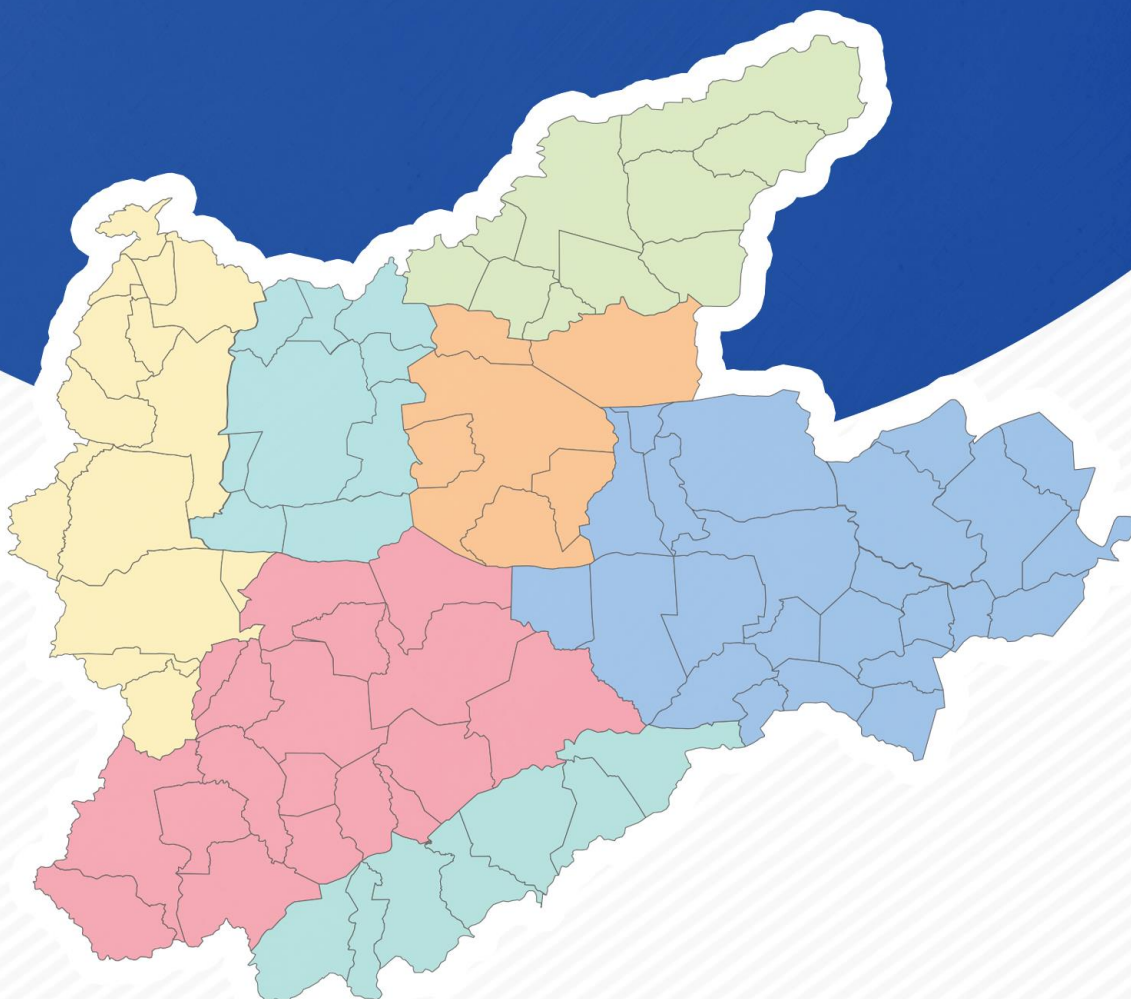


PLANO MACRORREGIONAL DE SAÚDE

III MACRO



2024

SUMÁRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE	3
2. ANÁLISE SITUACIONAL	5
2.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos da 3ª macrorregião de saúde.....	5
2.1.1 Dados demográficos	5
2.1.2 População Urbana e Rural	6
2.1.3 População por sexo	7
2.1.4 População por escolaridade	7
2.1.5 População por raça.....	8
2.2 Dados socioeconômicos.....	8
2.2.1 PIB e per capita.....	8
2.2.2 Saneamento Básico	12
2.2.3 Abastecimento de água	13
2.2.4 Coleta de lixo	13
2.2.5 Domicílios com Energia Elétrica.....	14
2.2.6 População beneficiária de planos de saúde privados	14
2.3 INDICADORES DE NASCIMENTO	15
2.4 COBERTURA VACINAL	16
2.5 INFORMAÇÕES DE MORBIDADE	17
2.6 INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE	19
2.7 PRINCIPAIS ACHADOS DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	28
3. DEFINIÇÃO DOS MACROPROBLEMAS	29
3.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	31
3.2 REDE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT	34
4. REDE ALYNE	41
4.1 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	48
4.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE).....	52
4.3 Descrição dos Macroproblemas.....	60
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

1. CARACTERIZAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

O Estado da Paraíba conta 223 municípios, divididos em 03 Macrorregiões de Saúde, sendo a primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão). A seguir serão apresentados os aspectos socioeconômicos, demográficos, da mortalidade e o perfil epidemiológico desta macrorregião de saúde.

A 3ª Macrorregião de saúde, com sede em Patos (sertão) e Sousa (alto sertão), recém configurada por meio da Resolução CIB nº 43/2018, composta por 7 regiões de saúde e 89 municípios, com aproximadamente 934.365 habitantes, concentra serviços de média e alta complexidade, com inserção, recentemente, de atenção oncológica e serviços de reabilitação física, auditiva, motora e intelectual. Em relação aos níveis de Atenção, a macro possui 100% de cobertura quanto Atenção Primária, a maioria das regiões possuem serviços de Atenção Secundária, sendo a 8ª região a que mais possui vazios assistenciais quanto a esse nível de atenção. No tocante à atenção terciária, os serviços estão concentrados em Patos e Sousa, sendo a maioria em Patos, inclusive pactuando também com a segunda e primeira macro para alguns serviços.

A terceira macro conta com 7 regiões de Saúde e com 89 municípios, dispostos no quadro a seguir:

3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA PARAÍBA		
6ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
PATOS	Sertão	• Região do vale do Sabugi: 1.Santa Luzia, 2.São Mamede, 3.São José do Sabugi, 4.Várzea, 5.Junco do Seridó e 6.Salgadinho; • Região da Serra de Teixeira: 7.Matureia, 8.Cacimbas, 9.Desterro e 10.Teixeira; • Região das espinharas: 11.Patos, 12.Cacimba de Areia, 13.Quixaba, 14.Passagem, 15.Areia de Baraúnas, 16.São José do Bonfim, 17. Mãe D'água, 18.Santa Terezinha, 19.Catingueira, 20. Emas, • 21.Condado, 22.Malta, 23.Vista Serrana, 24.São José de Espinharas.
7ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
PIANCÓ	Vale Piancó	1. Aguiar; 2. Boa Ventura; 3. Conceição; 4. Coremas; 5. Curral Velho; 6. Diamante; 7. Ibiara; 8. Igaracy; 9. Itaporanga; 10. Nova Olinda; 11. Olho d'Água; 12. Pedra Branca; 13. Piancó; 14. Santa Inês; 15. Santana de Mangueira; 16. Santana dos Garrotes; 17. São José de Caiana; 18. Serra Grande.
8ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
CATOLÉ DO ROCHA	Alto Sertão	1. Belém do Brejo do Cruz; 2. Brejo do Cruz; 3. Brejo dos Santos; 4. Bom Sucesso; 5. Catolé do Rocha; 6. Jericó; 7. Mato Grosso; 8. Riacho dos Cavalos; 9. São Bento; 10. São José do Brejo do Cruz
9ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
CAJAZEIRAS	Sertão Saúde Univale	1. Bernardino Batista; 2. Bom Jesus; 3. Bonito de Santa Fé; 4. Cachoeira dos Índios; 5. Cajazeiras;

		6.Carrapateira; 7.Joca Claudino; 8. Monte Horebe; 9. Poço Dantas; 10. Poço de José de Moura e 11. Santa Helena; 12. São João do Rio do Peixe; 13. São José de Piranhas; 14.Triunfo; 15. Uiraúna
10ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
SOUSA	Vale dos Dinossauros	1. Sousa; 2. Lastro; 3. Nazarezinho; 4. Marizópolis; 5. Vieirópolis; 6. Santa Cruz; 7. São Francisco; 8. Aparecida; 9. São José da Lagoa Tapada
11ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
PRINCESA ISABEL	Sertão	1. Imaculada 2. Água Branca; 3. Juru; 4. Tavares; 5. Princesa Isabel; 6. São José de Princesa. 7. Manaíra;
13ª GRS	CIR	MUNICÍPIOS
POMBAL	Terra de Maringá	Pombal, 2. Lagoa, 3. São Bentinho, 4. São Domingos, 5. Paulista, 6. Cajazeirinhas

A **6ª Região de Saúde** composta de 24 municípios, está localizada no semiárido paraibano, distante cerca de 300 km da capital João Pessoa, com uma população total de 235.383 habitantes (IBGE 2024), com densidade demográfica de 23.14hab/km², abrangendo uma área territorial de 6.092,63/km². A **7ª Região de Saúde** composta por 18 municípios, está localizada na mesorregião do sertão paraibano, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2024 sua população estimada em 144.970 mil habitantes. Composta pelos 18 municípios, a 7ª Região de Saúde ocupa uma área territorial de 5.568,514 km². A **8ª Região de Saúde** no Alto Sertão paraibano está a uma distância de 411 km da capital, sua densidade demográfica é 43 hab/km² e uma população estimada para 2024, conforme IBGE, de 117.595 habitantes. A cidade mais populosa é São Bento com 33.700 habitantes, seguido por Catolé do Rocha com 32.118 habitantes. A **9ª Região de Saúde** tem como município sede a cidade de Cajazeiras que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fica situada no sertão semi-árido do Estado da Paraíba distante 477 km da capital João Pessoa, apresenta uma temperatura média anual entre 23°C e 30°C e a vegetação predominante é a caatinga, a região possui uma área territorial de 3.419,462 km² e população estimada pelo IBGE (2024) de 179.110 habitantes. A **10ª Região de Saúde** tem a sua sede localizada no município de Sousa no alto sertão paraibano a uma distância de 437 km da capital. A densidade demográfica da 10ª Região é 400,47 hab/km², sua área geográfica é de 2.185,779 km² e sua população estimada para 2024, conforme IBGE é de 117.220 habitantes. A **11ª Região de Saúde** da Paraíba possui população estimada em 2024 pelo IBGE em 79.744 habitantes, o que correspondendo a 2,1% da população geral do Estado, configurando-se como a segunda menor concentração populacional entre as demais Regiões do Estado. Sua densidade demográfica é de 41,25 hab./km², ocorrendo uma maior concentração populacional na cidade de Princesa Isabel, como se observa na tabela a seguir. Também é possível perceber que a 11ª RS é composta por municípios considerados de pequeno porte. A **13ª Região de Saúde** tem a sua sede localizada no município de Pombal no alto sertão paraibano a uma distância de 398

km da capital. A densidade demográfica da 13ª Região é 26,31 hab/km², sua área geográfica é de 177.902 km² e sua população estimada para 2024, conforme IBGE é de 60.343 habitantes.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise de situação de saúde tem por objetivo identificar as prioridades sanitárias que orientarão o desenvolvimento do PRI nas MRS. No estado da Paraíba, o processo tem sido construído de forma ascendente, emergindo das Regiões de Saúde por meio do Projeto de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, vinculado a Portaria MS nº 1812/2020, e transbordando para o nível macrorregional, onde os Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), compostos de forma tripartite, são os responsáveis por realizar as atividades e entregas necessárias ao cumprimento dos objetivos do projeto. A seguir serão apresentados os aspectos socioeconômicos, demográficos, da mortalidade e o perfil epidemiológico desta macrorregião de saúde.

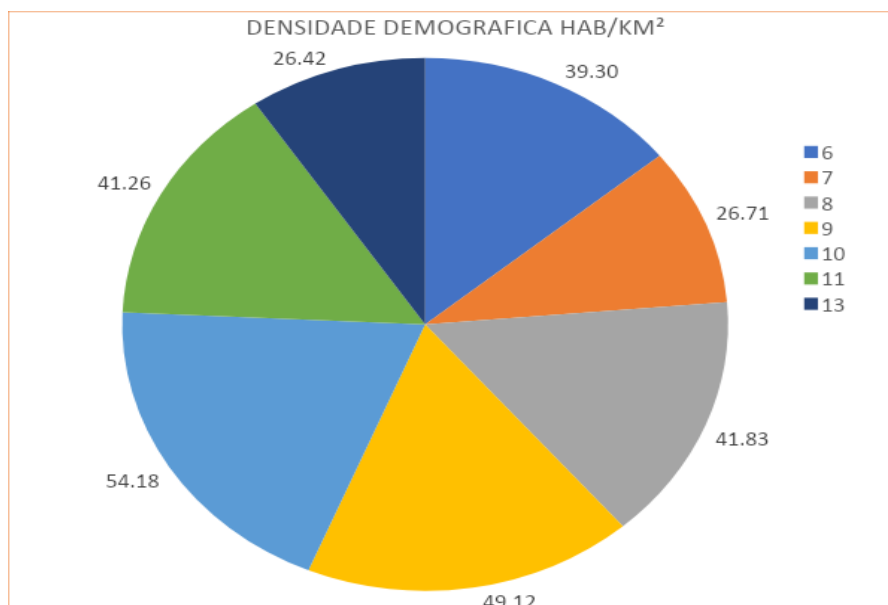
2.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA 3ª MACRORREGIÃO DE SAÚDE

2.1.1 Dados demográficos

Densidade demográfica, também chamada de densidade populacional, é um termo usado na geografia para apontar quantas pessoas vivem por quilômetro quadrado. A densidade demográfica da 3ª macrorregião de saúde da Paraíba é bem diversificada, sua área geográfica é de 2.185,779 km² e sua população estimada para 2024, conforme IBGE é de 934.365 habitantes. Pertencente à 3ª, a 10ª região, em termos populacionais, ocupa a quarta posição.

O gráfico abaixo apresenta as características da densidade demográfica de cada Região de Saúde, onde podemos observar que a região com menor densidade é a 6ª RS, região com um maior número de municípios, totalizando 24, seguida pela 7ª RS, composta por 18 municípios com 26,42 Hab/km² e 26,71 Hab/Km² respectivamente, e a região com maior densidade é a 10ª RS, com 54,18 Hab/Km², possui 9 municípios nesta região.

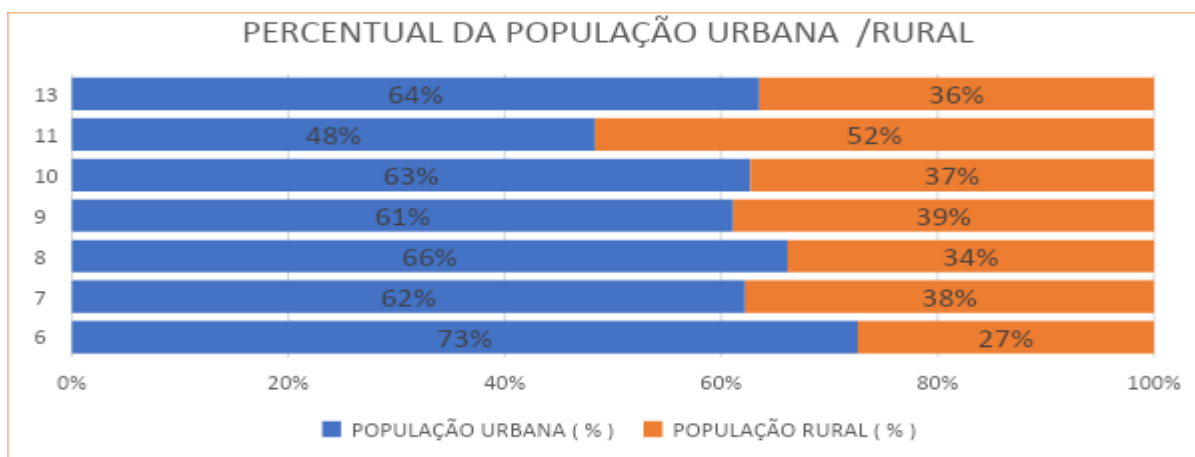
Gráfico 1 - Densidade demográfica da 3ª Macrorregião por Região de Saúde



Fonte: IBGE 2022.

2.1.2 População Urbana e Rural

Gráfico 2 - Percentual da população classificada por residência urbana ou rural na 3ª Macrorregião por Região de Saúde.

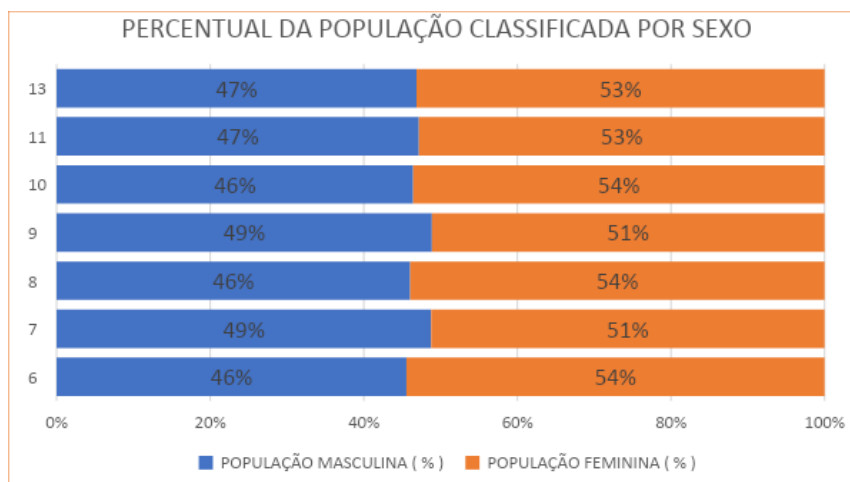


Fonte: IBGE 2022.

No que se refere a população rural, é possível observar que a região com maior quantidade de residentes está na 11ª RS, com 52%, seguida pela 9ª RS de saúde com 39% e a 7ª RS com 38%. No que refere ao maior percentual de habitantes residindo na zona urbana, está na 6ª RS como 73%. Isso indica que a concentração urbana está cada vez mais acentuada na macrorregião.

2.1.3 População por sexo

Gráfico 3 - Percentual da população classificada por sexo da 3ª Macrorregião por Região de Saúde.



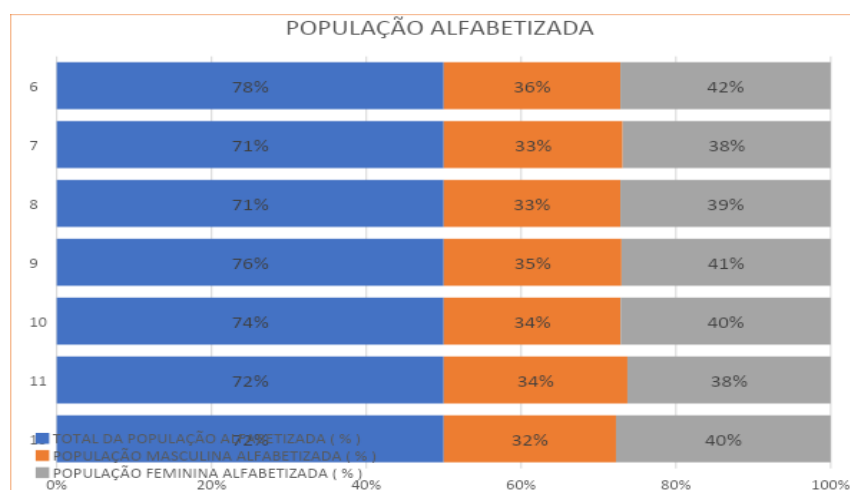
Fonte: IBGE 2022.

De acordo com o gráfico supracitado, a população da 3ª Macrorregião de Saúde é composta em sua maioria em todas as regiões por mulheres, no entanto com diferença pequena percentualmente.

