faixa etária na 1ª Macrorregião. Paraíba, 2018



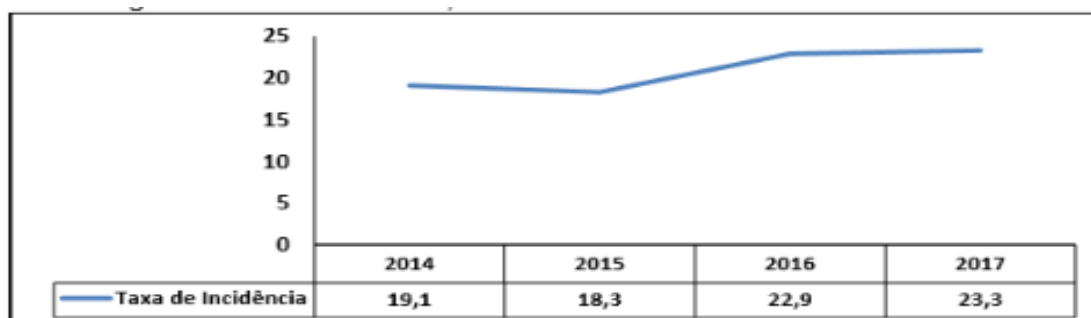
Fonte: SIVEP Gripe/NDTA/SES-PB

Nota: dados exportados em 18/02/2019

2.5 TUBERCULOSE

A taxa de incidência de casos de tuberculose apresenta aumento na 2ª Macrorregião de Saúde, o que, por outro lado, pode ser favorável para o início de tratamento oportuno e para a interrupção da cadeia de transmissão.

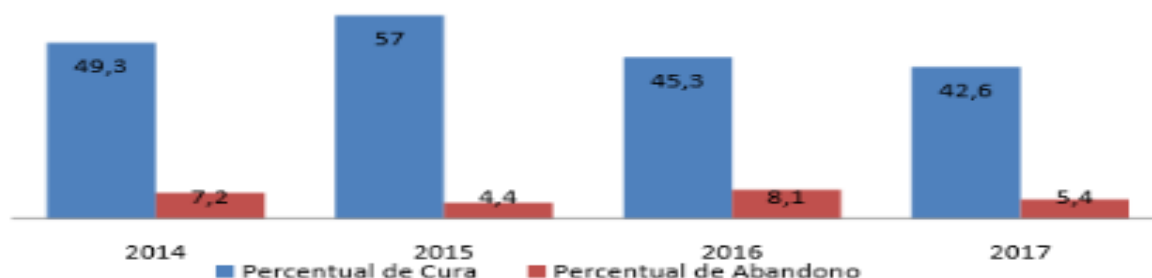
Gráfico 5 - Taxa de incidência dos casos novos de tuberculose na 2ª macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



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

Embora haja aumento no número de casos de tuberculose, observa-se uma redução na proporção de cura dos casos novos, conforme apresentado no gráfico abaixo. O resultado da região é diretamente influenciado pelo alcance das metas do município de Campina Grande, o segundo maior notificador. Assim, é fundamental discutir ações que possam melhorar a condução dos tratamentos, como o tratamento diretamente observado e os projetos terapêuticos singulares, com o objetivo de aprimorar os indicadores operacionais. Além disso, outras questões relacionadas às vulnerabilidades também devem ser investigadas.

Gráfico 6 - Percentual de cura e abandono do tratamento da tuberculose na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2017.



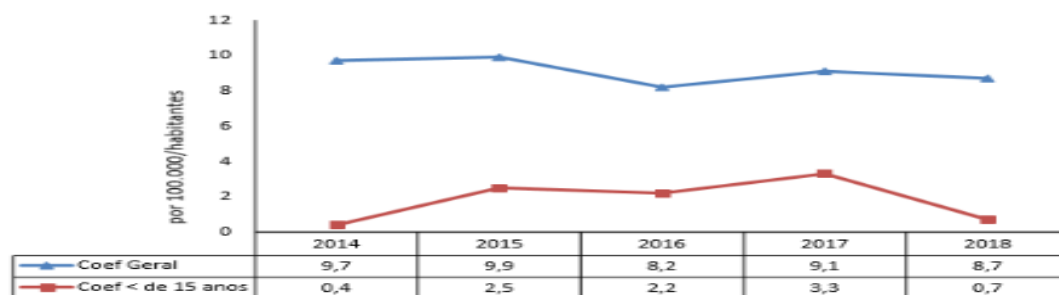
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/NDE/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

2.6 HANSENÍASE

Observa-se uma tendência decrescente no número de casos novos de hanseníase na população em geral e em menores de 15 anos durante o período avaliado, com um aumento apenas no ano de 2017. Ao refletir sobre a condição crônica da doença e os parâmetros de endemicidade no estado, é possível destacar a necessidade de fortalecer a busca ativa de casos

novos na atenção básica, com o objetivo de garantir o acesso rápido à terapêutica e reduzir as incapacidades causadas pelos diagnósticos tardios.

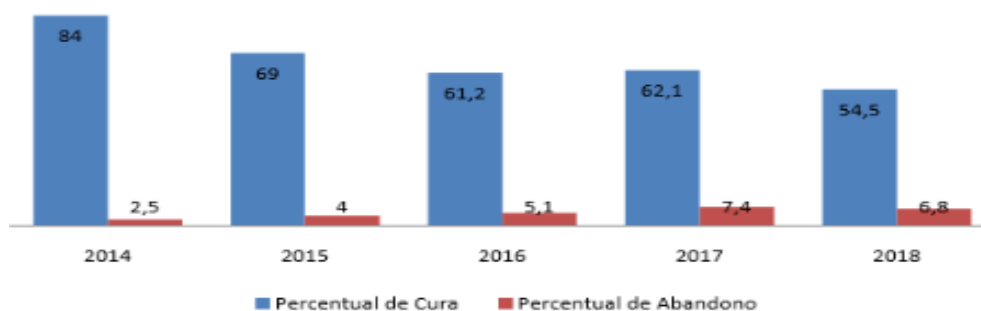
Gráfico 7 - Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de Hanseníase na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



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

O gráfico abaixo evidencia a redução na proporção de cura, considerada regular, o que permite presumir que a cadeia de transmissão da doença permanece ativa. Isso indica a necessidade de fortalecer as medidas de busca ativa dos casos e a manutenção dos tratamentos junto aos profissionais da atenção básica. Além disso, é importante destacar que houve mudanças no parâmetro utilizado para considerar um caso de abandono do tratamento.

Gráfico 8 - Percentual de cura e abandono dos tratamentos da hanseníase na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



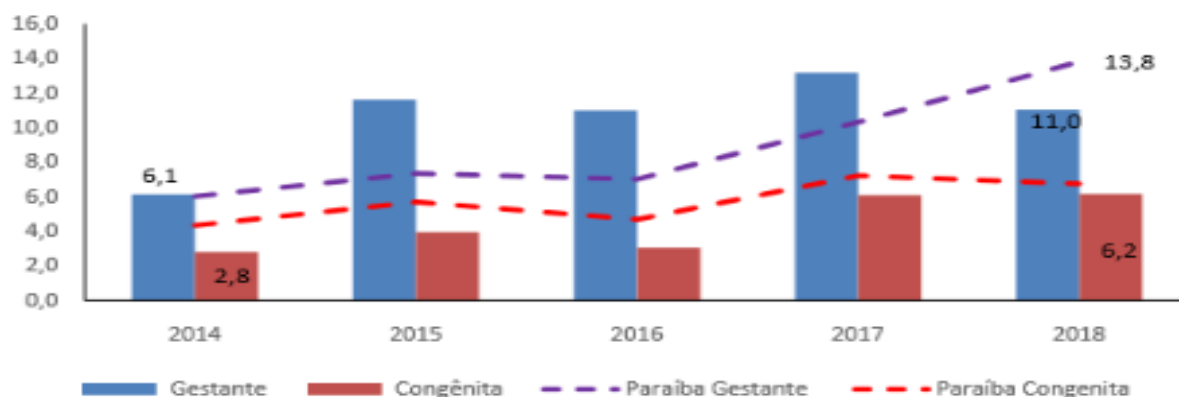
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/NDE/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

2.7 SÍFILIS

A incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita apresentou crescimento até 2017, coincidentemente com o período de desabastecimento do medicamento utilizado no tratamento. No entanto, em 2018, observou-se uma redução tanto na sífilis em gestantes quanto na sífilis

congênita, o que está relacionado ao fornecimento do medicamento e ao fortalecimento da política de saúde na atenção básica.

Gráfico 9 - Taxa de detecção de sífilis em gestante e incidência de sífilis congênita em menor de 1 ano (por 1.000 nascidos vivos) na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.

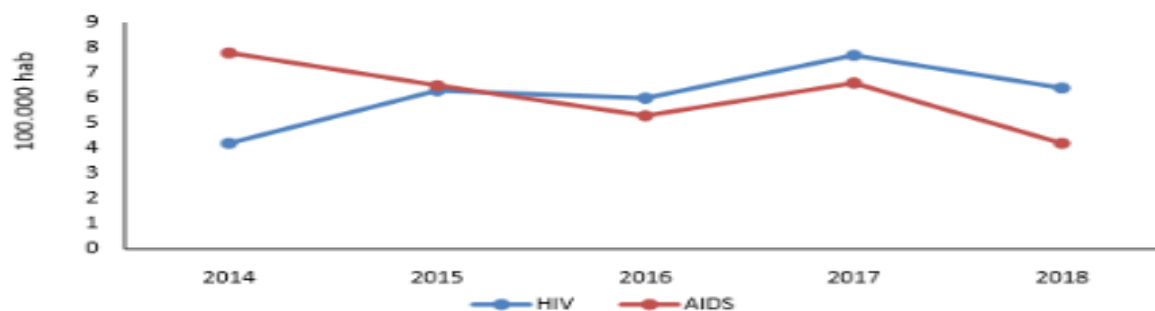


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/GOIST/AIDS/HV/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

2.8 HIV/AIDS

A taxa de incidência de HIV apresentou um comportamento crescente nos anos de 2015 e 2017, com redução nos anos que antecedem os picos. Sabe-se que as ações de promoção e o acesso às medidas de prevenção colaboram de forma eficaz na redução do número de casos de HIV. Já a incidência de AIDS apresentou redução na maioria dos anos, exceto em 2017, acompanhando o aumento no número de casos de HIV, o que provavelmente está relacionado ao diagnóstico tardio.

Gráfico 10 - Taxa de incidência de HIV/AIDS por 100.000hab da 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.

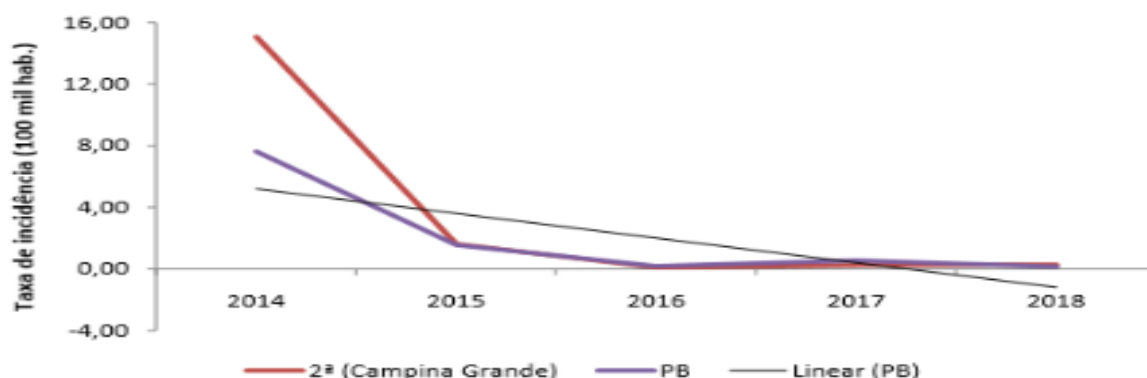


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)/GOIST/AIDS/HIV/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

2.9 HEPATITES VIRAIS

No período avaliado verificou-se que a 2ª macro apresenta um comportamento semelhante ao do estado quanto à infecção pelo vírus da hepatite A, com tendência decrescente.

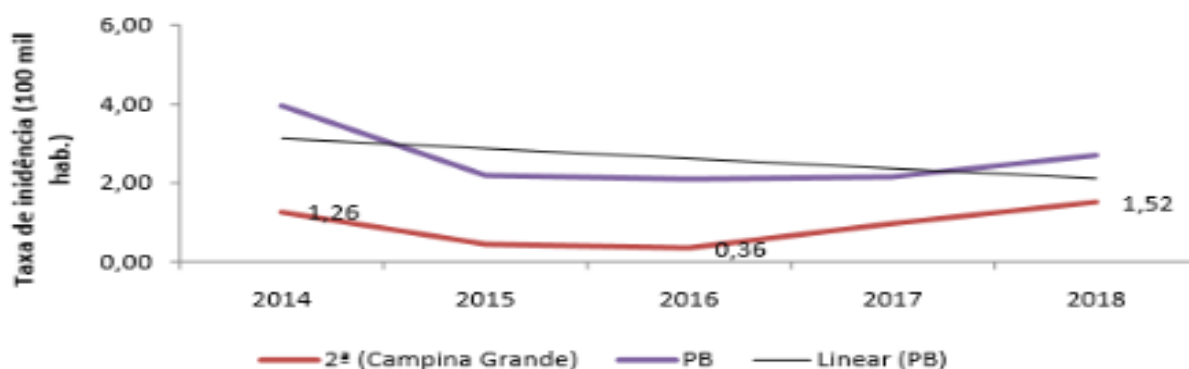
Gráfico 11 - Taxa de incidência de Hepatite A e tendência linear (PB) na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



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

Em relação à hepatite B, a incidência segue a tendência de crescimento do estado após 2016, com uma variação positiva de 3,22%. Possivelmente, as ações de detecção precoce tenham influenciado este aumento no número de casos notificados.

Gráfico 12 - Taxa de incidência de Hepatite B e tendência linear (PB) na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.

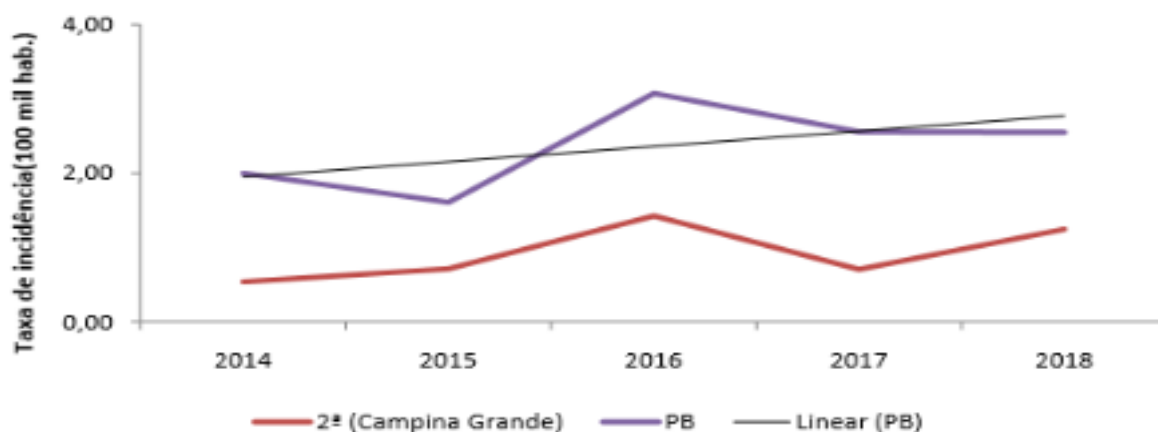


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e IBGE. Nota: Dados exportados em 21/02/2019.

Quanto à hepatite C, a 2ª Macrorregião apresenta um comportamento irregular, com flutuações de pico nos anos de 2016 e 2018, padrão também observado no estado. No entanto,

em 2015, houve um aumento no número de casos na 2ª Macrorregião, divergindo da redução registrada no estado naquele ano.

Gráfico 13 - Taxa de incidência de Hepatite C e tendência linear (PB) na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.



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

2.10 ARBOVIROSES

De acordo com a Tabela 7, observa-se uma redução no número de casos de arboviroses em 2017, com um aumento no ano seguinte, exceto para o Zika vírus. No entanto, houve ocorrência de óbitos (Fig. 02), o que gera preocupação quanto à assistência e ao manejo em situações de casos graves.

Tabela 7 - Número de casos e incidência (por 100.000 hab.) de dengue e chikungunya na 2ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2016 a 2018.

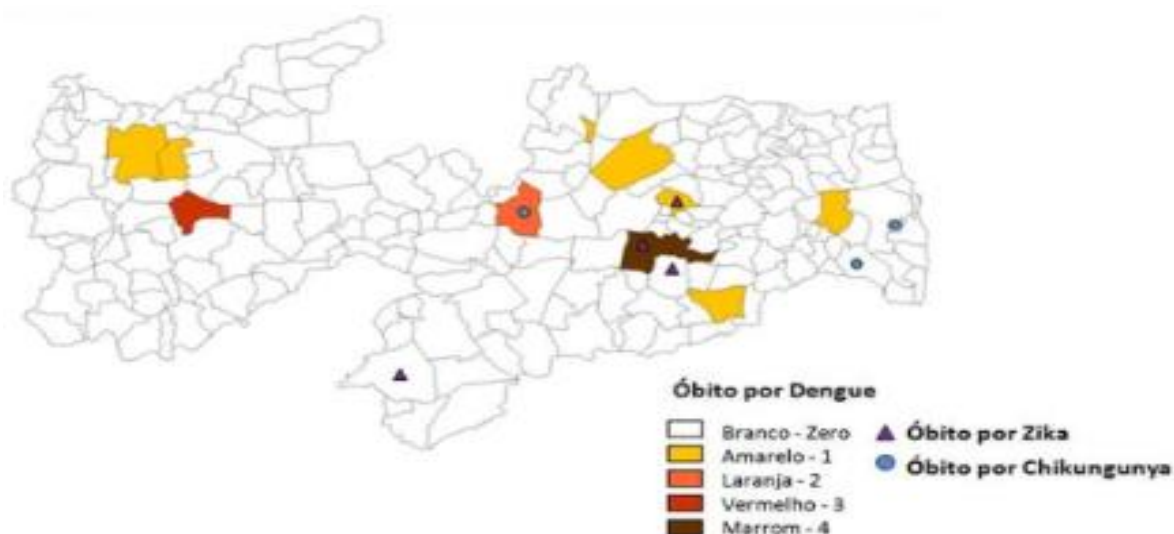
MACRO	Dengue		Chikungunya		Zika vírus	
	Nº	Incidência	Nº	Incidência	Nº	Incidência
2016	6.729	601,22	3.111	277,96	649	57,98
2017	527	47,09	157	14,02	15	1,34
2018	3.303	295,11	299	26,71	282	25,19

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

Nota: dados exportados em 29/04/2019.

Na Figura 2, é possível identificar que os números de óbitos por arboviroses ocorreram, em sua maioria, na 2ª Macrorregião, apesar da baixa notificação de casos. Isso indica a necessidade de reforçar as ações de prevenção, diagnóstico precoce e manejo adequado, especialmente em casos graves, para reduzir a mortalidade na região.

Figura 2 - Óbitos confirmados por arbovirose. 2ª Macrorregião. Paraíba, 2018

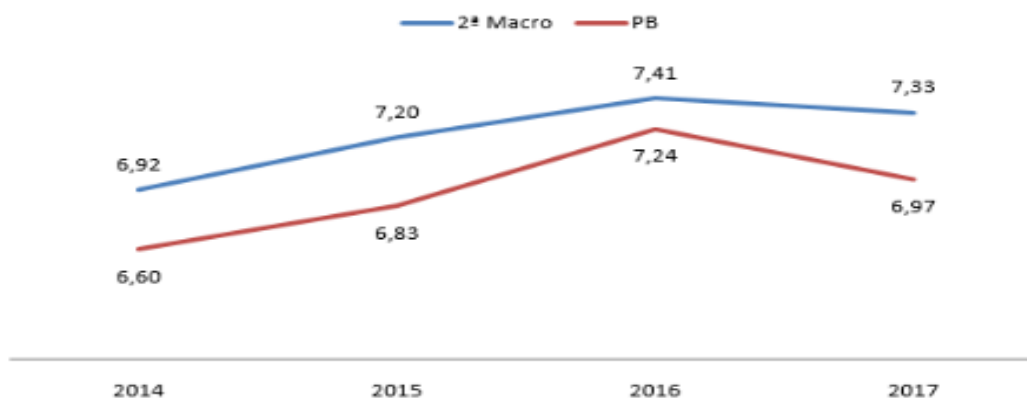


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Online)/NDTA/SES-PB. Nota: dados exportados em 20/02/2019.

2.11 TAXA DE MORTALIDADE GERAL – TMG

A Taxa de Mortalidade Geral (TMG) do Estado apresentou uma redução em 2017 em relação ao ano anterior. O mesmo comportamento foi observado na 2ª Macrorregião de Saúde, que registrou uma redução de apenas 1% em relação ao ano anterior. Três municípios da 2ª Macrorregião de Saúde – Olivedos, São Domingos de Cariri e Sossego – apresentaram, no ano de 2017, uma TMG inferior a 4,0 óbitos por 1.000 habitantes, o que indica grande precariedade na cobertura das informações de mortalidade (Becker, 1991).

Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade Geral (por 1000 hab.). 2ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.

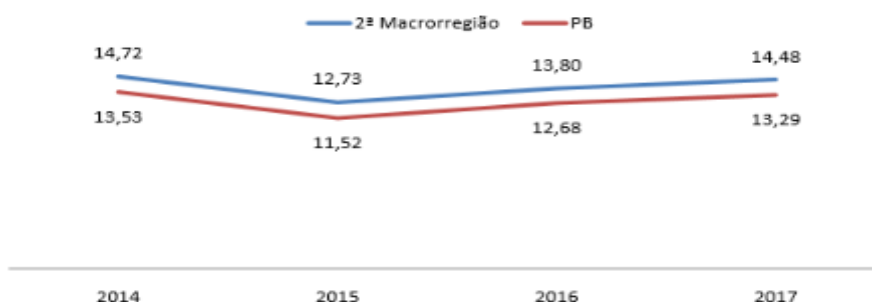


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

2.12 MORTALIDADE INFANTIL

No período de 2014 a 2017, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na 2ª Macrorregião de Saúde foi superior à taxa média do Estado durante todo o período. Em 2015, observou-se uma redução da taxa, seguida por um aumento nos anos seguintes, em torno de 13% em relação a 2015. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade Infantil. 2ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.