2.1.4 População por escolaridade

Na 3ª Macro, mais de 70% da população em todas as regiões são alfabetizadas, tendo um maior percentual na 6ª RS (78%), 9ª RS (76%) e a região com menor percentual é a 7ª RS com (71%), conforme gráfico abaixo:

Gráfico 4 - Percentual da população alfabetizada na 3ª Macrorregião por Região de Saúde.

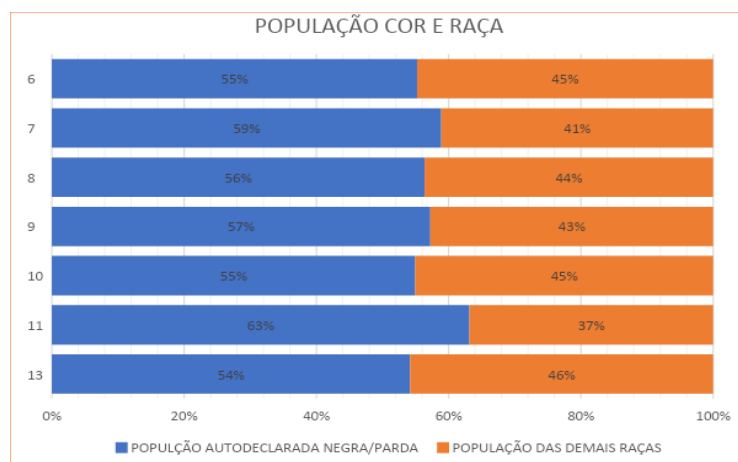


Fonte: IBGE 2022.

2.1.5 População por raça

Na 3ª Macro, a maioria da população se declara como sendo negras ou pardas, com maior percentual na 11ª RS (63%) e 7ª RS (59%) e em menor percentual na 13ª RS com (53%). As demais raças em todas as regiões têm menos de 50% de sua população.

Gráfico 5 - Percentual da população classificada por cor na 3ª Macrorregião por Região de Saúde.



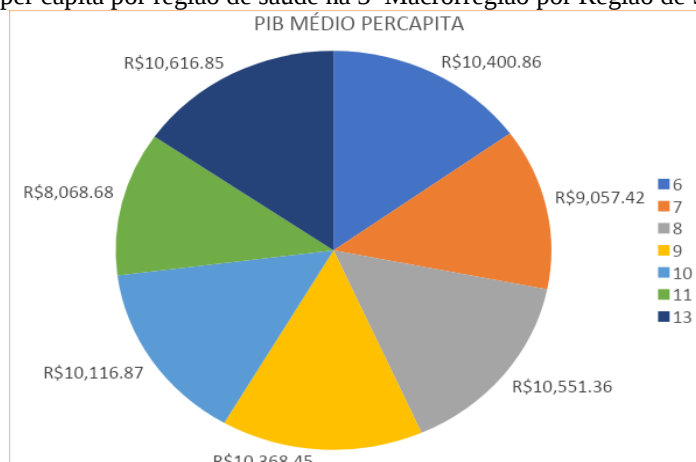
Fonte: IBGE 2022.

2.2 DADOS SOCIOECONÔMICOS

2.2.1 PIB e per capita

A renda média per capita da população para a maioria das regiões é de mais de R\$ 10.000,00, com exceção da 7ª RS com per capita de R\$ 9.057,42 e 11ª RS com menor per capita da macro com R\$ 8.068,68.

Gráfico 6 - PIB médio per capita por região de saúde na 3ª Macrorregião por Região de Saúde.



Fonte: IBGE 2022.

Tabela 1 - PIB per capita por municípios na 3ª Macrorregião de Saúde

MUNICÍPIO	PIB GERAL	PIB PER CAPITA
PARAÍBA TOTAIS	7.418.999,60	7.983,58
250010 Água Branca.	55.097,60	5.569,35
250020 Aguiar	35.306,00	6.320,44
250077 Aparecida	54.140,50	6.699,73
250115 Areia de Baraúnas	14.506,70	7.603,11
250200 Belém do Brejo do Cruz	43.662,10	5.988,50
250205 Bernardino Batista	19.902,00	6.093,69
250210 Boa Ventura	30.485,60	5.436,09
250220 Bom Jesus	18.310,60	7.338,93
250230 Bom Sucesso	29.857,80	5.919,46
250240 Bonito de Santa Fé	68.342,10	5.990,19
250280 Brejo do Cruz	84.582,60	6.184,75
250290 Brejo dos Santos	40.371,10	6.343,66
250330 Cachoeira dos Índios	78.710,10	7.910,56
250340 Cacimba de Areia	23.885,30	6.502,94
250355 Cacimbas	36.435,10	5.179,11
250370 Cajazeiras	769.061,10	12.688,26
250375 Cajazeirinhas	24.066,00	7.686,37
250410 Carrapateira	19.452,50	7.691,78
250420 Catingueira	33.678,90	6.866,24
250430 Catolé do Rocha	253.458,50	8.507,03
250440 Conceição	114.572,60	6.104,35
250450 Condado	41.457,20	6.177,50
250480 Coremas	101.940,30	6.623,37
250530 Curral Velho	16.769,60	6.630,93
250540 Desterro	44.860,60	5.473,48
250560 Diamante	41.236,00	6.213,99
250590 Emas	24.263,80	7.055,47
250660 Ibiara	34.931,00	5.795,75
250260 Igaracy	40.332,00	6.494,69
250670 Imaculada	58.612,10	5.027,20
250700 Itaporanga	194.805,40	8.073,83
250740 Jericó	47.013,00	6.114,32
251365 Joca Claudino	17.762,10	6.654,96
250780 Junco do Seridó	46.642,50	6.726,63
250800 Juru	54.341,90	5.478,57
250810 Lagoa	26.405,90	5.606,35
250840 Lastro	18.585,50	6.616,42

250870 Mãe d'Água	23.584,10	5.831,88
250880 Malta	35.866,90	6.315,71
250900 Manaíra	51.956,10	4.720,28
250915 Marizópolis	35.379,30	5.508,22
250937 Mato Grosso	16.599,00	5.884,09
250939 Maturéia	36.630,50	5.830,09
250960 Monte Horebe	27.012,40	5.762,02
251000 Nazarezinho	43.313,80	5.899,45
251020 Nova Olinda	34.049,50	5.620,59
251040 Olho d'Água	38.362,40	5.649,84
251070 Passagem	17.780,10	7.604,81
251080 Patos	1.158.946,00	11.067,52
251090 Paulista	78.446,60	6.474,09
251100 Pedra Branca	24.044,10	6.349,10
251130 Piancó	129.164,80	8.138,93
251203 Poço Dantas	23.271,80	6.143,56
251207 Poço de José de Moura	28.305,70	6.796,09
251210 Pombal	268.890,20	8.234,52
251230 Princesa Isabel	153.006,60	6.812,10
251260 Quixabá	14.203,50	7.744,56
251280 Riacho dos Cavalos	49.258,30	5.786,24
251300 Salgadinho	20.259,70	5.399,70
251320 Santa Cruz	38.608,60	5.873,81
251330 Santa Helena	35.749,60	6.009,34
251335 Santa Inês	21.620,30	6.019,00
251340 Santa Luzia	129.591,60	8.556,73
251380 Santa Teresinha	32.678,70	7.085,57
251350 Santana de Mangueira	32.210,80	6.086,69
251360 Santana dos Garrotes	43.010,30	5.966,20
251392 São Bentinho	30.343,70	6.967,54
251390 São Bento	258.932,80	7.930,32
251396 São Domingos	18.891,00	6.299,10
251398 São Francisco	22.878,40	6.750,77
250070 São João do Rio do Peixe	127.210,40	7.099,98
251420 São José da Lagoa Tapada	43.532,70	5.672,75
251430 São José de Caiana	32.857,30	5.317,57
251440 São José de Espinharas	32.279,30	6.812,86
251450 São José de Piranhas	134.980,10	6.840,67
251455 São José de Princesa	18.533,70	4.545,91
251460 São José do Bonfim	17.532,40	5.139,97

251465 São José do Brejo do Cruz	13.633,60	7.777,30
251470 São José do Sabugi	30.851,10	7.520,99
251490 São Mamede	58.457,20	7.500,28
251570 Serra Grande	34.942,60	11.437,85
251620 Sousa	807.574,90	11.870,87
251660 Tavares	80.617,20	5.572,49
251670 Teixeira	104.834,60	7.112,74
251680 Triunfo	54.024,90	5.741,22
251690 Uiraúna	120.832,00	8.022,31
251710 Várzea	22.856,90	8.567,05
251720 Vieirópolis	29.590,40	5.659,99
250550 Vista Serrana	23.167,40	6.304,05

Fonte: IBGE, 2022

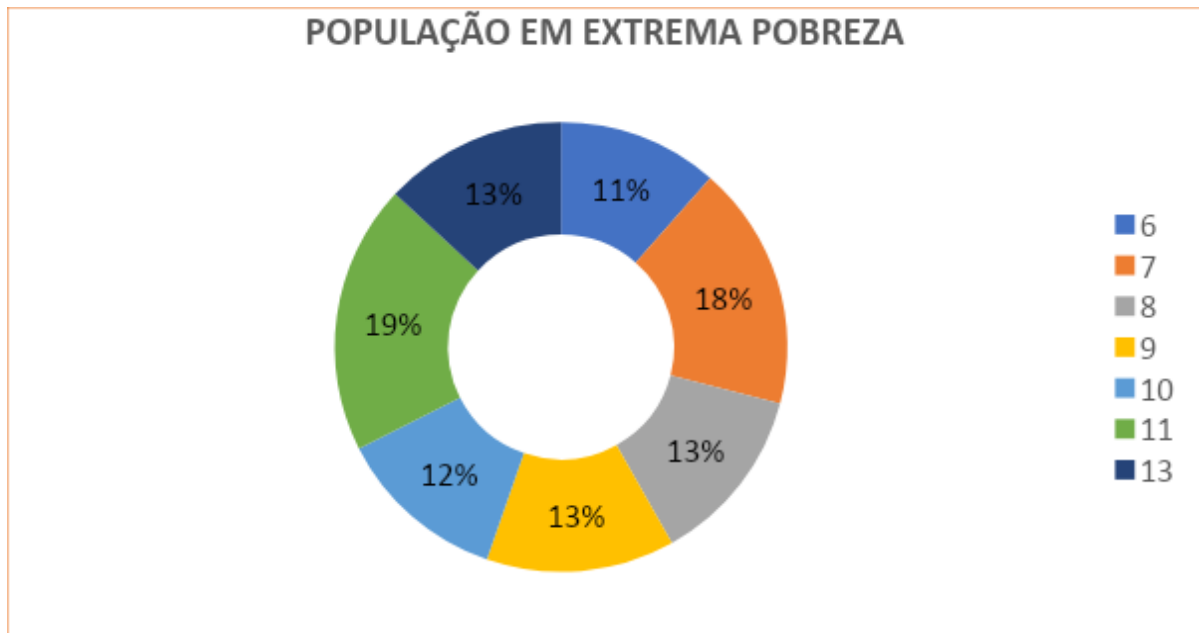
Mesmo a média per capita nos municípios da 3ª macrorregião serem acima de R\$5.000,00 existe uma parcela desta população que vivem em extrema pobreza que para a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial é definida como a falta de acesso a serviços essenciais (saneamento básico, saúde, educação, energia elétrica, entre outros), bens de consumo, sobretudo alimentos, e bens materiais necessários para a manutenção da vida em condições básicas.

Muitas vezes o que ocasiona a restrição ao acesso, está relacionada a renda individual ou familiar (de um domicílio). O Banco Mundial utiliza de um conjunto de valores monetários para a identificação de indivíduos que vivem em condição de pobreza ou de extrema pobreza. Esses valores são expressos em dólar e reajustados periodicamente de acordo com a conjuntura econômica internacional e o poder de compra registrado nos países mais pobres do mundo.

Atualmente é considerado extremamente pobre o indivíduo que vive com menos de US\$ 1,90 ao dia ou R\$ 10,80. A instituição delimita ainda outros dois valores abaixo dos quais se pode considerar um indivíduo como estando em situação de pobreza, sendo eles US\$ 3,20 (R\$ 18,19) ao dia e US\$ 5,50 (R\$ 31,26) ao dia.

Na 3ª Macro a região com maior percentual de população com extrema pobreza é a 11ª RS com 19% na média regional, seguido da 7ª RS com 18%, a região que apresentou menor percentual foi a 6ªRS com 11%, conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Percentual população em extrema pobreza

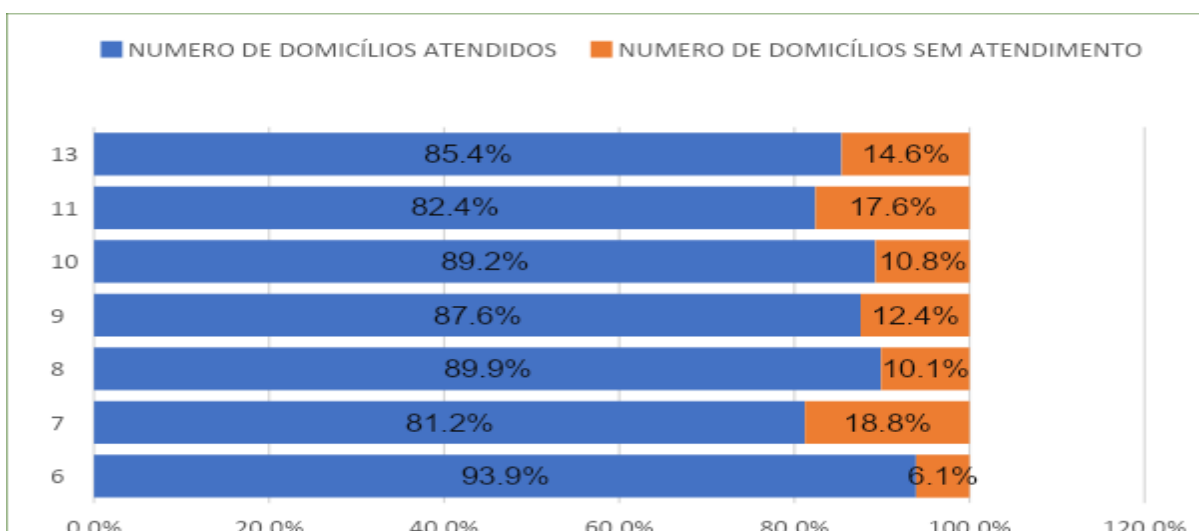


Fonte: IBGE, 2022

2.2.2 Saneamento Básico

No que refere aos domicílios com esgotamento sanitário na 3ª macrorregião, mais de 80% apresentam este serviço, o que é de grande importância para a saúde, visto que grande quantidade de doenças é transmitida pela água contaminada e esgoto a céu aberto. O ideal é que 100% dos domicílios possuam este serviço de forma satisfatória.

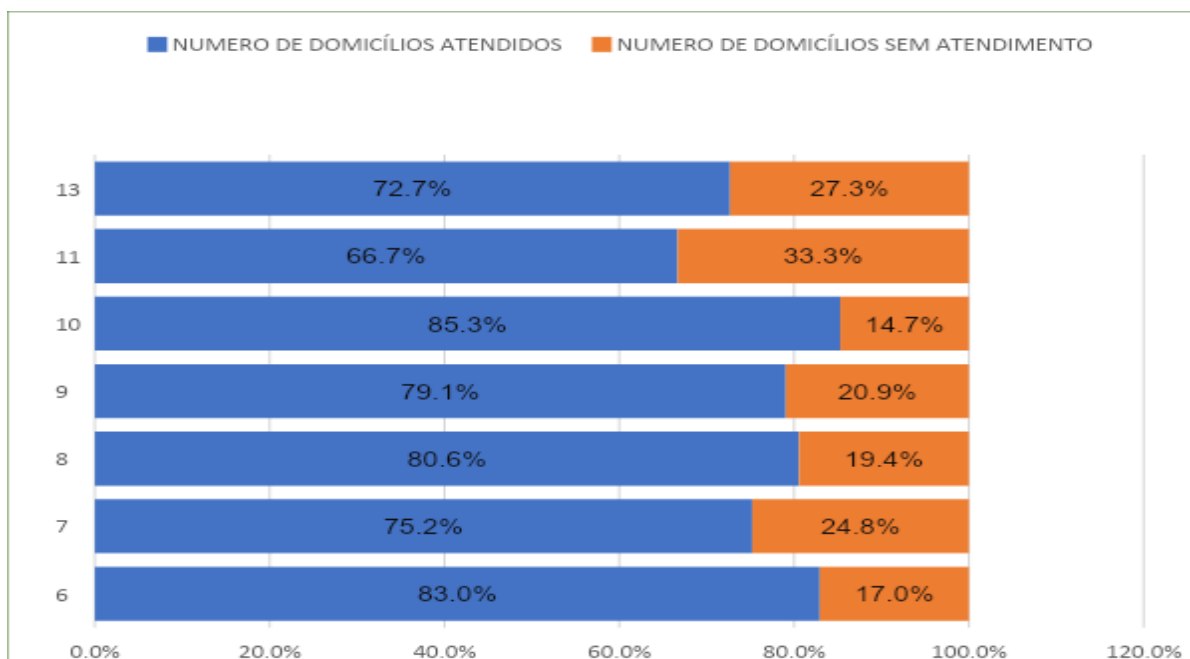
Gráfico 8 - Percentual de domicílios com Esgotamento Sanitário.



Fonte: IBGE, 2022

2.2.3 Abastecimento de água

Gráfico 9 - Percentual de domicílios com abastecimento de água.



Fonte: IBGE, 2022

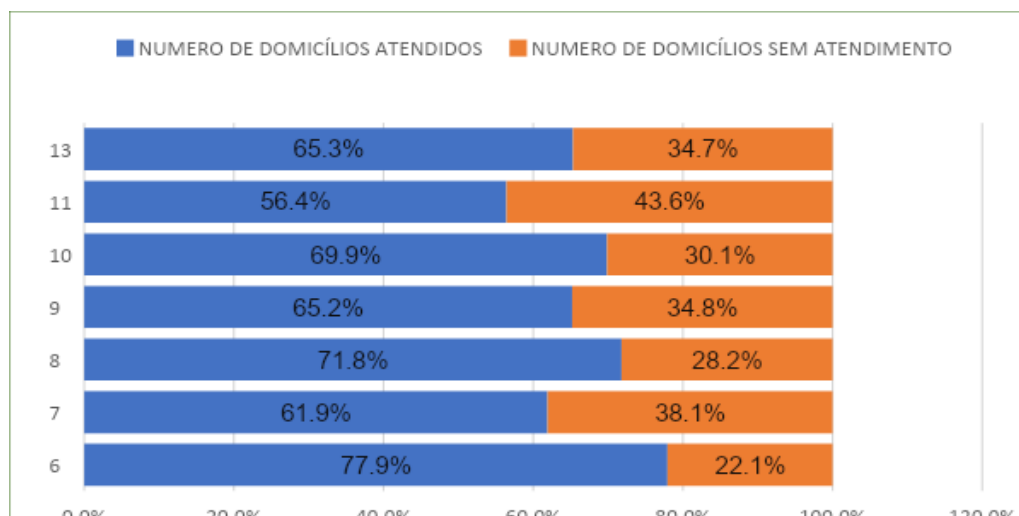
Em relação ao abastecimento de água, a 11ª RS apresenta o menor percentual de domicílios com este serviço, com 66,7%, podendo está relacionado ao local dos domicílios, em sua maioria na zona rural. Na 13ª RS, 72,7% possuem o serviço, esta é a região com menor número de municípios na macrorregião de saúde.

2.2.4 Coleta de lixo

Na 3ª Macrorregião da Paraíba, a 6ª RS com 77,9% e a 8ª RS com 71,8 % tem em média coleta de lixo sendo realizada. Nas outras regiões, menos de 70% dos domicílios recebem esse serviço tendo a 11ª RS (56,4%) com menor percentual de domicílios atendidos com este serviço.