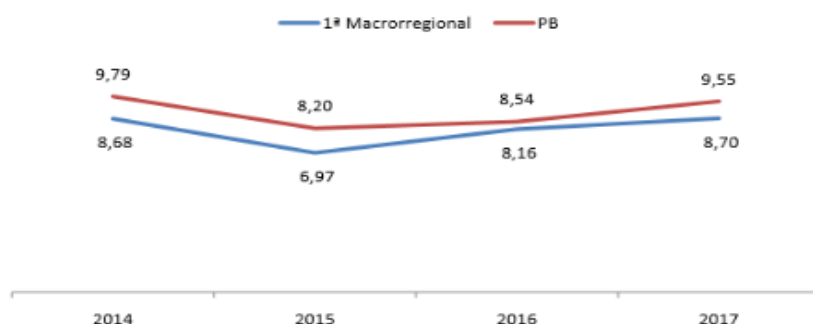


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

2.13 MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL (TMIN)

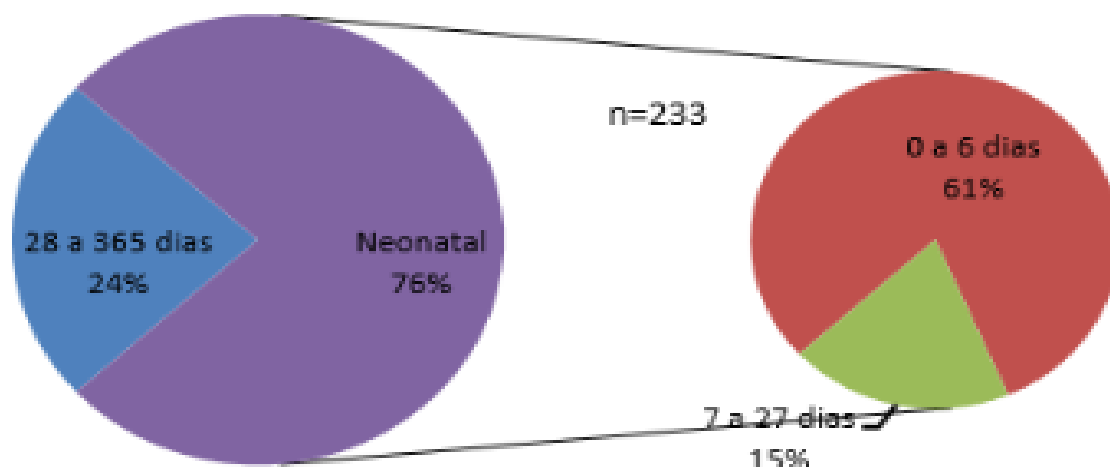
Em 2017, a mortalidade infantil neonatal, que estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar 28 dias de vida, correspondeu a 76% da mortalidade infantil da 2ª Macrorregião. A alta proporção de óbitos nessa faixa etária deve-se à ocorrência de causas de óbito de difícil prevenção e tratamento, como afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, responsáveis por 78% e 21% dos óbitos infantis registrados. Esse indicador reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, além da inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido

Gráfico 16 - Taxa de mortalidade infantil neonatal. 2ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.



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

Gráfico 17 - Proporção de óbitos infantis segundo componente etário. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

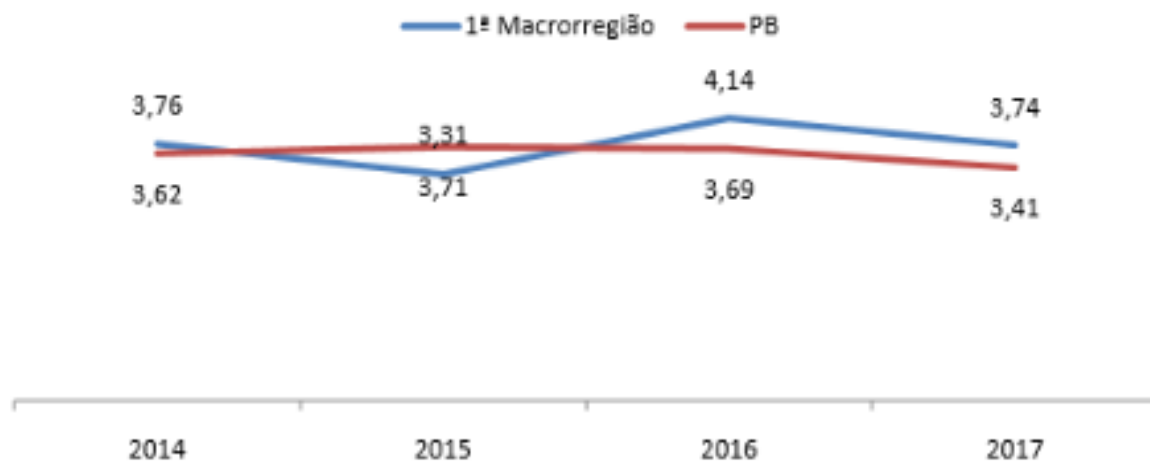


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

2.14 MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL (TMIPN)

A mortalidade infantil tardia, ou pós-neonatal, que corresponde aos óbitos de crianças de 28 a 365 dias, apresentou, no período de 2014 a 2017, valores estáveis e considerados baixos na 2ª Macrorregião de Saúde, assim como na taxa média para o Estado. Esses valores são relativamente baixos se comparados às demais faixas etárias infantis.

Gráfico 18 - Taxa de mortalidade pós-neonatal. 2ª Macrorregião de saúde e Paraíba, 2014 a 2017.



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

As principais causas de óbito na faixa etária pós-neonatal (28 a 365 dias) foram as malformações congênitas do coração, a desnutrição proteico-calórica, as pneumonias

congênitas, as septicemias e as cardiomiopatias, que juntas foram responsáveis por cerca de um terço do total de óbitos infantis tardios.

Tabela 8 - Principais causas de óbitos infantis tardios. 2ª Macrorregional de Saúde, Paraíba, 2017.

CAUSA (CID10 3D)	Nº	%%	%ACUM.
Malformações congênitas do coração	5	10,4	10,4
Desnutrição proteico-calórica NE	3	6,3	16,7
Pneumonia congênita	3	6,3	22,9
Septicemia bacteriana do recém-nascido	3	6,3	29,2
Cardiomiopatias	2	4,2	33,3
Hidrocefalia congênita	2	4,2	37,5
Leishmaniose	1	2,1	39,6
Neoplasia maligna do SNC	1	2,1	41,7
Leucemia mieloide	1	2,1	43,8
Meningite bacteriana NCOP	1	2,1	45,8
Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas	1	2,1	47,9
Hidrocefalia	1	2,1	50,0
Demais causas (24)	24	50	100,00
TOTAL	48	100	

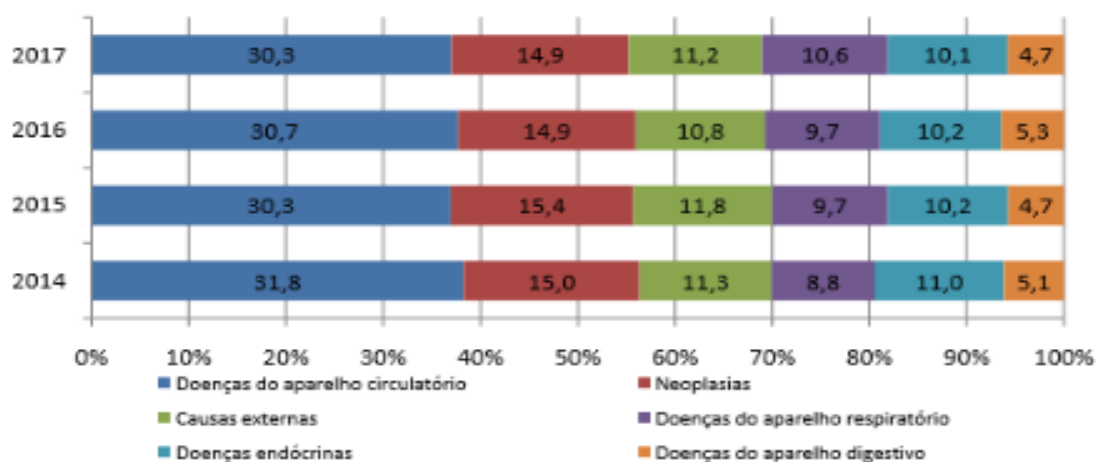
Fonte: SES/GESV/SGORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nota: Excluídos os óbitos com causas mal definidas

2.15 MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSAS

A análise da distribuição da mortalidade por grupo de causas, no período de 2014 a 2017, mostrou que as doenças cardiovasculares (DCV) foram a principal causa de morte, responsáveis por 30,3% dos óbitos ocorridos em 2017. As neoplasias, com 14,9%, e as causas externas, com 11,2%, foram as segunda e terceira principais causas de óbitos mais importantes, respectivamente.

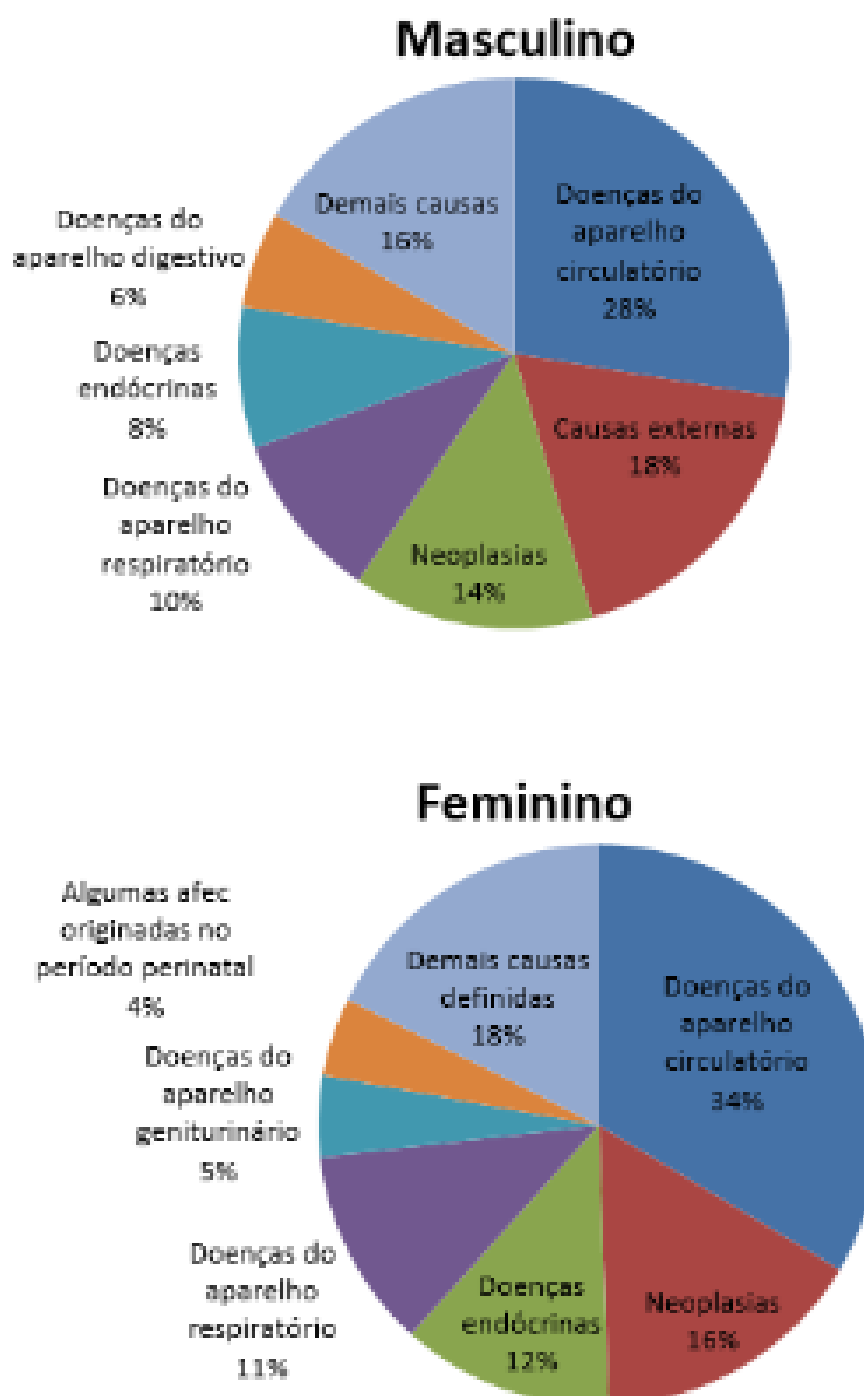
Gráfico 19 - Mortalidade proporcional por causas definidas de óbito (CID-10). 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014-2017.



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

Em 2017, os homens morreram mais por doenças do aparelho circulatório (28%) e causas externas (18%). Já as mulheres apresentaram maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório (34%), neoplasias (16%) e doenças endócrinas (12%). As causas externas não figuraram entre as principais causas de morte, representando 3,4% e ocupando o oitavo lugar no ranking das principais causas de óbitos.

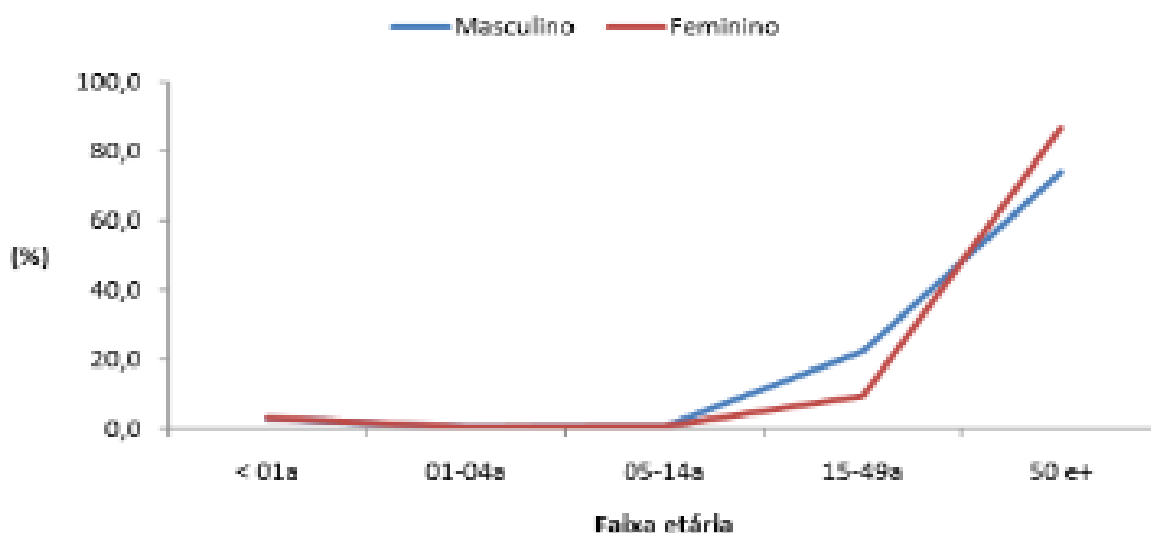
Gráfico 20 - Mortalidade proporcional por causas definidas (CID 10) segundo Sexo. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.



2.16 CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR IDADE

Na curva de mortalidade proporcional por idade da 2ª Macrorregião de Saúde, no ano de 2017, observa-se uma concentração de óbitos em faixas etárias mais elevadas, o que reflete a redução da mortalidade nas idades mais jovens — especialmente na infância — e o consequente aumento da expectativa de vida da população. Na curva da proporção de mortalidade masculina por faixa etária, destaca-se uma proporção significativa de óbitos nas faixas etárias de 15 a 49 anos (22%), em comparação com as mulheres (9%). Além disso, ao comparar os sexos, observou-se que a proporção de mulheres que morreram com idade acima de 50 anos foi maior do que a dos homens, representando 87% das mortes femininas e 74% das mortes masculinas.

Gráfico 21 - Curva de Mortalidade Proporcional por faixa etária e sexo. 2ª Macrorregional de Saúde, Paraíba, 2017.



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

2.17 MORTALIDADE MATERNA

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

Na Paraíba, a mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública. Em 2017, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) do Estado foi superior ao índice médio apresentado pelo Brasil, mas inferior ao da Região Nordeste (Tabela 1), ocupando o quinto lugar entre os Estados dessa Região. A 2ª Macrorregião de Saúde apresentou uma RMM alta, de 57,79 óbitos por 100.000 nascidos vivos, porém menor que a média para o Estado.

Tabela 9 - Razão de Mortalidade Materna. Brasil, Região Nordeste, Paraíba e 2ª Macrorregional de Saúde/PB, 2017.

LOCALIDADE	RMM/100.000 NV
Brasil	56,65
Nordeste	64,07
Paraíba	62,64
2ª Macrorregional de Saúde/PB	43,46

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

Gráfico 22 - Razão de Mortalidade Materna. Estados da Região Nordeste, Brasil, 2017.



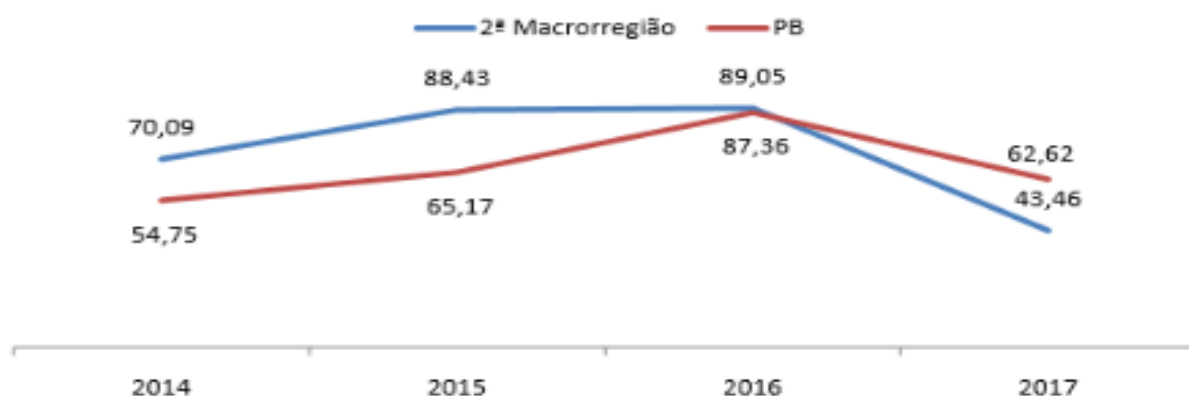
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc

No período de 2014 a 2017, foram registrados 48 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de mulheres residentes nos municípios que compõem a 2ª Macrorregião de Saúde. Esses óbitos corresponderam a 4% do total de óbitos registrados em mulheres em idade fértil (MIF) por causas definidas. Os óbitos maternos (OM) ocuparam o nono lugar no ranking das principais causas de morte de mulheres em idade fértil residentes nessa Macrorregião de Saúde/PB.

No período de 2014 a 2017, a curva da Razão de Mortalidade Materna (RMM) da 2ª Macrorregião de Saúde apresentou um comportamento semelhante ao do Estado, com uma tendência crescente até 2016 e redução em 2017. Em 2017, observou-se uma redução de 50% em relação à razão registrada no ano anterior, passando de 89,05 para 43,46 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Durante esse período, foram registrados 14 óbitos maternos

em 2016 e sete óbitos em 2017. Em 2017, os óbitos maternos ocorreram em seis municípios da 2ª Macrorregião: Campina Grande (n=2), Areia, Barra de São Miguel, Massaranduba, Pedra Lavrada e Queimadas, com um óbito em cada um desses municípios. As 4ª e 15ª Regiões de Saúde apresentaram as maiores RMM, superiores à taxa média do Estado.

Gráfico 23 - Razão de Mortalidade Materna. 2ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.



Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc

Tabela 10 - Razão de Mortalidade Materna segundo Região de Saúde de residência. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.

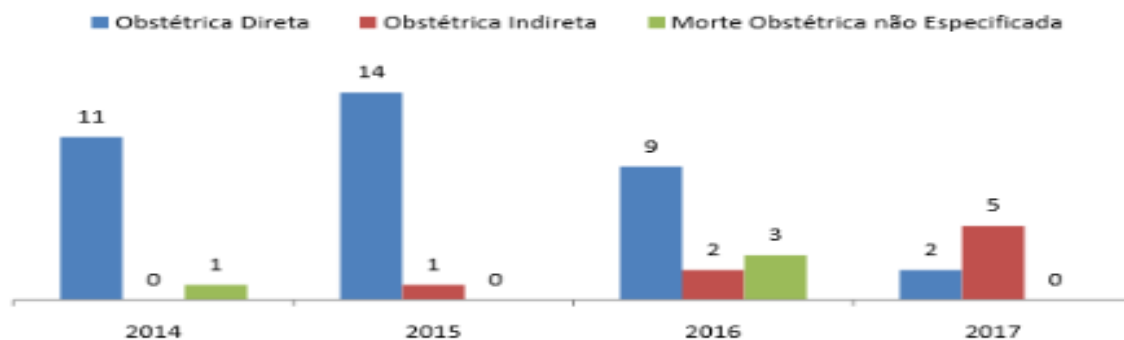
REGIÃO DE SAÚDE	2014	2015	2016	2017
3ª	169,89	202,63	145,19	35,93
4ª	0,00	202,84	0,00	71,94
5ª	63,21	63,01	129,70	0,00
15ª	43,27	44,50	45,83	93,33
16ª	56,67	46,04	88,37	36,37
PB	55,15	65,28	87,36	62,64

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

Entre 2014 e 2017, as causas obstétricas diretas foram responsáveis pela maior parte das mortes maternas, representando 75% do total de óbitos. Essas complicações estão diretamente relacionadas à gravidez, parto e puerpério. As principais causas de óbito materno direto foram: hipertensão (10,4%), hemorragias graves (10%), embolias obstétricas (8,3%), infecções urinárias (6,3%) e infecções puerperais (4,2%).