A coleta de lixo está relacionada à prevenção de doenças como a amebíase, disenteria, giardíase, ascaridíase, entre outras. A prevenção de doenças nos serviços municipais é fundamental para que as pessoas possam exercer suas funções sem nenhum imprevisto e nem acarretar prejuízos financeiros para a vida da população.

Gráfico 10 - Percentual de domicílios com Coleta de lixo.

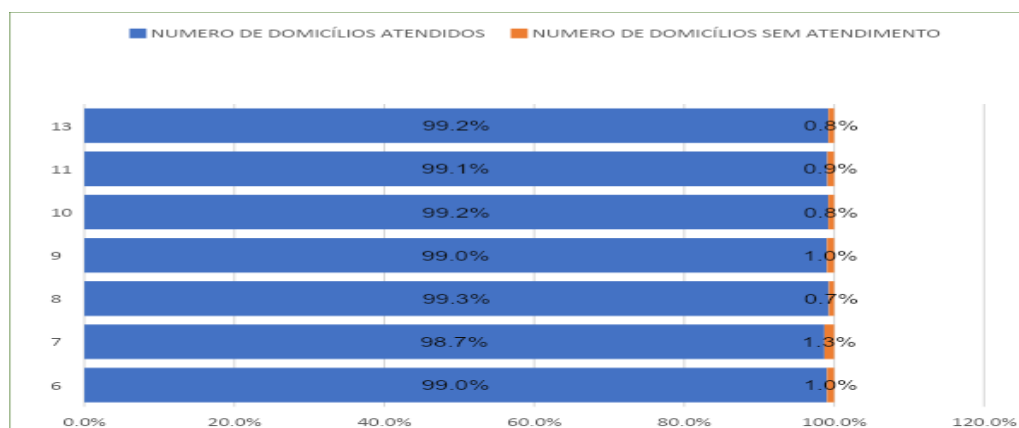


Fonte: IBGE, 2022

2.2.5 Domicílios com Energia Elétrica

Na 3ª Macrorregião da Paraíba, quase que 100% de todos os domicílios possuem energia elétrica.

Gráfico 11 - Percentual de domicílios com Energia Elétrica.



Fonte: IBGE, 2022

2.2.6 População beneficiária de planos de saúde privados

No que diz respeito à saúde complementar, a população da 3ª Macro é bem diversificada na 6ª Região de Saúde, 2,8% da população são beneficiários de planos de saúde privados para assistência médica, tendo o município de Patos com a maior proporção de beneficiários que corresponde a 97% do valor total. Na 8ª RS 1,6% da população, tendo o município Catolé do

Rocha a maior proporção de beneficiário, que corresponde a 41,8% do valor total. Na 9ª RS verificou-se que apenas 2,64% da população é beneficiária de planos de saúde privados.

2.3 2.2 INDICADORES DE NASCIMENTO

Os dados e as características da natalidade são importantes para avaliação de saúde e dimensionamento das principais estratégias a serem conduzidas para o enfrentamento das questões de saúde. Ao avaliar os principais indicadores, evidencia-se que o número de partos cesáreos aumentou ao longo dos anos, com crescimento de 2%, além de apresentar resultados muito acima das metas previstas nas diretrizes de atenção à gestante no parto cesariano. Nesse aspecto, é importante discutir estratégias que visem reduzir o número de partos cesáreos, considerando que, em geral, de 70 a 80% das gestantes são de baixo risco no início do trabalho de parto.

Quanto às consultas de pré-natal, considera-se que o resultado é regular, pois em média 71% das mulheres apresentam mais de 7 consultas. Este indicador revela condições de desigualdades, além de contribuir para a análise do acesso ao pré-natal e da qualidade da assistência. Quando associado a outros indicadores como mortalidade materna e incidência de sífilis congênita, podem subsidiar estratégias para identificar situações de risco durante a gestação. O peso baixo ao nascer também reflete a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, sendo esperados resultados abaixo de 10%. Apesar de a 3ª macro apresentar valores aceitáveis, destaca-se que ao longo dos anos houve um acréscimo de 4,4%, o que figura como condição de alerta para direcionar o planejamento, a gestão e a avaliação das políticas de saúde.

Tabela 2 - Número e proporção de Nascidos Vivos por tipo de parto, consultas pré-natal e peso baixo ao nascer na 3ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2017.

Ano	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	%
2014	12.570	3.835	30,5	8.694	69,2	8.725	69,4	860	6,8
2015	12.947	4.315	33,3	8.612	66,5	9.138	70,6	901	7,0
2016	11.823	3.655	30,9	8.141	68,9	8.402	71,1	869	7,4
2017	11.972	3.500	29,2	8.456	70,6	8.769	73,2	845	7,1

Fonte: Sinasc/SES-PB

DBF: 18/02/2019

Excluídos o ignorado e não informado

Ao observar a proporção de anomalias detectadas ao nascer, verifica-se que no ano de 2015 houve um aumento de 13,3% quando comparado a 2014, provavelmente esta relação

atribui-se às malformações provocadas pela infecção do Zika vírus. No ano de 2017, também se observou incremento de 11,8% ao comparar com o ano anterior. Quando comparado à Paraíba, percebe-se que o número de anomalias detectadas ao nascer da 3ª macro representa uma pequena proporção do total de casos, o que não interfere na necessidade de organizar a rede para atender as necessidades oriundas das malformações identificadas.

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

MACRO	2014		2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3ª MACRO	52	12	74	13,6	49	10,2	59	11,3
Paraíba	431	100	544	100	481	100	520	100

Fonte: Sinasc/SES-PB

DBF: 18/02/2019

Excluídos o ignorado e não informado

A faixa etária da mãe também deve ser considerada na avaliação das políticas de saúde por representar uma situação de risco, como nascimentos prematuros e baixo peso ao nascer, por serem mais frequentes nas adolescentes e idosas. Dessa forma, observa-se uma redução no número de nascidos vivos de mães adolescentes e um aumento em mães de idade mais avançada.

Tabela 4 - Número e proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, 3ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014 a 2018.

ANO	FAIXA ETÁRIA												Total
	10-14a		15-20a		21-30a		31-40a		41-50a		51e+		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2014	110	20,3	3.072	21,1	6.407	20,7	2.820	19,0	160	17,3	1	20,0	12.570
2015	125	23,0	3.185	21,9	6.491	21,0	2.991	20,2	154	16,7	1	20,0	12.947
2016	125	23,0	2.881	19,8	5.865	18,9	2.757	18,6	194	21,0	1	20,0	11.823
2017	108	19,9	2.728	18,7	6.025	19,5	2.901	19,6	203	22,0	0	0,0	11.965
2018	75	13,8	2.703	18,6	6.172	19,9	3.355	22,6	213	23,1	2	40,0	12.520
Total	543	100	14.569	100	30.960	100	14.824	100	924	100	5	100	61.825

Fonte: Sinasc/SES-PB

DBF: 18/02/2019

Excluídos o ignorado e não informado

2.4 COBERTURA VACINAL

No que concerne à cobertura vacinal, os anos de 2017 e 2018 mostraram redução no alcance da maioria das metas, dentre elas as relacionadas ao aumento no número de casos de doenças imunopreveníveis, como meningite e influenza. Desse modo, esforços na qualificação das equipes, na ampliação do acesso a vacinas e principalmente nas estratégias que favoreçam

a compreensão dos responsáveis sobre os riscos atribuídos à prática de “não vacinar” são relevantes para colaborar no aumento das metas.

Tabela 5 - Cobertura Vacinal em menores de um ano por Imunobiológico na 3ª Macrorregião de Saúde. Paraíba, 2014-2018.

VACINA	META (%)	2014	2015
BCG	90	106,44	115,16
Rotavírus Humano	90	98,18	101,77
Meningocócica C	95	99,09	103,41
Pentavalente	95	100,43	102,5
Pneumocócica	95	98,82	101,95
Poliomielite	95	101,99	105,92
Tríplice Viral D1	95	90,3	100,16
Influenza	90	83,41	75,66

Fonte: PNI/SES-PB

2.5 INFORMAÇÕES DE MORBIDADE

Doenças Transmissíveis

Analizando as 7 regiões de saúde e seus dados sobre as doenças epidemiológicas de notificação compulsória, as que mais acometem a III Macrorregião, dentre as 18 doenças apresentadas, é a Tuberculose e Hanseníase, que apresenta indicadores preocupantes. A tuberculose teve 5 de 7 regiões com aumento da incidência e óbitos, reduzindo a % de cura e de contatos identificados, já a Hanseníase possui um Índice de cura e contatos examinados abaixo da meta. A 9ª região de saúde tida como endêmica na Macrorregião, se destaca por apresentar cura abaixo do preconizado com classificação regular, registros de abandono em 2017, 2018, 2020 e baixa meta de contatos examinados de 2016 a 2020.

A tuberculose e a hanseníase são doenças infectocontagiosas de evolução crônica causadas por bactérias. Um dos obstáculos para o controle da tuberculose é o abandono do tratamento, que favorece a resistência dos bacilos, mantendo as fontes de infecção. Para Hanseníase, o exame dos contatos é primordial para a quebra da cadeia epidemiológica da doença. A busca ativa dos casos, o início do tratamento em tempo oportuno e o acompanhamento até a cura demonstram a eficiência do serviço das ações da APS.

A sífilis apresentou-se com linha ascendente entre 2016 e 2020 em todas as regiões, tanto para incidência de sífilis em gestantes quanto sífilis congênita. Com indicador abaixo da média do estado, mas acima da meta do MS. Das 7 regiões, a 10ª se destaca por apresentar-se

com maior número de casos de Leishmaniose Visceral, teve Leptospirose como doença mencionada e concentração de casos de sarampo notificados na cidade de Sousa. A 7ª região aparece com casos de Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar.

AIDS, Hepatites Virais, Tétano Neonatal, Meningite e Doença de Chagas não apresentaram aumento significativo, não foram pautados nas discussões regionais. Em relação a Influenza, fica evidente a subnotificação em toda a macrorregião.

Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT

A neoplasia aparece como DCNT que mais acomete a III macrorregião, com tendência de aumento em 4 regiões das 7 existentes, sendo a principal causa de internação entre as DCNTs na 6ª e 8ª região. No ano de 2021, a especialidade médica mais encaminhada pela 3ª Macro e atendida em outra macrorregião foi de médico oncologista clínico, com um número de 13.983 atendimentos, seguida de anatomopatologista, 10.041 e citopatologista, com 6.085 atendimentos.

Até o ano de 2019, as Doenças Respiratórias Crônicas aparecem com uma tendência de aumento em 5 regiões das 7 existentes, em seguida temos as Doenças do Aparelho Circulatório como principal causa de internação entre as DCNTs na 7ª, 9ª e 3ª, com tendência de aumento até 2019 em 4 regiões. Diabetes Mellitus aparece com tendência de aumento até 2019 na 6ª e 13ª.

A III Macrorregião tem o maior percentual de Internações de Média Complexidade por Condições Sensíveis à Atenção Primária (46%), enquanto a II Macrorregião aparece com 36% e a I Macro com 34%. Em suma podemos apontar em que ocorre:

- Fragilidade nas ações de monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos de tuberculose;
- Fragilidade nas ações de monitoramento, diagnóstico e tratamento de casos de Hanseníase;
- Aumento da prevalência de casos de sífilis em gestantes e congênita nos últimos 5 anos;
- Incidência alta de casos de arboviroses em 2022;
- DCNT mais frequentes: Neoplasias, Aparelho circulatório, Doenças respiratórias crônicas, Diabetes;
- Tendência de aumento das internações por causas externas;
- Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica – média de 45%;
- Alto índice de encaminhamentos para as outras macros - consultas: oncologia;

exames básicos; e exames: anatomopatológico e análise do citopatológico. (Serviços de Média complexidade).

2.6 INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

- **TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (TBM):**

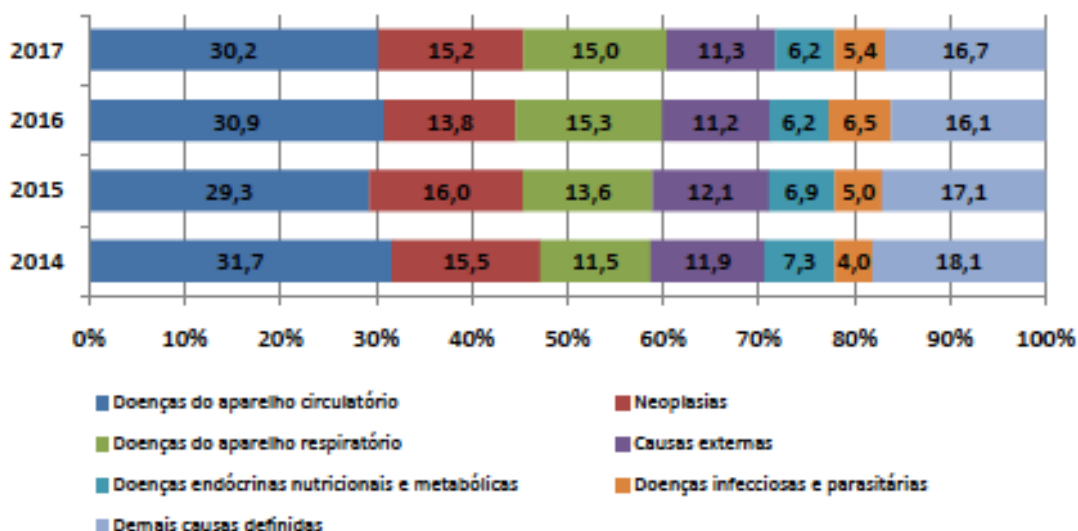
A TBM da III macrorregião apresentou aumento de 10% no ano de 2020 em relação aos anos anteriores, se mantendo abaixo da taxa média de todo o Estado. Observa-se que o aumento está relacionado ao surgimento da pandemia da COVID-19, considerando que, na ausência da vacina naquele ano, parte significativa de casos da doença evoluiu de forma desfavorável.

- **MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPO DE CAUSA:**

As doenças não transmissíveis são as principais causas de morte da macrorregião, sendo as doenças cardiovasculares as principais, seguidas pelas neoplasias e pelas causas externas.

A análise da distribuição da mortalidade por grupo de causas, 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 (14,9%) e as causas externas (11,3%) são a segunda e terceira causas de óbitos mais importantes.

Gráfico 12 - Mortalidade proporcional por causas definidas de óbito (CID-10). 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014-2017.

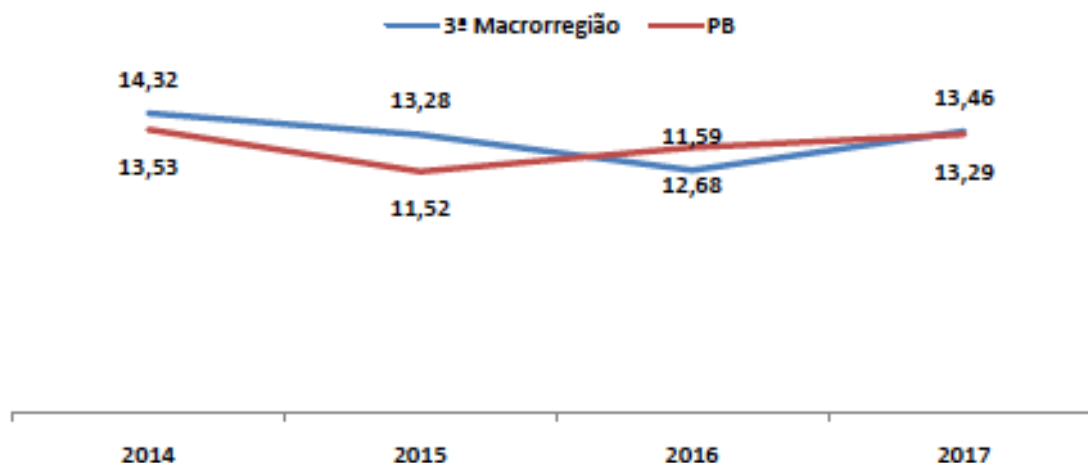


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

- **MORTALIDADE INFANTIL**

No período de 2014 a 2017, foram registrados 650 óbitos infantis, distribuídos em 90% (81/89) municípios da 3ª Macrorregião de Saúde/PB. Oito municípios dessa Microrregião não registraram nenhum óbito infantil nesse período. Foram eles: Areia de Baraúnas, Bom Jesus, Brejo dos Santos, Cacimba de Areia, Malta, Salgadinho, Santarém e São José do Brejo do Cruz. Em 2017, a taxa de mortalidade infantil (TMI) foi muito próxima à taxa média para o Estado e apresentou um aumento de 16% em relação ao ano anterior. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

Gráfico 13 - Taxa de Mortalidade Infantil. 3ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.

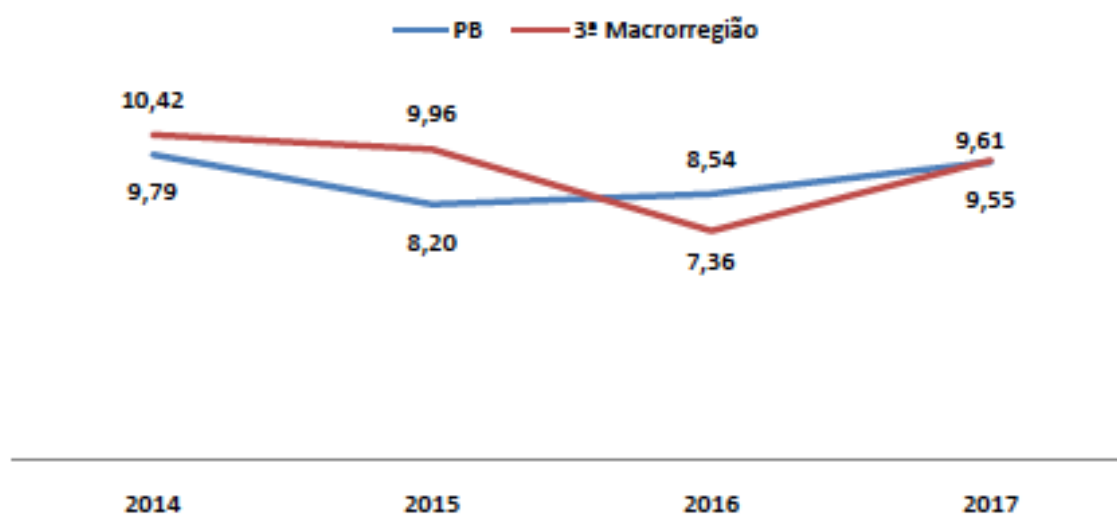


Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

- **MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL (TMIN)**

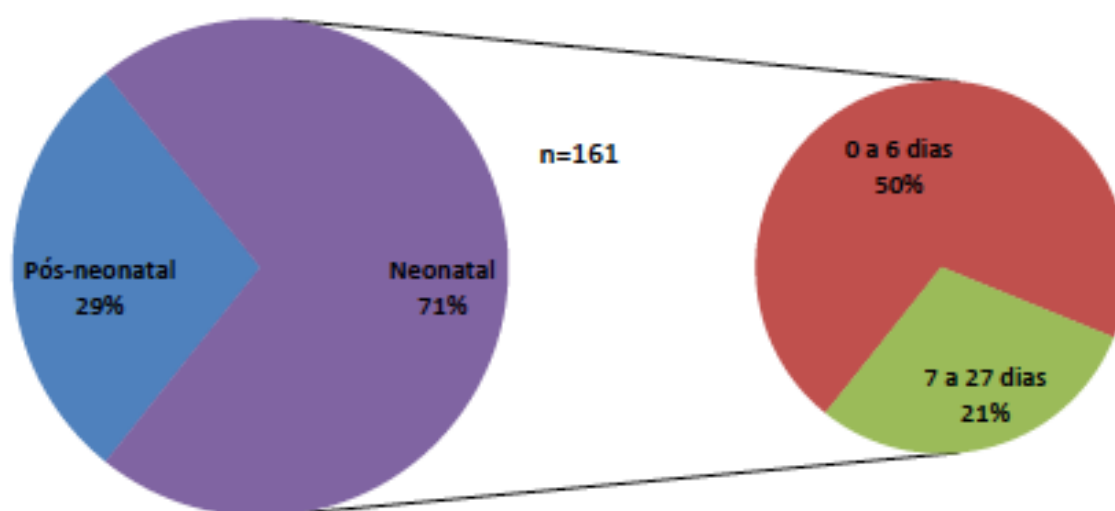
Em 2017, a mortalidade infantil neonatal - que estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar 28 dias de vida - correspondeu a 71% da mortalidade infantil da Macrorregião. A proporção elevada de óbitos nessa faixa etária deve-se à ocorrência de causas de óbito de difícil prevenção e tratamento, como afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, responsáveis por 72% e 23% dos óbitos infantis registrados. Este indicador reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Gráfico 14 - Taxa de mortalidade infantil neonatal. 3ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.



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

Gráfico 15 - Proporção de óbitos infantis segundo componente etário. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.



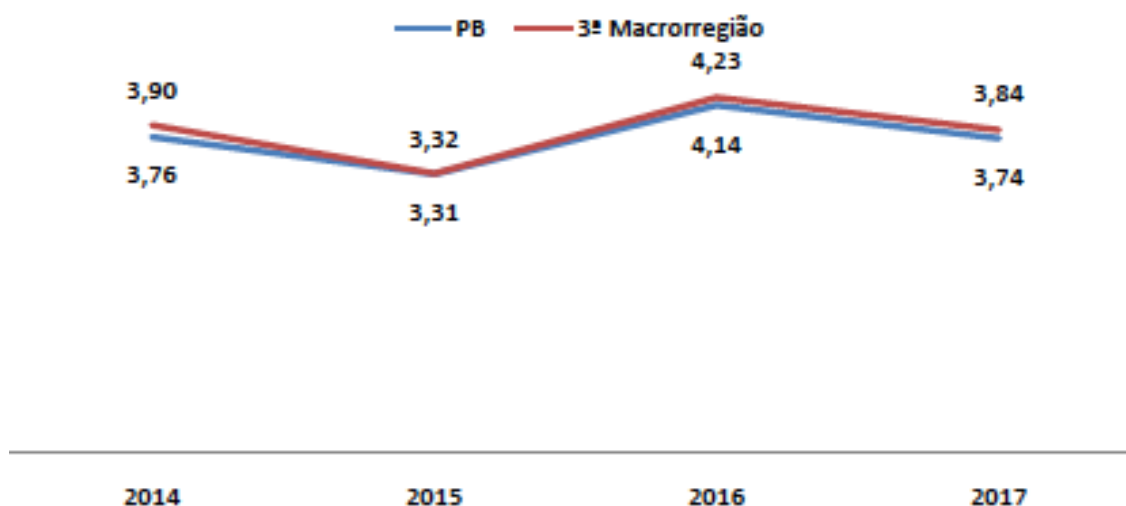
Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

• MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NATAL (TMIPN)

A mortalidade infantil tardia ou pós-neonatal, que corresponde aos óbitos de crianças de 28 a 365 dias, no período de 2014 a 2017, da 3ª Macrorregião de Saúde, e a taxa média para o Estado, apresentaram valores estáveis e considerados baixos se comparados às demais faixas etárias infantis.

As principais causas de óbito nessa faixa etária foram as pneumonias (21,7%), as septicemias (13,0%), as malformações congênitas do coração (8,7%) e a desnutrição proteico-calórica (4%), que juntas foram responsáveis por cerca da metade do total de óbitos infantis tardios.

Gráfico 16 - Gráfico 17 - Taxa de mortalidade pós-neonatal. 3ª Macrorregião de Saúde e Paraíba, 2014 a 2017.



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

Tabela 6 - Principais causas de óbitos infantis tardios. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

CAUSA (CID10 3D)	N	%	%ACUM.
Pneumonias	10	21,7	21,7
Septicemias	6	13,0	34,8
Malformações congênitas do coração	4	8,7	43,5
Desnutrição proteico-calórica grave	2	4,3	47,8
Insuficiência respiratória NCOP	2	4,3	52,2
Hemorragia pulmonar orig período perinatal	2	4,3	56,5
Espinha bífida	2	4,3	60,9
Síndrome de Down	2	4,3	65,2
Demais causas (16)	16	34,8	100,0
TOTAL	48	100	

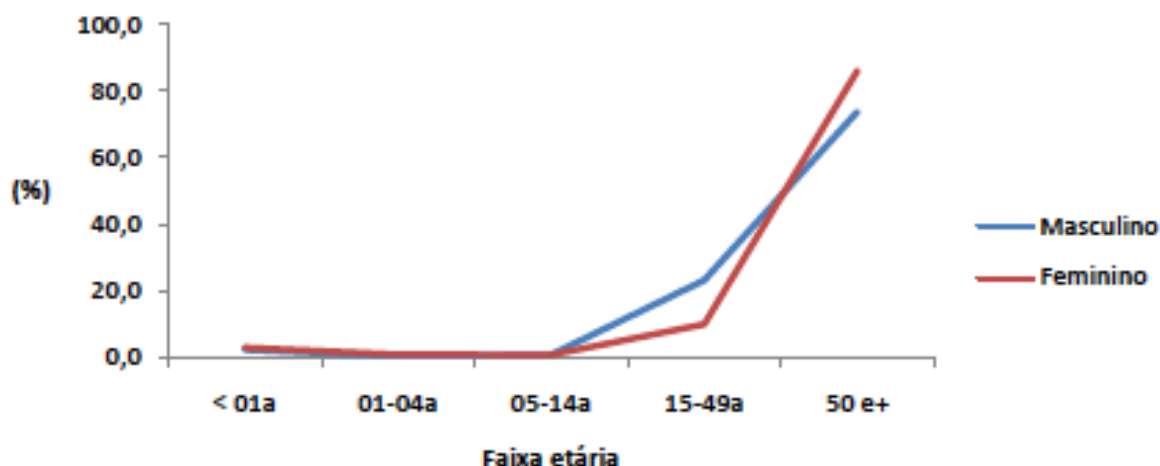
Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Curva de Mortalidade Proporcional por idade

Na curva de mortalidade proporcional por idade da 3ª Macrorregião de Saúde, no ano 2017, observa-se a concentração de óbitos para grupos etários mais elevados, reflexo da redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o consequente aumento da expectativa de vida da população. A curva da proporção de mortalidade masculina, segundo faixa etária, apresentou uma proporção significativa de óbitos nas faixas etárias de 15 a 49 anos (23%), em relação à das mulheres (9%). Na comparação entre os sexos, observou-se, ainda, que

a proporção de mulheres que morreram com idade acima de 50 anos foi maior que entre os homens, 86% e 74%, respectivamente.

Gráfico 17 - Curva de Mortalidade Proporcional por faixa etária e sexo. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.



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

• MORTALIDADE MATERNA

Morte Materna é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em

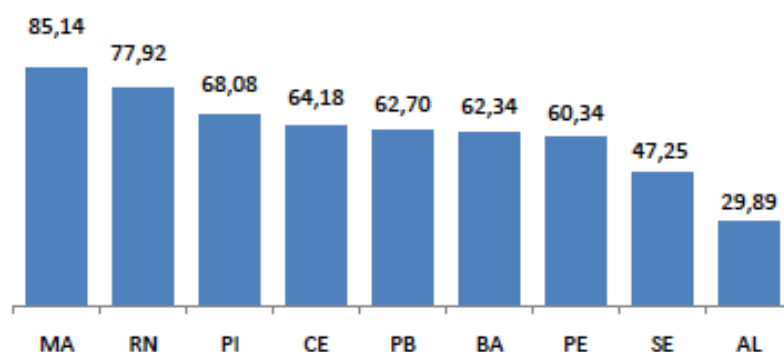
Na Paraíba, a mortalidade materna continua sendo um importante problema de saúde pública. Em 2017, a RMM do Estado foi superior ao índice médio apresentado pelo Brasil, mas inferior ao da Região Nordeste (Tabela 1), ocupando o quinto lugar entre os Estados dessa Região. A 3ª Macrorregião de Saúde apresentou uma RMM muito alta (100,23 óbitos por 100.000 nascidos vivos), 1,6 vezes maior que a média para o Estado.

Tabela 7 - Razão de Mortalidade Materna. Brasil, Região Nordeste, Paraíba e 3ª Macrorregião de Saúde/PB, 2017.

LOCALIDADE	RMM/100.000 NV
Brasil	56,65
Nordeste	64,07
Paraíba	62,64
3ª Macrorregião de Saúde/PB	100,23

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

Gráfico 18 - Razão de Mortalidade Materna. Estados da Região Nordeste, Brasil, 2017.

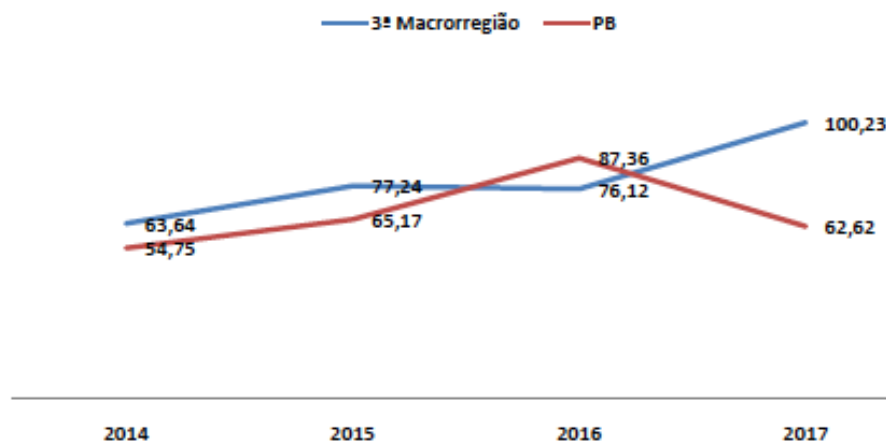


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

No período de 2014 a 2017, foram registrados 39 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) de mulheres residentes em municípios que compõem a 3ª Macrorregião de Saúde. Esses óbitos correspondem a 4,3% do total de óbitos registrados em mulheres em idade fértil (MIF) por causas definidas. Os OM ocuparam o sétimo lugar no ranking das principais causas de morte de MIF residentes nessa Macrorregião de Saúde/PB.

Durante todo o período de 2014/17, a curva da RMM da 3ª Macrorregião de Saúde apresentou uma tendência crescente e com índices superiores ao do Estado, exceto para o ano 2016. Em 2017, houve um aumento de 32% em relação à razão registrada no ano anterior, quando passou de 76,12 para 100,23 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Com o registro de 9 e 12 óbitos maternos em 2016 e 2017, respectivamente. Foram registrados óbitos maternos em 12 municípios de seis Regiões de Saúde (85%) que compõem a 3ª Macrorregião de Saúde. Sendo que, a oitava, a décima e a nona registraram as maiores taxas de mortalidade materno do Estado, no ano de 2017.

Gráfico 19 - Razão de Mortalidade Materna. 3ª 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 8 - Distribuição dos óbitos maternos por município de residência. Paraíba, 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	REGIÃO	N
Cacimbas	6	1
São Mamede	6	1
Várzea	6	1
Santana de Mangueira	7	1
Riacho dos Cavalos	8	1
São Bento	8	1
Cajazeiras	9	1
São José de Piranhas	9	1
Triunfo	9	1
Nazarezinho	10	1
Santa Cruz	10	1
São José de Princesa	11	1
TOTAL		12

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

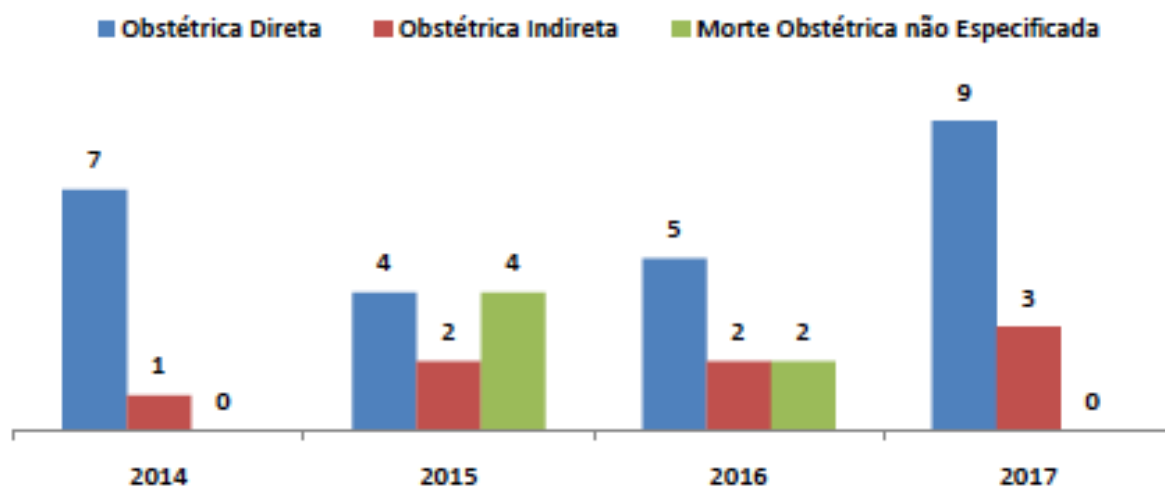
Tabela 9 - Razão de Mortalidade Materna segundo Região de Saúde de residência. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.

Região de Saúde	2014	2015	2016
6ª	59,63	116,48	32,64
7ª	51,39	99,4	108,4
8ª	195,19	0,00	137,55
9ª	43,55	82,24	135,2
10ª	62,58	61,2	0,00
11ª	0,00	0,00	0,00
13ª	0,00	124,22	138,7
PB	55,15	65,28	87,36

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

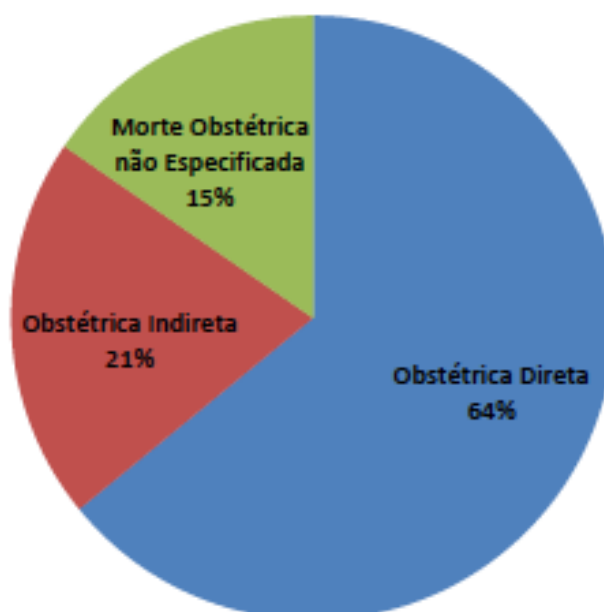
Quanto às causas dos OM, no período de 2014 a 2017, as obstétricas diretas representaram a maior causa de mortalidade materna e estão diretamente relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Foram responsáveis por 75% de todas as mortes maternas. As principais complicações foram: a hipertensão (36%), as embolias obstétricas (9%), as infecções puerperais e abortos (6%). As causas obstétricas indiretas, que são os óbitos associados às doenças infecciosas maternas e às doenças crônicas pré-existentes da mãe, complicando a gravidez e o parto, foram responsáveis por 24% dos óbitos maternos ocorridos nesse período. A proporção de óbitos maternos cuja causa básica (CBO) não foi especificada (CID10-O95) foi muito alta (15%). Significando que as mulheres evoluíram a óbito, mas não tiveram um diagnóstico conclusivo para a causa mortis, nem a investigação do óbito conseguiu elucidar a CBO.

Gráfico 20 - Número de óbitos maternos por tipo de causa obstétrica. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.



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

Gráfico 21 - Proporção de óbitos maternos segundo tipo de causa obstétrica. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.



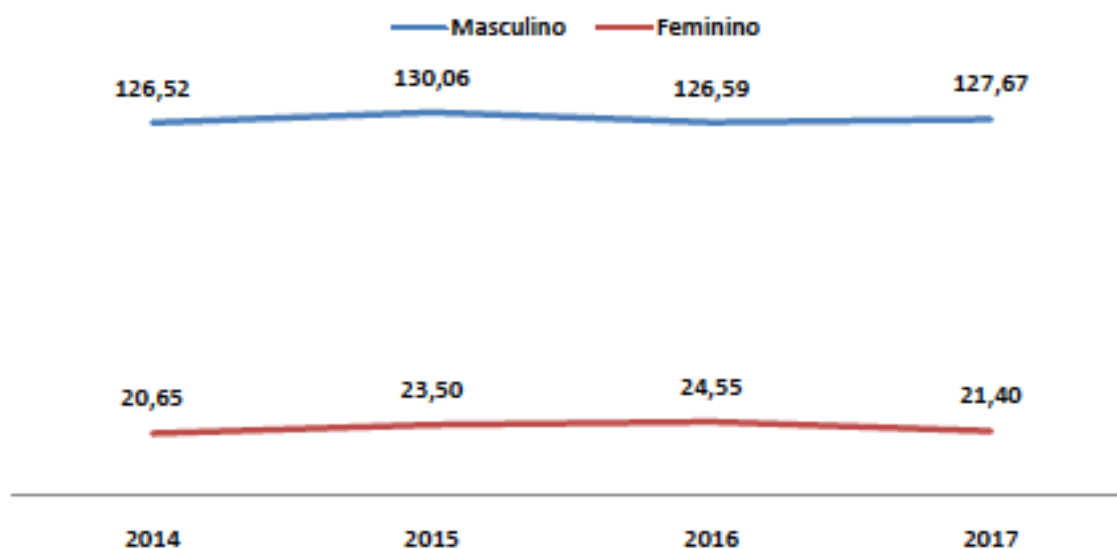
Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

• MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Em 2017, 691 óbitos por causas externas de pessoas residentes da 3ª Macrorregião de Saúde foram registrados no SIM, representando 11,3% do total de óbitos por causas definidas. Foram a quarta principal causa de morte, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório (30,2%), das neoplasias (15,1%) e das doenças do aparelho respiratório

(15,0%). E a primeira CBO entre os homens na faixa etária de 15 a 49 anos, responsável por 57,5% do total de óbitos nesta faixa etária. Os homens são mais expostos às mortes violentas, cerca de 85% dos óbitos por causas externas da Macrorregião foram registrados entre os homens e o risco de morte por causas externas entre eles foi seis vezes maior do que entre as mulheres. Para homens, as principais causas de mortes violentas foram as agressões (38,5%), especialmente as provocadas por armas de fogo (30%). Em seguida, estão os acidentes de transportes (37%), especialmente com motocicletas (13%).

Gráfico 22 - Taxa de Mortalidade por Causas Externas por 100.000 habitantes segundo sexo. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2014 a 2017.