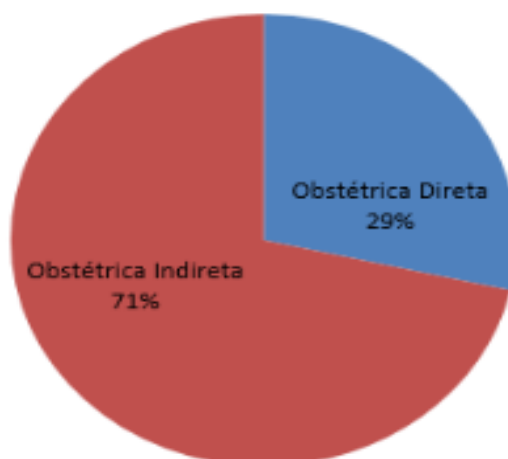
As causas obstétricas indiretas, associadas a doenças infecciosas maternas e doenças crônicas pré-existentes que complicaram a gravidez e o parto, foram responsáveis por 15% dos óbitos maternos nesse período. Em 2017, essas causas indiretas representaram cerca de 70% dos óbitos maternos, indicando uma mudança no perfil das causas de mortalidade materna.

Gráfico 24 - Número de óbitos maternos por tipo de causa obstétrica. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.



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

Gráfico 25 - Proporção de óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

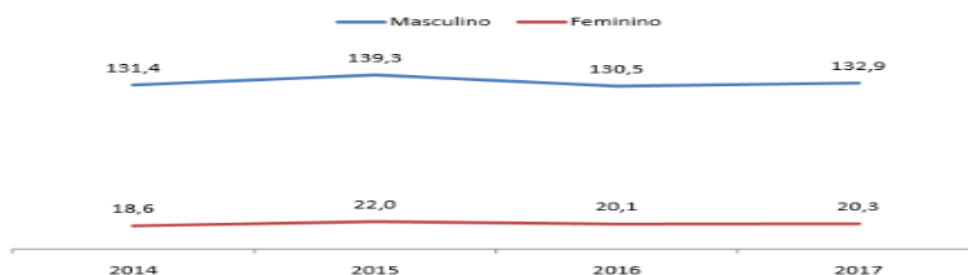


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

2.18 CAUSAS EXTERNAS

Em 2017, foram registrados 837 óbitos por causas externas de pessoas residentes na 2ª Macrorregião de Saúde, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Esses óbitos representaram 11,2% do total de óbitos por causas definidas.

Gráfico 26 - Taxa de Mortalidade por Causas Externas por 100.000 habitantes segundo sexo. 2ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.



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

Cerca de 86% dos óbitos por causas externas na 2ª Macrorregião de Saúde foram registrados entre os homens, o que reflete um risco de morte por essas causas 6,5 vezes maior do que entre as mulheres. As principais causas de mortes violentas entre os homens foram as agressões, que corresponderam a 44% dos óbitos, sendo 33% delas provocadas por armas de fogo. Em seguida, os acidentes de transportes representaram 33% dos óbitos, com destaque para os acidentes envolvendo motocicletas, que somaram 15%.

Tabela 11 - Taxa de mortalidade específica (p/100 mil habitantes) por causas externas segundo sexo. 2ª Macrorregional de Saúde, Paraíba, 2017.

Grande Grupo CID10	Masculino	Feminino
Agressões	63,40	3,49
Acidentes de transporte	44,60	6,11
Quedas	7,56	6,29
Lesões autoprovocadas voluntariamente	8,48	3,14
Todas as outras causas externas	5,90	0,70
Afogamento e submersões acidentais	2,58	0,52
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0,18	0,00
Intervenções legais e operações de guerra	0,18	0,00
Todas as causas externas	132,87	20,26

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

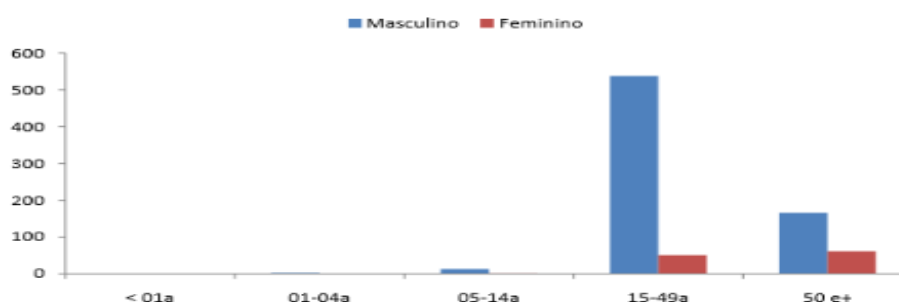
As causas externas foram a terceira maior causa de morte na 2ª Macrorregião de Saúde, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias. Elas foram a principal causa de óbito entre os homens na faixa etária de 15 a 49 anos, representando cerca de 60% do total de óbitos nesta faixa etária.

Tabela 12 - Número de Óbitos e Mortalidade Proporcional segundo Causa, agrupados pelos Capítulos da CID10, na faixa etária de 15 a 49 anos. 2ª Macrorregional de Saúde, Paraíba, 2017.

Causa - Capítulo da CID10	Óbitos	MP%
Causas externas	589	48,6
Doenças do aparelho circulatório	162	13,4
Neoplasias (tumores)	140	11,6
Doenças do aparelho digestivo	60	5,0
Demais causas definidas	261	21,5
Total	1.212	100,0

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

Gráfico 27 - Distribuição dos óbitos por causas externas segundo a faixa etária e sexo. 1ª Macrorregião de saúde, Paraíba, 2017.



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

2.19 NEOPLASIAS MALIGNAS

No período de 2014 a 2017, a 2ª Macrorregião de Saúde/PB registrou 4.492 óbitos por neoplasias malignas, sendo esta a segunda principal causa de morte, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Entre as mulheres, as neoplasias foram a segunda causa mais importante, enquanto entre os homens, ocuparam o terceiro lugar. A maior concentração de óbitos por neoplasias ocorreu na faixa etária de 50 anos ou mais, representando 86,6% dos casos, independentemente do sexo.

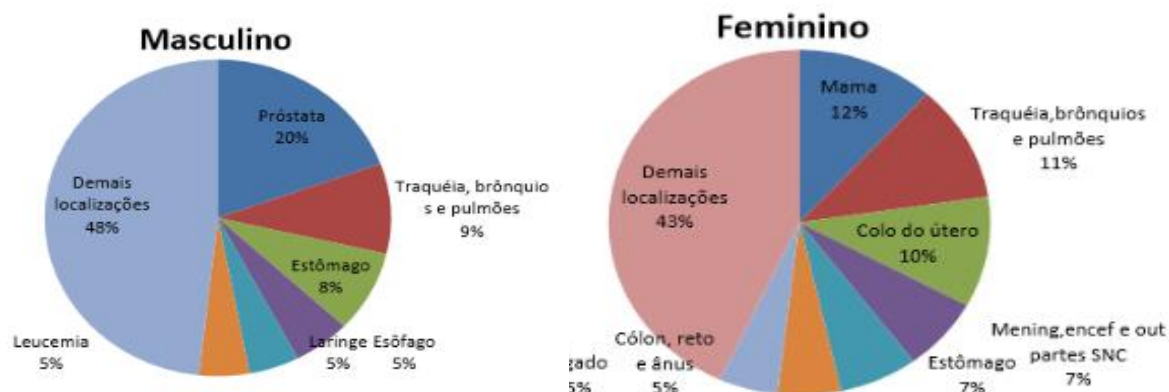
O câncer de próstata foi o que apresentou maior mortalidade entre os homens (19,4%) e, em relação às mulheres, a localização de maior mortalidade foi a mama (11,7%).

Tabela 13 - Número e percentual de óbitos por neoplasias malignas segundo a faixa etária. 2ª Macrorregião de saúde, Paraíba, 2017.

Faixa Etária (anos)	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	N	%
< 1	1	1	2	0,2
01-04	2	2	4	0,4
5-14	1	3	4	0,4
15-49	58	82	140	12,5
50 e mais	514	452	966	86,6
Total	576	540	1.116	100,0

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

Gráfico 28 - Proporção de óbitos por neoplasias malignas segundo a localização e sexo. 2ª Macrorregional de Saúde, Paraíba, 2017.



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

2.20 ÁRVORE DE PROBLEMAS

Em reuniões online e presenciais com o GTM, foram discutidas as potencialidades e fragilidades da 2ª Macrorregião de Saúde, identificando as prioridades e coletando dados para justificar os problemas apontados. Com a participação de representantes dos três entes federativos, realizou-se a análise dos dados para entender os problemas, seguidos pela análise das causas. A partir disso, construímos a árvore de problemas, que serviu como base para a adoção de medidas de controle e elaboração de um plano de ação, com o objetivo de discutir as questões identificadas e buscar soluções.

2.20.1 MACRORREGIÃO II - ÁRVORE DE CAUSA E EFEITO

CAUSAS	PROBLEMA	CONSEQUÊNCIAS
Faltam ações governamentais no âmbito da infraestrutura das cidades que ampliem a rede de esgoto, o abastecimento de água, coleta de lixo e limpeza urbana	Deficiência no fornecimento de esgotamento sanitário, de abastecimento de Água Potável, e de Limpeza urbana	- Ameaça a saúde pública - Aumento da incidência de doenças de veiculação hídrica com consequente aumento dos custos em saúde pública - Aumento de vetores de doenças infectocontagiosas - Proliferação de doenças
- Prejuízos à saúde, principalmente na redução de qualidade de vida. - Faltam ações governamentais no âmbito da infraestrutura das cidades que cuidem do	Insuficiência de aterro sanitário e de políticas de incentivo a implantação de usinas de reciclagem	- Poluição urbana - Contaminação de solo, ar e lençóis freáticos com metais pesados e contaminantes orgânicos

destino do lixo pensando também em sustentabilidade		
• Uma intensa carga de morbidade e mortalidade por doenças crônicas nos sistemas de saúde. • Avanços da sociedade no geral e no cuidado à saúde que permitem às pessoas viverem mais, o que é positivo • Aumento expressivo do sobrepeso e obesidade • Estilo de vida não saudável, especialmente considerando alimentação e atividade física • Processo de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento de doenças crônico-degenerativas e pela redução de doenças infecciosas agudas	Envelhecimento da população contribuindo para o aumento das DCNT	• Aumento da prevalência de DCNT • Maior demanda por cuidados em saúde • Aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento
• Aumento de morbidade e mortalidade por doenças crônicas • Falta de políticas voltadas à qualidade de vida da população rural • Falta de ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços de saúde por populações dispersas • Falta de políticas de educação em saúde, tendo em vista que a informação permite ao indivíduo realizar escolhas mais adequadas para as necessidades em saúde	Maior exposição da população rural a alguns agravos e doenças, e dificuldade no acesso aos serviços de saúde, pelas distância e disponibilidade de transporte	• Dificuldade no acesso aos serviços de saúde, pelas distância e disponibilidade de transporte • Início tardio do tratamento de doenças, em situação de maior complexidade e com menor chance de recuperar a saúde
• Pobreza e insegurança alimentar	Alto índice de trabalho infantil	• Impacto físico e psicológico. Exposição a vulnerabilidade • Abandono escolar • Menor chance de bom emprego futuro • Exposição da criança à violência, assédio sexual e acidentes com máquinas.
• Pobreza • Vulnerabilidade social • Falta de ações para entrada e permanência de crianças e jovens na escola • Falta de ações que facilitem a retomada dos estudos após abandono	Alta taxa de analfabetismo	• Atividades de baixa remuneração • Perpetuação da situação de pobreza e vulnerabilidade

• Processo de trabalho nas maternidades que predispõe a ocorrência de parto cesáreo • Desrespeito ao desejo das mulheres grávidas por parte de médicos. • Políticas de pagamento em saúde que favorecem partos cesáreos em detrimento do vaginal	Houve aumento na proporção de parto cesáreo na 2ª Macrorregião entre 2016 e 2020	• Riscos a mãe e ao bebê relacionados ao parto cesáreo
• Baixa qualidade da saúde das mulheres antes da gestação, com presença de fatores de risco para a gestação • Baixa qualidade do Pré-Natal • Erros no processo de trabalho nas maternidades • Baixa adesão das mulheres ao pré natal do SUS e falta de conscientização;	As Regiões que compõem a 2ª Macro apresentam elevado número de óbitos maternos no período entre 2016 e 2020	• Elevado número de órfãos, • Aumento da desigualdade social, • Nível de atenção psicológica necessitada, • Maior necessidade dos setores de assistência social para evitar o risco de aumento de criminalidade, baixo índice de desenvolvimento humano e má qualidade de assistência em saúde
• Baixo rastreamento na APS • Dificuldades no acesso a diagnóstico • Dificuldades no acesso a tratamento adequado • Baixas ações de promoção e prevenção de saúde • Estilo de vida da população (Alcoolismo, sedentarismo, tabagismo); • Tabu (Preconceito) de buscar diagnóstico precoce	Houve aumento na mortalidade por neoplasias, incluindo a mortalidade prematura por neoplasias na 2ª Macrorregião nos últimos 5 anos	• A redução da expectativa de vida, reduzindo a população de idade adulta
• Falta de acesso ao programa de cessação do tabagismo • Fragilidades nas linhas de cuidado a doenças respiratórias mais prevalentes (asma, DPOC) • Faltam ações de prevenção de doenças respiratórias, incluindo as ocupacionais	• Houve aumento na mortalidade por doenças do aparelho respiratório na 2ª Macrorregião nos últimos 5 anos	• Redução da expectativa de vida
• Baixo número de pré Natal; • Não identificação de gestação alto risco em tempo oportuno; • Falta de equipamento UTI neonatal e materna; • Violência obstétrica durante o parto; • Pré natal de baixa qualidade • Superlotação de maternidades e direcionamento de regulação;	Houve aumento na mortalidade infantil, especialmente a neonatal na 2ª Macrorregião nos últimos 5 anos	• Baixo IDH • As mães das crianças podem vir a não aderir ao pré natal na próxima gestação • Aumento de problemas psicológicos e familiares das pessoas que perdem os filhos

- Falta de campanhas de promoção de saúde e políticas públicas que promovam o cuidado e adequação do estilo de vida ; - Baixo acompanhamento pela APS; - Elevadas taxas de comorbidades da Diabetes sem cuidado prévio	Houve aumento na mortalidade prematura por diabetes na 2ª Macrorregião nos últimos 5 anos	Diminuição da expectativa de vida
- Falta de recursos humanos na atenção primária para melhor uso das academias de saúde; - Poucos recursos para diagnóstico e falta de exames adequados ; - Pouca preparação de profissionais e unidades de saúde para reverter quadro de pré infarto;	Prevalência alta e constante de mortalidade por doenças cardiovasculares	Redução da expectativa de vida
- Redução nas ações de promoção relacionada ao uso de álcool, drogas, violência; - Necessidade de articulação intersetorial; - Redução nas ações de saúde do homem; - Redução das ações de promoção em relação ao consumo de álcool, direção perigosa, violência, consumo de drogas. - Necessidade de articulação intersetorial; - Necessidade de capacitação/recursos humanos e insumos na atenção hospitalar na urgência e emergência.	Prevalência alta e constante de mortalidade por causas externas	- Aumento de morbimortalidade por causas externas; - Sobrecarga nos serviços de saúde (SAMU e demais serviços); - Aumento de morbimortalidade por causas externas; - Sobrecarga dos serviços de saúde (SAMU e demais serviços de emergência);. - Diminuição da qualidade de vida com sequelas à população; - Elevação dos custos relacionados à assistência à saúde. - Redução da expectativa de vida
- Indisponibilidade de EPI's - Fragilidade de políticas de saúde específica para o trabalhador rural; - Falta de ações educativas e preventivas	Adoecimentos ligados ao labor de trabalhadores rurais, como intoxicações e silicose	- Maior necessidade de equipamentos e leitos hospitalares de alta complexidade - Elevada demanda de medicamentos - Prejuízo de produção rural e eleva a incidência de êxodo rural, elevando os preços de alimentos in natura ao reduzir a força de trabalho, - Redução da qualidade de vida, com prejuízo à

		autonomia e à execução de atividades da vida diária
• Fragilidade no acompanhamento da APS; • Fragilidade no processo de referência e contra-referência; • Complicações no pé - diabético; IAM; aumento nos números da HD e oncologia. • Deficiência na continuidade do cuidado na atenção especializada; • Ausência e carência de serviços de referência e contra referência; • Redução nas ações de promoção em saúde; • Má alimentação, sedentarismo, excesso de peso	Alta incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (Diabetes, Doenças Arteriais Coronarianas, Doenças Renais Crônicas, e obesidade)	• Elevação no número da morbimortalidade; • Aumento do uso da atenção secundária por DCNTs; • Centralização das ações da APS nas DCNTs; • Fragilidade na promoção e prevenção das DCNTs. • Aumento no número de amputações; • Aumento das internações por doenças crônicas; • Aumento na demanda dos serviços especializados; • Aumento de complicações relacionadas, como: amputação de pé diabético, retinopatia diabética, doença renal crônica, infarto, AVC. • Aumento de demanda por medicamentos do componente básico e especializado
• Fragilidade na busca ativa e continuidade de tratamento • Baixa adesão do paciente ao tratamento, aumentando a transmissão da doença • Falhas na detecção de casos por meio do atendimento da demanda espontânea	Baixa detecção, controle e monitoramento de casos de hanseníase	• Elevado número de casos novos por transmissão direta • Manutenção da cadeia de transmissão da doença • Agravamento da saúde do indivíduo, que acaba sobrecarregando serviços de média e alta complexidade • Abandono de tratamento, ocasionando sequelas e incapacidade • Risco de resistência medicamentosa
• Fragilidade na busca ativa e continuidade de tratamento • Baixa realização de baciloscopia para sintomáticos respiratórios • Fragilidade no acompanhamento dos contatos domiciliares	Falhas nas ações de monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose	• Maior índice abandono ao tratamento; • Aumento de casos resistente à bactéria; • Elevado número de casos novos por transmissão direta
• Fragilidade na busca ativa e continuidade de tratamento • Pouca adesão do pré natal do parceiro • Falta de exames e fragilidades no diagnóstico adequado e precoce	Baixa detecção de casos de sífilis	• Elevação transmissão vertical; • Eleva o número de gestação de risco de mortalidade materna e uterina; • Elevado número de casos novos por transmissão direta

• Diminuição das ações de controle vetorial com déficit de recursos humanos e insumos; • Redução das ações de promoção em relação a vigilância; • Casos camuflados pela Covid19 em decorrência da semelhança de sintomas	Aumento no número de casos de Arboviroses	• Aumento de morbimortalidade por arboviroses; • Sobrecarga dos serviços de saúde; • Diminuição da qualidade de vida com sequelas à população; • Elevação dos custos relacionados à assistência à saúde. • Complicações neurológicas e malformações congênitas
• Baixo rastreamento na APS • Dificuldades no acesso a diagnóstico • Dificuldades no acesso a tratamento adequado • Baixas ações de promoção e prevenção de saúde • Estilo de vida da população (Alcoolismo, sedentarismo, tabagismo, má alimentação, excesso de peso); • Tabu (Preconceito) de buscar diagnóstico precoce • Falta de assistência à saúde no período de isolamento da pandemia;	Aumento considerável nos últimos anos no número de casos de neoplasias	• Elevação da fila de demanda reprimida para os tratamentos neoplásicos; • Elevação dos custos de saúde e equipamentos específicos ; • Óbitos prematuros • Redução da produtividade e qualidade de vida dos indivíduos
• Falta de educação no trânsito e alcoolismo • Baixa fiscalização no trânsito • Falta de educação • Porte de armas ilegais • Violência contra mulher (Fragilidades da lei maria da penha)	Altas taxas de internação por causas externas (violências e acidentes)	• Aumento da demandas de saúde, leitos de hospitais, Samu e equipamentos de alta complexidade; • Elevação casos de traumas psicológicos; • Aumento do óbito prematuro, principalmente em homens
• Falta de adesão da população • Fragilidade na busca ativa • Fragilidade de interação da secretaria de saúde entre as demais secretarias como a de educação e de assistência social por exemplo • Divergência entre os números do nasc e a população atual; • Falhas na rotina da sala de vacinação que dificultam o acesso quando a pessoa procura a UBS	Baixas coberturas vacinais e fragilidade na logística do registro das informações, por constantes mudanças nos sistemas de informação, e por questões de infraestrutura e educação permanente	• Elevados índice de adoecimento por doenças evitáveis; • Saturação da rede hospitalar pela ocupação de leitos por causas evitáveis
• Desabilitação do serviço que realizava o serviço	Ausência de procedimento em Iodoterapia para tratamento de câncer na Tireóide	• Alta demanda reprimida; • Altos gastos com judicializações;

		• Descontinuidade do tratamento
• Insuficiência de maternidade para baixo risco • Insuficiência de serviço de referência para alto risco (dentro da região); • Fragilidade na referência e contrarreferência; • Descumprimento das pactuações da PPI • Deficiência no serviço de regulação	Fragilidades na Rede Materno Infantil: - Insuficiência de serviços de parto de baixo risco, considerando que vários serviços foram fechados, sobrecarregando os serviços de alto risco; - Insuficiência de profissionais especializados (obstetra e pediatra) para fechar escala nos serviços de referência para parto de risco habitual; - Recurso financeiro programado insuficiente para manter os serviços; - Insuficiência de profissionais especializados (obstetra e pediatra) para fechar escala nos serviços de referência para parto de risco habitual; - Dificuldade de acesso a triagem neonatal multiprofissional por serem oferecidos em poucos serviços; - Pré-natal de alto risco com sobrecarga de gestantes de baixo risco.	• Aumento da mortalidade materna e infantil; • Deslocamento no acompanhamento dentro do serviço de referência fora da região de saúde; • sobrecarga no serviço de alto risco (fora da região);
• Insuficiência de CER; • Insuficiência de profissionais qualificados; • Dificuldades na contratação de profissionais especialistas • Ausência de oficina ortopédica na região de saúde; • Desatualização da tabela SUS; • Não cumprimento na totalidade das pactuações da PPI; • Deficiência no serviço de regulação.	• Fragilidade na Rede de Pessoas com deficiência por não existirem CER suficientes para a demanda (tem em Campina e Monteiro (II))	• Deslocamento para o acompanhamento fora da região de saúde; • Deficiência no acompanhamento longitudinal por parte dos serviços especializados da Rede temática; • Demanda reprimida de órtese e prótese ortopédicas; • Demanda reprimida de cadeiras de rodas;
• Recursos Insuficientes; • Falta de procedimentos de alta complexidade (elencar quais); • Insuficiência de procedimentos de média complexidade (elencar quais) • Baixa qualidade de alguns serviços; • Fragilidade nos protocolos clínicos	Fragilidade nos processos de regulação de média e alta complexidade por defasagem dos valores de tabela SUS, desatualização da PPI tornando os recursos programados insuficientes, dificuldade de conseguir prestadores, ausência de protocolos de regulação	• Dificuldade de planejamento • Desinteresse dos centros hospitalares e clínicas em ofertar o serviço pelo SUS. • Aumento na fila de espera para atendimentos e procedimentos especializados • Alta demanda nos serviços disponíveis