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

Tabela 10 - Taxa de mortalidade específica (p/100 mil habitantes) por causas externas segundo sexo. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

GRANDE GRUPO CID10	MASCULINO	FEMININO
Acidentes de transporte	47,47	7,55
Quedas	5,64	4,20
Afogamento e submersões acidentais	0,43	0,21
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	0,22	0,00
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0,22	0,21
Lesões autoprovocadas voluntariamente	16,91	2,31
Agressões	49,21	4,20
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	3,25	0,84
Intervenções legais e operações de guerra	0,22	0,00
Demais causas externas	4,12	1,89
Todas as causas externas	127,67	21,40

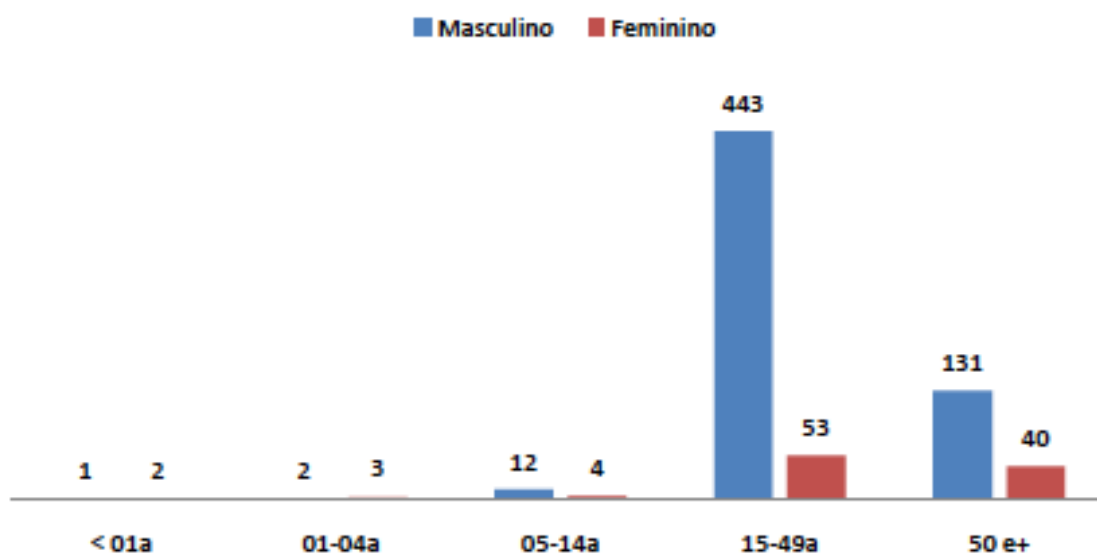
Fonte: SES/GEVS/GORR - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 11 - Número de Óbitos e Mortalidade Proporcional segundo Causa, agrupados pelos Capítulos da CID10, na faixa etária de 15 a 49 anos. 3ª Macrorregião de Saúde, Paraíba, 2017.

Causa - Capítulo da CID10	Óbitos	MP%
Causas externas	453	57,78
Doenças do aparelho circulatório	104	13,27
Doenças do aparelho digestivo	58	7,4
Neoplasias (tumores)	40	5,1
Doenças do aparelho digestivo	27	3,44
Demais causas definidas	102	13,0
TOTAL	784	100,0

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

Gráfico 23 - Distribuição dos óbitos por causas externas segundo a faixa etária e sexo. 3ª Macrorregião de saúde, Paraíba, 2017.



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

Faixa Etária	Coluna 1	Coluna 2	Total	%
50 e mais	458	364	822	88,7
Total	500	427	927	

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

2.7 PRINCIPAIS ACHADOS DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Após Análise e discussão dos dados apresentados anteriormente o GTM da terceira macrorregião de saúde chegou aos seguintes achados:

SOCIODEMOGRÁFICOS

- Baixa densidade demográfica, área geográfica extensa, e alto percentual de população rural dificultando o acesso a serviços de saúde;

- Deficiência no fornecimento de esgotamento sanitário, de abastecimento de Água Potável, e de Limpeza urbana impactando nas doenças transmissíveis;
- Taxa de analfabetismo maior do que a média nacional;
- Menor PIB per capita e maior % de população de baixa renda entre as macrorregiões do estado.

NATALIDADE

- Alto índice de partos cesáreos - Oscilando entre 70 e 90% do total de partos;
- Elevado número de gravidez na adolescência - Oscilando entre 20% e 25% do total de partos.

MORTALIDADE

- Mortalidade materna alta – Entre 2016 e 2020 a média é de 7 óbitos maternos;
- Mortalidade fetal, neonatal e infantil – Tem aumentado percentualmente nos últimos anos;
- Mortalidade precoce (30 a 69 anos) por DCNT (neoplasias, diabetes, cardiovasculares, renais e respiratórias) - Tem aumentado percentualmente nos últimos anos;
- Alto índice de mortes por causas externas – 1/3 das causas de mortes.

3. DEFINIÇÃO DOS MACROPROBLEMAS

Pensando no planejamento de forma ascendente, em 2021, a equipe selecionada do projeto portaria 1812, junto aos técnicos dos municípios, COSEMS, SMS e Secretaria Estadual de Saúde desenvolveram oficinas para elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Em seguida, a equipe formou o Grupo de Trabalho Regional (GTR) em parceria com o Projeto de Regionalização da Beneficência Portuguesa (BP) para sistematizar os Planos Municipais, dando vida aos 16 Planos Regionais Integrados (PRI). Seguindo o mesmo padrão dos Planos Municipais, o mesmo foi finalizado com diretrizes, objetivos, metas e indicadores, com acréscimo do desenho de redes, fluxograma e os principais problemas regionais, através do preenchimento da matriz GUT e do ranqueamento dos problemas.

No ano de 2023, foi formado o GTM, com o objetivo de sistematizar os PRI, elaborar um Plano Macrorregional e realizar a análise para a identificação das prioridades sanitárias da macrorregião de saúde, definindo metas para os próximos quatro anos. Posteriormente, identificou-se qual a Rede de Atenção à Saúde prioritária à nível macrorregional, sendo na III

Macrorregião a Rede Psicossocial, em especial por fragilidades no fluxo de atendimento ao paciente em surto psiquiátrico.

Após diversas reuniões e análise da situação em saúde, ficou definido que as regiões de saúde trabalhariam o fortalecimento da rede, através da habilitação de leitos de retaguarda hospitalar, implantação dos CAPS III onde há necessidade e qualificação dos profissionais envolvidos na RAPS. Segue a matriz aprovada nas oficinas pelo GTM:

MACROPROBLEMAS - MATRIZ GUT MACRORREGIÃO III					
PROBLEMA	Gravidade	Urgência	Tendência	Nota Final	Posição
Capacidade instalada insuficiente de média e alta complexidade hospitalares quanto a leitos de UTI e especialidades médicas, sobretudo nas áreas de cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurologia e oncologia	4,6	4,4	4,7	13,7	1
Fragilidade no Sistema de Regulação dos serviços de média complexidade quanto à suficiência de leitos, fluxos, ausência de protocolos e profissionais qualificados	4,7	4,4	4,6	13,7	2
Baixa resolutividade da APS	4,4	4,3	4,3	13,0	3
Insuficiência de serviços ambulatoriais especializados de referência para pré-natal de alto risco	4,3	4,3	4,3	12,9	4
Fragilidade na RAPS por insuficiência de pontos de atenção e pelos problemas em sua organização e funcionamento	4,3	4,1	4,0	12,4	5
Altos índices de partos cesáreos	4,1	4,0	4,1	12,3	6
Alto índice de gravidez na adolescência	4,4	3,9	3,9	12,1	7
Ausência de financiamento para abertura de novos projetos e habilitação de serviços de saúde mental, assim como para atualização e qualificação dos profissionais da rede	4,0	3,9	3,9	11,7	8
Aumento na taxa de internações por causas externas	4,0	3,9	3,7	11,6	9
Baixa resolutividade das ações da atenção primária da saúde materno-infantil.	3,7	3,7	4,0	11,4	10
Descumprimento e desatualização da Programação Pactuada Integrada	3,9	3,7	3,7	11,3	11
Baixa resolutividade nas ações de AB direcionadas às DCNT	4,0	3,6	3,7	11,3	12
Elevada taxa de diagnósticos de Transtorno Mental e sofrimento Psíquico	3,7	3,7	3,6	11,0	13
Fragilidade na estruturação da Assistência Farmacêutica	3,6	3,6	3,6	10,7	14
Falta de Implementação de leitos de retaguarda psiquiátrica nos Hospitais Regionais	3,7	3,4	3,4	10,6	15
Baixa oferta de serviços especializados na assistência às pessoas com DCNT (exames, consultas e procedimentos)	3,7	3,4	3,4	10,6	16
Oferta insuficiente de serviços da Rede de PCD	3,6	3,6	3,4	10,6	17
Fragilidade na vigilância em saúde quanto a notificação de doenças e agravos	3,3	3,1	3,3	9,7	18

Insuficiência de serviços de média e alta complexidade na Rede de Atenção à saúde para atendimento de demandas de traumatologia e ortopedia	2,9	2,9	2,7	8,4	19
---	-----	-----	-----	-----	----

Organização das RAS conforme as Prioridades Sanitárias

As Rede de Atenção à Saúde (RAS), segundo a Portaria de Consolidação nº03, de 28 de setembro de 2017, são arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita, com efetividade e eficiência, tendo a Atenção Primária à Saúde como o primeiro nível de atenção e as relações horizontais entre os demais pontos de atenção. Possui como fundamentos a economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recurso; integração vertical e horizontal; processo de substituição; região de saúde e níveis de atenção. Sua operacionalização se dá pela interação entre seus três elementos constitutivos: população e região de saúde; estrutura operacional – constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde – e; modelo de atenção à saúde, sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS.

Após discussão com o grupo condutor estadual e o grupo de trabalho macrorregional, optou-se por trabalhar na lógica das Redes de Atenção prioritárias para o Ministério da Saúde, seguindo a priorização determinada pelos atores da Macrorregião. Dessa forma a primeira rede prioritária depois da análise e discussão da matriz GUT pelo GTM foi a rede de atenção psicossocial, na qual foi realizada sua modelagem a partir da análise dos vazios assistenciais dessa rede.

3.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Caracterização da REDE

Com base na necessidade de implantação de serviços substitutivos, de acordo com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, previstas na Lei nº 10.206/2001, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída com a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento e transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso, álcool e outras drogas.

A RAPS é composta por serviços na atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Fragilidades

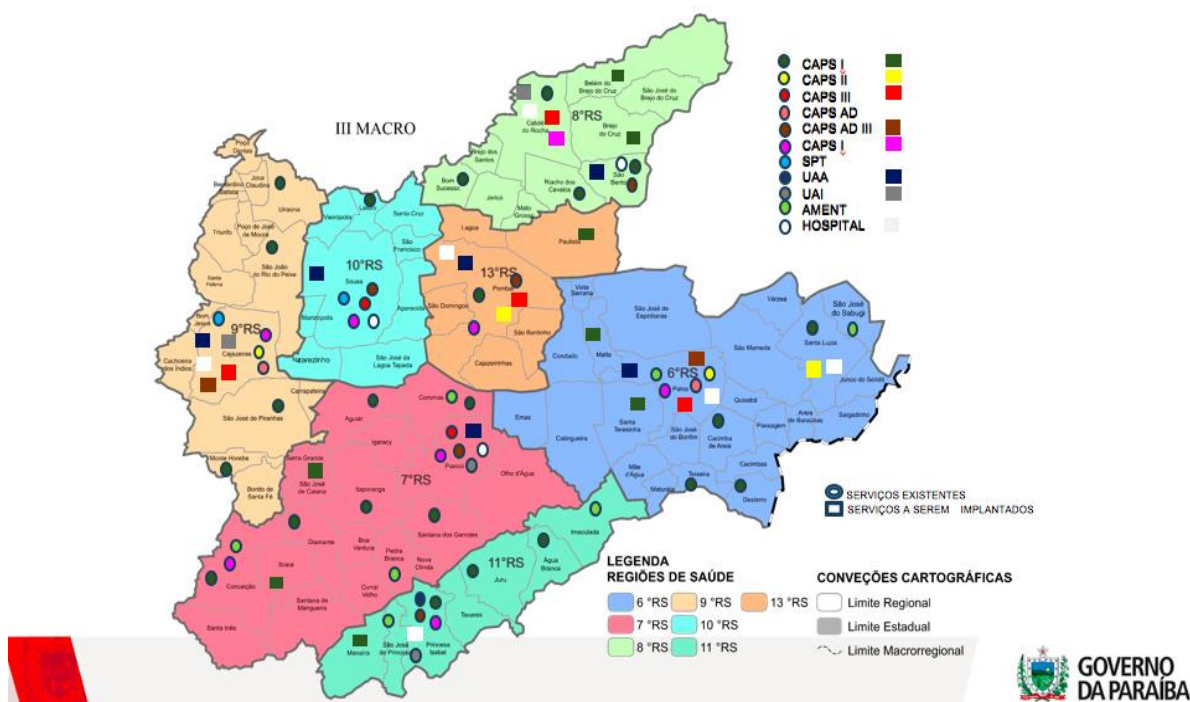
Na 3ª macrorregião, a rede de atenção psicossocial tem como pontos de atenção às 360 Unidades de Saúde da Família, tendo também como serviços de porta aberta os Centros de Atenção Psicossocial tipo I, II, III, Infantil, AD e AD III. Nas discussões levantadas pelo grupo de trabalho regional, foram identificadas algumas fragilidades na composição dessa rede, como os vazios de serviço de referência 24 horas, de residências terapêuticas, unidades de acolhimento e leitos de saúde mental no hospital geral. Além disso, foi apontada a dificuldade de acionar o transporte de urgência para atendimento de usuários em crise.

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO								
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES							TOTAL
	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	13ª	
CAPS I	04	06	04	04	01	03	01	23
CAPS II	01			01				02
CAPS AD	01			01				02
CAPS III (24h) transtor		01			01			02
CAPS AD III (24h)		01	01		01	01	01	05
CAPS i	01	02		01	01	01	01	07
Policlínicas								03
SRT			01		01			02
UAA						01		01
UAI		01				01		02
AMENT I	01	01				01		03
AMENT II		01				01		02
AMENT III		01						01
NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO								
Leitos Hospitalares		09	05		06			20

Diante das discussões sobre os fluxos assistenciais e itinerários terapêuticos, foi identificado que na macro o fluxo nem sempre é seguido e que o usuário é encaminhado para onde há a vaga. Como, por exemplo, os CAPS III de Sousa e Pombal, que são pactuados apenas para sua região, mas recebem usuários de todas as regiões da macro. Nesse sentido, após identificação de vazios assistenciais em cada Região, segue quadro de sugestão de inserção dos seguintes pontos de atenção.

PROPOSTAS

O mapa abaixo traz uma representação gráfica da organização da Rede de Atenção Psicossocial e dos seus vazios assistenciais, com sugestões de implantação/implementação de serviços e pontos de atenção. Para a 6ª RS teríamos 02 CAPS tipo I, sendo 01 em Malta e 01 em Santa Terezinha, em Patos 01 UAA, 01 CAPS tipo III, CAPS AD III e 6 leitos de retaguarda no Hospital Janduy Carneiro, assim como em Santa Luzia 01 CAPS tipo II e 4 leitos de Retaguarda. Na 7ª Região teríamos 01 UAA em Piancó, 02 CAPS tipo I, sendo 01 em São José de Caiana e 01 em Ibiara. Na 8ª Região 03 CAPS tipo I, sendo 01 em Belém do Brejo do Cruz, 01 em Brejo do Cruz e 01 em Catolé do Rocha que também receberia 01 CAPS tipo II, 01 UAI e 4 leitos de retaguarda psiquiátrica. A 9ª Região em Cajazeiras, o CAPS tipo II estaria sendo habilitado para CAPS tipo III, assim como o CAPS AD II, 01 UAI e 01 UAA, assim como estaria habilitando 4 leitos de retaguarda no Hospital.



PROCESSOS

- Recursos humanos: em relação aos recursos humanos da Rede existe uma deficiência em algumas especialidades, inclusive médicas como psiquiatria e neuropsiquiatria.
- Regulação: Quanto a regulação identificou-se que não existe um sistema ou padrão de regulação que a mesma acontece de forma individual entre os coordenadores dos serviços.

- Fluxos: quanto aos fluxos ficou evidente nas discussões que há necessidade de definição das pactuações deixando claro quais serviços são referências para quais municípios, pois o que se viu foi que independente das pactuações seguiam regulando segundo a vagas disponíveis e proximidade e não quanto a definição de fluxos das referências
- Educação Permanente: Há uma necessidade de diálogo entre os profissionais da Rede, do matriciamento entre os serviços da atenção secundária com a atenção primária. Outro ponto bem citado foi a necessidade de trabalhar os profissionais da APS para manejo de transtornos leves e moderados.
- Protocolos: é necessário o aperfeiçoamento dos protocolos em cada nível e pontos de atenção para que cada um desenvolva suas competências de forma eficaz sem sobrecarregar o outro serviço.
- Processo de Trabalho: A articulação entre os pontos de atenção da Rede é fundamental para resolver de fato o problema do usuário.

3.2 REDE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT

Com base na necessidade de aumento na ofertas de exames especializados voltadas às doenças cardiovasculares em tempo oportuno, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis, visa realizar a atenção integral à saúde em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação dessa atenção ampliando as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2017).

CARACTERIZAÇÃO DA REDE

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT é composta por serviços da Atenção Básica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial, Atenção Hospitalar e serviços ambulatoriais. A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 estabelece que a rede DCNT deve ser implantada por meio da organização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos mais graves, nesse sentido baseado nos

indicadores de morbimortalidade do Estado da Paraíba, trabalharemos como linha prioritária as doenças cardiovasculares, neoplasias, as doenças renais crônicas e o sobrepeso/obesidade.

Na 3ª macrorregião, a Rede DCNT, tem como pontos de atenção 446 Unidades de Saúde da Família - USF. Como serviços de porta aberta, possui 7 Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, 7 Bases de Regulação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, 10 Hospitais Regionais, destes 2 de nível terciário, 16 Hospitais municipais, 17 Policlínicas e 20 Serviços de Atenção Domiciliar – SAD, descritas por macrorregião de acordo com a tabela abaixo.

Nível de Atenção Secundária								
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES							TOTAL
	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	13ª	
POLICLÍNICA	03	01	04	01	04	03	01	17
HOSPITAL REGIONAL	04	01	01	01	01	01	01	10
HOSPITAL MUNICIPAL	-	02	05	04	01	04	-	16
UPA	02	01	-	01	01	01	01	07
SAMU-AVANÇADA	03	05	01	02	01	0	01	13
SAMU-BÁSICA	13	05	05	13	05	06	03	50
SAD	02	05	01	05	02	03	02	20

Nível de Atenção Terciária								
BARIÁTRICA	01				01			02
HEMODIÁLISE - Nº CADEIRAS	01 40			01 19				02 59 C
HEMODINÂMICA	01							01
HOSPITAL ONCOLOGIA	01				01			02

FRAGILIDADES

Nas discussões levantadas pelo Grupo de Trabalho Regional - GTM, foram identificadas algumas fragilidades na composição e funcionalidade dessa rede, como a oferta insuficiente de serviços de exames especializados, bem como acesso a especialidades médicas, acarretando longo tempo de espera para a resolução das demandas dos usuários, levando à procura desses atendimentos em outra macrorregião.

- **Cardiologia:**

- Dificuldades para agendamento da Revascularização;
- Não realização de revascularização de membros.: alta demanda de cirurgias endovasculares (revascularização de membros)
- Baixo acesso ao serviço ambulatorial com o vascular;
- Baixa oferta de ultrassonografia de carótidas na macrorregião.

- Dificuldades de acesso aos exames de arteriografia e ultrassom com doppler com referência para 6ª RS.
- **Nefrologia:**
 - Vazio de serviços para realização do tratamento de pacientes dialíticos na 7ª, 8ª e 13ª região;
 - Ausência de Ambulatórios pré-dialíticos na macrorregião.
- **Oncologia:**
 - Ausente na macro de PET scan.
 - Profissionais médicos resistentes a participar da Interconsulta com o Oncologista.
- **Sobrepeso/Obesidade:**
 - Regulação dos pacientes para Cirurgia Bariátrica sem acompanhamento adequado com psicólogo e nutricionistas em especial antes do procedimento.
- **Gerais:**
 - Deficiência no acompanhamento pela APS;
 - Deficiência na continuidade do cuidado na Atenção Especializada;
 - Redução nas ações de promoção à saúde;
 - Insuficiência de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade; principalmente de oncologia, cardiologia, cardiovascular, endocrinologista, infectologia e vascular, pois os hospitais de referência (regional e macrorregional) não atendem todas as necessidades das especialidades da RS.
 - Demora para fechar diagnóstico e iniciar tratamento;

DESENHO DE REDE PROPOSTO

Atenção Primária

Possuindo uma cobertura de 100% de USF a mesma oferta através do HIPERDIA entrega de medicamentos, aferição da PA e verificação da glicemia capilar como mecanismos de promover e prevenir complicações das doenças cardiovasculares. Com adesão das equipes da eMulti, bem como os SAD pelos municípios é possível perceber no relato dos gestores avanços nos quesitos reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. A tele-interconsulta através do Paraíba contra o câncer tem possibilitado um diálogo direto da Equipe de Saúde da Família junto ao usuário com os especialistas, melhorando o acesso aos profissionais da oncologia e exames na REDE.