• Vagas insuficientes • Logísticas dos municípios que estão distantes dos centros urbanos • Falta de profissionais especializados na região de origem. • Salários incompatíveis com a realidade do município; • Diferença dos valores da tabela SUS e os praticados pelos prestadores; • Alta demanda • Ausência/carência: • Endocrinologia; • Oftalmologista; • Reumatologista; • Otorrinolaringologista; • Neuro adulto e pediátrico; • Cirurgião; • Mastologista	Carência/falta de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade	• Insatisfação da população • Ausência de consultas • Aumento de complicações crônicas e agudas. • Descontinuidade do cuidado com o usuário. • Sobrecarga nos atendimentos • Deslocamento fora da região de saúde para acompanhamento e realização; • Demanda reprimida; • Agravamento dos casos; • Aumento na morbimortalidade por DCNT; • Aumento da mortalidade materna; • Aumento da mortalidade infantil;
• Vagas insuficientes • Logísticas dos municípios que estão distantes dos centros urbanos • Falta de profissionais especializados na região de origem. • Salários incompatíveis com a realidade do município. • Alta demanda	Insuficiência de capacidade instalada dos serviços de saúde de média e alta complexidade	• Insatisfação da população • Ausência de consultas • Aumento de complicações crônicas e agudas. • Descontinuidade do cuidado com o usuário. • Sobrecarga nos atendimentos
• Ausência de serviços de referência; • Ausência hospital regional; • Descumprimento das pactuações da PPI • Deficiência no serviço de regulação	• Fragilidades na Rede de Urgência e Emergência: • Insuficiência de bases descentralizadas e de Unidade Móveis; • Alta demanda para dois serviços de referência em traumatologia-ortopedia; • Insuficiência de serviços de retaguarda para estabilização; • Insuficiência de serviço de referência de média complexidade, para não lotar os serviços de alta (Campina Grande).	• Deslocamento para atendimento fora da região; • Agravamento dos casos;
• Estrutura inadequada nas unidades hospitalares; • Escassez de recursos humanos especializados; • Longa permanência em virtude de espera por exames e procedimentos; • Gerenciamento do perfil assistencial das UTI em	• Insuficiência de Unidades Terapia Neonatal, considerando que o serviço está concentrado em Campina Grande; • E baixa rotatividade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva adulto.	• Não disponibilidade de leitos; • Complicações por espera por leito; • Longa permanência nos leitos

acordo com a demanda e a rotatividade dos leitos		
• Dificuldade em habilitar novos serviços; • Escassez de profissionais especialistas para a hemodiálise infantil	Insuficiência de serviços de hemodiálise adulto e infantil para atender a demanda da Macro, considerando que o serviço para o adulto está concentrado em Campina Grande, e o infantil em João Pessoa.	• Aumento da fila de espera; • Deslocamento para realizar o tratamento
• Ausência de serviço habilitado na macrorregião • Insuficiência de atendimento pelos serviços de referência no estado;	Alta demanda de usuários com necessidade de cirurgia endovascular	• Aumento do número de óbitos relacionados as doenças do parêntese circulatório; • Demanda reprimida; • Aumento das amputações; • Aumento da necessidade de OPM; • Aumento da judicialização; • Aumento do tempo de permanência no leito de internação de enfermagem e UTI
• Desabilitação de hemocentro regional na 4ª e 5ª região com nova conformação de centralização macrorregional	Insuficiência de serviços de hemocentro para atender a demanda da Macro, considerando que o serviço está concentrado em Campina Grande	• Aumento do deslocamento para realizar doações; • Diminuição dos doadores pela distância; • redução do banco de sangue ; • Aumento do número de campanhas de doações específicas
• Redução das ações de promoção e prevenção; • Rotatividade de profissionais; • Deficiência na qualificação dos atendimentos realizados; • Organização dos processos; • Fragilidade de vínculo com o usuário; • Fragilidade na continuidade do cuidado; • Elevada demanda por condições agudas no território; • Fragilidade no planejamento em saúde; • Redução das ações de rotina da APS devido a pandemia.	"Fragilidades" da Atenção Primária: - fragilidade dos vínculos e desvalorização profissional por baixos salários e inadequadas condições de trabalho; - Acompanhamento (atenção e assistência) das pessoas com doenças crônicas; - Acompanhamento materno infantil: captação precoce das gestantes, oferta de consultas e exames em tempo oportuno, vinculação com serviço de parto, consulta puerperal em tempo oportuno; - Baixo envolvimento e pouca resolutividade da APS para agravos de saúde mental. Baixa integração entre APS e demais componentes da RAPS; - Fragilidade no acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas, não realizando	• Aumento de morbimortalidade • Aumento da demanda na atenção especializada; • Elevado índice de mortalidade materna; • Elevado índice de mortalidade infantil; • Aumento no número internações por problemas que poderiam ser resolvidos na atenção básica; • Baixa cobertura vacinal; • Aumento da gravidez na adolescência;

	estratificação de risco individual para encaminhar quem de fato necessita, não tendo protocolos de encaminhamento para exames e consultas, não coordenando o compartilhamento do cuidado longitudinal dos usuários que necessitem serem compartilhados com os outros pontos da Rede.	
• Ausência de Caps I • Recurso insuficiente • Inexistência de residências terapêuticas • Ausência de profissionais especializados em saúde mental. • Serviços disponíveis sobrecarregados • Insuficiência de CAPS; • Ausência de leitos psiquiátricos; • Insuficiência de profissionais especialistas; • Fragilidade no matriciamento junto com APS; • Fragilidade na relação com as diversas redes; • Ausência de serviços de referência de urgência e emergência para saúde mental (dentro da região de saúde); • Ausência de serviços de referência em saúde bucal para pacientes que necessitem de sedação; • Descumprimento das pactuações da PPI • Deficiência no serviço de regulação • Necessidade de reorganização da RAPS; • Ausência de oferta de leitos pelos municípios; • Necessidade de educação permanente com os profissionais sobre a temática da saúde mental.	Fragilidades na Rede de atenção Psicossocial: Serviços existentes distorcendo o perfil de atenção que deveria ter (CAPS realizando somente ambulatório); Insuficiência de serviço especializado em álcool e outras drogas (tem em Campina Grande); Insuficiência de CAPS III (tem em Monteiro e Campina Grande), e o de Monteiro realiza somente ambulatório; Ausência de leitos hospitalares em funcionamento.	• Aumento nos casos de saúde mental em toda região. • Alta Demanda de consultas. • Alta Demanda reprimida. • Fragilidade da saúde mental na Atenção Primária a saúde. • Demanda reprimida de assistência à saúde mental; • Agravamento dos casos de saúde mental; • Aumento dos casos nas emergências psiquiátricas; • Demanda reprimida de assistência em saúde mental (infantil); • Dificuldade no manejo clínico assistencial dos usuários.

2.21 MATRIZ GUT DE PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Abaixo está a priorização dos problemas identificados na 2ª Macrorregião de Saúde. Observa-se que a maior pontuação refere-se à **fragilidade nos processos de regulação de média e alta complexidade**. No entanto, após diversas discussões com o GTM e em reuniões da CIR, foi destacado que esse problema é transversal a todas as Redes de Atenção. Para a sua resolução, seria necessário abordar todas as redes de forma integrada, optando-se por trabalhar a questão a partir de cada rede específica.

A partir da avaliação da "Árvore de Problemas", foram especificadas as Prioridades Sanitárias da 2ª Macrorregião de Saúde, dando continuidade ao processo de construção do planejamento para a resolução das necessidades de saúde e dos vazios assistenciais. Para isso, utilizou-se a Priorização dos Problemas por meio da matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência). Nesta matriz, técnicos e gestores puderam pontuar as fragilidades identificadas de acordo com sua gravidade, urgência e tendência, o que permitiu uma abordagem mais estruturada e eficiente na definição das ações a serem implementadas.

A partir dessa análise, o problema prioritário a ser trabalhado inicialmente na 2ª Macrorregião de Saúde foi identificado como sendo a Rede da Pessoa com Deficiência, com foco na "**Fragilidade na Rede de Pessoas com Deficiência**".

A tabela abaixo apresenta os problemas prioritários identificados a partir das necessidades de saúde na 2ª Macrorregião de Saúde, juntamente com as respectivas pontuações atribuídas após a aplicação da matriz GUT.

POSIÇÃO	MACROPROBLEMAS	NOTAS (5 a 1)
1	Fragilidade nos processos de regulação de média e alta complexidade - Defasagem dos valores de tabela SUS, desatualização da PPI tornando os recursos programados insuficientes; - Dificuldade de conseguir prestadores; - Ausência de protocolos de regulação.	3,90
2	Fragilidade na Rede de Pessoas com deficiência - Quantidade de CER e capacidade instalada dos existentes insuficientes para a demanda (tem em Campina e Monteiro (II)); - Alta demanda de crianças com transtornos; - Dificuldade de contratação de profissionais especialistas - Dificuldades na marcação por meio dos sistemas de regulação de exames e consultas; - Fragilidade na estruturação (estrutura física, equipamentos e profissionais) de alguns serviços para pessoa com deficiência; - Dificuldade de acesso aos serviços de órtese e prótese, por não implantação de serviço de oficina ortopédica; e por defasagem dos valores da tabela SUS; - Dificuldade de acompanhamento deste usuário pelo município, por não dispor de equipe especializada;	3,85

	- Crescente demanda reprimida para exames diagnóstico específicos; - Fragilidade na especialidade de neuro clínico.	
3	Insuficiência de capacidade instalada dos serviços de saúde de média e alta complexidade - Em relação a consultas, exames e procedimentos, sobretudo nas especialidades de: Endocrinologia; Oftalmologista; Reumatologista; Otorrinolaringologista; Neuro adulto e pediátrico; Cirurgião; Mastologista, hepatologista, gastroenterologia, vascular (todos os exames e procedimentos que envolvem essas especialidades);	3,85
4	Fragilidades na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Não organização do cuidado tendo a APS como ordenadora e coordenadora; - Modelo de atenção que tem foco nos eventos agudas e não faz gestão de base populacional; - Baixa oferta de serviços especializados na assistência às pessoas com DCNT (exames, consultas e procedimentos), principalmente para Diabetes (pé diabético), Doenças Arteriais Coronarianas (cateterismo), Doenças Renais Crônicas, obesidade e neoplasias; - Demanda reprimida para realização de exames especializados de rastreamento (PET-scan); - Ausência de procedimento em Iodoterapia para tratamento de câncer na Tireóide; - Quantidade insuficiente de insulinas (repassse federal); - Ausência de ações no tratamento para o pé diabético e suas complicações; - Ausência de regulação nos serviços para o tratamento vascular; - Dificuldades para a referência especializada da infectologia tanto a nível de consultas como para exames.	3,78
5	Fragilidades na Rede Materno Infantil - Insuficiência de serviços de parto de baixo risco, considerando que vários serviços foram fechados, sobrecarregando os serviços de alto risco; - Insuficiência de profissionais especializados (obstetra e pediatra) para fechar escala nos serviços de referência para parto de risco habitual; - Recurso financeiro programado insuficiência para manter os serviços; - Insuficiência de profissionais especializados (obstetra e pediatra) para fechar escala nos serviços de referência para parto de risco habitual; - Insuficiência de Unidades Terapia Neonatal, considerando que o serviço está concentrado em Campina Grande; E baixa rotatividade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva adulto. - Dificuldade de acesso a triagem neonatal multiprofissional por serem oferecidos em poucos serviços; - Serviços de Pré-natal de alto risco, com demanda reprimida, e com sobrecarga de gestantes de baixo risco; - Dificuldade de regulação das marcações de consultas e exames para gestantes de alto risco e risco habitual; - Dificuldade de regulação da gestante de alto risco ao parto no serviço de referência macrorregional, com fluxo ineficiente levando a usuária a acessar serviço de risco habitual antes do serviço específico de alto risco.	3,78
6	Fragilidades na Rede de Urgência e Emergência - Insuficiência de bases descentralizadas e de Unidade Móveis; - Alta demanda para dois serviços de referência em traumatologia-ortopedia; - Insuficiência de serviços de retaguarda para estabilização; - Insuficiência de serviço de referência de média complexidade, para não lotar os serviços de alta (Campina Grande).	3,7
7	Insuficiência de serviços de hemodiálise adulto e infantil para atender a demanda da Macro - Serviço para o adulto está concentrado em Campina Grande, e o infantil em João Pessoa; - Necessidade de ampliação de leitos de urgência para os casos agudos de hemodiálise; - Necessidade de verificação da realização de hemodiálise nos leitos de UTI da macrorregião (4ª e 5ª).	3,6
8	Fragilidades na Rede de atenção Psicossocial - Serviços existentes distorcendo o perfil de atenção que deveria ter (CAPS	3,6

	realizando somente ambulatório, em especial médico psiquiatra); - Insuficiência de serviço especializado em álcool e outras drogas (têm em Campina Grande); - Insuficiência de CAPS III (tem em Monteiro e Campina Grande), e o de Monteiro realiza somente ambulatório; - Ausência de leitos hospitalares em funcionamento; - Insuficiência de CAPSi; - Escassez de profissionais especialistas/capacitados; - Fragilidade no matriciamento dos CAPS junto à atenção básica; - Ausência de unidade de acolhimento.	
9	Fragilidades da Atenção Primária - fragilidade dos vínculos e desvalorização profissional por baixos salários e inadequadas condições de trabalho; - Acompanhamento materno infantil: captação precoce das gestantes, oferta de consultas e exames em tempo oportuno (incluindo a detecção de sífilis), vinculação com serviço de parto, consulta puerperal em tempo oportuno; - Baixo envolvimento e pouca resolutividade da APS para agravos de saúde mental. Baixa integração entre APS e demais componentes da RAPS; - Fragilidade no acompanhamento (atenção e assistência) dos usuários portadores de doenças crônicas, não realizando estratificação de risco individual para encaminhar quem de fato necessita, não tendo protocolos de encaminhamento para exames e consultas, não coordenando o compartilhamento do cuidado longitudinal dos usuários que necessitem serem compartilhados com os outros pontos da Rede (cultura da corresponsabilidade dos pontos de atenção); - Baixas coberturas vacinais e fragilidade na logística do registro das informações, por constantes mudanças nos sistemas de informação, e por questões de infraestrutura e educação permanente.	3,33
10	Insuficiência de serviços de hemocentro para atender a demanda da Macro, considerando que o serviço está concentrado em Campina Grande	3,20
11	Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória , principalmente arboviroses e hepatites virais (Serviços não realizam adequadamente)	3,18
12	Aumento no número de casos de Arboviroses	3,08
13	Falhas nas ações de monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose e hanseníase	3,05

2.22 PRIORIDADES SANITÁRIAS

Com a definição das prioridades sanitárias, será possível discutir as diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução. Dessa forma, poderá ser traçada a organização dos pontos de atenção da RAS, realizada a elaboração da programação geral de ações e serviços de saúde dentro da Macrorregião e definidos os investimentos necessários.

MACRO II
Fragilidade nos processos de regulação de média e alta complexidade
Fragilidade na Rede de Pessoas com deficiência
Insuficiência de capacidade instalada dos serviços de saúde de média e alta complexidade
Fragilidades na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
Fragilidades na Rede Materno Infantil
Fragilidades na Rede de Urgência e Emergência
Insuficiência de serviços de hemodiálise adulto e infantil para atender a demanda da Macro
Fragilidades na Rede de atenção Psicossocial
Fragilidades da Atenção Primária

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.	Transversais
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.	Redes
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.	

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

2.23 ORGANIZAÇÃO DAS RAS CONFORME AS PRIORIDADES SANITÁRIAS

As redes de Atenção à Saúde são estruturas organizacionais que visam interagir os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária até a atenção hospitalar e de alta complexidade. Essas redes têm como objetivo garantir uma assistência mais eficiente, resolutiva e humanizada aos usuários do sistema único de saúde.

Uma rede de atenção à saúde é composta por uma série de serviços e profissionais de saúde que trabalham de forma coordenada e integrada, compartilhando informações e uma assistência integral e contínua aos pacientes. Essa integração deve ocorrer por meio de forma coordenada e integrada, compartilhando informações e conhecimentos para garantir uma assistência integral e contínua aos pacientes. Essa integração ocorre por meio de estabelecimentos de fluxos de referência e contrarreferência, onde os pacientes são encaminhados de um nível de atenção para o outro de acordo com suas necessidades.

Além disso, as redes de atenção à saúde também têm como objetivo promover a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio de ações de vigilância epidemiológica,

educação em saúde e cuidado integral. Para isso, é fundamental a participação ativa da comunidade e a articulação entre os diferentes setores da sociedade, como saúde, educação, assistência social, entre outros.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretriz a organização das redes de atenção à saúde buscando garantir o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde. Para isso, são estabelecidas as prioridades que são a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede Psicossocial, Rede de Atenção às doenças crônicas, Rede de Atenção Materno Infantil, todas sendo pensadas para atender suas linhas de cuidado.

No processo de fortalecimento da Regionalização da Paraíba, tem sido adotada uma abordagem ascendente, com a formação de grupos de trabalho que discutem, por Região de Saúde, os principais problemas de saúde que devem ser priorizados e ranqueados para atender às necessidades de saúde regional e macrorregional. Dentre os principais problemas de saúde identificados na 2ª Macrorregião da Paraíba, o GTM elencou as questões mais relevantes nas redes de atenção à saúde.

Conhecer os problemas abaixo por meio das Redes Prioritárias da Saúde tem sido de extrema importância para analisar a suficiência dos serviços implantados, definir suas competências, governança e programar o fluxo de atendimento, identificando e respeitando os hábitos e a cultura da população assistida.

Na II Macrorregião de Saúde da Paraíba, a rede trabalhada inicialmente foi a da Pessoa com Deficiência. As outras redes foram discutidas posteriormente, seguindo o método de modelagem utilizado para a rede da Pessoa com Deficiência.

2.24 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Entre 2021 e 2023, foi realizado no Estado da Paraíba o Censo das Pessoas com Deficiência. Na II Macrorregião, dentre as Redes de Atenção Prioritária, a escolhida foi a Rede da Pessoa com Deficiência. Abaixo segue o quantitativo de tipo de deficiência por município. Vale ressaltar que a tabela ainda está em construção, e os dados podem ser alterados na finalização do cadastro.

Região de Saúde	Município	População (IBGE)	Auditiva	Autismo	Intelectual	Física	Visual Total	Total
3	Alagoa Grande	28.384	8	22	24	3	5	62
	Alagoa Nova	20.992	9	28	60	63	17	177

	Algodao de Jandaira	2.588	0	4	15	2	1	22
	Arara	13.613	7	11	32	17	2	69
	Areia	22.493	8	23	62	51	7	151
	Areial	7.054	1	6	13	8	2	30
	Esperanca	33.386	27	101	94	63	19	304
	Lagoa Seca	27.728	6	42	43	24	6	121
	Matinhas	4.528	0	3	2	2	0	7
	Montadas	5.806	13	24	48	72	16	173
	Remigio	19.973	8	21	47	42	14	132
	Sao Sebastiao de Lagoa de Roca	11.793	0	3	9	3	1	16
Região de Saúde	Município	População (IBGE)	Auditiva	Autismo	Intelectual	Física	Visual Total	Total
4	Barauna	5.033	2	7	26	19	6	60
	Barra de Santa Rosa	15.607	13	5	21	15	2	56
	Cubati	7.866	16	47	90	113	30	296
	Cuite	20.331	22	73	73	53	29	250
	Damiao	5.409	8	18	33	35	6	100
	Frei Martinho	2.989	4	4	26	32	10	76
	Nova Floresta	10.614	12	25	46	36	11	130
	Nova Palmeira	5.011	4	17	25	30	9	85
	Pedra Lavrada	7.954	14	12	43	68	21	158
	Picui	18.737	37	73	78	186	63	437
	Sao Vicente do Serido	10.919	18	25	63	69	15	190
	Sossego	3.631	6	15	26	32	6	85
Região de Saúde	Município	População (IBGE)	Auditiva	Autismo	Intelectual	Física	Visual Total	Total
5	Amparo	2.264	3	5	19	14	10	51
	Camalau	6.048	3	2	1	1	2	9
	Caraubas	4.206	2	0	1	0	1	4
	Congo	4.787	2	22	12	8	0	44
	Coxixola	1.948	1	10	17	6	0	34
	Gurjao	3.477	1	4	4	1	0	10
	Monteiro	33.638	52	131	224	317	94	818
	Ouro Velho	3.052	3	4	17	15	1	40
	Parari	1.747	0	1	7	8	2	18
	Prata	4.265	5	7	38	46	16	112
	Sao Joao do Cariri	4.170	1	5	11	4	0	21
	Sao Joao do Tigre	4.408	2	3	44	17	7	73
	Sao Jose dos Cordeiros	3.607	5	3	31	14	4	57
	Sao Sebastiao do Umbuzeiro	3.534	7	26	32	27	3	95
	Serra Branca	13.807	0	4	8	4	1	17
	Sume	17.096	7	68	53	41	7	176
	Zabele	2.269	3	0	33	20	5	61
Região de Saúde	Município	População (IBGE)	Auditiva	Autismo	Intelectual	Física	Visual Total	Total
15	Alcantil	5.527	0	24	31	29	8	92
	Aroeiras	19.081	4	55	68	34	8	169
	Barra de Santana	8.338	19	8	54	40	20	141

	Barra de Sao Miguel	6.095	7	13	14	4	4	42
	Boqueirao	17.934	2	5	5	13	6	31
	Cabaceiras	5.710	8	11	13	16	6	54
	Caturite	4.898	4	5	11	8	6	34
	Gado Bravo	8.292	0	2	2	2	0	6
	Natuba	10.449	1	1	11	2	1	16
	Queimadas	44.388	7	96	36	16	9	164
	Riacho de Santo Antonio	1.999	5	13	15	14	3	50
	Santa Cecilia	6.526	19	4	9	13	2	47
	Sao Domingos do Cariri	2.645	1	16	8	2	0	27
	Umbuzeiro	9.914	1	5	9	1	1	1
	Queimadas	44.388	7	96	36	16	9	164
Região de Saúde	Município	População (IBGE)	Auditiva	Autismo	Intelectual	Física	Visual Total	Total
16	Assuncao	4.067	3	11	31	24	8	77
	Boa Vista	7.218	1	0	2	0	0	3
	Campina Grande	413.830	64	275	286	219	67	911
	Fagundes	11.180	0	6	7	6	4	23
	Juazeirinho	18.422	24	30	83	64	22	223
	Livramento	7.274	4	4	15	12	4	39
	Massaranduba	14.077	12	23	49	24	5	113
	Olivedos	3.989	5	11	25	16	4	61
	Pocinhos	18.848	22	28	31	38	10	129
	Puxinana	13.801	0	9	8	4	1	22
	Santo Andre	2.496	5	6	34	16	8	69
	Serra Redonda	7.001	3	7	12	6	8	36
	Soledade	15.211	5	33	21	18	2	79
	Taperoa	15.505	7	17	23	4	4	55
	Tenorio	3.103	1	4	4	9	4	22
TOTAL		1.134.580	574	1.626	2.468	2.235	676	7.563

FUNAD :: DADOS CENSO PB 2021/2023 :: Atualização Ref.: OUT/2023 PcD: <https://wemp.com.br/censo/#>)

Considerando que o tratamento das pessoas com deficiência exige atendimentos variados por profissionais de especialidades diversificadas e com duração prolongada, é fundamental oferecer um cuidado contínuo para reduzir os danos e proporcionar qualidade de vida a essas pessoas.