Atenção Secundária

Os Hospitais Regionais oferecem maior resolutividade dentro da Rede DCNT, pois possuem cartelas de especialidades médicas de Cardiologia, Nefrologia, Vascular, Oftalmologia, Infectologia entre outros, com exames de imagens como RX, Ultrassonografia, Endoscopia, Tomografia com uma gama de exames laboratoriais que proporcionam fechamento do diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Através do Núcleo de Regulação Interna - NIR, eles conseguem regular o paciente quando não há mais possibilidade de tratamento, Cardíacos através do Coração Paraibano é regulado para o hospital do Bem em Patos na 6ª RS, Oncológico Laureano em João Pessoa na 1ª RS, da Nefrologia os pacientes que precisam de diálise o mesmo acontece beira leito, nas UTIs estabilizado segue para cadastro no serviço disponível (6ª e 9ª).

Em relação aos leitos clínicos para tratamento de doenças cardiovasculares, cardiorrespiratórias, do sistema trato urinário, entre outras, as 7 regiões possuem Hospitais Regionais com leitos de internação clínicos e cirúrgicos. A 6ª RS, para além do Hospital Janduy Carneiro em Patos, possui o Hospital de Santa Luzia, com potencial estrutural para ampliação de serviços tanto no que diz respeito à RUE como a RDCNT, visando desafogar o Hospital Regional de Patos.

As Policlínicas Regionais possuem ofertas de especialidades médicas no geral de cardiologia, reumatologia, obstetrícia, vasculares, bem como ofertas de tratamentos, a exemplo da fisioterapia, no entanto a alta demanda referente a abrangência regional tem dado respostas tardias na regulação dessas consultas e retornos tornando os mesmos insuficientes, nesse sentido alguns municípios acabam por implantar sua própria Policlínica com ofertas mensais de profissionais especialistas, e exames de alto fluxo como ultrassonografia e exames laboratoriais.

No que diz respeito ao apoio logístico e diagnóstico, o mapa evidencia uma oferta básica de exames como endoscopia, eletrocardiograma, ultrassom das vias urinárias, mamografia nas 7 regiões de saúde, bem como todas possuem um CEDMEX e um laboratório de referência. As regiões da 9ª, 10ª e 6ª região concentram o maior número de exames especializados, dispondo também de ecocardiograma, mamografia, tomografia e oftalmologia.

A adesão do Estado da Paraíba ao **Programa Mais Acesso a Especialista surge como proposta na busca de atender uma** alta demanda em áreas como cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, oncologia e ortopedia. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde visa ampliar e qualificar o acesso à Atenção Especializada, dando celeridade às consultas

e exames reduzindo filas e tempos de espera no SUS. A implementação do Programa é guiada pelos Planos de Ação Regional (PAR) que define as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) com base na necessidade da região.

Atenção Terciária

Podemos observar o serviço de oncologia e de sobrepeso/obesidade na 6ª e 10ª região como referência para a macrorregião, utilizando a tele interconsulta e a regulação para acesso aos serviços de especialistas e procedimentos. Ambos apresentam suficiência e resolutividade nas demandas apresentadas. Para o serviço de nefrologia, apresentamos serviços de Hemodiálise Estadual na 9ª e a 6ª região com 124 e 276 pacientes cadastrados respectivamente, atendendo em caráter regional.

Na 10ª região, temos um serviço de hemodiálise privado contratualizado pelo município de Sousa que também atende os municípios pactuados pela 10ª região. No tocante ao apoio diagnóstico a 6ª região é a que oferta para além dos exames citados na Atenção secundária, exames de ultrassom das artérias carótidas e cateterismo com arteriografia e implantação de stent. Não possuímos nenhum aparelho de ressonância estadual de caráter regional ou macrorregional.

PROPOSTAS

De acordo com o Mapa ideal apresentamos como proposta para ampliação dos serviços na macrorregião a Hemodinâmica na 9ª - Cajazeiras com serviço de revascularização, cateterismo, arteriografia e stent, 4 serviços de Hemodiálise, sendo estes distribuídos na 8ª - Catolé, 13ª - Pombal, 7ª - Piancó e 11ª - Princesa Isabel. Uma Policlínica Macrorregional em Sousa com telemedicina e aparelho de Tomografia e Ressonância. Para a 6ª RS - Patos fica proposto um Aparelho de Ressonância, oferta de ecocardiografia transtorácica e o Ambulatório Pré Dialítico, bem como a reestruturação do Hospital de Santa Luzia. Ampliação da oferta ambulatorial de vascular com acesso ao médico em tempo oportuno facultado a toda macrorregional.



PROCESSOS

- **Recursos humanos:**

A execução das boas práticas é multiprofissional, na qual cada especialidade desempenha um papel fundamental para a qualidade da assistência. Uma dificuldade na ampliação da cartela de especialidades nos municípios e regiões é o acesso aos profissionais especializados, como vascular, cardiologistas, endocrinologistas, oncologistas e nefrologistas no tocante ao atendimento ambulatorial e seu acompanhamento.

O acesso a estes profissionais também nos hospitais gerais se deve às barreiras geográficas e a localização tornando os serviços distantes da capital João Pessoa, em outros casos os Hospitais dispõem de profissionais especialistas mas não oferecem exames ou tratamento adequado, gerando regulação de transferência para outras macrorregiões.

- **Regulação**

Outra dificuldade elencada foi a referência e contra-referência nos atendimentos do vascular e nos exames de revascularização, ressonância e ultrassonografia das carótidas ofertadas na 9ª RS pelo HUJB, mas que o acesso foi reduzido. Quanto aos exames de ressonância os técnicos relatam insuficiência e dificuldades na marcação.

- **Fluxos**

Uma das fragilidades é a inexistência de fluxos pactuados, e para resolver foi consensual a necessidade de implementar um instrumento para referência e contrarreferência sendo

objetivo, assertivo e funcional, bem definido no programa Paraíba contra o câncer, ainda necessário desenvolvimento mais cauteloso e melhor divulgado no tocante às Bariátricas e seu acompanhamento no pré e pós em especial pela equipe da Atenção Básica, equipe eMulti, e o acompanhamento com nutricionista e psicólogo.

- **Educação permanente:**

Em destaque foi relatado a importância da capacitação e a atualização profissional por meio de Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e dos Serviços Hospitalares, voltadas para os atendimentos por tele interconsulta em oncologia, visando melhor comunicação entre os profissionais que estão acompanhando o paciente, proporcionando resolutividade nos casos.

- **Protocolos:**

Em relação aos protocolos, ressaltou-se a necessidade de definição para o atendimento para realização da cirurgia bariátrica, no que diz respeito ao pré e pós operatório, desde a indicação da cirurgia, seu acompanhamento com os profissionais envolvidos em âmbito ambulatorial, a liberação para o procedimento e seus cuidados no antes, durante e após a cirurgia. O instrumento de estratificação deve ser implantado/implementado desde a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, destacada como necessidade unânime na macro.

- **Processo de trabalho**

Faz-se necessário refletir sobre a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS), para que a mesma seja eficaz enquanto articuladora da rede. A APS focada no cuidar, estratificar e compartilhar com os ambulatorios (atenção especializada).

Outro ponto fundamental é a estruturação da rede, essa ação implica a predisposição de cada serviço em saúde em se rever e realizar um trabalho humanizado.

A atenção às DCNT, enfatizou a necessidade de serviços municipais e regionais fortalecidos e qualificados, com vistas ao cuidado matricial, a oferta de educação permanente para os profissionais, com informações clínicas suficientes, com protocolos bem definidos, fluxo estabelecido, ampliação e acesso aos serviços.

4. REDE ALYNE

CARACTERIZAÇÃO DA REDE

A Rede Alyne, lançada em setembro/2024 vem substituir a Rede Cegonha, e visa reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, e diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças.

Na 3ª Macrorregião de saúde a organização da rede possibilita o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde (nível terciário, secundário e primário), do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança, em consonância com o Planejamento Regional Integrado – PRI.

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO								
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE							TOTAL
	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	13ª	
Pré-natal de Alto Risco/Ambulatório	02	01	01	02	01	-	-	07 hospitais
Parto de Risco Habitual	01	01	01	01	01	-	01	06 hospitais
UCINCo - leitos	05	-	-	-	-	-	-	05 leitos
UCINCa - leitos	02	-	-	02	-	-	-	04 leitos
Bancos de Leite Posto de Coleta	01 BLH 02 PC	01 PC		01 BLH 01 PC	01 PC		01 PC	
NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIA								
Parto de Alto Risco (GAR)	01/10							01 10
UTI adulto	01	01	01	02	01	-	01	
UTIN II	01/05							

BLH: Banco de leite humano e PC: Posto de coleta

Principais fragilidades identificadas

- A maioria dos municípios não utiliza a ficha de estratificação de risco, dessa forma, realizam encaminhamentos desnecessários para os serviços de referência (Patos, Sousa e Cajazeiras), causando a sobrecarga dos equipamentos.

- Necessidade de instrumento para referência e contrarreferência objetivo, assertivo e funcional;
- Ausência de vinculação das gestantes com a unidade hospitalar de referência;
- Encaminhamentos de gestantes para realização do parto de risco habitual para Patos, provocando um aumento significativo do quantitativo desse tipo de parto em relação ao parto de alto risco;
- Elevado índice de sífilis congênita – 2,3 ‰ nascidos vivos (2022). A OMS preconiza, 0,5‰ nascidos vivos;
- Alta taxa de cesáreas (77%).

DESENHO DA REDE PROPOSTO

Atenção Primária

A 3ª Macrorregião de saúde atualmente possui 446 equipes de saúde da família, implantadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), representando uma cobertura superior a 100%. As unidades básicas de saúde de família constituem-se o ponto de atenção responsável pela realização de pré-natal de risco habitual, compartilhando com a atenção especializada o pré-natal de alto risco, direcionado à gestante estratificada com classificação de risco e vulnerabilidade compatíveis. Incluem-se ainda no pré-natal o atendimento às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional e atendimento a gestantes em situação de rua e acompanhantes gestacionais.

A unidade básica de saúde responsabiliza-se ainda, pela atenção à saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança. As unidades básicas devem assegurar a realização dos exames de pré-natal, e acesso aos resultados em tempo oportuno.

Atenção Secundária

Na Rede Alyne os atendimentos na atenção secundária se dão em especial nos ambulatorios especializados. Em relação aos ambulatorios especializados, a 3ª Macrorregião de Saúde está em estruturação dos Hospitais Regionais, sob gestão estadual, para realização do Pré-natal de Alto Risco. A proposta assegura acesso à carteira de serviços, composta por consultas, exames laboratoriais, gráficos, de imagem e terapêuticos de apoio, conforme a necessidade da gestante e da puérpera.

A observação em relação aos ambulatórios especializados, refere-se ao hospital da 11ª Região de Saúde (Princesa Isabel), atualmente sob gestão municipal. A proposta apreciada pelo GTM (Grupo de Trabalho Macrorregional) será apreciada pela Comissão Intergestores Regional e Gestão Municipal do Município de Princesa Isabel, para aprovação e o hospital receba as gestantes de alto risco da região, para realização do pré-natal. A 13ª RS (Pombal) atualmente realiza apenas consultas em ginecologia e pediatria, com proposta para estruturação do ambulatório especializado de gestantes de alto risco, de abrangência regional.

A SES irá ampliar e estruturar o serviço, aguardando definição da equipe, pois um grande problema é a ausência de profissional especialista. Essas adequações possibilitam a redução de encaminhamentos para Patos. Quanto às policlínicas de abrangência municipal, checar quais policlínicas podem atender os pré-natais com abrangência regional, e implantar ambulatório de gestação e puerpério de alto risco, além da inclusão de novos exames HTLV1, hepatite B e C.

A Macrorregião não dispõe de Centro de Parto Normal. O que se propõe é a implantação de 04 (quatro) CPN's nos municípios de Piancó, Patos, Sousa e Cajazeiras, lembrando que tem um teto para implantação, todos devem ter ciência da necessidade de retaguarda em intercorrências para ser encaminhado de forma segura. Inclusive o de Piancó já tem projeto de construção aprovado.

No tocante aos partos, a 3ª Macrorregião de Saúde dispõe de 273 leitos obstétricos (DATASUS - competência agosto/2024), incluídos clínicos e cirúrgicos. A quantidade de leitos representa suficiência, porém a maioria dos hospitais apresenta baixo volume de partos no decorrer dos anos, que se justificam pelos gastos com a manutenção de equipamentos, ambiência e de recursos humanos especializados para atender emergências, contratando equipes completas nas 24 horas.

No entanto, também há em seis das sete regiões estabelecimentos que realizam mais de 400 partos/ano e que dispõem de UTI. Com exceção de Princesa Isabel (11ª Região de Saúde), as demais cumprem o quantitativo preconizado pela Secretaria Estadual da Saúde da Paraíba (400 partos/ano). A proposta é negociar com a gestão municipal de Princesa Isabel, para estruturação do serviço hospitalar, e que o mesmo possa realizar os partos de risco habitual, desafogando a maternidade de Patos, que recebe muitos encaminhamentos de parto de risco habitual, enquanto a mesma tem perfil para o alto risco.

Atenção Terciária

O parto de alto risco na 3ª macrorregião de saúde, tem como referência a Maternidade Peregrino Filho, localizada em Patos (6ª). A unidade dispõe de 59 leitos obstétricos clínicos, sendo destes, 10 leitos habilitados como GAR (Gestação de Alto Risco – alta complexidade), 02 leitos de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCa), 01 unidade de cuidados intermediários neonatal convencional, com 05 leitos (UCINCo), UTI neonatal - TIPO II, com 05 leitos (UTIN), com previsão de ampliação de mais 05 leitos e UTI adulto - TIPO II, com 6 leitos.

Na 6ª RS serão ampliados leitos de UTI adulto e materno, para reduzir o déficit atual, sendo a maior dificuldade de implantação, a definição da equipe de obstetrícia de 24 h nos serviços, pois, quanto maior a distância da capital maior dificuldade de contratação de equipe. Sob o ponto de vista de acesso e itinerário propõe implantar e habilitar leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) em Cajazeiras e Sousa.

O Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco – AGPAR é uma inovação da Rede Alyne, que tem entre suas atribuições ofertar acompanhamento para gestantes e puérperas de alto risco. A proposta é que a Maternidade Peregrino Filho, em Patos, maternidade habilitada como referência em gestação de alto risco, possa habilitar 01 AGPAR como referência da 3ª Macrorregião de Saúde, visto que atende aos critérios. Considerando que o ambulatório de gestação e puerpério de alto risco - AGPAR será regionalizado com: cobertura assistencial para 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e capacidade instalada para atendimento anual de 1.500 (mil e quinhentas) gestantes de alto risco. A 3ª Macro registra a estimativa de 11.944 nascidos vivos em 2024, destes, 1.792 sendo de Alto Risco.

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. A proposta é implantar 01 ambulatório na Maternidade Peregrino Filho, em Patos, maternidade habilitada como referência em gestação de alto risco por atender aos critérios da portaria.

A 3ª Macro apresenta vazios assistenciais em relação aos leitos neonatais, ampliar é algo importante, inicialmente em Patos. O déficit de leitos prejudica a continuidade da assistência, visto que, a mesma equipe que é responsável por 05 leitos, poderia dar cobertura aos 10 leitos, portanto faz-se necessário ampliar a capacidade instalada. Como falado anteriormente, Patos dispõe de 02 leitos de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCa), 01 unidade de

cuidados intermediários neonatal convencional, com 05 leitos (UCINCo), UTI neonatal - TIPO II, com 05 leitos (UTIN).

O Hospital Regional de Cajazeiras dispõe de 02 leitos de UCINCa, em processo de habilitação. A proposta é implantar 05 leitos de UCINCo em Itaporanga e 05 em Catolé do Rocha, por manterem equipe completa, têm resolvido as demandas, bem como habilitar e ampliar leitos de UCINCo em Sousa e Cajazeiras, com esses serviços aptos a atenderem o risco intermediário.

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco. A proposta é implantar 02 (duas) Casas da gestante, bebê e puérpera em Patos (01) e Cajazeiras (01), unidades que recebem maior quantitativo de referências.

Os bancos de leite também são pontos 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.

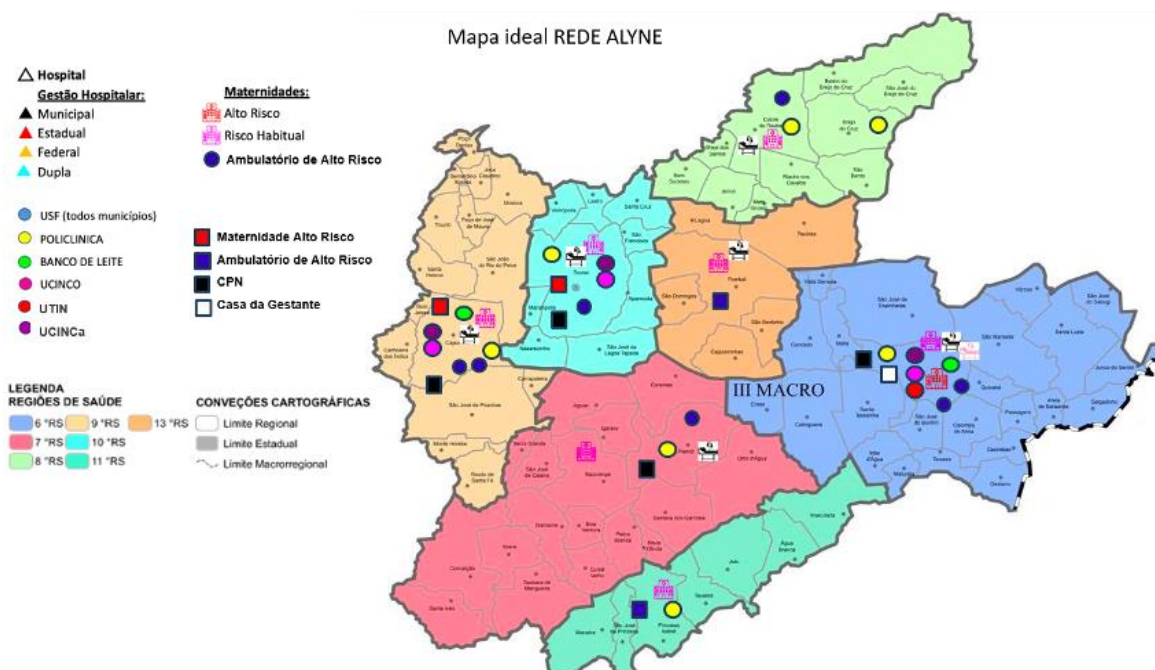
A 3ª Macro possui 02 (dois) bancos de Leite, 01 em Patos e 01 em Cajazeiras, postos de coleta em: Pombal, Itaporanga, Santa Luzia, São José de Piranhas e Sousa. Foi discutida proposta de ampliação de postos de coleta, com implantação em Catolé do Rocha, Princesa e Pombal (reativação).

PROPOSTAS:

- Implantar 4 CPN`s (Piancó, Patos, Sousa e Cajazeiras);
- Implantar ambulatório de alto risco (Pombal e Princesa Isabel);
- Implantar parto de risco habitual em Princesa Isabel;
- Implantar leitos de GAR (Cajazeiras e Sousa);
- Implantar casa da gestante em (Patos);
- Ampliação de leitos de UTI adulto e materno (Patos);
- Habilitar ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco – AGPAR (Patos);
- Implantar 01 A-SEG, ambulatório de acompanhamento de crianças de alto risco (Patos);
- Implantar 05 leitos de UCINCo em Itaporanga e 05 em Catolé do Rocha;
- Ampliar 5 leitos de UTIn (Patos);

- Ampliar leitos de UCINCo em Sousa e Cajazeiras e habilitar leitos UCINCa em Cajazeiras;
- Ampliar postos de coleta de leite humano, com implantação em Catolé do Rocha, Princesa e Pombal (reativação).

De acordo com o desenho proposto, apresentamos abaixo o mapa ideal da Rede Alyne na 3ª Macrorregião de Saúde.



PROCESSOS

• Recursos humanos:

A execução das boas práticas na saúde materno-infantil é multiprofissional, na qual cada especialidade desempenha um papel fundamental para a qualidade da assistência. Uma dificuldade na implantação dos serviços, são os profissionais especializados, obstetras e pediatras, e quando não é período de sazonalidade, os leitos pediátricos ficam desocupados, o que ocasionou a elaboração de um plano de ação para esse enfrentamento.

Outro fator é quanto à definição/contratação da equipe de obstetrícia de 24 h nos serviços, quanto maior a distância da capital, maior a dificuldade de contratação de equipe.

Em alguns municípios, nunca houve equipe de 24h para fechar a escala, quem realiza os partos são os cirurgiões gerais que não estão capacitados para intervir nas complicações obstétricas.

- **Regulação**

Outra dificuldade elencada foi a contrarreferência nos atendimentos de alto risco, visto que a ideia é a APS conduzir o atendimento. Relataram que em abril foi feita uma oficina sobre pré-natal de alto risco, sensibilizando quanto à importância de efetivação da contrarreferência. Apresentaram como sugestão a ficha do planifica de estratificação, mas sem boa adesão.

Questões em relação à regulação dos serviços na nona região de saúde, o Estado não consegue regular para o HU JB, daí o hospital fica com uma demanda de atendimento menor do que sua capacidade instalada. Da mesma forma, o Hospital Frei Damião, em Patos, também realiza pré-natal.

No que se refere à Regulação SES, a solicitação chega na regulação em até 48h para análise, em média 15 dias e vai até 30 dias depois de recebido o pedido. É feita a avaliação no pré-natal de alto risco.

- **Fluxos**

Uma das fragilidades é a inexistência de fluxos pactuados, e para resolver foi consensual a necessidade de implementar um instrumento para referência e contrarreferência sendo objetivo, assertivo e funcional. O município de Catolé criou uma ficha para o monitoramento. É preciso estudar os fluxos de deslocamento das gestantes, se os mesmos obedecem aos limites das RS, evidenciando que a organização dos serviços de atenção ao parto atende às necessidades no âmbito regional. Da mesma forma deve-se implantar/implementar regulação de fluxos referência e contrarreferência.

- **Educação permanente:**

Ressaltou-se a importância da capacitação e da atualização profissional por meio de educação permanente voltada aos atores envolvidos, para que ocorra uma contribuição consistente, construindo uma Rede mais efetiva e qualificada. A proposta para o risco intermediário é investir na teleconsulta.

- **Protocolos**

Em relação à melhoria dos serviços, é preciso melhorar a comunicação, e compartilhamento do cuidado, qualificação do processo de trabalho, atendimentos, implantação e implementação dos protocolos, para fazer acontecer o cuidado matricial, e que os profissionais da APS conheçam os profissionais da atenção especializada, humanizando o processo. O Instrumento de estratificação de risco deve ser implantado/implementado nos serviços, essa necessidade foi consenso.

- **Processo de trabalho**

Faz-se necessário refletir sobre a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS), para que a mesma seja eficaz enquanto articuladora da rede. A APS focada no cuidar, estratificar e compartilhar com os ambulatorios (atenção especializada).

Outro ponto fundamental é a estruturação da rede, essa ação implica a predisposição de cada serviço em saúde em se rever e realizar um trabalho humanizado.

A atenção ao pré-natal e parto de alto risco enfatizou a necessidade de serviços municipais e regionais fortalecidos e qualificados, com vistas ao cuidado matricial, com informações clínicas suficientes.

4.1 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

CARACTERIZAÇÃO DA REDE

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RPCD foi instituída com a finalidade de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

A III Macrorregião apresenta uma boa cobertura de Centro de Especialidades Odontológica - CEO tipo I, tipo II podemos observar na 6ª (Patos e Santa Luzia), na 7ª (Piancó), 8ª (Catolé), 9ª (Cajazeiras) e 10ª Região (Sousa). Possuímos CER tipo II 6ª (Patos e Santa Luzia), na 7ª (Piancó), 8ª (Catolé) e 9ª (Cajazeiras), CER tipo III na 11ª (Princesa Isabel) e um CER tipo IV referência para macrorregião na 10ª Região (Souza) que atende os 89 municípios,

porém a distância física e a quantidade de vagas insuficientes limitam a resolutividade da rede. A Associação de Pais - APAE está presente na 9ª Região de Saúde nos municípios de Cajazeiras, Uiraúna e São João do Rio do Peixe.

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO								
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES DE SAÚDE							Total
	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	13ª	
Centro Especializado em Reabilitação- CER II (Física e intelectual)	1	1	1	1				4
Centro Especializado em Reabilitação- CER III (Física, intelectual e visual)						1		1
Centro Especializado em Reabilitação- CER IV (Física, intelectual, visual e auditiva)					1			1
Outros Centros de Reabilitação	2	1	1	1	1			6
Centro de Reabilitação auditiva				1	1			2
Centro de Especialidade Odontológica- CEO I	2	7	3	5	4	1	4	26
Centro de Especialidade Odontológica- CEO II	2	1	1	1	1			6
Ambulatórios de Fisioterapia		2		1	5			3
Policlínicas Municipais/ Centros de Saúde	12	8	4	8	6	3	3	42
Policlínicas Regionais	0	1	1	1	1	1	0	5
Associação de Pais e Amigos Excepcionais- APAE				3				3
NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIA								
Hospitais	1	1	1	1	1	1	1	1
Maternidades com triagem neonatal	2							

Fragilidades

- Necessidade de expansão de serviço para demanda intelectual, inclusive municipal.
- Apenas 1 CER IV como referência para a Macro;
- Necessidade de aperfeiçoamento da APS para PCD;
- CER funcionando sem alguns critérios técnicos: Cajazeiras (auditivo) e Piancó (estrutura física)
- Ausência de Oficina Ortopédica na Macro
- Dificuldade de profissionais especializados (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, ABA)

DESENHO DA REDE PROPOSTO

Atenção Primária

Diante das discussões viu-se que haveria uma necessidade de qualificação sobre a temática fazendo com que os profissionais tivessem um melhor entendimento sobre o que é deficiência e os tipos, como também uma modelagem da APS diante de todas as redes que estavam sendo discutidas, inclusive da Rede em questão, pois era muitas demandas de todas as Redes para esse nível de atenção contudo precisaria-se priorizar o que seria trabalhado na APS. Nesse ponto também sentiu-se a necessidade de utilização de instrumento de coleta de dados para que servisse de base para uma discussão mais qualificada da rede, modelando de fato em cima de necessidades mais concretas.

Atenção Secundária

Na Rede da Pessoa com Deficiência verifica-se que o atendimento especializado se dá principalmente ao nível de Atenção Secundária, nesse sentido para CER IV a Rede se apresenta tendo apenas 1 (um) ponto de atenção de referência que é em Sousa (10ª região), então sugeriu-se implantar mais 1(um) CER IV em Patos (6ª região). Quanto ao CER III Cajazeiras (9ª região) já se encontra em movimento de implantação, e apenas foi reforçado para que fosse para as seguintes deficiências: intelectual, auditivo e físico. No tocante ao CER II, foi observado que para uma melhor assistência teria que ter pelo menos 1(um) em cada região para assim desafogar os CER IV que no momento apresenta um desafio de conseguir atender toda a demanda da macro. Sendo assim, sugere-se a implantação de CER II (físico e intelectual) em Teixeira (6ª região), Santa Luzia (6ª região), São Bento (8ª região) e Pombal (13ª região). Em relação ao CEO foi visto que na Macro III existe uma boa cobertura do tipo I e II, nesse sentido sugeriu-se a implantação de um CEO tipo III em Sousa (10ª região) e outro Patos (6ª região). Para Oficina Ortopédica viu-se um vazio assistencial em toda a macrorregião, onde todas as demandas eram referenciadas para a FUNADE em João Pessoa, considerando esse cenário foi sugerido a implantação de 1(uma) Oficina Ortopédica em Sousa (10ª região), cuja já se encontra em tratativas para consolidação, e outra em Patos (6ª região).

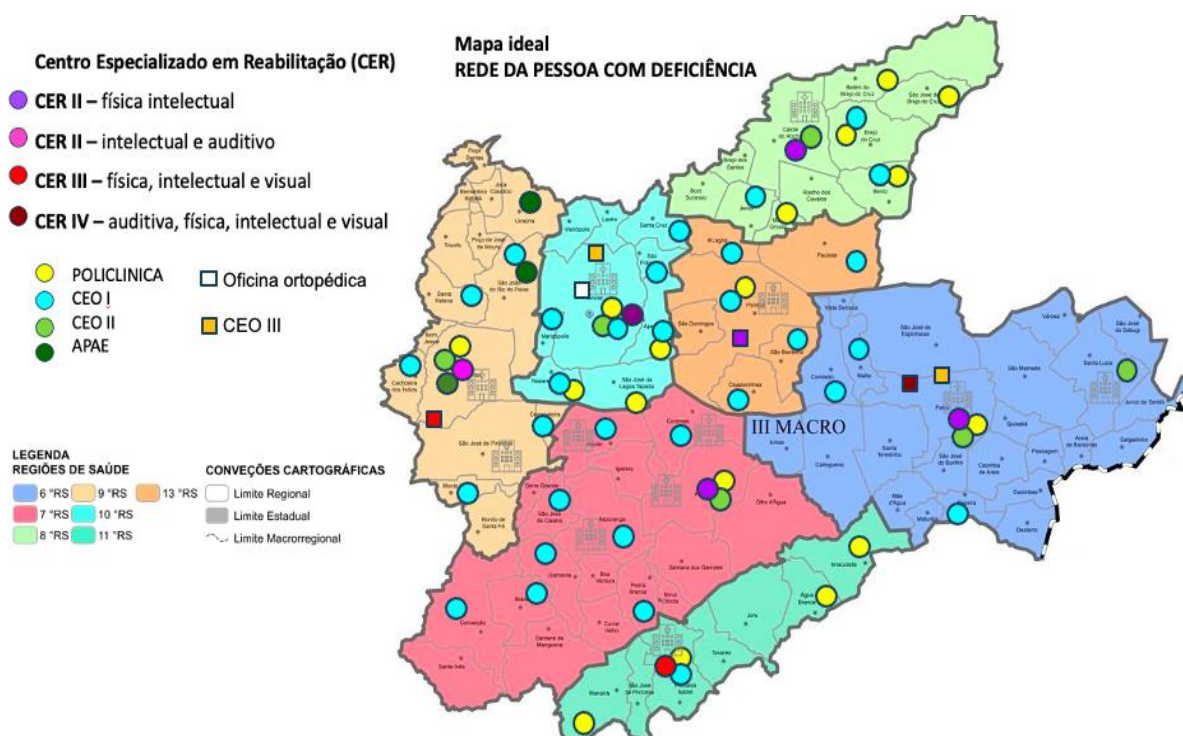
Atenção Terciária

Quanto a esse nível de atenção não ocorreu nenhum encaminhamento concreto para implantação de serviços, contudo foi colocado na discussão a relação dos hospitais com os demais pontos de atenção no sentido de melhorar a comunicação e encaminhamentos dos

pacientes que recebiam alta hospitalar com alguma deficiência para continuidade de assistência nos outros pontos de atenção da rede.

PROPOSTAS

No mapa abaixo, podemos observar sinalizados por quadrados os pontos de atenção propostos para ampliação dos serviços na III Macrorregião. Patos, um CER tipo IV; Pombal, Teixeira, São Bento e Santa Luzia um CER tipo II (físico e intelectual); Cajazeiras um CER tipo III com o físico dentro do intelectual e auditivo já em funcionamento; o CEO tipo III e a Oficina Ortopédica, ficou definido ambos como proposta para 10^a - Sousa e para a 6^a região - Patos.



PROCESSOS

- Recursos humanos:**

É necessário garantir, de acordo com as necessidades, a assistência específica para a pessoa com deficiência. Nesse sentido, existe uma insuficiência de profissionais específicos para contratação como: fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais e neuropediatras.

- **Regulação**

A maioria dos serviços são por demanda espontânea ou pela regulação da Central de cada município, existindo assim a necessidade de implantação de sistema de regulação entre os serviços.

- **Fluxos**

Em relação aos fluxos entre os serviços existentes colocou-se a necessidade de definir melhor os papéis de cada ponto de atenção e suas atribuições, principalmente entre a Atenção Primária e os demais serviços da Rede.

- **Educação permanente**

Apesar da FUNAD ser o serviço de apoio para a qualificação dos profissionais da REDE existe uma necessidade de levantamento das principais demandas de EP dos serviços e uma melhor qualificação dos profissionais da Atenção Primária, em especial a e-multi.

- **Protocolos**

Para melhor definição de papéis foi proposta a implantação de protocolos assistenciais com metas terapêuticas e alta qualificada.

- **Processos de trabalho**

Como ainda não se tem um diagnóstico específico da Rede quanto a demanda foi proposto que que houvesse a criação de um instrumento baseado nos parâmetros das portarias existentes como também de outros sistemas como o PEC e fosse validado em CIR para que houvesse um melhor diagnósticos das necessidades para melhoramento da Rede.

4.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

A rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Brasil é um componente essencial do SUS. Ela foi proposta como uma política pública com o objetivo de articular e integrar os serviços assistenciais do SUS, ampliando e qualificando o acesso dos usuários em situações de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. São componentes da RUE a promoção, prevenção e vigilância em saúde; Atenção básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA);

Unidades hospitalares (Porta de entrada-RUE, leitos de retaguarda, leitos de terapia intensiva, unidade de cuidados prolongados); Atenção Domiciliar.

Dentre as linhas de cuidado prioritárias são infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e trauma. Na III Macrorregião de Saúde da Paraíba, possui cobertura de 100% da APS com 446 Unidade de Saúde da Família- USF para fortalecer a RUE e por sua caracterização na III Macrorregião de Saúde tem os serviços porta aberta: possui 7 Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, 7 Bases de Regulação de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, 10 Hospitais Regionais, destes 2 de nível terciário, 16 Hospitais municipais possui os pontos de atenção abaixo descritos para atender a população.

PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES							Total
	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	13 ^a	
UPA	02	01	-	01	01	01	01	07
SAMU AVANÇADA	03	05	01	02	01	0	01	13
SAMU BÁSICA	13	05	05	13	05	06	03	50
SALA ESTABILIZAÇÃO	00	00	00	00	00	00	00	00
SAD	01	00	00	04	03	01	00	08
HOSPITAL REGIONAL	04	01	01	01	01	01	01	10

PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE								
PONTOS DE ATENÇÃO	REGIÕES							TOTAL
	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	13 ^a	
HOSPITAL MUNICIPAL	-	02	05	04	01	04	-	16
UPA	02	01	-	01	01	01	01	07
SAMU AVANÇADA	03	05	01	02	01	0	01	13
SAMU BÁSICA	13	05	05	13	05	06	03	50
SALA ESTABILIZAÇÃO	00	00	00	00	00	00	00	00
SAD	01	00	00	04	03	01	00	08
HOSPITAL REGIONAL	04	01	01	01	01	01	01	10

Nas discussões apresentadas pelo Grupo de Trabalho Regional- GTM, foram identificadas algumas necessidade na composição e fortalecimento desta rede apresentadas abaixo:

- Na 8^a e 7^a Região de Saúde existe um vazio assistencial em atendimentos do SAMU;
- Implantar UPA regional em: Catolé do Rocha (8^a Região) e Conceição (7^a região)
- A UPA municipal de Patos realiza atendimento regional, sem pactuação
- Superlotação no Pronto Atendimento do Hospital Janduy Carneiro -Patos
- Ausência de sala de estabilização nos município com base de SAMU
- Ausências de serviços de traumatologia na região da 7^a RS e 11^a RS sendo todos direcionados para o Hospital em Patos.

- O Hospital de Santa Luzia apesar de regional não oferta serviços essenciais para dividir a demanda com o Hospital Janduy Carneiro;
- Transporte sanitário reduzido nos hospitais regionais da III Macrorregião de Saúde.
- Profissionais sem qualificação para melhor operacionalização dos protocolos
- Ampliação de leitos de UTI nos Hospitais Regionais de Itaporanga e Patos.
- A maioria dos serviços da 6ª Região de Saúde estão concentrados no município de Patos
- Ausência de serviço de neurocirurgia na III Macrorregião
- Ausência de profissionais cardiologista, neurologista e pediatra plantonista na 8ª RS, 13ª RS, 7ª RS e 11ª RS

DESENHO PROPOSTO DA REDE

Atenção Primária.

Deve ampliar o acesso, estabelecer vínculo, responsabilizar e fornecer o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência para outro ponto de atenção quando necessário. Os profissionais devem ser capacitados para acolhimento, avaliação de risco e vulnerabilidade, bem como atendimento de urgência e emergência. Uma potencialidade da III Macrorregião de Saúde é sua cobertura de 100% de serviço de APS.

Deste modo, realizar educação permanente para os profissionais executarem e identificarem as urgências para iniciar os protocolos de primeiros cuidados e estabilizar o paciente para a transferência, otimizando o tempo resposta do cuidado. Em seguida, acompanhar o tratamento e resposta do paciente, envolvendo toda a equipe para o monitoramento e avaliação do cuidado, essa atividade deve ser realizada de forma contínua como monitoramento das ações prevenindo agravos.

Atenção Secundária

O serviço de Atendimento em Domicílio (SAD) é uma modalidade de atenção à saúde da rede integrada às RAS, contribuindo com ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação de doenças e cuidados paliativos, prestados no domicílio, garantindo continuidade do cuidado. Este serviço proporciona aos usuários um cuidado em domicílio, reduzindo as hospitalizações desnecessárias e o risco de infecções. Em alguns municípios identificados nas propostas da rede RUE, surgiu a necessidade de implantação de novos serviços.

Neste atendimento, o paciente deve ser acompanhado periodicamente para sua avaliação e orientar os cuidadores quanto a sua evolução e como devem conduzir o tratamento do paciente.

As policlínicas são utilizadas para marcação dos atendimentos com especialistas e exames necessários visando a assistência integral, prevenindo as possíveis intercorrências que possam surgir, havendo solicitação de implantação em alguns municípios descritos adiante.

Na macro existem vários SAD no entanto municípios sentem a necessidade de implantação deste como forma de qualificar o atendimento e potencializar a assistência domiciliar reduzindo transferências e hospitalizações.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) unidade de atendimento intermediário entre APS e unidades hospitalares, fazem parte de uma rede organizada de atenção às urgências com objetivo de prestar atendimento 24h de forma não hospitalar, com atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes com quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, diante deste perfil foi visto que a implantação de uma UPA regional em Catolé (8ª Região) e Conceição (7ª região) otimizaria esse cuidado.

Assim como em outras UPAs seria realizado os primeiros atendimentos aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando o paciente e realizando investigação diagnóstica inicial. Este ponto de saúde colabora para reduzir a demanda ao nível hospitalar, dando celeridade aos atendimentos.

Agilizando o atendimento e condução de forma eficiente, tem o SAMU que funciona 24h, prestando orientações e enviando veículos tripulados por equipe capacitada solicitada pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação de Urgências na III Macrorregião, que está localizada em Patos, Sousa, Cajazeiras e Piancó. Realizando atendimento nas residências, local de trabalho e vias públicas. Sua equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor. Mesmo tendo uma boa cobertura há necessidade de novos serviços, foi visto que já em fase de implantação: Joca Claudino, Poço Dantas, Cachoeira dos Índios, Monte Horebe, Princesa Isabel e Água Branca (respectivamente da 9ª região), assim como será necessário incluir uma 1 USA para: Teixeira (6ª Região), Catolé do Rocha (8ª Região) e São José de Piranhas (9ª Região)

As Centrais de Regulação organizam o atendimento nos municípios sede e nas bases descentralizadas que existem nos municípios da região para otimizar o atendimento de urgência e emergência, atualmente foi solicitada a repactuar a Regulação em Piancó.