Em reuniões com o GTM, foram identificados os problemas abaixo como prioritários para sanar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com deficiência.

RPCD

Fragilidade na Rede de Pessoas com deficiência:

Não existência de CER suficientes para as demandas (tem em Campina e Monteiro (II));
Existem dificuldades na contratação de profissionais especialistas.

Durante a Oficina do Grupo de Trabalho Macrorregional com as 3 Macrorregiões, foi explanada a etapa de desenho e modelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Também foi

discutida a metodologia para o desenvolvimento das etapas, além da construção do Plano de Ação, incluindo a pactuação de reuniões.

Na oficina, ficou pactuado que na 2ª Macrorregião, o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) se dividiria em dois subgrupos:

- **Subgrupo 1:** Definição dos pontos de atenção por nível, incluindo quantidade, localização geográfica e competências.
- **Subgrupo 2:** Definição dos serviços do sistema de apoio e logístico, com foco na localização geográfica e território sanitário.

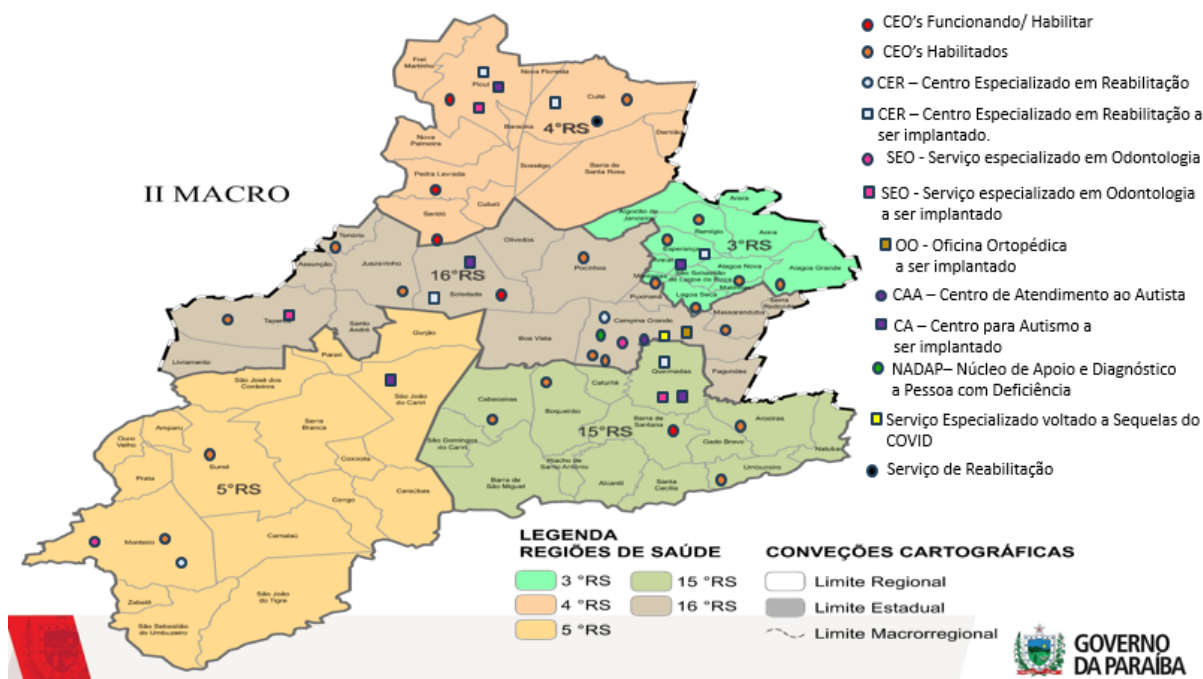
O Grupo de Trabalho (GTM) contou com representantes da SES, COSEMS, SEIMP, Apoiadores Institucionais e Matriciais e Técnicos das Regiões. Diante dos problemas supracitados, em discussões com o GTM, os principais problemas identificados foram: **Serviços existentes limitados por insuficiência estrutural e de recursos humanos (RH); número de serviços insuficientes; limitações no fluxo, dificuldade de acesso e comunicação; inexistência de serviços de órtese e prótese.**

Analisando os pontos de atenção na rede, considerou-se que a **Atenção Primária à Saúde** possui serviços em quantidade suficiente, mas seus profissionais devem receber capacitação, com o objetivo de qualificar esse nível de atenção e elaborar protocolos com fluxo de atendimento que atendam adequadamente a essa necessidade. Um dos pontos defendidos durante a discussão foi a **necessidade de fortalecimento desses serviços em relação à pessoa com deficiência.**

Nos outros pontos de atenção, observou-se que a **quantidade de serviços existentes é insuficiente**, havendo a necessidade de **implantação de novos serviços nas regiões de saúde**. Além disso, foi identificada a necessidade de reorganizar os **protocolos e fluxos de atendimento**, adequar o **sistema de apoio e logístico** e ampliar os **diagnósticos**. A necessidade de implantação de novos serviços está detalhada no quadro abaixo:

Nível de atenção	Ponto de Atenção	Quantidade atual	Quantidade pactuado
Atenção Secundária	Ceo's/ Serviço de especialidades em Saúde Bucal	20	25
	NADAP (Núcleo de Apoio e Diagnóstico a Pessoa com Deficiência)	1	1
	CA – Centro para Autismo	1	6
	CER – Centro Especializado em Reabilitação	2	6
	OO- Oficina Ortopédica	0	1
Atenção Terciária	SEO - Serviço especializado em Odontologia (em centros cirúrgicos)	2	5
	Serviço Especializado voltado a Sequelas do COVID	0	1

Pensando na proposta ideal de modelagem de redes foi apresentado aos técnicos e gestores municipais com aprovação em CIR.



Legenda: símbolos quadrangulares são propostas de serviços novos; círculos serviços existentes

Em seguida foram elencadas pelo GTM e aprovada em CIR as competências em cada nível de Atenção:

2.24.1 Atribuições da Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência

- Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;
- Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;
- Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

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

2.24.2 Centros especializados em reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas

- O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento (habilitação e reabilitação), concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.
- A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPMs).

2.24.3 A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá:

- Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação;
- Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

Diante das competências supracitadas foram considerados como principais desafios:

- Ampliar o acesso a partir de abertura de novos pontos de atenção nas regiões de saúde que ainda não tenham serviços especializados de reabilitação implantados, ou ampliação de habilitação de serviços já existentes, em regiões com necessidade, com foco na reabilitação intelectual/TEA;

- Organização dos serviços em rede de atenção e de forma regionalizada, garantindo o processo assistencial com maior equidade e integralidade;
- Qualificar a atenção à saúde das pessoas com deficiência na Atenção Básica, a partir da incorporação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ao processo de trabalho dos profissionais;
- Discutir e atualizar a programação da assistência de média e alta complexidade (nova PPI);
- Melhorar os mecanismos de referência e contra referência entre os níveis de atenção e os serviços de saúde, qualificando o acesso das pessoas com deficiência, com tempo oportuno e adequado;
- Ampliar e qualificar o acesso a OPM's (órteses, próteses e meios especiais de locomoção) com a implantação de oficinas ortopédicas regionais, para a confecção e dispensação desses itens, além de qualificar os serviços municipais já existentes;
- Implementação da Avaliação Biopsicossocial, previsto na Lei Brasileira de Inclusão, junto aos serviços de reabilitação e APS;
- Promover a Qualificação dos Profissionais envolvidos no Diagnóstico e Reabilitação de Pessoas com Deficiência, principalmente em questões e métodos específicos, como ABA, TEACCH, PECS, dentre outros;
- Implantar Sistemas de Prontuários Eletrônicos nos Serviços de Reabilitação, que tenham interfaceamento com o E-SUS;

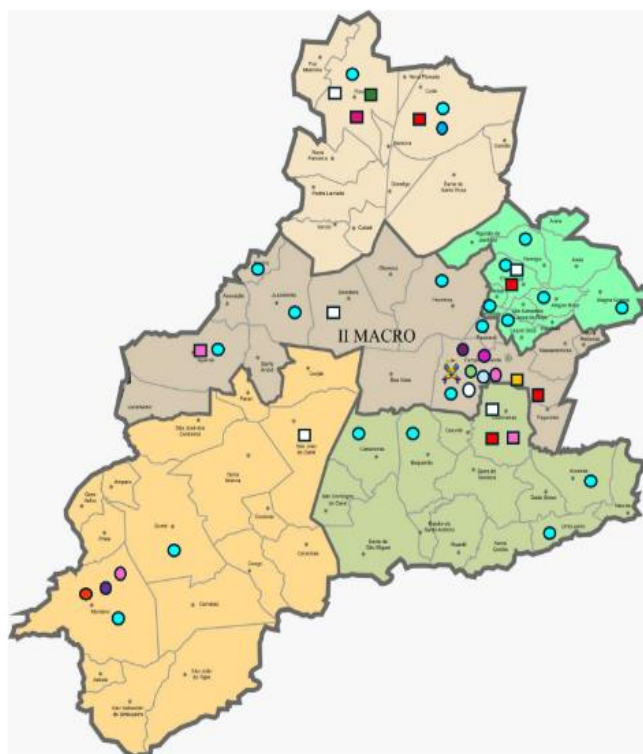
2.24.4 Revisão e monitoramento da modelagem da rede de atenção à pessoa com deficiência:

Em setembro de 2024 realizamos revisão e monitoramento da modelagem da rede PCD, aprovada em 2023. Foi realizada juntamente com área técnica da Secretaria Estadual de Saúde, na qual foram observadas as seguintes modificações e andamentos nos serviços aprovados:

SERVIÇO	SITUAÇÃO
CER II	Esperança (3ª RS) - Em fase de implantação com projeto arquitetônico já aprovado. O Estado assumiu o projeto.
	Cuité (4ª RS) - Não implantado - funcionando como Centro de Reabilitação, apenas para população municipal.
	Queimadas (15ª) - não implantado
	Processo de habilitação da APAE de Campina Grande (16ª) para CER II. Não estava na modelagem anterior;
CER III	Picuí (4ª RS) - Estado assumiu projeto de implantação (físico, intelectual e auditivo).
CAA	Esperança (3ª RS) - não implantado
	Picuí (4ª RS)- estado assumiu através do Orçamento Democrático Estadual/Orçamento Participativo (ODE/OP) e está em processo de organização;

	São João do Cariri (5ª RS) - não implantado
	Queimadas (15ª RS)- não implantado
	Campina Grande (16ª RS) - vendo habilitação de acordo com nova portarias nº 1.526/2024 como Núcleo de Atendimento ao Autismo. Atualmente o serviço é vinculado à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Humano.
	Soledade - não implantado através da saúde, porém implantou - Centro municipal de atendimento vinculado a Secretaria Municipal de Educação, com atendimento de neuropediatria e terapias; Atende apenas a demanda do próprio município.
NADAP	Serviço da 5ª RS em processo de habilitação para NAA - portaria 1526/24
NATEA	Serviço da 16ª RS em processo de habilitação para NAA - portaria 1526/24
SER ESP ODONTOLOGIA	Picuí (4ª RS)- não implantado
	Monteiro (5ª RS)- certificar se está funcionando
	Queimadas (15ª)- não implantado
CEO - PCD	Picuí (4ª RS)- Cirurgia Dentista para pacientes com necessidades especiais 20h; Seridó - não implantado; Pedra Lavrada - não implantado
	Barra de Santana (15ª RS) - não implantado
	Soledade (16ª RS) - não implantado
Oficina Ortopédica	Campina Grande (16ª RS)/ Referência para macrorregião - descredenciada Portaria nº 4943(07/08/24)
Centro de Atendimento às Sequelas de COVID	16ª RS - não implantado;

Mapa Atualizado:



MODELAGEM PESSOA COM DEFICIENCIA - 2 MACRO

- USF (todos municípios)/ UBSIndígena
- Centro Especializado em Reabilitação (CER)
- CER II – auditiva e física
- CER II – física intelectual
- CER II – intelectual e visual
- CER III – física, intelectual e visual
- CER IV – auditiva, física, intelectual e visual
- Serviço Especializado em Odontologia (Hospitalar)
- Centro de Especialidade Odontológicas (CEO)
- Oficina Ortopédica
- CAA (Centro de Atendimento ao Autismo)
- NADAP (Núcleo de Apoio diagnóstico a PcD)
- NATEA
- Serviço de Reabilitação
- Instituto dos Cegos
- APAE
- ideal/à implantar

2.25 REDE ALYNE

2.25.1 Caracterização da Rede

A Portaria GM/MS nº 5.341, de 5 de setembro de 2024, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de dispor sobre a Rede Alyne.

O Art. 4º da Portaria GM/MS nº 5.341 estabelece que a Rede Alyne deve ser organizada para garantir a continuidade das ações de atenção à saúde materna e infantil em um território específico. Isso deve ser feito por meio da articulação entre diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio, logísticos e de governança, em alinhamento com o Planejamento Regional Integrado (PRI). A Rede Alyne organiza-se a partir dos seguintes componentes:

I - pré-natal;

II - parto e nascimento;

III - puerpério e atenção integral à saúde da criança;

IV - sistema logístico;

V - sistema de apoio; e

VI - sistema de governança.

A Rede Alyne deve ser integrada ao Planejamento Regional Integrado (PRI), conforme estabelecido no Art. 5º da Portaria GM/MS nº 5.341. Essa integração deve ocorrer de forma ascendente, levando em consideração as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade instalada em diferentes territórios. Nesse sentido, apresentamos a **caracterização da Rede Alyne** na II Macrorregião de Saúde da Paraíba:

Tabela 14 - Caracterização da Rede Alyne da II Macrorregião de saúde da Paraíba.

COMPONENTES	REGIÃO DE SAÚDE					Nº DE PONTOS DE ATENÇÃO
PRÉ-NATAL						
	3ª	4ª	5ª	15ª	16ª	TOTAL
Risco habitual: Atenção Primária à Saúde - APS	105	77	49	71	203	505
Alto risco	0	1	0	0	1	2
PARTO E NASCIMENTO						
Centro de Parto Normal	0	0	0	0	1	1
Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	0	0	0	0	1	1

Apenas parto de risco habitual expulsivo (Hospitais)	0	0	0	2	0	2
Parto de risco habitual expulsivo e cirúrgico eletivo (Hospitais)	0	1 eletivo	3 eletivo	1 eletivo	2	6
Maternidade municipal: parto de risco habitual expulsivo, cirúrgico e alto risco	0	0	0	0	1	1
PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA						
Atenção Primária à Saúde - APS	105	77	49	71	203	505
Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança - A-SEG	0	0	0	0	1	1
Banco de Leite Humano - BLH	0	0	0	0	1	1
Posto de coleta de Leite Humano	0	0	1	0	0	1
SISTEMA LOGÍSTICO						
Regulação	0	0	0	0	1	1
Transporte sanitário eletivo	-	-	-	-	-	TODOS OS MUNICÍPIOS
Unidade de Suporte Avançado - USA	1	2	1	0	2	6
Unidade de Suporte Básico - USB	7	5	4	10	6	32
SISTEMA DE APOIO (DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICO E FARMACÊUTICO)						
	-	-	-	-	-	TODAS AS REGIÕES
	-	-	-	-	-	TODAS AS REGIÕES
	0	0	0	0	1	1

Observação: Os hospitais municipais que estão incluídos na rede, são aqueles que oferecem os serviços para outros municípios da região.

O pré-natal de risco habitual é realizado pelos municípios, por meio da Atenção Primária à Saúde.

Atualmente, as duas regiões de saúde que realizam o pré-natal de alto risco são a 4ª, no Hospital Regional de Picuí Dr. Felipe Tiago Gomes, e a 16ª, na Maternidade Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

O Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade de saúde destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações. Na II Macrorregião existe 1 CPN intra-hospitalar na Maternidade Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco. A II Macrorregião dispõe desse equipamento, localizado em Campina Grande.

O Hospital Municipal de Boqueirão, e o Hospital Municipal de Aroeiras, ambos na 15ª região de saúde, realizam partos de risco habitual e atendem outros municípios da região.

Os Hospitais que realizam partos de risco habitual expulsivo e parto cirúrgicos eletivos, atendendo outros municípios da região são: O Hospital Regional de Picuí (4ªRS), O Hospital Regional de Monteiro e os Hospitais Municipais de Sumé e Serra Branca, localizados na 5ªRS e o Hospital Regional de Queimadas, na 15ªRS. Na 16ªRS, a maternidade ISEA e o hospital CLIPSI são porta aberta para esse serviço.

A maternidade do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), localizada em Campina Grande, é referência para toda a macrorregião, é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de alto risco que necessitam de atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade.

O A-SEG é responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco, prioritariamente as egressas de unidades de terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, observados o perfil epidemiológico, a pactuação regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

O BLH é o local de referência em amamentação que reúne ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso internados em unidades neonatais e que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação sobre aleitamento materno. Na II Macrorregião tem um BLH no ISEA.

As intercorrências gestacionais das regiões 3ª, 4ª, 5ª e 15ª estão sendo encaminhadas para a 16ª, localizada em Campina Grande. Essa medida é necessária devido à escassez de médicos obstetras e à falta de exames disponíveis para atendimento imediato nas regiões

mencionadas. Essa situação evidencia a necessidade de um melhor suporte médico e infraestrutura para atender adequadamente as gestantes nessas áreas.

Após o levantamento dos pontos de atenção da Rede, foram realizadas reuniões e oficinas com o objetivo de discutir as fragilidades da rede Alyne, em colaboração com os Grupos Técnicos Macrorregionais (GTM) e os Grupos Técnicos Estaduais (GTE). As atividades contaram com a participação de representantes da SES, COSEMS, SEIMP, Apoiadores Institucionais e Matriciais, além de Gerentes e Técnicos das Regiões de Saúde.

Os encontros tiveram como objetivos identificar problemas e desafios enfrentados, promover a troca de experiências e sugestões, e desenvolver estratégias para fortalecer a rede, melhorando a qualidade dos serviços prestados e garantindo um atendimento mais eficiente à população da Macrorregião.

As **principais fragilidades** identificadas foram:

- A maioria dos municípios não utiliza a ficha de estratificação de risco. Dessa forma, realizam encaminhamentos desnecessários para o serviço de referência (Maternidade Instituto Saúde Elpídio de Almeida - ISEA), o que causa sobrecarga no equipamento.
- Identificou-se fragilidade na atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), com falta de integração e continuidade no cuidado.
- Há falta do serviço de pré-natal de alto risco nas regiões de saúde. Atualmente, apenas a 4ª e a 16ª Regiões dispõem dessa assistência.
- O serviço de parto de alto risco do ISEA é o único da macrorregião que atende pacientes do SUS e da rede privada.
- Há necessidade de implantar mais centros de parto normal na macrorregião para viabilizar esse tipo de parto e reduzir a quantidade de cesarianas.
- Na macrorregião, não há serviços ou fluxos estabelecidos para triagem neonatal, exceto para o teste do pezinho.
- Falta de exames de ultrassonografia disponíveis 24 horas nos hospitais Regionais.
- O Hospital Regional de Monteiro não dispõe de pediatra e obstetra na escala de 24 horas.
- Dificuldade de contratação de médicos especialistas (Obstetras e Pediatras) e de fonoaudiólogo.
- Os leitos de retaguarda do Hospital da FAP estão em processo de desabilitação.

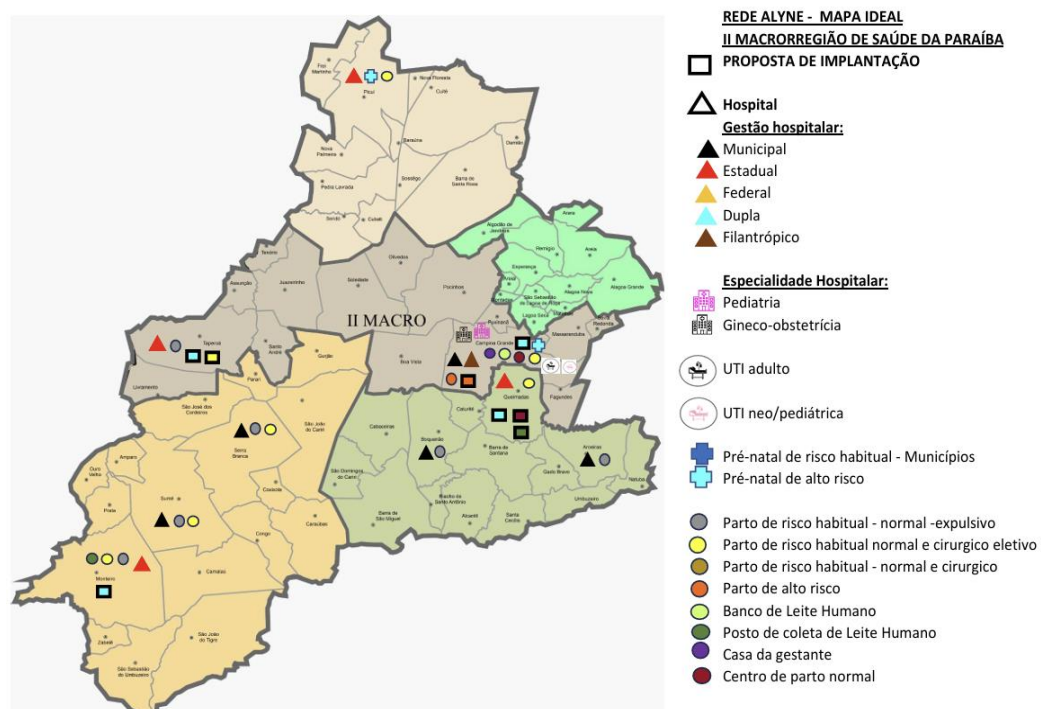
Diante das fragilidades identificadas e analisadas, e levando em conta os parâmetros da legislação, além das potencialidades e limitações de cada região, foi proposto pelo Grupo Técnico Macrorregional (GTM), um novo desenho da rede, conforme tabela e mapa abaixo.

Essa proposta visa melhorar a estrutura e a eficiência dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais integrado e acessível à população. A reestruturação busca otimizar recursos, promover a continuidade do cuidado e atender às necessidades específicas de cada localidade, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

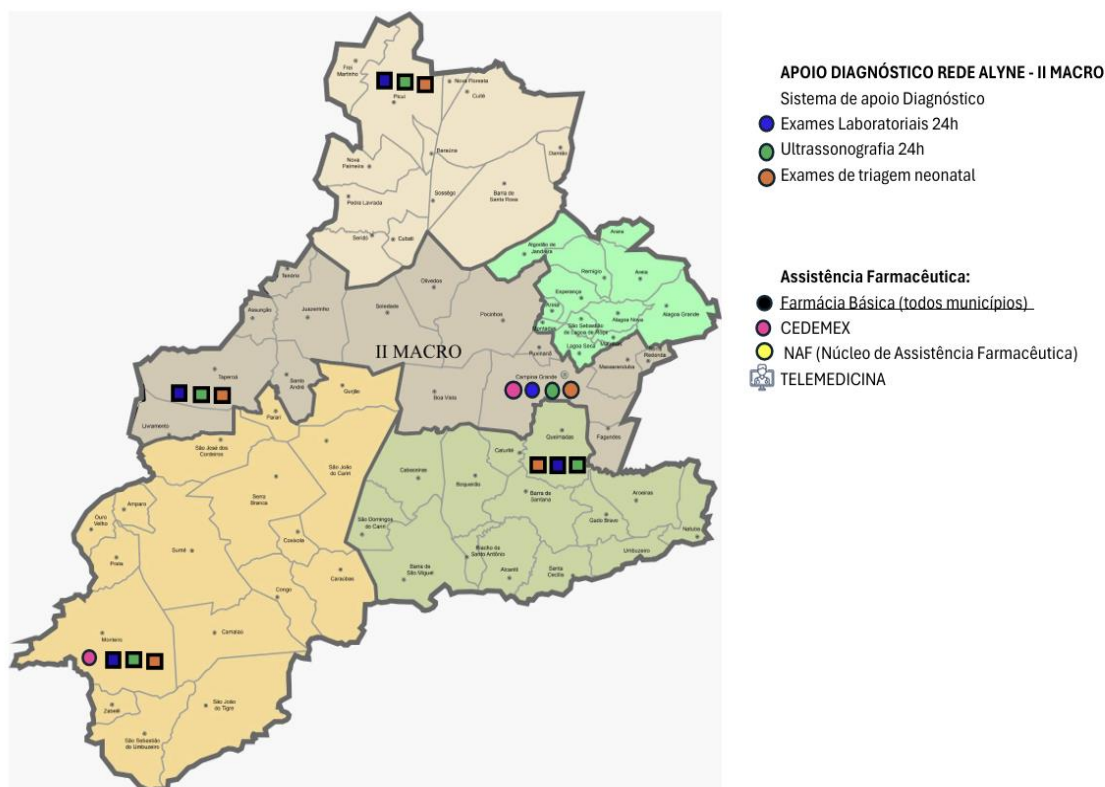
Tabela 15 - Serviços propostos para a Rede Alyne na II Macrorregião de saúde da Paraíba.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇOS PROPOSTOS
Atenção Primária	Qualificar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o uso adequado do protocolo de estratificação de risco das gestantes.
Atenção Secundária	- Implantar o ambulatório de pré-natal de alto risco na 5ª, 15ª e 16ª Regiões de Saúde (Hospital Regional de Monteiro, Hospital Regional de Queimadas, Hospital Distrital de Taperoá e Hospital de Clínicas). - Implantar um Centro de Parto Normal – CPN, no Hospital Regional de Queimadas (15ªRS). - Implantar um Banco de Leite no Hospital de Clínicas (16ªRS).
Atenção Terciária	- Implantar o serviço de parto de risco habitual normal e cirúrgico no Hospital Distrital de Taperoá (16ªRS). - Construção de uma Maternidade Estadual que será referência para alto risco na Macrorregião. - Possibilidade de reabertura da maternidade de Esperança (3ªRS).
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	- Implantar exame de ultrassonografia disponível 24 horas nos hospitais Regionais. - Implantar testes de triagem neonatal nos Hospitais Regionais. - Implantar um posto de coleta de leite em Queimadas (15ªRS). - Realizar exames laboratoriais 24h nos Hospitais Regionais.

2.25.2 MAPA IDEAL: II MACRORREGIÃO DE SAÚDE



2.25.3 MAPA DE APOIO DIAGNÓSTICO



2.25.4 Outras discussões relevantes:

O município de Esperança (3ªRS), possui uma maternidade desativada, e atualmente está em discussão a possibilidade de reativá-la. No entanto, não há uma definição clara sobre essa reativação. Diante dessa situação, atualmente o Estado expressa interesse em manter os serviços da 3ªRS em Campina Grande (16ªRS), que conta com uma estrutura adequada para atender as necessidades obstétricas da região.

O Hospital e Maternidade Dr. Antônio Luiz Coutinho, localizado no município de Pocinhos (16ªRS), está em discussão para integrar a Rede Alyne. De acordo com o GTM, essa inclusão pode fortalecer a rede de serviços da região, com a ampliação do acesso aos atendimentos materno e infantil.

Foi solicitada a ampliação do número de profissionais obstetras no CLIPS, para garantir o atendimento adequado às gestantes e parturientes.

O credenciamento de Pessoa Jurídica (PJ) em Queimadas e Monteiro está em andamento, com o objetivo de expandir a oferta de serviços de saúde, garantindo o acesso da população local a cuidados médicos essenciais, como atendimentos especializados e consultas.

O Hospital de Ensino e Laboratórios de Pesquisa (HELP) tem a pretensão de credenciar leitos obstétricos para o SUS. Esse credenciamento deverá ampliar o acesso a cuidados especializados na área de saúde materno-infantil na macrorregião.

2.25.5 PROCESSOS

Recursos humanos: Existe uma baixa oferta de profissionais especialistas, como médicos obstetras, pediatras e fonoaudiólogos, nas regiões de saúde. Durante as discussões, o GTM relatou que essa baixa oferta está relacionada à localização geográfica das regiões de saúde, que dificulta a atração de profissionais, especialmente em áreas mais remotas. Além disso, os custos associados à contratação são obstáculos em regiões com orçamentos limitados.

Há necessidade de Ampliação do Quadro de Profissionais do Ambulatório de Alto Risco do ISEA, para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir o tempo de espera dos serviços ofertados.

Regulação: O pré-natal de alto risco é regulado pelo SISREG III.

Toda a regulação para partos é realizada pelo e-mail da Central de Leitos.

O projeto Rede Cuidar da Paraíba oferece assistência a crianças cardiopatas, neonatos e gestantes em situações especiais, utilizando o suporte da telemedicina.

A demora na regulação para pré-natal de alto risco no Hospital ISEA, foi citada pelo GTM como um problema significativo. O excesso de encaminhamentos de gestantes para o pré-natal de risco habitual está sobrecarregando o serviço, dificultando o acesso oportuno ao pré-natal de alto risco. Com a descentralização proposta do pré-natal de alto risco para as regiões de saúde e o uso correto do protocolo de estratificação de risco, espera-se que o ISEA seja desafogado, permitindo que o hospital ofereça os serviços com mais agilidade e qualidade para as gestantes em risco.

Fluxo: A necessidade de repactuação dos recursos financeiros para leitos obstétricos no Estado da Paraíba, foi discutida pelo GTM como uma medida necessária para otimizar o atendimento às gestantes e recém-nascidos, assegurando que as unidades de saúde possam manter e ampliar a oferta de leitos.

Educação permanente: O GTM ressaltou a importância de qualificar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o uso adequado do protocolo de estratificação de risco das gestantes, a fim de garantir o encaminhamento adequado para os serviços especializados,

evitando atrasos que podem comprometer a saúde da gestante e do bebê, bem como prevenindo sobrecargas nos serviços.

Protocolos: A implantação da utilização correta do protocolo de estratificação de risco das gestantes apresentou-se nas discussões como medida essencial para garantir um atendimento eficaz, seguro e humanizado, promovendo a saúde e o bem-estar das gestantes e de seus bebês na macrorregião.

2.26 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi definida pela Portaria GM/MS 3.088/2011, incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,2024).

A RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

Na 2ª Macrorregião de saúde do Estado da Paraíba dispomos dos seguintes quantitativos dos serviços especializados da RAPS:

Tabela 16 - Caracterização dos serviços especializados da RAPS da II Macrorregião de saúde da Paraíba.

CAPS I	3ª RS - 6 4ª RS - 2 5ª RS - 6 15ª RS - 6 16ª RS - 8
CAPS II	4ª RS - 1 16ª RS - 2
CAPS III	16ª RS - 1
CAPS i	4ª RS - 1 16ª RS - 2
CAPS AD	16ª RS - 1
CAPS AD III	5ª RS - 1 15ª RS - 1 16ª RS - 1
SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO I	16ª RS - 2 (Masculina e Feminina)
SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA TIPO II	5ª - 1 (mista) 15ª - 1 (mista) 16ª - 1 (feminina)
Unidade de Acolhimento	Não há

AMENT	3ª - 1
Leitos Hospitalares	16ª - 140
Emergência em Saúde Mental	16ª - 20

2.26.1 Principais Fragilidades Identificadas

- O Plano da RAPS, aprovado em 2013, não passou por atualização ou rediscussão com as regiões de saúde durante esse intervalo de tempo. Técnicos do GTM discutiram o desconhecimento dos municípios e regiões de saúde em relação aos serviços aprovados no Plano Estadual da Rede. Há projetos técnicos já aprovados e com resoluções CIR, porém sem andamento na área técnica.
- A implantação dos serviços não é monitorada pelas Comissões Intergestoras Regionais, o que fragiliza o processo de regionalização. Como exemplo, foram citados os CAPS I aprovados na CIR para implantação desde 2013: São Vicente do Seridó, com cobertura para Cubati (4ª RS), e Camalaú e São João do Tigre (5ª RS), porém sem projetos em andamento na área técnica.
- Muitos serviços aprovados no Plano Estadual da RAPS não atendem ao critério populacional mínimo. A SES está dialogando com o Ministério da Saúde para que o critério do CAPS I seja de até 15 mil pessoas, assim como sobre o critério populacional dos serviços 24 horas. Em relação aos demais serviços, a proposta da área técnica é discutir com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, utilizando o parâmetro populacional da macrorregião, uma vez que estão aprovados no Plano de Rede Estadual com o objetivo de cobrir as necessidades do território.
- Há a necessidade de rediscutir as pactuações dos serviços CAPS, uma vez que alguns serviços estão atendendo municípios vizinhos sem a devida pactuação.
- Como exemplos, foram citadas situações da 4ª RS, onde o CAPS I de Picuí atende Frei Martinho, Nova Palmeira, Pedra Lavrada e Baraúnas, sem qualquer pactuação. Da mesma forma, o CAPS II de Cuité atende Sossego e Nova Floresta sem pactuação.
- Há uma dificuldade na contratação de profissionais de saúde para os municípios mais distantes dos grandes centros urbanos, como psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais com expertise em saúde mental. Essa situação resulta em serviços precarizados e com baixa qualificação profissional para a operacionalização dos equipamentos.

- Houve descontinuidade do cuidado durante o período da pandemia, resultando em serviços CAPS que passaram a oferecer apenas práticas ambulatoriais. Além disso, existem serviços CAPS I que não funcionam nos horários estabelecidos pelas normativas institucionais, que preveem funcionamento das 7h às 17h ou das 8h às 18h, com jornada ininterrupta.
- Há uma falta de integração dos serviços CAPS com a atenção primária, o que gera uma sobrecarga nas demandas de saúde mental, especialmente em relação aos “transtornos mentais comuns”. Embora o matriciamento em saúde mental seja uma meta pactuada de 01 ao mês ou 12 ao ano, seu registro de produção nos serviços é bastante baixo.
- Fragilidade da Atenção Primária para o manejo do sofrimento psíquico e linhas de cuidado de saúde mental pouco implementadas na APS;
- Há cultura de comunidades terapêuticas, para o “cuidado” de demandas de álcool e drogas, na macrorregião, que reforçam práticas de cuidado manicomial e processos de judicialização dentro da saúde mental, rompendo com a lógica de cuidado no território e substitutiva;
- Não há Centro de Convivência implantado na 2ª macro;
- Não há Unidade de Acolhimento adulto nem infantil na macrorregião;
- Demandas da rede de pessoas com deficiência (PCD), como autismo e deficiências intelectuais, são absorvidas pela RAPS, gerando superlotação dos serviços;
- Em se tratando de residências terapêuticas, verificou-se que, há na 16ª RS dois serviços habilitados sem funcionamento;
- O serviço CAPS AD III, destinado aos cuidados do sofrimento decorrente de álcool e drogas com funcionamento 24 h, não tem serviço implantado na 3ª e 4ª RS;
- As 3ª, 5ª e 15ª RS não possuem serviço de CAPS infantil, destinado ao cuidado do sofrimento mental de crianças e adolescentes. Os CAPS I da 16ª RS estão sediados em Campina Grande e encontram-se superlotados com as demandas locais, não atendendo às necessidades de toda a região. Dessa forma, há um vazio assistencial na cobertura do serviço nas regiões de saúde, exceto na 4ª RS.
- Há apenas um CAPS III (serviço 24h) na macrorregião, em Campina Grande;
- Os leitos de psiquiatria nos hospitais regionais foram aprovados e habilitados, porém seguem sem funcionamento. Atualmente, há 20 leitos de urgência e emergência em saúde mental para toda a macrorregião.

2.26.2 Desenho de Rede proposto

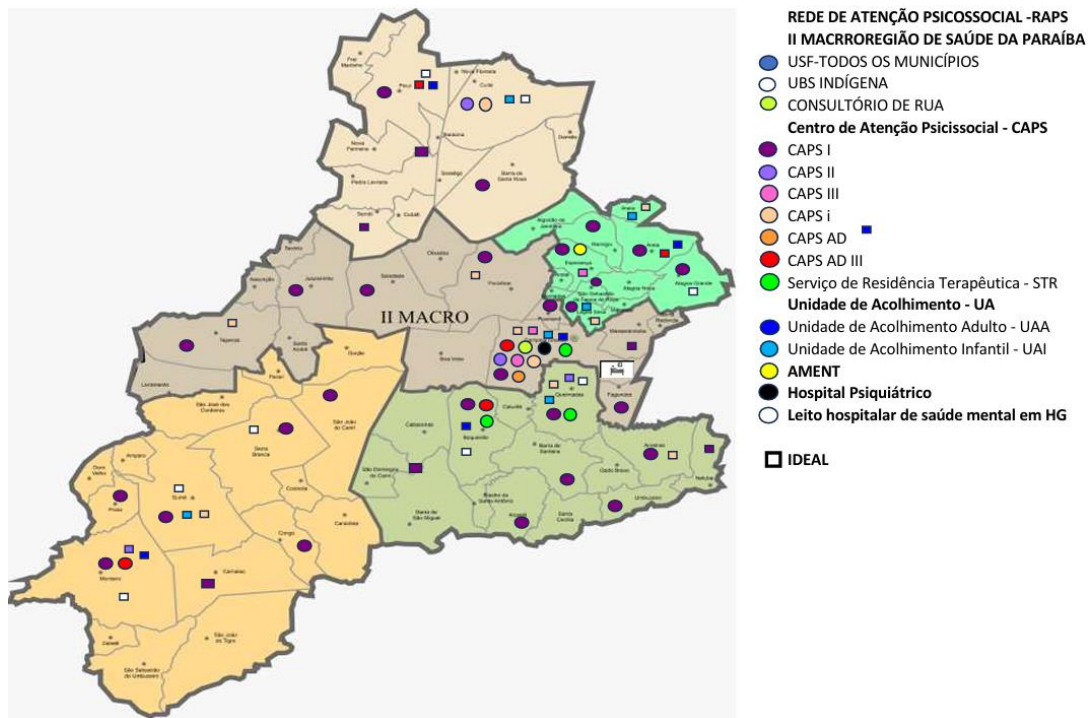
Tabela 17 - Serviços propostos para RAPS na II Macrorregião de saúde da Paraíba.

Nível de Atenção	SERVIÇOS PROPOSTOS
Atenção primária:	Não houve proposta de implantação de serviços na modelagem;
ATENÇÃO SECUNDÁRIA:	
CAPS I: (População mínima de 15 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais;	4ª RS: Implantação do CAPS de São Vicente do Seridó para atender população dele mesmo e de Cubati; Implantação de um CAPS em Pedra Lavrada ou Nova Palmeira consorciado para atender Pedra Lavrada, Nova Palmeira e Sossego; Repactuação dos municípios com Picuí e Cuité que hoje atendem as populações de Frei Martinho, Nova Palmeira, Pedra Lavrada e Baraúnas, Sossego e Nova Floresta sem pactuação. 5ª RS: Implantação de um CAPS em Camalaú para atender Camalaú, São Sebastião do Umbuzeiro, São João do Tigre e Zabelê; 15ªRS: um serviço para atender os municípios de Barra de São Miguel, São Domingos, Riacho de Santo Antônio e Cabaceiras que não têm cobertura do serviço.
CAPS I: (População mínima de 15 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais;	4ª RS: Implantação do CAPS de São Vicente do Seridó para atender população dele mesmo e de Cubati; Implantação de um CAPS em Pedra Lavrada ou Nova Palmeira consorciado para atender Pedra Lavrada, Nova Palmeira e Sossego; Repactuação dos municípios com Picuí e Cuité que hoje atendem as populações de Frei Martinho, Nova Palmeira, Pedra Lavrada e Baraúnas, Sossego e Nova Floresta sem pactuação. 5ª RS: Implantação de um CAPS em Camalaú para atender Camalaú, São Sebastião do Umbuzeiro, São João do Tigre e Zabelê; 15ªRS: um serviço para atender os municípios de Barra de São Miguel, São Domingos, Riacho de Santo Antônio e Cabaceiras que não têm cobertura do serviço.
CAPS II: (População mínima de 70 mil hab.) Proposta: Retomar discussão destas mudanças de modalidade nas CIR e revisar Plano Estadual da RAPS;	3ª RS: Mudança de modalidade do CAPS I de Queimadas, conforme aprovado no plano da RAPS ou rediscussão desta mudança na RS. 5ª RS: Mudança de modalidade do CAPS I de Monteiro, conforme aprovado no plano da RAPS ou rediscussão desta mudança na RS. 16º: Implantação de serviço no Aluísio Campos em campina Grande;
CAPS III: (População mínima de 150 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais;	3ª RS: Implantação de serviço em Esperança para atender toda a RS(atende critérios populacionais para serviço consorciado); 5ª RS: Implantação de serviço em Monteiro para atender toda a RS (não atende critério populacional mas está aprovado no Plano Estadual da RAPS); 16ª RS: Implantação de mais um serviço em Campina Grande (atende critério populacional);
CAPS I: (População mínima de 70 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas Regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais;	3ª RS: Implantação de serviço em Arara e Lagoa Seca provados no plano da RAPS (atende critérios populacionais para serviço consorciado); 5ª RS: Implantação de serviço em Sumé (atende critério populacional para serviço consorciado). 15ª RS: Implantação de serviço em Queimadas e Aroeiras aprovados no plano da RAPS (atende critérios populacionais para serviço consorciado) 16ª RS: Implantação de serviço em Taperoá e Pocinhos (atende critérios populacionais para serviço consorciado).
CAPS AD III:	3ª RS: Implantação de serviço em Areia (atende critérios populacionais para serviço consorciado)

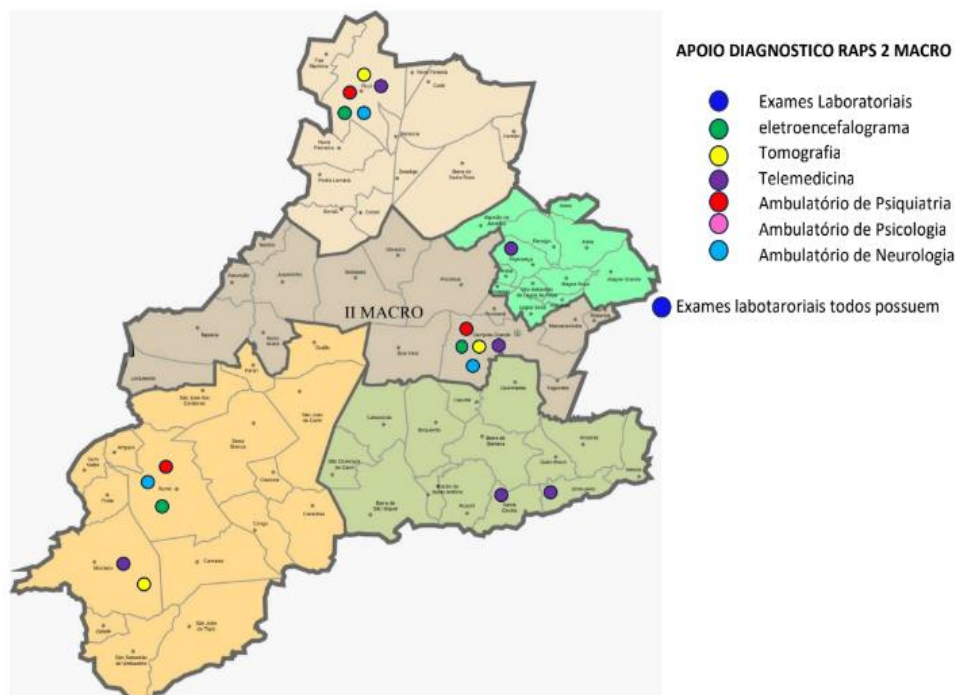
(População mínima de 150 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas Regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais; Pelas demandas do território é um serviço estratégico e prioritário;	4ª RS: Implantação de serviço em Picuí (não atende critérios populacionais mas está aprovado no Plano Estadual da RAPS);
Unidade de Acolhimento Infante Juvenil (População mínima de 100 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas Regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais; Revisar Plano da RAPS.	3ª RS: Implantação de serviço em Lagoa Seca (atende critérios populacionais para serviço consorciado); 4ª RS: Implantação de serviço em Cuité (atende critérios populacionais para serviço consorciado); 5ª RS: Implantação de serviço em Sumé (atende critérios populacionais para serviço consorciado); 15ª RS: Implantação de serviço em Queimadas (atende critérios populacionais para serviço consorciado); 16ª RS: Implantação de serviço em Campina Grande (atende critérios populacionais);
Unidade de Acolhimento Adulto (População mínima de 200 mil hab.) Proposta: Rediscutir pactuações nas Regiões de saúde e implantar serviços desta modalidade para fechar vazios assistenciais; Revisar Plano da RAPS;	3ª RS: Implantação de serviço em Areia (não atende critérios populacionais para serviço, porém ficando bem aproximado. Está aprovado no Plano Estadual da RAPS); 4ª RS: Implantação de serviço em Picuí (Não atende critérios populacionais regional, porém está aprovado no Plano Estadual da RAPS); 5ª RS: Implantação de serviço em Monteiro (Não atende critérios populacionais regional, porém está aprovado no Plano Estadual da RAPS); 15ª RS: Implantação de serviço em Boqueirão (Não atende critérios populacionais regional, porém está aprovado no Plano Estadual da RAPS); 16ª RS: Implantação de dois serviços em Campina Grande sendo um municipal e outro regional (atende critérios populacionais);
ATENÇÃO TERCIÁRIA :	
Leitos Hospitalares de Saúde Mental (Parâmetro: 1:23 mil hab.) Proposta: Necessidade de rediscussão das pactuações nas regiões de saúde e com direções das Unidades Hospitalares; Revisar Plano da RAPS;	3ª RS: Implantação de 4 leitos em Alagoa Grande aprovados no Plano Estadual da RAPS; 4ª RS: Implantação de 4 leitos em Cuité e 4 leitos em Picuí aprovados no Plano Estadual da RAPS; 5ª RS: Implantação de 4 leitos em Monteiro, 4 leitos em Sumé e 4 leitos em Serra Branca aprovados no Plano Estadual da RAPS; 15ª RS: Implantação de 4 leitos em Boqueirão e 4 leitos em Queimadas aprovados no Plano Estadual da RAPS;
Apoio diagnóstico e logístico:	Não houve proposta de implantação de serviços na modelagem;

2.26.3 Mapa de Serviços

2.26.3.1 Mapa Ideal de Serviços da RAPS:



2.26.3.2 Mapa de Apoio Diagnóstico para RAPS



A discussão sobre a modelagem da Rede de Atenção Psicossocial apontou fragilidades e proposições necessárias para o fortalecimento da rede, referentes à implantação ou implementação de serviços conforme as pactuações do Plano Estadual da RAPS, mas também em relação a processos de trabalho, fluxos e itinerários que impactam a resolutividade dessa rede.

Educação Permanente: Observou-se dificuldades em relação ao entendimento da lógica da RAPS e à necessidade de processos de educação permanente e continuada voltados para a reafirmação de práticas antimanicomiais e dos cuidados multiprofissionais para o sofrimento psíquico e emocional, que promovam a libertação do aprisionamento dos corpos, minimizando o uso excessivo de medicamentos e buscando formas de cuidado mais humanizadas e integrativas.

A educação permanente e continuada é transversal a todos os processos inerentes à RAPS e a todos os níveis de atenção, inclusive na necessidade de discutir o papel desta rede de forma intersetorial. A qualificação da rede de urgência e emergência para o atendimento dos pacientes de saúde mental, incluindo as centrais de regulação, foi considerada pelo grupo como um ponto de fundamental importância. Observou-se que a judicialização, principalmente dos pacientes com uso abusivo de álcool e drogas para tratamentos asilares, foi bastante mencionada. Assim, faz-se necessário ampliar essa discussão no território, dando clareza à política antimanicomial.

Processos de trabalho: Referente aos processos de trabalho, discutiu-se a necessidade de fortalecimento das oficinas terapêuticas, incentivando o trabalho conjunto entre os diferentes integrantes da equipe multidisciplinar para oferecer um tratamento mais abrangente e eficaz. O fortalecimento da lógica substitutiva dos CAPS é um ponto que requer atenção, sendo sugerida a necessidade de educação permanente e continuada, além de suporte técnico nas RS voltado para boas práticas de cuidado em saúde mental e a sugestão de implantação de um apoiador de saúde mental nas Gerências Regionais de Saúde (REAP QUALI). Outro aspecto igualmente importante refere-se à necessidade de implementação do matriciamento em saúde mental junto à APS para qualificação do cuidado, fortalecimento da linha de cuidado de saúde mental na APS e diminuição de encaminhamentos desnecessários aos CAPS.

Recursos Humanos: Em relação aos recursos humanos, observou-se a dificuldade de clareza nas responsabilidades referentes à linha de cuidado de saúde mental na APS e aos processos de cuidado multiprofissionais nos Centros de Atenção Psicossocial, com base em projetos terapêuticos singulares e abordagens comunitárias e substitutivas. A dificuldade de

profissionais como psiquiatras, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos em atender municípios mais longínquos em relação aos maiores centros urbanos também foi citada.

Protocolos: Em relação aos protocolos, foi sugerida a elaboração de Notas Técnicas pela Coordenação Estadual para a padronização da anamnese, do projeto terapêutico singular e do matriciamento dos CAPS.

2.27 REDE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - RUE

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída no Brasil pela Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências. A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

A RUE foi proposta com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de saúde de forma ágil e oportuna. São definidos como seus componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (Brasil, 2011)

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, entre outras. Assim, para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constituem. Atualmente, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2024).

Tomando por base a Portaria nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e considerando que a Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede

de Atenção à Saúde, abaixo apresentamos os serviços especializados que compõem esta rede na II macrorregião de saúde da Paraíba:

Tabela 18 - Caracterização dos serviços especializados da RUE da II Macrorregião de saúde da Paraíba.

SAMU USB	3ª RS: 7 4ª RS: 5 5ª RS: 4 15ª RS: 10 16ª RS: 12
SAMU USA	3ª RS: 2 4ª RS: 2 5ª RS: 1 15ª RS: 2 16ª RS: 4
MOTOLÂNCIA DO SAMU	5ª RS: 2 16ª RS: 5
CENTRAL DE REGULAÇÃO SAMU	5ª RS: 1 16ª RS: 1
SAD	3ª RS: 4 EMAD/ 4 EMAP 4ª RS: 1 EMAD/1 EMAP 5ª RS: 1 EMAD/1 EMAP 15ª RS: 9 EMAD/ 9 EMAP 16ª RS: 3 EMAD/1 EMAP
UPA	5ª RS: 1 16ª RS: 2
HOSPITAIS	3ª RS: 1 4ª RS: 1 5ª RS: 3 15ª RS: 1 16ª RS: 9
SAMU USB	3ª RS: 7 4ª RS: 5 5ª RS: 4 15ª RS: 10 16ª RS: 12

Em se tratando das principais linhas de cuidado priorizadas para a RUE, o grupo seguiu as preconizadas pelas normativas nacionais, traumatológicas, cardiológicas e cerebrovasculares, mais a linha de pediatria para modelagem desta RAS. Sistematizando os principais equipamentos de atendimentos e apoio diagnóstico, foram levantados o cenário demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 19 - Caracterização das linhas de cuidado priorizadas para RUE II Macrorregião de Saúde PB.

LINHA DE CUIDADO	REGIÃO DE SAÚDE
CARDIOLOGIA	
Eletrocardiograma	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª
Exames Laboratoriais	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª
Ecodoppler	16ª
Cardiologista de Plantão	16ª
Hemodinâmica	16ª
Cirurgias Cardiológicas	16ª
LINHA DE CUIDADO	REGIÃO DE SAÚDE
CARDIOLOGIA	

Eletrocardiograma	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª
Exames Laboratoriais	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª
Ecodoppler	16ª
Cardiologista de Plantão	16ª
Hemodinâmica	16ª
NEUROLOGIA	
Tomografia	4ª, 5ª e 16ª
Neurologista de Plantão	16ª
Neurocirurgia	16ª
TRAUMATOLOGIA	
Raio X	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª
Sala de Imobilização	3ª, 4ª, 5ª e 16ª
Mesa de Tração	16ª
Arco Cirúrgico	4ª, 16ª
Traumatologista Plantonista (24 h)	16ª

2.27.1 Principais Fragilidades Identificadas

O Grupo de Trabalho Macrorregional discutiu diversas fragilidades que afetam a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Neste documento, priorizou-se a sistematização dos problemas que impactam a rede em aspectos regionais e macrorregionais. Abaixo, apresentamos os pontos elencados:

2.27.2 Serviço de atendimento às urgências móveis (SAMU):

O Serviço de Atendimento às Urgências Móveis (SAMU) de Suporte Básico tem viaturas em mau estado de conservação e necessitam de renovação da frota.

É necessária a ampliação do número de municípios com bases descentralizadas, especialmente na 5ª Região de Saúde (RS), para reduzir o tempo de resposta ao atendimento.

No que diz respeito às Unidades de Suporte Avançado (USA), há um número insuficiente de viaturas, com apenas 11 disponíveis em 9 municípios. Destas, três estão localizadas em Campina Grande (16ª RS).

Dois municípios da 4ª RS (Cubati e São Vicente do Seridó-PB) são atendidos pela USA de Soledade (16ª RS), enquanto dois municípios da 16ª (Taperoá e Livramento) são regulados pela Central da 5ª RS (Monteiro). Esses fatores contribuem para o aumento do tempo de resposta e para a desassistência nas regiões de saúde.

A dificuldade em sensibilizar os gestores para a implantação do serviço é uma fragilidade importante levantada durante as oficinas, refletindo em um cenário de vazios assistenciais nesse serviço.

O sucateamento das frotas do SAMU, que resulta em frequentes rebaixamentos de viaturas para manutenção corretiva, aumentando os vazios assistenciais, foi apontado pelo Grupo de Trabalho Macrorregional (GMT) como uma problemática importante dentro da macrorregião.

As características do território, como zonas rurais extensas e densamente povoadas, regiões de serra, alto índice de acidentes de moto, elevado custo de manutenção do serviço (especialmente das Unidades de Suporte Avançado - USA) e pactuações antigas, são fatores que indicam a necessidade de uma rediscussão entre os gestores das regiões. Essa repactuação deve contemplar a divisão de despesas para a manutenção do serviço entre os municípios-sede e os municípios de cobertura.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA): Em relação às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), foram solicitadas mudanças de objeto para duas UPAs já construídas na 4ª Região de Saúde (Cuité e Picuí) e uma na 5ª RS (Serra Branca). Atualmente, existem duas UPAs em Campina Grande (16ª RS) e uma em Monteiro (5ª RS), que foram originalmente aprovadas para funcionar como unidades regionais. No entanto, não há registro ou resolução de Comissão Intergestores Regional (CIR) nem de Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que formalizam as pactuações e coberturas dessas unidades. Esse cenário resulta na superlotação dos três serviços existentes. Há uma UPA aprovada na 15ª RS (Boqueirão), porém sem andamento na proposta do projeto.

Atenção Domiciliar: A atenção domiciliar na 2ª Macrorregião de Saúde é composta por nove Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e 11 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), distribuídas em nove municípios. No entanto, existem vazios assistenciais em todas as cinco regiões de saúde.

Hospitais e Pronto Atendimentos: Nos municípios da 2ª Macrorregião da Paraíba, existem muitos pontos de Hospitais e Pronto Atendimentos; no entanto, a maioria desses serviços atende apenas a sua própria população. As escalas profissionais não incluem médicos disponíveis 24 horas, e há baixa densidade tecnológica e subutilização de equipamentos diagnósticos, como a ausência de exames bioquímicos, raio-X, ultrassonografia e eletrocardiogramas, que são realizados apenas de forma eletiva. Além disso, há falta de utilização de protocolos para o atendimento e regulação das urgências, o que resulta em sobrecarga nos hospitais de referência e agrava os quadros clínicos dos pacientes.

Salas de estabilização: Na II macrorregião, não há salas de estabilização habilitadas. A Sala de Estabilização (SE) é um componente fundamental da Rede de Atenção às Urgências, integrando a vertente pré-hospitalar fixa. Essa sala serve como um local de assistência

temporária e qualificada, com o objetivo de atender às necessidades de estabilização de pacientes graves ou críticos e melhorar o fluxo hospitalar.

2.27.3 Outras Fragilidades:

- Muitos municípios possuem serviços de pronto atendimento ou Unidades Básicas de Saúde que funcionam 24 horas, mas não contam com profissionais médicos para cobrir a carga horária.
- O tempo de resposta para regulação é elevado.
- O atendimento hospitalar de pacientes para a realização de procedimentos de baixa complexidade, que deveriam ser realizados em unidades básicas de saúde, é uma prática recorrente.
- Os encaminhamentos da regulação são frágeis ao definir se a solicitação de vaga é para leito ou para atendimento.
- Pacientes chegam aos hospitais de referência sem vaga regulada, evidenciando a cultura de "ambulancioterapia".
- A ausência de um técnico ou representante competente do município de Campina Grande na discussão da modelagem da rede é um ponto crítico, considerando que o município é responsável por muitas pactuações na macrorregião. Como resultado, a discussão não avançou para compreender o suporte fornecido pelos hospitais conveniados com o SUS.
- Baixa resolutividade ou pouco acesso a serviços de média complexidade gerando lotação nos serviços de alta complexidade.

2.27.4 Linhas de Cuidado na rede de urgência e emergência:

Em se tratando das principais linhas de cuidado observou-se:

2.27.4.1 Cardiovascular e Cerebrovascular:

- A atenção às urgências e emergências cardiovasculares e cerebrovasculares está concentrada na 16ª Região de Saúde, especialmente no Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande. Os cateterismos são realizados tanto no Trauma quanto no Hospital João XXIII. Embora cirurgias cardíacas e neurológicas de

alta complexidade sejam realizadas, alguns procedimentos de maior complexidade são referenciados para o Hospital Metropolitano na 1ª Macrorregião. Em 2023 foi implantado o Programa Coração Paraibano e estruturada a linha de atendimento, passando a realizar procedimentos de Hemodinâmica no Hospital de Trauma. Contudo, de acordo com o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM), existem problemas de regulação entre o SAMU e o Programa do Coração Paraibano, o que acarreta em demora na regulação dos leitos para urgências cardiológicas.

- A baixa qualidade no atendimento em hospitais e pronto atendimentos dos municípios menores, caracterizada pela ausência de uso de protocolos, resulta em pacientes sendo encaminhados em quadros agudizados ou, inversamente, em encaminhamentos desnecessários. Esse aspecto impacta de forma significativa a Rede de Urgência e Emergência (RUE).
- Os leitos de cuidado para AVC e o plantão médico de neurologia estão disponíveis apenas no Hospital de Trauma de Campina Grande, o que gera superlotação no serviço. Altas taxas de letalidade, sequelas graves e significativas necessidades de cuidados prolongados são prevalentes em casos de AVC.
- Pacientes adentrando a RAS através da rede de urgência e emergência, evidenciando fragilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e da oferta de ambulatorios especializados para cuidados em doenças crônicas.

2.27.4.2 Traumatológicas:

Às urgências em traumatologia estão concentradas no Hospital de Trauma de Campina Grande. O Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) aponta a necessidade de descartar traumas cranioencefálicos e destaca que a presença de um profissional 24 horas está disponível apenas nesse serviço. Além disso, há uma necessidade de descentralizar o atendimento, ampliando a capacidade tecnológica e os recursos humanos nos hospitais de Picuí e Monteiro, com o objetivo de desafogar o Hospital de Trauma.

Os hospitais conveniados com o SUS para atendimento de urgências em traumatologia só dispõem de profissionais médicos especializados, incluindo anestesistas, até às 20h. Após esse horário, esses profissionais funcionam apenas em regime de sobreaviso.

Pacientes vítimas de acidentes das cinco regiões são direcionados ao Hospital de Trauma. A superlotação desse estabelecimento e dos seus blocos cirúrgicos resulta em uma ocupação excessiva de leitos, com os pacientes aguardando longos períodos para a realização de cirurgias ortopédicas.

2.27.4.3 Pediátricas:

- Pediatra de plantão apenas em Campina Grande (16ªRS).
- Exames de imagem como ultrassonografias e raio-x 24 h apenas em Campina Grande (16ªRS);
- Endoscopia apenas em Campina Grande (16ªRS);
- Poucas vagas de UTI pediátrica na macrorregião, concentradas em Campina Grande;
- O Hospital de Trauma e o Hospital de Clínicas realizam atendimentos às urgências pediátricas, além do Hospital Municipal da Criança, que também é referência para esses atendimentos. A discussão do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) destacou a sobrecarga dos serviços, decorrente da carência de recursos humanos especializados e da falta de apoio diagnóstico 24 horas nas regiões.

2.27.5 Desenho de Rede proposto

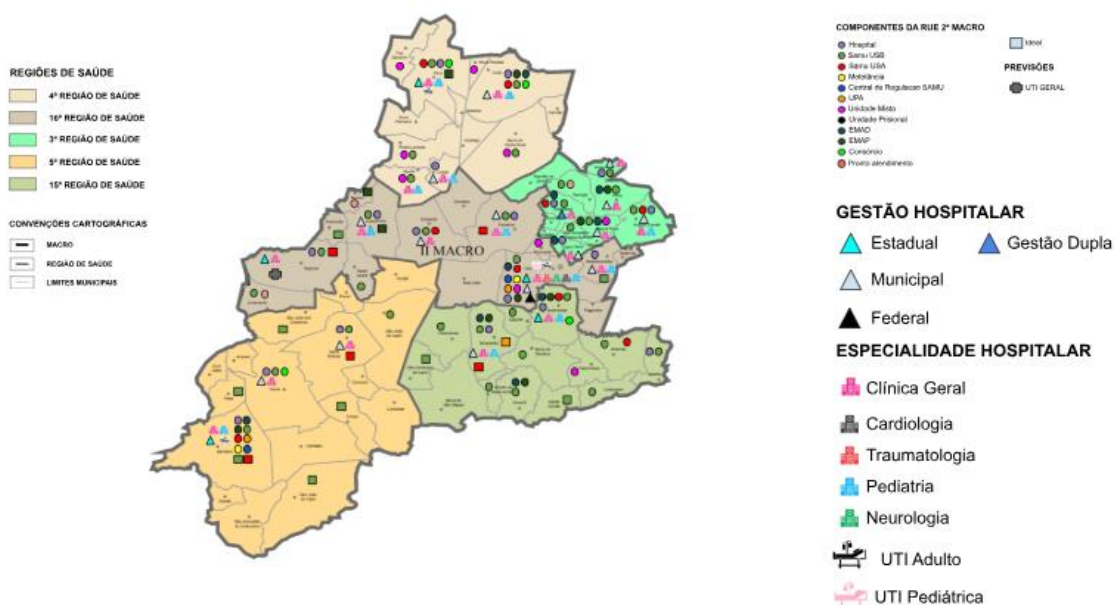
Tabela 20 - Serviços propostos para RUE na II Macrorregião de saúde da Paraíba.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇOS PROPOSTOS
ATENÇÃO PRIMÁRIA	• Rever papel da APS para resposta a procedimentos de baixa complexidade (hidratação venosa; observações até 8 hs, eletroencefalograma etc);
ATENÇÃO SECUNDÁRIA	• Ampliar nº de municípios com SAD com implantação de serviços EMAP-R (Portaria 3.005/2024 municípios até 20 mil habitantes) proposta de implantação em Juazeirinho e Tenório; • Ampliação no número de SAMU/USA com implantação de serviço em Taperoá; • Implantação de SAMU/USA em Pocinhos; • Ampliação no número de bases descentralizadas SAMU/USB com Implantação de serviço em Massaranduba e Campina Grande (Aluísio Campos); • Habilitação do Hospital de Trauma CG como porta de entrada em Traumato-ortopedia, neurologia e pediatria; • Habilitação dos Leitos Clínicos de retaguarda do Hospital de Clínicas, Trauma, HELP, Hospital Regional de Monteiro, Hospital Regional de Picuí e Hospital de Pocinhos;

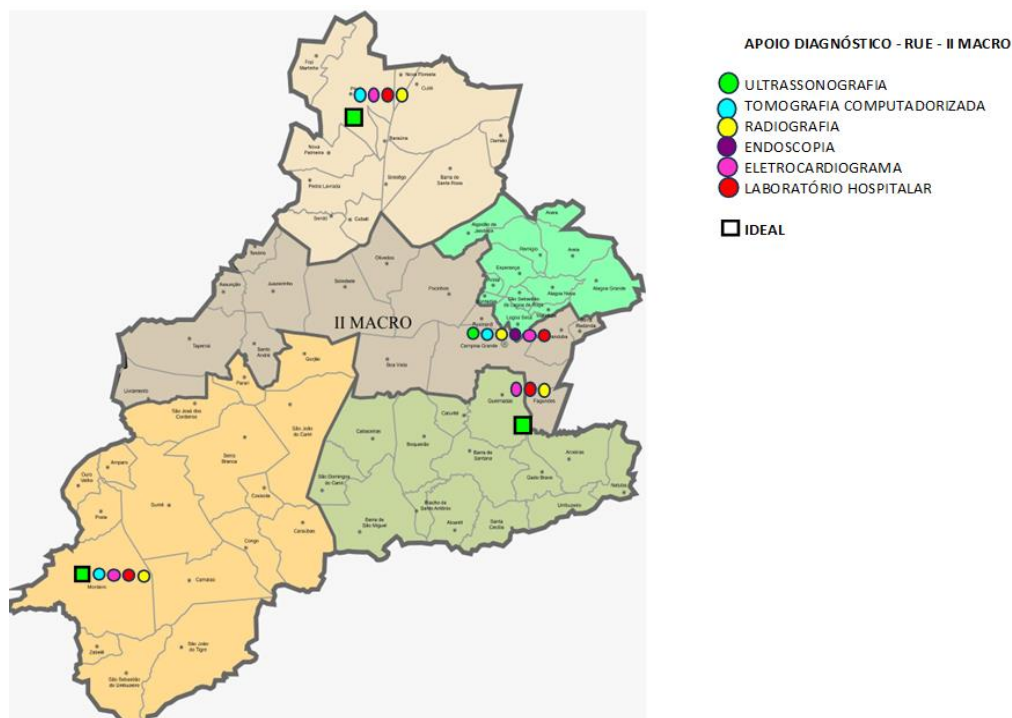
	• Implantação de Sala de estabilização em: 4ª RS - Cuité - Hospital Municipal de Cuité Nossa Senhora das Mercês; 5ª RS: Serra Branca - Hospital Geral de Serra Branca e; Sumé - Hospital e Maternidade Alice de Almeida; 15ª RS: Umbuzeiro - Hospital Municipal Nossa Senhora do Livramento; 16ª RS: Taperoá - Hospital Distrital de Taperoá; Pocinhos - Hospital e Maternidade Dr. Antônio Luiz Coutinho e; Distrito de Galante (Campina Grande) - Unidade Mista de Galante. • Traumatologista 24 hs nos Hospitais Regionais; • Pediatras de plantão nos Hospitais regionais; • Neurologista por telemedicina para avaliar Tomografias dos hospitais de Monteiro e Picuí;
ATENÇÃO TERCIÁRIA	• Habilitação de leitos gerais de UTI;; • Implantação de leitos de UTI infantil; • Habilitação de Leitos de Unidade de AVC no Trauma/Cg; • Implantação de leitos intensivos de cuidados prolongados no Hospital Regional de Monteiro;
APOIO DIAGNÓSTICO E LOGÍSTICO	• Implantação de Ultrassonografia 24 hs em Picuí, Monteiro e Taperoá; • Implantação de um Tomógrafo em Taperoá; • Necessidade de novas ambulâncias/viaturas de SAMU para renovação de frota;

2.27.6 Mapa de Serviços:

2.27.6.1 Mapa do Ideal de Serviços Modelados para RUE:



2.27.6.2 Mapa de Apoio Diagnóstico da RUE:



2.27.7 Processos

2.27.7.1 Recursos humanos

- Contratar médicos especialistas para implementação das Linhas de Cuidado com a possibilidade do uso da Telemedicina, descentralizando nos hospitais do Estado (Picuí, Queimadas, Taperoá, e Monteiro) as especialidades médicas a fim de desafogar os leitos em Campina Grande e melhorar os tempo de resposta nas regulações;

2.27.7.2 Educação permanente

- Capacitar profissionais de pronto atendimentos, hospitais de pequeno porte e unidades mistas de saúde sobre utilização de protocolos e manejos às situações de urgências cardiovasculares e cérebro encefálicas;
- Capacitar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para que possam resolver atendimentos que não necessitam de encaminhamento para a emergência.

2.27.7.3 Protocolo e Fluxos

- Implementar protocolos para direcionar o acesso aos serviços de alta complexidade e redistribuir/descentralizar as especialidades entre os hospitais regionais da macrorregião

é fundamental para desafogar os hospitais em Campina Grande. Por exemplo, Monteiro e Picuí poderiam ser referências para traumatologia, enquanto Queimadas poderia assumir a especialidade em pediatria.

- Além disso, é importante descentralizar leitos de retaguarda para cirurgias eletivas, realizadas após a estabilização do quadro clínico dos pacientes.
- Redefinir o perfil dos hospitais nas regiões, construindo o fluxo de acesso aos mesmos dentro da Rede.

2.27.7.4 Processo de trabalho

- Fortalecer a discussão sobre implantação de salas de estabilização com pactuações regionais para melhorar as portas de entrada de urgências;
- Fortalecer as responsabilidades da atenção primária à saúde para atendimentos de urgências de baixa complexidade;
- Fortalecer as pactuações entre os entes sobre o transporte sanitário para a transferência de pacientes entre os hospitais regionais é essencial, pois atualmente não há consenso nem um fluxo estabelecido sobre as responsabilidades para esse transporte. As ambulâncias das unidades hospitalares são insuficientes, o que leva à solicitação de retaguarda por parte dos municípios.
- Fortalecer os laboratórios hospitalares,
- Discutir nas regiões de saúde sobre equipamentos de apoio diagnóstico como ultrassonografias e raio-x implantados em Hospitais municipais, porém só para uso eletivo.

2.28 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) foi instituída pela portaria GM/MS nº 252 de 19 de fevereiro de 2013 e revogada pela Portaria GM/MS Nº 483, de abril de 2014, que redefine a Rede no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado e conceituou as doenças crônicas como aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

De acordo com o caderno de Atenção Básica, nº 35 (2014), para realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção, realizando

ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, a Rede é estruturada pelos seguintes componentes:

1. Serviços de Atenção Básica/Atenção Primária;
2. Serviços de Atenção Especializada que está dividida em:
 - a. ambulatório especializado, conjunto de serviços e ações eletivas de média e alta complexidade.
 - b. hospitalar, ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados.
 - c. Serviços de urgência e emergência, conjunto de serviços e ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos usuários que apresentam agudização das condições crônicas.
3. Sistema de Apoio;
4. Sistemas Logísticos;
5. Regulação;
6. Governança

Dentro deste contexto, priorizando as condicionantes de saúde a partir do quadro epidemiológico apresentando, neste momento, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para doenças/fatores de risco mais prevalentes:

- Doenças Renais
- Doenças cardiovasculares
- Diabetes - hipertensão
- Sobrepeso e obesidade
- Oncologia

Tabela 21 - Caracterização dos serviços especializados da DCNT da II Macrorregião de saúde da Paraíba

ATENÇÃO SECUNDÁRIA					
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÃO				
	3ª	4ª	5ª	15ª	16ª
POLICLÍNICA	12	1	3	9	18
AAE - NEOPLASIA	-	-	-	-	2
AAE - CARDIOVASCULAR		1*	1*		
AEE - RENAL			1		1
AEE DIABETES	-	-	-	-	-
AEE - DOENÇAS RARAS					2
SAD/MELHOR EM CASA	5	2	2	6	4

ATENÇÃO TERCIÁRIA					
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÃO				
LEITOS DE UTI		7	6		87
HEMODIÁLISE (CADEIRAS)					117
CIRURGIA BARIÁTRICA					1
HOSPITAL OU UNIDADE DE CARDIOLOGIA					5
HOSPITAL OU UNIDADE DE NEFROLOGIA					8
HOSPITAL OU UNIDADE DE ONCOLOGIA					3
LEITOS DE UTI		7	6		87

*O atendimento especializado em cardiologia nas 3ª e 4ª regiões de saúde, é realizado através de consórcio intermunicipal.

2.28.1 Principais fragilidades identificadas:

2.28.1.1 Oncologia:

- A onco-hematologia está centralizada no Hospital Laureano, em João Pessoa, o que resulta em sobrecarga no equipamento e na demanda de atendimento. Essa concentração pode dificultar o acesso a serviços para pacientes de outras regiões e comprometer a eficiência do tratamento;
- O exame PET Scan é realizado apenas no Hospital Laureano, em João Pessoa, o que resulta em uma oferta baixa para todo o Estado. Essa limitação pode dificultar o diagnóstico e o monitoramento de pacientes com câncer, aumentando a sobrecarga no hospital e restringindo o acesso a esse exame essencial para muitos;
- Na II Macrorregião, os hospitais que atendem oncologia são de gestão municipal.
- Diagnósticos tardios, ausência e/ou demora de exames para fechar diagnóstico;
- Pacientes perambulando pela rede já chegam atrasados para o tratamento;
- Baixa oferta de profissionais onco hematologistas no Estado;
- Profissionais não familiarizados e resistentes à utilização da ferramenta saúde *meet* para operacionalização do Programa Paraíba Contra o Câncer.

2.28.1.2 Cardiologia:

- O atendimento especializado com cardiovascular está concentrado na 16ª RS, o que sobrecarrega o serviço;
- Ausência de habilitação de serviço endovascular na Região. Apenas um serviço de referência no Estado, situado na I macro e alta demanda de cirurgias endovasculares (revascularização de membros), resultando em um alto número de pacientes com amputação de membros;

- Superlotação do Hospital Metropolitano devido ser referência para todo o Estado em procedimentos de alta complexidade em cardiologia;
- Não há realização de ultrassonografia de carótidas na macrorregião;
- Dificuldade no atendimento ambulatorial em cardiologia.

2.28.1.3 Doença Renal Crônica:

- O acesso ao serviço de hemodiálise dos pacientes da 3ª, 4ª, 15ª e 16ª está concentrado em Campina Grande, o que implica longas distâncias a serem percorridas pelos pacientes;
- O paciente não sente segurança na realização de hemodiálise no Hospital Regional de Monteiro, pois não conta com acompanhamento dos profissionais preconizados no protocolo;
- O Estado não tem local para troca de fístula;
- Falta de um serviço ambulatorial de cuidados para o paciente pré dialítico;
- Paciente geralmente adentra a Rede de Cuidados através da Rede de Urgência e Emergência.

2.28.1.4 Sobrepeso e obesidade:

- 1. Acompanhamento Pós-Cirúrgico:** A portaria prevê 18 meses de acompanhamento do paciente na unidade onde foi atendido. No entanto, a dificuldade em cumprir esse protocolo se deve à falta de estrutura das unidades de saúde.
- 2. Suplementos e Cirurgias Reparadoras:** A responsabilidade sobre a oferta de suplementos e a realização de cirurgias reparadoras não está claramente definida na portaria, criando um gargalo no tratamento pós-cirúrgico.
- 3. Acompanhamento Pré-Cirúrgico:** A ausência de diretrizes para o acompanhamento pré-cirúrgico dificulta a preparação adequada dos pacientes, impactando os resultados das cirurgias.
- 4. Critérios de Encaminhamento:** A falta de definição dos critérios de encaminhamento e procedimentos padrão pré e pós-cirúrgicos.

2.28.1.5 Gerais:

- Deficiência no acompanhamento pela APS;

- Ausência e carência de sistema de referência e contrarreferência;
- Deficiência na continuidade do cuidado na Atenção Especializada; Redução nas ações de promoção à saúde.
- A 16ª RS é a única região da II macro em que há serviços das seguintes especialidades: oncologia; cardiovascular, (hemodinâmica), terapia renal, o que sobrecarrega o serviço;
- Ausência de habilitação de serviço endovascular na Região. Apenas um serviço de referência no Estado, situado na I macro e alta demanda de cirurgias endovasculares (revascularização de membros);
- Ausência de ambulatório para acompanhamento de pé diabético;

2.28.2 Desenho de Rede proposto

2.28.2.1 Atenção primária:

Proposta: Qualificação da APS através do Dialoga APS e outras iniciativas para qualificação do cuidado.

2.28.2.2 Atenção secundária:

Quanto ao atendimento em ambulatórios especializados, a II macrorregião conta com dois consórcios intermunicipais, o Consórcio Intermunicipal do Cariri Ocidental, com sede em Sumé, 5ª RS e o Consórcio Intermunicipal do Curimataú e Seridó Paraibano, com sede em Cuité, 4ª RS. Estes realizam consultas especializadas que contemplam as 5 linhas de cuidado prioritárias pelo Estado, no momento de construção deste documento.

No âmbito do atendimento hospitalar, a rede conta com atendimento em Onco Pediatria no Hospital Universitário Alcides Carneiro, em Campina Grande;

Há perspectiva de mudanças no cenário atual, quanto ao serviço de atendimento domiciliar - SAD, com a implantação de nova modalidade, por tipo de equipe - EMAP-R, pela Portaria nº 3005 de 02 de janeiro de 2024, onde permite que municípios com até 20.000 habitantes e os consorciados possam solicitar a habilitação domiciliar essencialmente nas modalidades AD 2 e AD 3.

Para fins de melhor compreensão, dividimos as propostas por linha de cuidado:

1. Oncologia:

- Implantação de um Pet SCAN na Policlínica da II macrorregião a ser implantada no anexo do Hospital de Clínicas;

- Atendimentos especializados em oncologia na policlínica macrorregional, que será referência para atendimentos presenciais e de Telemedicina através do programa Paraíba contra o câncer.

1. Cardiologia:

- Implantação do serviço ambulatorial para o paciente eletivo (possibilidade de ser na Policlínica Macrorregional);
- Ampliação da Telemedicina com a oferta de consultas especializadas em cardiologia;

2.28.2.3 Doença Renal Crônica

- Implantação do serviço de hemodiálise no Hospital Regional de Picuí (4ª RS), com o objetivo de desafogar o serviço que atualmente é referenciado para Campina Grande;
- Implantação do serviço de hemodiálise em Taperoá na Policlínica Municipal Nossa Senhora da Conceição - 16ª Região de Saúde;
- Contratação de profissional médico nefrologista para compor a equipe do Hospital Regional Santa Filomena de Monteiro - 5ª Região de Saúde, atendendo à Portaria Nº 1.675, de 7 de Junho de 2018;
- Perspectiva de implantação de ambulatório de pré-dialítico em Campina Grande, no Hospital de Clínicas - 16ª Região de Saúde.

2.28.2.4 Obesidade e sobrepeso:

- Pactuação entre os entes para definir responsabilidades dentro da Rede

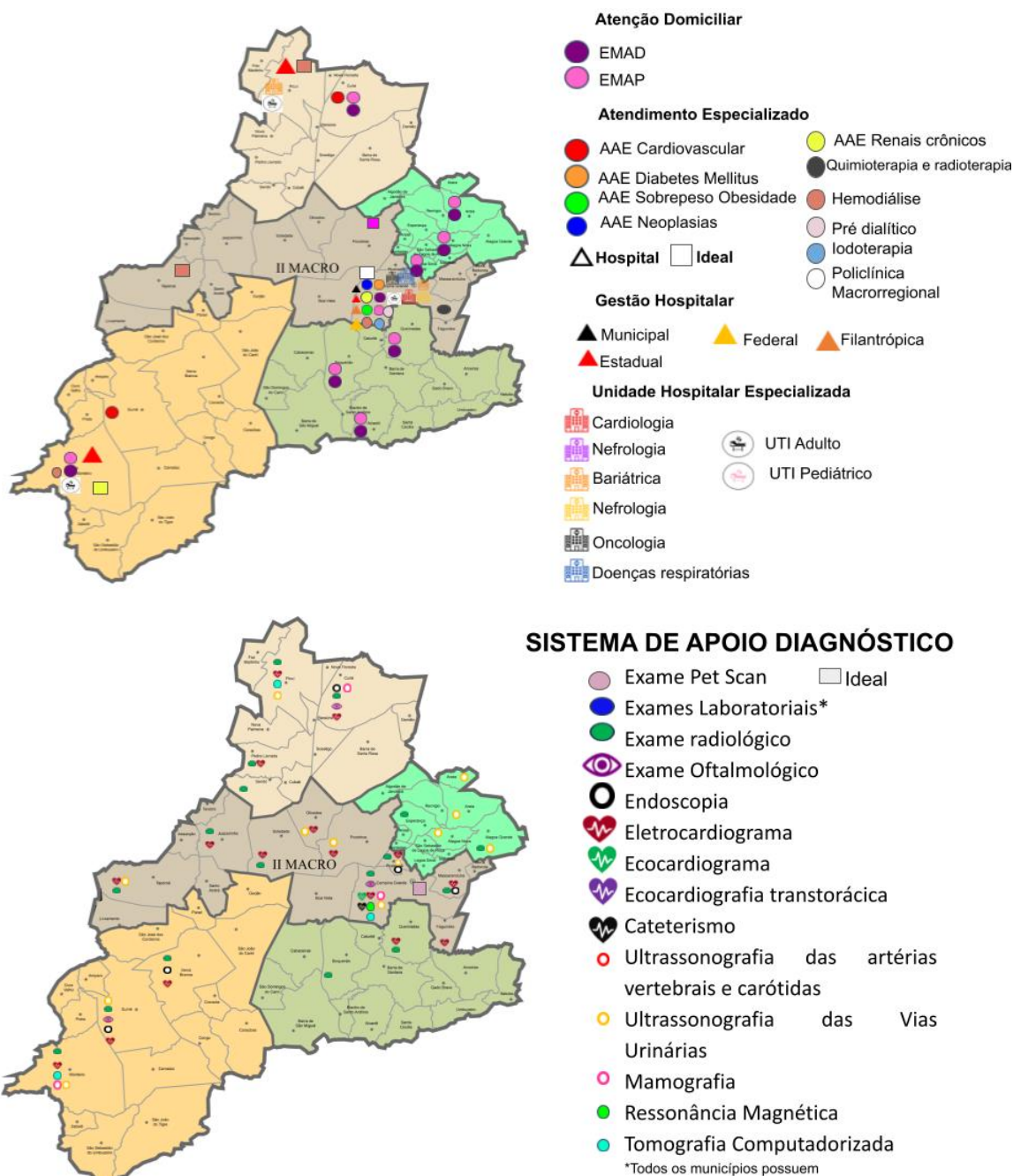
2.28.3 Atenção Terciária

2.28.3.1 Oncologia

- O Hospital HELP tem a proposta de ser habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), ofertando todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à atenção integral ao paciente de câncer, desde o seu diagnóstico até os cuidados paliativos, visando fortalecer a oferta de serviços de oncologia na região;
- Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no Hospital de Clínicas;

2.28.3.2 Apoio diagnóstico e logístico:

- Há perspectiva da Implantação do exame Pet Scan, no novo Hospital de Clínicas (Anexo - policlínica macrorregional). No SUS, o exame é usado para ampliar e refinar informações sobre diagnósticos já confirmados através de outros métodos.



2.28.4 Processos:

2.28.4.1 Recursos humanos:

- Dificuldade de contratação de profissionais para atuarem em áreas geograficamente distantes dos grandes centros urbanos.
- Proposta: ampliar a oferta de consultas especializadas através da Telemedicina.

Regulação: A regulação é de competência estadual, por meio do SISREG.

Proposta: intensificar a adesão e utilização do programa paraíba contra o câncer.

Fluxos e protocolos: Não há linhas de cuidados definidas, ausência de fluxos estabelecidos e pacientes perambulando pelas redes, resulta em diagnósticos tardios.

Proposta: Desenvolver protocolos com fluxogramas bem definidos.

Educação permanente: qualificação dos profissionais da Atenção Primária no intuito de capacitar e estimular a utilização das ferramentas digitais que opera o Programa Paraíba Contra o Câncer;

- Capacitar Atenção Primária quanto ao cuidado e atenção das doenças crônicas.

Processo de trabalho: Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde para atendimento dos pacientes crônicos, abrangendo obesidade, doentes renais e outras doenças crônicas de impacto epidemiológico no território.

2.29 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. Desde 2011, existem as CIR para pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção. 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 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 quanto 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 e norte para a construção de caminhos e traçar um melhor plano voltado às necessidades reais de saúde, tendo como diferencial participação de técnicos e gestores vinculados aos 3 entes. 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 membros que representam a Secretaria de Saúde do Estado nos departamentos GEPLAG, GEAS, GERA, ESP, as Gerências Regionais de Saúde, representantes da Superintendência do Ministério da Saúde (SEMS), representantes das CIRs das Regiões e das Secretarias de Saúde das cidades polos das Regiões

O Grupo de Trabalho Estadual (GTE) 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.

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.

2.30 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.

3. 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.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS. **Orientações tripartite para o planejamento regional integrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf. Acesso em: [insira a data de acesso].

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **CIB-PB**. 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.

CONASEMS. **Guia Operacional Básico - Fase 5: roteiro sugestivo para a sistematização do PRMRS**. Brasília: Conasems, [20--?]. Disponível em: <https://regionalizacao-proadisu.conasems.org.br>. Acesso em: [insira a data de acesso].

CONASEMS. **Manual do gestor municipal do SUS 2021: diálogos no cotidiano**. 2. ed. Brasília: Conasems, 2021. p. 76. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf. Acesso em: [insira a data de acesso].

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 326/GS, de 29 de junho de 2021. **Diário Oficial do Estado da Paraíba**: João Pessoa, PB, p. 2, 3 jul. 2021.