Atenção Terciária

O objetivo da RUE na rede hospitalar é qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência para fornecer atendimento contínuo e demanda espontânea e referências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumatológicas, obstétricas e saúde mental. Atendendo o paciente que necessitar em livre demanda. Em cada região de Saúde possui um hospital regional que deve ampliar seu transporte sanitário e para otimizar o atendimento em Patos o hospital em Santa Luzia deve ter o seu serviço fortalecido.

PROPOSTAS

Após discussão com GTM esse foi o cenário proposto por ponto de atenção e por linha de cuidado:

- **UPA**

- Implantar UPA regional em: Catolé do Rocha (8ª Região) e Conceição (7ª região).
- Regionalizar a UPA João Bosco de Araújo em Patos e pactuar fluxo e financiamento em CIR.

- **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

- Na 6ª RS foi solicitada em: Teixeira, Santa Luzia, São Mamedio, Vista Serrana, Cacimbas e Desterro;
- Na 7ª RS foi solicitada em: Diamante, Boa Ventura, Olho D'água, São José de Caiana, Santa Inês, Conceição e Santana de Mangueira
- Na 8ª RS foi solicitada em: Catolé do Rocha, Belem do Brejo Cruz, São Bento e Riacho dos Cavalos;
- Na 09ª RS foi solicitada em: São José de Piranhas, São João do Rio do Peixe, Triunfo e Uiraúna;
- Na 10ª RS foi solicitado em: Santa Cruz, São José da Lagoa Tapada, Nazarezinho, Lastro;
- Na 11ª RS foi solicitada em: Água Branca, Manaira, Tavares, Juru
- Na 13ª RS foi solicitada em: São Domingos de Pombal, Paulista

- **SAMU**

- Já em fase de implantação: Joca Claudino, Cachoeira dos Índios, Monte Horebe, Princesa Isabel e Água Branca (respectivamente da 9ª região), foi solicitado base de SAMU para Mãe d'Água (6ª região) e em São Bentinho e São Domingos de Pombal (13ª região)
- Incluir 1 USA para: Teixeira (6ª Região), São Bento (8ª Região) e São José de Piranhas (9ª Região)
- Repactuar Regulação de Piancó

- **SAD**

- Está sendo implantado em São José da Lagoa Tapada 10 RS

- **HOSPITAIS REGIONAIS**

- Fortalecer o Hospital de Santa Luzia e Teixeira (6ª Região).
- Ampliação Hospital de Itaporanga (7ª Região)

- **TRANSPORTE SANITÁRIO**

- Implantar 1 tipo II em: Catolé do Rocha
- Demais hospitais ampliar frota

- **Cardiologia:**

- Contratar cardiologista plantonista para o Hospital Regional de Piancó (7ª região), Catolé do Rocha (8ª região) e Princesa Isabel (11ª região)
- Implantar serviço de Ecodoppler no Hospital Regional de Catolé do Rocha (8ª RS) e Pombal (13ª RS)
- Dificuldades para agendamento da Revascularização;
- Não realização de revascularização de membros.: alta demanda de cirurgias endovasculares (revascularização de membros)
- Baixo acesso ao serviço ambulatorial com o vascular;
- Baixa oferta de ultrassonografia de carótidas na macrorregião.
- Dificuldades de acesso aos exames de arteriografia e ultrassom com doppler com referência para 6ª RS.

- **Neurologia:**

- Contratar neurologista plantonista ou por teleconsulta no Hospital Regional de Piancó (7ª Região), Catolé do Rocha (8ª região) e Princesa Isabel (11ª Região). OU implantar serviço de telemedicina em Pombal (13ª Região) que será referência para a Região. Serviço de Neurocirurgia em Patos (6ª Região).

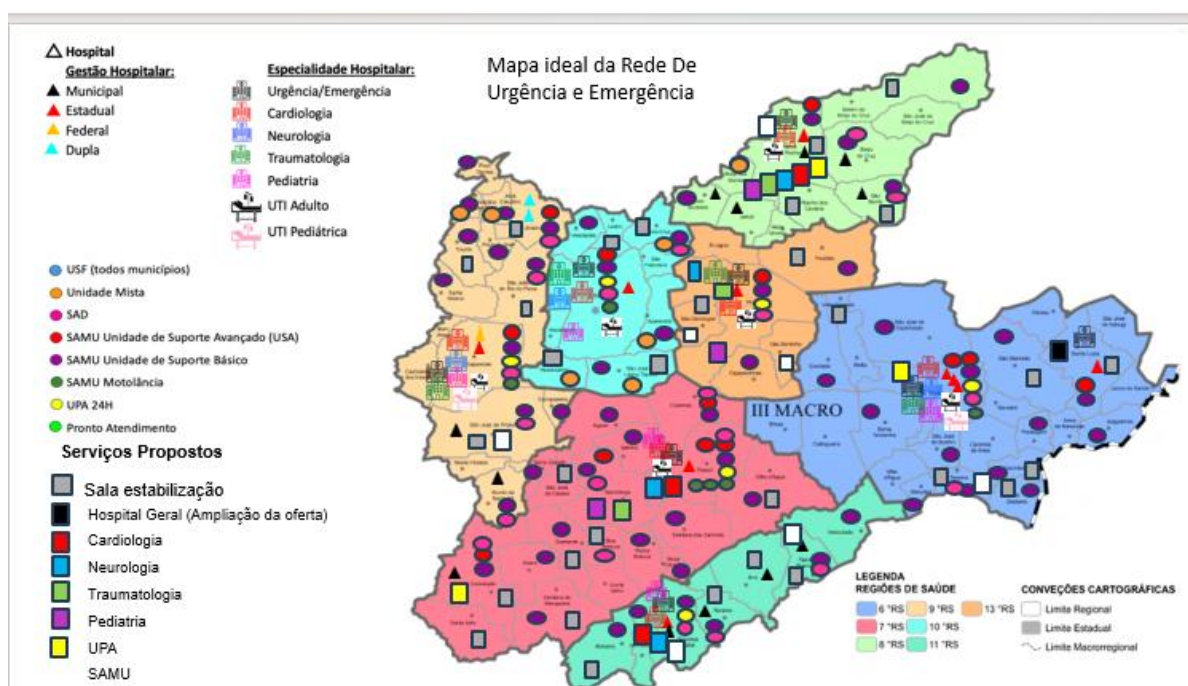
- **Traumatologia:**

- Aquisição de Arco Cirúrgico para Hospital Regional de Piancó (7ª região)
- Aquisição de mesa de tração para o Hospital Regional de Pombal (8ª região)
- Contratação de traumatologista plantonista para Hospital Regional de Piancó (7ª região) Catolé do Rocha (8ª Região) e Pombal (13ª Região)

- **Pediatria:**

- Contratar médico especialista para Hospital Regional de Piancó (7ª região) Catolé do Rocha (8ª Região) e Pombal (13ª Região)
- Implantação de serviço de USG para pediatria em Catolé do Rocha (8ª Região).

MAPA IDEAL PONTOS DE ATENÇÃO DA RUE



PROCESSOS

- **Recursos humanos**

Os recursos humanos na rede de urgência e emergência devem ser continuamente capacitados para terem habilidades técnica para atender de forma eficiente os pacientes, devendo se comunicar de forma empática com os pacientes e familiares, ter tomada de decisão rápida e assertiva em situações críticas, sabendo gerenciar situações de estresse e manter a calma sob pressão.

Diante do exposto, estes também devem se sentir valorizados pela gestão, tendo o reconhecimento financeiro necessário e trabalho com condições satisfatórias.

- **Regulação**

A regulação é feita pela Central de Regulação entre todas as bases do SAMU, o atendimento ocorre de forma satisfatória, no entanto, devido à redução de transporte sanitário nos hospitais em situações de transferência entre hospitais, há situações na III macrorregião que utilizam a base do SAMU ou transporte municipais para tal finalidade, deixando o município sem cobertura em casos de acidente.

As regulações entre hospitais tem acontecido de forma efetiva através do Núcleo Interno de Regulação, este tem funcionado ativamente, ocupando todos os leitos disponíveis na macrorregião e dando celeridade nos atendimentos, são poucos os casos com demora na solicitação.

- **Fluxos**

O fluxo de atendimento para as ambulâncias do SAMU na III macrorregião de saúde segue um processo estruturado e padronizado para garantir uma resposta rápida e eficaz às situações de emergência. Sendo essencial para garantir aos pacientes celeridade no seu tratamento, fazendo a diferença entre a vida e a morte em situações críticas.

Nos hospitais, existe o serviço o Núcleo Interno de Regulação para viabilizar o fluxo de transferência entre os hospitais, dando celeridade à resolutividade do atendimento quando há necessidade de transferência para outro serviço.

Deste modo os fluxos estão definidos mas perceberam a necessidade de reapactuação em Piancó (7RS) e a ampliação de transporte sanitários.

● Protocolos

Pensando em garantir o fluxo de atendimento eficiente, a implementação dos protocolos é necessária para agilizar os atendimentos de forma contínua. Estes existem nos serviços, no entanto, precisa ser analisado se todos os profissionais têm conhecimento do mesmo, se recebem orientações contínuas para efetivação destes protocolos, que devem ser revisados periodicamente sobre sua efetividade.

Cada linha de cuidado deve ter seu protocolo estabelecido e ser do conhecimento de todos os profissionais envolvidos com habilidade técnica para sua efetivação. Nestes possuem as etapas do processo de trabalho com descrição dos que fazer em cada etapa do atendimento, sendo: triagem, atendimento inicial, intervenção e estabilização, monitoramento e avaliação, referência e transferência (quando necessário), acompanhamento pós-tratamento.

Diante desta caracterização os técnicos refletiram que nem sempre há essa atualização contínua e muitas vezes não analisam se os profissionais possuem conhecimentos sobre os mesmos.

● Processos de trabalho

Diante do fluxo de atendimento e protocolos estabelecidos, o processo de trabalho deve ser contínuo e eficiente. Os profissionais devem estar atentos às demandas e habilitados para tal, deste modo a eficiência do tratamento estará estabelecida. No entanto, nem sempre possuem o apoio necessário para tal validação, havendo necessidade de um plano de ação em educação permanente em todos os níveis de atenção desta rede para que o processo de trabalho dos profissionais envolvidos esteja bem estabelecido.

4.3 DESCRIÇÃO DOS MACROPROBLEMAS

MACROPROBLEMA 1	CAUSAS PRINCIPAIS
Capacidade instalada insuficiente de média e alta complexidade hospitalares quanto a leitos de UTI e especialidades médicas, sobretudo nas áreas de cardiovascular, traumatismo-ortopedia, neurologia e oncologia	● Insuficiência de financiamento para implantação e custeio de novos serviços.
	● Insuficiência e baixa remuneração de profissionais especializados.
	● Insuficiência de serviços de diagnóstico para alta demanda existente.
MACROPROBLEMA 2	CAUSAS PRINCIPAIS
	● Ausência de um sistema estadual de regulação;

Fragilidade no Sistema de Regulação dos serviços de média complexidade quanto à suficiência de leitos, fluxos, ausência de protocolos e profissionais qualificados.	• Fragilidade das regulações dos municípios executores por ausência de profissionais e protocolos; • Interferência externa para o acesso aos serviços de saúde.
MACROPROBLEMA 3	CAUSAS PRINCIPAIS
Baixa resolutividade da APS.	• Fragilidade no modelo e na gestão da APS quanto ao acesso, resolutividade, desconhecimento do território, busca ativa baixa, modelo de atenção médica centrado em queixa conduta, fragilidade do planejamento para as ações. • Déficit na qualificação dos profissionais e gestão da Atenção Primária (baixa procura/participação nos processos de educação permanente, excesso de demandas, falta de priorização e apoio da gestão para ações de EP e liberação dos profissionais no horário de expediente? • Fragilidade nos recursos humanos quanto à insuficiência, rotatividade, baixa remuneração, desmotivação e resistência dos profissionais (em serem protagonistas) para o desenvolvimento das ações de saúde no território.
MACROPROBLEMA 4	CAUSAS PRINCIPAIS
Insuficiência de serviços ambulatoriais especializados. referência para pré-natal de alto risco	• Falta dos recursos financeiros. • Ausência de custeio financeiro; • Falta de equipamentos e recursos humanos/profissionais especializados.
MACROPROBLEMA 5	CAUSAS PRINCIPAIS
Fragilidade na RAPS por insuficiência de pontos de atenção e pelos problemas em sua organização e funcionamento.	• Descaracterização da atenção ao nível de CAPS (restringindo à assistência ambulatorial). • Pontos de atenção insuficientes; • Problemas no fluxo de atendimento; Fragilidade no planejamento e gestão da rede; • Deficiência no matriciamento entre os pontos de atenção • Carência de disponibilidade de medicamentos psicotrópicos básicos.
MACROPROBLEMA 6	CAUSAS PRINCIPAIS
Altos índices de partos cesáreos.	• Fragilidade nas ações de incentivo ao parto normal pela Atenção Básica; • Facilidade de acesso ao parto cesáreo em municípios circunvizinhos; • Fragilidade na vinculação das gestantes aos serviços da Atenção Básica.

	• Indisponibilidade de equipe especializada 24h (médicos e enfermeiros obstetras, fisioterapeutas) nos serviços hospitalares, promovendo e realizando partos naturais. • Falta de adesão a protocolos de boas práticas obstétricas e neonatais e intervenções externas influenciam na conduta hospitalar.
MACROPROBLEMA 7	CAUSAS PRINCIPAIS
Alto índice de gravidez na adolescência.	• Vulnerabilidade social • Fragilidades no desenvolvimento de ações e estratégias para a efetivação das políticas públicas voltadas à população de adolescentes, envolvendo educação em saúde, planejamento reprodutivo e articulação intersetorial (CRAS, Escolas, ONG's, Pastorais, APS, entre outros). • Falta de insumos para planejamento reprodutivo Fragilidades nas ações de planejamento familiar.
MACROPROBLEMA 8	CAUSAS PRINCIPAIS
Ausência de financiamento para abertura de novos projetos e habilitação de serviços de saúde mental, assim como para atualização e qualificação dos profissionais da rede	• Fragilidades na Política Nacional de Saúde Mental; • Não priorização dessa agenda por parte do governo federal;
MACROPROBLEMA 9	CAUSAS PRINCIPAIS
Aumento na taxa de internações por causas externas.	• Falta de estratégias efetivas executadas de forma intersetorial para prevenção desses agravos.
MACROPROBLEMA 10	CAUSAS PRINCIPAIS
Baixa resolutividade das ações da atenção primária da saúde materno-infantil.	• Descumprimento da carga horária de trabalho regulamentada na APS e ausência de profissionais médicos; • Incipiência na busca ativa de gestantes para pré-natal; • Dessensibilização dos parceiros em relação a também ser acompanhado e testado; • Falha no envio dos testes e subnotificação de casos de sífilis; • Fragilidade na comunicação entre os pontos de atenção da rede materno infantil devido a falta de contrarreferência do pré-natal de alto risco.
MACROPROBLEMA 11	CAUSAS PRINCIPAIS
Descumprimento e desatualização da Programação Pactuada Integrada.	• Fragilidade no Planejamento Regional em Saúde quanto à Programação Pactuada Integrada.
MACROPROBLEMA 12	CAUSAS PRINCIPAIS
Baixa resolutividade nas ações de AB direcionadas às DCNT.	• Descontinuidade das ações de promoção, prevenção e tratamento aos portadores de DCNT; fragilidade no monitoramento e acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

	• Rotatividade, sobrecarga e desmotivação dos profissionais • Falta de planejamento das ações; falta de parcerias intersetoriais para promover ações de prevenção às DCNT. • Baixa longitudinalidade das ações de educação permanente e continuada. • Falta de integração com a atenção secundária. • Descentralização da Farmácia Básica, tirando a oportunidade de encontro entre profissionais e usuário;
MACROPROBLEMA 13	CAUSAS PRINCIPAIS
Elevada taxa de diagnósticos de Transtorno Mental e sofrimento Psíquico	• Período de pós-pandemia e reflexos do isolamento social; • Poucos serviços realizam práticas de promoção da saúde (ex. PICs) como forma de prevenir exacerbações de casos; • Fragilidade nas ações intersetoriais de prevenção de transtorno mental e sofrimento psíquico.
MACROPROBLEMA 14	CAUSAS PRINCIPAIS
Fragilidade na estruturação da Assistência Farmacêutica.	• Baixo percentual de municípios com o Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica – HÓRUS implantado; • Baixa adesão ao QUALIFAR SUS; • Desatualização da REMUNE de acordo com o perfil epidemiológico da população; • Pouca atuação dos profissionais da AF junto a outros serviços, sobretudo em ações de educação permanente e matriciamento.
MACROPROBLEMA 15	CAUSAS PRINCIPAIS
Falta de implementação de leitos de retaguarda psiquiátrica nos Hospitais Regionais.	• Não habilitação de leitos • Ausência de médico psiquiatra e de equipe capacitada para o manejo desses usuários. • Ausência de medicamentos - Hospitais não estão com as estruturas adequadas para o funcionamento dos leitos.
MACROPROBLEMA 16	CAUSAS PRINCIPAIS
Baixa oferta de serviços especializados na assistência às pessoas com DCNT (exames, consultas e procedimentos).	• Insuficiência de financiamento para implantação e custeio de novos serviços. • Insuficiência e baixa remuneração de profissionais especializados. • Insuficiência de serviços de diagnóstico para alta demanda existente.
MACROPROBLEMA 17	CAUSAS PRINCIPAIS
	• Ausência de profissionais capacitados para esse público.

Oferta insuficiente de serviços da Rede de PCD	• Insuficientes recursos humanos. • Insuficiência de serviços de referência (nº e tipologia de CER insuficiente) • Fragilidade na Rede de Pessoas com Deficiência quanto à operacionalização e resolutividade de serviços habilitados. • Falta de recursos. Estrutura física do serviço insuficiente para os atendimentos; • Não cumprimento das normas para execução do serviço; • Inadequação da estrutura das instalações do CER; Falta de equipamentos. • Ausência de laboratório de órtese e prótese.
MACROPROBLEMA 18	CAUSAS PRINCIPAIS
Fragilidade na vigilância em saúde quanto à notificação de doenças e agravos.	• Poucas ações de educação em saúde e incentivo à população para procurar as unidades de saúde para notificar. • Falta de busca ativa Fragilidade nos processos gerenciais e organizações para o processo de notificação. • Falta de compreensão da responsabilidade da notificação por parte dos profissionais.
MACROPROBLEMA 19	CAUSAS PRINCIPAIS
Insuficiência de serviços de média e alta complexidade na Rede de Atenção à Saúde para atendimento de demandas de traumatologia e ortopedia.	• Insuficiência de serviços e profissionais especializados para a solução dos problemas na macro; • Inexistência de referência para assistência às urgências de trauma de média e alta complexidade; • Deficiência quanto à distribuição de leitos de urgência e emergência no Estado da Paraíba; • Defasagem no quantitativo de leitos disponíveis no Estado diante do contexto populacional atua

ESPAÇOS DE GOVERNANÇA REGIONAL

Na 3ª Macrorregião, os espaços de governança existentes são as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), que são instâncias de pactuação que, em âmbito regional, visam, através de seus membros, deliberar sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados. Cada região conta com uma CIR e uma Câmara Técnica (CT), que funcionam em formato de reuniões ordinárias mensais, com agendas fixas.

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

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

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

MONITORAMENTO

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

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações tripartite para o Planejamento Regional Integrado.** Brasília: Ministério da Saúde, [2--]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia operacional básico - Fase 5: Tópico 4.14 – Roteiro Sugestivo para a Sistematização do PRMRS. In: Orientações tripartite para o Planejamento Regional Integrado.** Brasília: Ministério da Saúde, [2--]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf. Acesso em:

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Manual do gestor municipal do SUS 2021: diálogos no cotidiano.** Brasília: Conasems, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf. Acesso em: