

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 88, DE 11 DE ABRIL DE 2025.**

*Aprova o Plano de Regulação do Estado da Paraíba.*

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

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

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

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Portaria GM/MS nº 1.604, de 18/10/2023 que estabelece a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com novas diretrizes com o objetivo de regulamentar a organização e funcionamento dos serviços de média e alta complexidade visando à melhoria e reestruturação dos processos das práticas de saúde, para garantir um atendimento mais eficiente, humanizado e integrado;

A Portaria SAES/MS nº 1.640, de 07/05/2024, que dispõe sobre a operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

A Portaria GM/MS Nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024 que altera a Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023, e revoga a Portaria GM/MS nº 1.370, de 28 de setembro de 2023;

O Plano de Ação Regional (PAR) do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) do estado da Paraíba, aprovado pela Resolução CIB-PB nº 216, de 26 de novembro de 2024, que identificou os principais problemas de saúde e, apontou a necessidade de melhoria do acesso às ações e aos serviços de saúde, contribuindo na formulação de estratégias que promovam um



sistema de saúde mais integrado, equitativo e sustentável, atendendo de forma mais eficaz às necessidades da população paraibana e melhorando os indicadores de saúde do estado;

A Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências; e,

A decisão da plenária da CIB-PB, na 3ª Reunião Ordinária, em 11 de abril de 2025, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

***RESOLVE:***

**Art. 1º** Aprovar o Plano de Regulação do Estado da Paraíba, conforme anexo.

**Art. 2º** Esta Resolução entrou em vigor na data de sua aprovação em CIB, devendo a mesma ser publicada em Diário Oficial do Estado - DOE.

***ARIMATHEUS SILVA REIS***  
Secretário de Estado da Saúde da Paraíba  
Presidente da CIB/PB

***SORAYA GALDINO DE ARAÚJO LUCENA***  
Presidente do COSEMS/PB  
Vice Presidente do CIB



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 88, DE 11 DE ABRIL DE 2025.**

**Plano de Regulação do Estado da Paraíba**

**Abril/2025**



**João Azevêdo Lins**

Governador do Estado

**Arimatheus Silva Reis**

Secretário de Estado da Saúde

**Renata Valéria Nóbrega**

Secretária Executiva de Estado da Saúde

**Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto**

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**Soraya Galdino de Araújo Lucena**

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**Lidiane Nascimento Cassimiro**

Gerente Executiva de Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Eliete Nunes**

Diretora de Planejamento e Regulação de Campina Grande

**Eduardo Simon**

Diretor de Regulação da Secretaria Municipal de João Pessoa



**Equipe de elaboração**

**Alane Andreino Ribeiro**

*(Coordenadora do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Alex Gabriel Amaral da Silva**

*(GERAV/SES/PB)*

**Ana Amélia da Fonseca P. de Sá**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Ana Maria Fernandes da Silva**

*(Assessoras Técnicas do Cosems/PB)*

**Angélica Costa Vicente**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Anna Katarina Lima Pinheiro de Galiza**

*(Assessoras Técnicas do Cosems/PB)*

**Aretha Kariely de Lira Ribeiro**

*(GERAV/SES/PB)*

**Arthur Dantas Costa**

*(GERAV/SES/PB)*

**Cleiton Charles da Silva**

*(Apoiador matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Eduardo Simon**

*(SMS/João Pessoa)*

**Eliete Silva Nunes**

*(SMS/Campina Grande)*

**Emmanuel Vinicius dos Santos Pereira**

*(GERAV/SES/PB)*

**Fernando de Castro Silva**

*(SMS/João Pessoa)*

**Giovanni Tavares**

*(SMS/Campina Grande)*

**Izanilde Barbosa da Silva**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*



**Janáina Lúcio Dantas**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Janiza Carvalho da Costa**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Jucivânia Pereira de Souza**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Lidiane Casimiro Nascimento**

*(GERAV/SES/PB)*

**Lucas Lima Rocha**

*(GERAV/SES/PB)*

**Luciana Suassuna Dutra Rosas**

*(Apoiadora Institucional do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Magno Duran Silva de Andrade**

*(SMS/João Pessoa)*

**Mara Sinthya de Sousa Martins**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Maria Analuce Dantas de Figueiredo**

*(GERAV/SES/PB)*

**Maria das Neves Silva Neta**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Matheus Spricido**

*(Escola de Saúde Pública da Paraíba)*

**Merlayne Pâmela de O. e Silva**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Pablo Emmanuel Magalhães Nunes**

*(SMS/Campina Grande)*

**Pauliany Alencar de Souza Pereira**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Rafaela Dias de Araújo Carvalho**

*(Central Estadual de Transplante - SES/PB)*

**Rafaela Novais Pires Gomes de Queiroz**



*(GERAV/SES/PB)*

**Rafaela Raulino Nogueira**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Rebeka Paula de Queiroz Pinheiro**

*(SMS/João Pessoa)*

**Roseanny Marques de Queiroga**

*(GOAB/SES/PB)*

**Sofia de Araújo Monteiro**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Thais André Lopes Dos Santos**

*(SMS/Campina Grande)*

**Vanessa Monteiro Costa**

*(GERAV/SES/PB)*

**Vanessa Rodrigues Fernandes**

*(Apoiadora matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Waléria Ribeiro Prata**

*(Apoiadora Institucional do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

**Wanderlane Candida Bezerra**

*(SMS/João Pessoa)*

**Wandresom Inácio Martins**

*(Apoiador matricial do eixo Regulação - Projeto REAP QUALI/PB)*

## **Sumário**

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>ALINHAMENTO COM COMPROMISSOS GOVERNAMENTAIS</b>	<b>5</b>
<b>ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS</b>	<b>6</b>
<b>1.INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
1.1 Regulação do Sistema Único de Saúde	7
1.2 Regulação nas Redes de Atenção à Saúde	8
1.2.1 <i>Regulação na Atenção Primária à Saúde</i>	9
1.2.2 <i>Regulação na Atenção Especializada</i>	10
1.2.3 <i>Regulação da demanda e da oferta</i>	11
1.2.4 <i>Protocolos assistenciais e de acesso</i>	12
1.2.5 <i>Complexo Regulador e Núcleos Internos de Regulação</i>	13
1.3 O papel da Saúde Digital na Regulação	14
1.3.1 <i>Telerregulação Assistencial</i>	14
<b>2.CONTEXTO ESTADUAL</b>	<b>16</b>
2.1 Planejamento Regional Integrado	16
2.2 Programação da Atenção Especializada à Saúde (PAES)	16
2.3 Desenho da regulação no estado da Paraíba	18
2.4 Fluxos dos Complexos Reguladores na Paraíba	18
2.4.1 <i>Fluxo de regulação ambulatorial</i>	18
2.4.2 <i>Fluxo de regulação hospitalar</i>	18
2.4.3 <i>Fluxo de regulação do Programa Mais Acesso à Especialistas (PMAE)</i>	19
2.5 Sistemas de regulação utilizados na Paraíba	22
2.6 Protocolos de acesso e assistenciais na Paraíba	23
2.7 Gestão das filas de acesso à atenção especializada	25
2.8 Contratações complementares	26
2.8.1 <i>Contratualização de serviços próprios da SES/PB</i>	28
2.9 Regulação do Serviço de Transplante	29

2.10 Acompanhamento de demandas judiciais	30
<b>3. GESTÃO DO TRABALHO</b>	<b>32</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>34</b>
<b>5. OBJETIVOS E RESULTADOS-CHAVE</b>	<b>35</b>
5.1 Objetivos e resultados-chave	35
5.2 Carteira de Projetos/Programas	39
<b>6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>40</b>
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	44
ANEXO 1: DEFINIÇÕES	44
ANEXO 2: MAPAS DE SERVIÇOS POR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	47



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

## **APRESENTAÇÃO**

Que regulação da saúde queremos ter na Paraíba? Para onde queremos ir? Que modelo de regulação em saúde queremos aplicar? O que podemos fazer para garanti-lo? É disso que se trata o Plano de Regulação do Estado da Paraíba (PRE). O PREP que começa a sair do papel a partir de agora, pretende recepcionar toda a inteligência que está difusa em nossas macrorregiões e regiões de saúde.

Todas as contribuições e formulações junto do governo estadual, atores regionais, intermunicipais e municipais serão bem-vindas. Todas e todos deverão fazer parte desse processo de fortalecimento da regulação para a ampliação do acesso equitativo à saúde na Paraíba.

A regulação em saúde que merecemos e que queremos nesta reconstrução deve representar toda a diversidade e ênfases que a Paraíba tem, para que assim, não tenhamos desigualdades regionais no quesito regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que de acordo com os seus princípios o acesso deve ser universal, integral e com equidade. Assim, nossas políticas públicas de regulação poderão ser monitoradas de perto, de forma transparente e responsável, orientadas para o alcance de resultados do PREP em consonância ao estabelecido no Plano Estadual de Saúde (PES).

Acreditamos na qualificação da regulação assistencial e do acesso, centrada no usuário e produtora de cuidado, com critérios claros, equânimes e baseados em protocolos compartilhados pelos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando monitorar, reduzir os tempos de espera, evitar a realização de procedimentos desnecessários, aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre equipes demandantes, ofertantes e usuários.

Para que a regulação seja instrumento efetivo para o bem-estar da população paraibana, contamos com a articulação interfederativa, profissionais que atuam na saúde e toda a sociedade. Toda essa complexa sistemática só será possível se trabalharmos juntos e focados no objetivo principal deste planejamento estratégico, que é trilhar caminhos para a efetiva implementação da regulação do SUS na Paraíba.

Desse modo, este Plano é uma importante oportunidade para apresentarmos medidas de forma clara e objetiva e que tenham impacto real, mensurável e de transformação na vida das cidadãs e dos cidadãos paraibanos.

## **ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS**

- APS – Atenção Primária à Saúde
- AE – Atenção Especializada
- CIEGS – Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS
- DRC – Doença Renal Crônica
- ESG – Estratégia de Saúde Digital
- LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados
- OCI – Ofertas de Cuidados Integrados
- ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- PAR – Plano de Ação Regional
- PAS – Plano Anual de Saúde
- PAES – Programação da Atenção Especializada à Saúde
- PES – Plano Estadual de Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PPA – Plano Plurianual
- PRE – Plano de Regulação Estadual
- PRI – Plano Regional Integrado
- NIR – Núcleo Interno de Regulação
- SUS – Sistema Único de Saúde
- RAG – Relatório Anual de Gestão (RAG)
- RNDS – Rede Nacional de Dados de Saúde
- RAS – Redes de Atenção à Saúde

## **ALINHAMENTO COM COMPROMISSOS E DIRETRIZES GOVERNAMENTAIS**

Para garantir o alinhamento do Plano de Regulação do Estado da Paraíba (PREP) junto às principais diretrizes estaduais, nacionais e do cenário internacional da saúde, foram realizadas análises do seu contexto institucional, com foco nos planos, normas e ações que devem orientar a sua atuação.

- **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS):** Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são componentes de uma iniciativa global estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. Os ODS visam orientar as políticas nacionais e as agendas de desenvolvimento até 2030. Para esse Plano destacamos os seguintes ODS: 3.8 Atingir a **Cobertura Universal de Saúde**, incluindo a proteção do risco financeiro, o **acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade** e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
- **Plano Plurianual (PPA 2024-2027):** Com objetivo de alcançar a visão de futuro delineada pela dimensão estratégica do PPA, destacamos o objetivo estratégico 1.2 **Ampliar o acesso da população à saúde pública de qualidade por meio do fortalecimento do SUS.**
- **Plano Nacional de Saúde (PNS 2024-2027):** A regulação estadual deve estar orientada aos seguintes objetivos do PNS: **Ampliar a oferta e o acesso às ações e serviços da Atenção Especializada**, conforme as necessidades de saúde da população, reduzindo as desigualdades de raça/etnia, gênero, regionais e sociais, e promovendo a integralidade do cuidado e **Aprimorar o cuidado à saúde, fortalecendo a gestão estratégica do SUS**, do trabalho e da educação em saúde, e intensificar a incorporação da inovação e da saúde digital e o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.
- **Planos Regionais Integrados:** A configuração regional da saúde na Paraíba está organizada em 16 regiões de saúde distribuídas em três macrorregiões de saúde, contemplando os seus 223 municípios. Para organização da regionalização foram elaborados Planos Macrorregionais de Saúde com objetivo de organizar as RAS conforme prioridades sanitárias territoriais.
- **Plano Estadual de Saúde (PES 2024-2027):** O PES aponta como um dos resultados para



a sociedade **Ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada** e conta com a diretriz 5 **Fortalecimento e descentralização das ações de regulação da atenção, controle, avaliação e auditoria de gestão e serviços de saúde** no campo da regulação. Os objetivos do PES relacionados à regulação estão descritos no item 6.

- **Planos Municipais de Saúde:** em especial os dos municípios de João Pessoa e Campina Grande, sedes dos Complexos de Regulação Municipais.
- **Programação da Atenção Especializada em Saúde:** no qual tem objetivo de quantificar as ações e serviços de saúde, que conformam a RAS, em cada território, ordenado por região de saúde, pactuar os fluxos assistenciais e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização.

O Plano de Regulação do Estado da Paraíba (PREP) deve estar alinhado com o Planos de Saúde, mas também a **Programação Anual de Saúde (PAS)** e o **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Os resultados-chave do Plano Estadual de Regulação irão contribuir para a apuração e avaliação dos objetivos de regulação constantes no Plano de Saúde.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Regulação do Sistema Único de Saúde.**

A regulação pública em saúde é pilar da função do Estado na gestão de sistemas e serviços de saúde, no âmbito da gestão (financiamento; planejamento; regulação e avaliação) e reforma do Estado (controle público e regulação pública) sobre o mercado e a produção de serviços de saúde na garantia dos interesses da sociedade e no enfrentamento dos crescentes custos em saúde e limitação orçamentária.

No setor saúde, a regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de bens e serviços de saúde. Os sistemas universais de saúde, em geral, têm a garantia do acesso, estímulo à inovação e a sustentabilidade financeira do sistema e do orçamento doméstico. Nesse contexto, uma resposta fragmentada da regulação na saúde pode limitar ainda mais a eficiência do sistema de saúde.

A Regulação em Saúde é uma ação de promoção de direitos e tem por finalidade contribuir para a produção de ações de saúde e, como objeto: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais dentre outros); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde.

Nesse contexto, a **Política Nacional de Regulação do SUS (PNR)** vem se desenvolvendo em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, buscando viabilizar o acesso universal, integral, equânime e oportuno à atenção, como garantia de direitos fundamentais e sociais. Para a implantação da PNR foi previsto, em portarias específicas, recursos de investimentos destinados à implantação de Complexos Reguladores. Além de dispor sobre o desenvolvimento de instrumentos para operacionalizar as funções reguladoras, tais como: protocolos de regulação contendo critérios de encaminhamentos, fluxos de acesso aos serviços de saúde, classificação de risco e vulnerabilidade, priorização e o desenvolvimento de programas de capacitação permanente de trabalhadores da saúde.



Conforme estabelecido na PNR do SUS, a **regulação do sistema de saúde** tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde; definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, as diretrizes para a regulação da atenção à saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

Por sua vez, a **regulação da atenção à saúde** está relacionada à execução das ações que definem, articulam e pactuam referências e contrarreferências nos diferentes níveis da atenção à saúde, que elaboram o planejamento e a programação das ações de saúde, inclusive as que complementam a oferta dos serviços públicos, dentre outras.

A **regulação assistencial/do acesso à saúde**, por sua vez, busca pela melhor opção assistencial a ser direcionada em tempo oportuno, ao usuário. Efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade.

Conforme descrito na **Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)**: A regulação assistencial deve estar centrada no usuário e ser produtora de cuidado, na garantia da integralidade com critérios claros, equânimes e baseados em diretrizes clínicas compartilhadas pelos serviços da RAS, visando monitorar, reduzir os tempos de espera, minimizar o absenteísmo, evitar a realização de procedimentos desnecessários, aumentar a transparência, fortalecer a coordenação do cuidado e promover a vinculação, corresponsabilização e comunicação entre equipes demandantes, ofertantes e usuários, são diretrizes da PNAES.

A Regulação desponta como uma ferramenta fundamental para lidar com o problema das filas de espera para acesso à Atenção Especializada, funcionando como um verdadeiro elo da RAS como uma ferramenta para gestão do sistema de saúde, fazendo interface com todos os serviços com ênfase na APS.

Ademais, considerando que o principal objetivo da **Regionalização** é otimizar os serviços de saúde de uma região e melhorar o fluxo de usuários nesses serviços, na busca pelos recursos para atendimento às suas necessidades, e na busca da integralidade da assistência a todos os municípios de uma dada região de saúde. O PREP está alinhado ao Planejamento Regional Integrado por meio dos **Planos Macrorregionais de Saúde**. Destaca-se que este processo ocorre no espaço regional ampliado, denominado de macrorregional, pois entende-se que é nesse espaço ampliado que se organiza as RAS, contemplando também os serviços de

alta complexidade, e tem dessa forma, escala necessária para a sustentabilidade desses serviços e otimização das ações de regulação.

### **1.2 Regulação nas Redes de Atenção à Saúde.**

Uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) se configura como uma malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário.

#### **Para onde as redes devem apontar?**

- Territorialização e regionalização
- APS como ator principal na resolução de problemas de saúde
- Mudança no Modelo de Regulação do Acesso
- Qualificação da relação com a rede complementar (contratualização)
- Formação e provimento de especialistas
- Saúde Digital
- Atuação matricial conectada à educação permanente
- Telessaúde
- **Regulação com decisões compartilhadas**
- Transporte sanitário
- Continuidade do cuidado na rede de atenção

#### **Principais desafios da regulação nas redes**

- Frágil coordenação do cuidado, pouca responsabilização e comunicação entre equipes demandantes, ofertantes e usuários;
- Escalada do processo de judicialização;
- Diálogo insuficiente sobre as decisões, suas consequências e necessidades de ações posteriores;
- Presença de diversos sistemas paralelos de regulação de municípios com gestão plena, o que dificulta a interação e interoperabilidade;

- Necessidade da SES/PB avançar na coordenação do monitoramento e avaliação do cumprimento dos processos de regulação.

### 1.2.1 Regulação na Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se refere ao conjunto de princípios e políticas para a promoção da saúde, exercendo um papel central na regulação do acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção à saúde, funcionando como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde é necessário trabalhar com base nas necessidades de uma população adstrita. Destaca-se que esta população deve possuir um vínculo com a equipe de saúde e que está estratificada segundo critérios de risco e acesso.

A APS deve não somente avaliar as necessidades clínicas dos pacientes percebidas por pessoas ou diagnósticos de profissionais de saúde, mas também outras necessidades que nem sempre são percebidas e enxergadas. E por isso que a APS é a coordenadora, pois é papel dela conhecer e identificar as subpopulações com necessidades e alcançar os recursos de toda a Rede de Saúde para oferecer o serviço apropriado para sua necessidade de cuidado, de forma a atendê-lo em sua integralidade, sejam problemas agudos ou crônicos.

Ao coordenar o cuidado e regular o acesso aos demais níveis, a APS contribui para a articulação eficiente das Rede de Atenção à Saúde (RAS). A integração entre os pontos de atenção, mediada pela APS, assegura que o usuário transite de forma adequada entre os diferentes serviços, sem enfrentar rupturas no atendimento. Isso exige protocolos clínicos bem definidos, sistemas de informação integrados e uma comunicação fluida entre os profissionais das diferentes instâncias de cuidado. Para além disso, para que a APS consiga desempenhar sua função, deve haver superação das barreiras de acesso, das carteiras de serviço restritas, escassez de recursos humanos e materiais, barreiras culturais, organizacionais, geográficas e financeiras. Para dessa forma, a APS fortalecer a resolutividade do sistema de saúde como um todo, promovendo um cuidado centrado no paciente e alinhado às diretrizes da integralidade e da equidade.

Deve ser garantido a completude das informações sobre o usuário, de modo a permitir a adequada avaliação, classificação de risco e tomada de decisão clínica no processo de regulação do acesso, tendo em vista que os encaminhamentos seguem ordem de prioridade entre demandante e ofertante de acordo com o quadro clínico do paciente.

Considerando que a APS é ordenadora da atenção à saúde e coordenadora do cuidado, é fundamental que ela exerça essas funções de forma eficaz para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento à população.

A continuidade do cuidado é um dos pilares que fortalece esse processo regulatório, pois permite que a APS acompanhe os pacientes de forma longitudinal, monitorando sua condição de saúde ao longo do tempo. Esse acompanhamento contínuo facilita a identificação precoce de agravamentos e reduz o risco de descompensações que poderiam demandar níveis mais complexos de atenção. Além disso, a APS atua na reintegração do paciente após o atendimento em outros níveis, promovendo a retomada do cuidado no território e garantindo que o plano terapêutico seja seguido com segurança, o que evita internações recorrentes e melhora os desfechos clínicos.

A APS, ao ser a ordenadora da atenção à saúde, tem o papel de organizar o fluxo de cuidados, garantindo que os pacientes sejam atendidos de maneira adequada dentro dos serviços disponíveis e conforme suas necessidades. Essa ordenação não significa apenas o agendamento de consultas, mas também a organização dos processos de cuidado, como a prevenção, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo de doenças crônicas, tudo isso com base em protocolos definidos para a realidade local e a capacidade de atendimento da unidade.

Além disso, como coordenadora do cuidado, a APS deve garantir que o paciente tenha acesso a um atendimento integrado, contínuo e sem fragmentação. Isso envolve o acompanhamento não só no nível primário, mas também o encaminhamento adequado para os demais pontos de atenção da Rede, quando necessário, e o retorno do paciente ao cuidado primário após o tratamento especializado. Esse acompanhamento coordenado é essencial para garantir que os pacientes recebam o tratamento correto, no momento certo, e que não haja lacunas ou descontinuidade no atendimento. Entretanto é importante frisar que nenhum serviço da Rede em nenhum ponto de atenção é suficiente, de maneira isolada, para atingir os objetivos



da RAS junto à população, por isso os serviços devem ser interdependentes entre si e deve haver colaboração interorganizacional, ou seja, os diversos pontos de atenção atuarem de maneira integrada, complementar e potencializando mutuamente sua capacidade resolutiva.

Uma metodologia de organização de processos de trabalho que tem potencial para abarcar os pontos relativos ao fortalecimento da Rede através da integração entre Atenção primária e Atenção Especializada é a Planificação. **Na Paraíba, a 14ª Região de Saúde foi a região piloto na Planificação, com ênfase na linha de cuidado materno-infantil e desde então temos tido experiências exitosas sobre o compartilhamento do cuidado de gestantes e puérperas.** Uma das ferramentas utilizadas para ordenar o processo de cuidar desse público foi a **Ficha de Estratificação de Risco gestacional** a ser realizado em todas as consultas pré-natal. Essa ferramenta já foi ampliada e implementada em todo o Estado e o próximo passo é ampliar a planificação para o restante do Estado, por entende-se que só através do compartilhamento do cuidado, da interdependência e da ação colaborativa entre os diferentes pontos da Rede a mesma será de fato efetiva.

Portanto, nesse contexto a APS deve:

- ✓ Possuir protocolos definidos que estabeleçam as necessidades e procedimentos de regulação assistencial e regras de acesso, bem como os casos em que a decisão e o cuidado serão compartilhados entre equipes demandantes e ofertantes de todas as redes.
- ✓ Identificar as situações em que é necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção e realizar o encaminhamento de forma eficiente e qualificada, a fim de otimizar e oportunizar o acesso do paciente ao serviço adequado.
- ✓ Ofertar a continuidade do cuidado, acompanhando o usuário em sua jornada de cuidado, através do compartilhamento do cuidado e do recebimento de ações matriciadoras dos serviços especializado, possibilitando a integração entre os diversos níveis de atenção.

Em resumo, a APS, como ordenadora da atenção à saúde e coordenadora do cuidado, precisa ter protocolos claros e funcionais para administrar a maior parte das condições de saúde de seu território. Desta forma a Rede de Atenção à Saúde deve definir e pactuar protocolos que estabeleçam as necessidades e procedimentos de regulação assistencial e regras de acesso,

para quando necessário, os pacientes sejam encaminhados de maneira ágil e eficaz para o atendimento especializado. **Essa integração e fluidez entre os níveis de atenção são essenciais para a eficiência do sistema de saúde.**

### 1.2.2 Regulação na Atenção Especializada.

A Atenção Especializada (AE) é o conjunto de conhecimentos, práticas e serviços de saúde envolvendo a atuação de profissionais especializados na produção do cuidado secundário e terciário, incluindo a utilização de insumos e equipamentos com maior densidade de tecnologias duras.

A AE compreende, dentre outras, as seguintes ações e serviços constantes em políticas e programas do SUS:

- a rede de urgência e emergência;
- os serviços de reabilitação;
- os serviços de atenção domiciliar;
- a rede hospitalar;
- os serviços de atenção materno-infantil;
- os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes;
- os serviços de atenção psicossocial;
- os serviços de sangue e hemoderivados; e
- a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

### **Desafios de regulação da Atenção Especializada**

- Necessidade de estruturar os serviços na **lógica de RAS**;
- Fortalecimento da APS promovendo a ampliação de sua resolubilidade e capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado;
- Mecanismos de coordenação do cuidado e de **monitoramento** do acesso dos usuários aos serviços necessários ao seu **itinerário terapêutico** por parte de equipes demandantes e ofertantes;



- **Regulação do acesso** e coordenação do cuidado com equidade e transparência;
- **Regulação regional** edificada a partir da gestão compartilhada via gestão dupla, ordenando e regulando, de fato, o acesso dos diversos prestadores, sem prejuízo do comando único, com um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação;
- **Comunicação** com os responsáveis municipais pela regulação do itinerário do usuário, para otimizar a logística de transporte, minimizando assim, o absenteísmo.

O **acesso regulado**, organizado em consonância com a PNR, com o objetivo de garantir a atenção em tempo oportuno e reduzir a taxa de absenteísmo e o tempo de espera, deverá:

- assegurar a equidade e a transparência;
- possuir práticas regulatórias produtoras de cuidado;
- estar organizado a partir de linhas de cuidado;
- considerar o papel regulador de cada serviço da RAS;
- estar articulado com as respectivas centrais de regulação; e
- possuir priorização por meio de critérios clínicos e que avaliem riscos e vulnerabilidades.

Adicionalmente, os serviços AE em saúde devem:

- disponibilizar sua oferta às **centrais de regulação** de acordo com o pactuado na contratualização;
- colaborar com a **regulação do acesso** a consultas, exames e procedimentos ofertados em suas dependências ou em outros serviços de saúde, compartilhando a responsabilidade na gestão das filas, tais como: **Cardiologia:** implante Cardiodesfibrilador (CDI), implante de marcapasso (MCP), implante de válvula aórtica (TAVI). **Oncologia:** ressonância magnética, tomografia com sedação e ou contraste, ultrassonografia com doppler para vascular, Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica(CPRE) e PET SCAN.

As **ações regulatórias** devem incluir dispositivos centrados nas necessidades do usuário como:

- matriciamento;
- educação permanente;
- alta responsável;
- telessaúde;
- **telerregulação assistencial**; e
- cuidado compartilhado entre profissionais da APS e AE.

Devem ser disponibilizados às equipes demandantes e ofertantes, mecanismos de coordenação do cuidado e de monitoramento do acesso dos usuários aos serviços que compõem o itinerário terapêutico necessário ao seu cuidado.

### 1.2.3 Regulação da demanda e da oferta.

A regulação do acesso aos diversos prestadores deve: I) possuir base de regulação territorial nas regiões de saúde, a partir da gestão compartilhada entre estado e municípios, sem prejuízo da autonomia de cada ente; II) ter comando único; e III) ordenar e regular o acesso aos diversos prestadores em um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação.

Portanto, a regulação da demanda e oferta entre a APS e AE é um elo fundamental para a organização do cuidado.

O quadro a seguir aponta ações estratégicas do processo de regulação da demanda e oferta:

<b>DEMANDA</b>	<b>OFERTA</b>
<b>ANÁLISE DA DEMANDA:</b> Por tipo de demanda: consulta e exames. Por unidade e médico da APS. Quantificação da demanda.  <b>RACIONALIZAÇÃO DA DEMANDA:</b>	<b>ANÁLISE DA OFERTA:</b> Por tipo de demanda: consultas, exames e internação. Por serviço e por médico especialista. Quantificação da oferta por capacidade instalada.



<p>Normalização dos processos e habilidades. Programação da demanda conforme protocolos de acesso. Dispositivos de articulação (matriciamento horizontal entre profissionais, segunda opinião à distância, comunicação com usuários do sistema). Controle do absenteísmo (contato pré atendimento e pós ausência no atendimento). Adensamento tecnológico da APS Prevenção quaternária. Lista de espera.</p>	<p><b>RACIONALIZAÇÃO DA OFERTA:</b></p> <p>Normalização dos processos e habilidades. Programação da demanda conforme protocolos de acesso. Dispositivos de articulação (regionalização da atenção especializada, matriciamento vertical entre médicos especialistas e generalistas, trabalho conjunto, segunda opinião e compartilhamento de plano de cuidados). Substituição de competências e eliminação do <b>efeito velcro*</b>. Aumento da oferta de AE.</p>
<p><b>ANÁLISE DA LOGÍSTICA:</b></p> <p>Análise situacional da gestão da informação entre APS e AE e análise situacional do transporte sanitário.</p> <p><b>RACIONALIZAÇÃO DA LOGÍSTICA:</b></p> <p>Infraestrutura de comunicação das Centrais de Regulação e prontuários eletrônicos integrados. Sistema de transporte sanitário.</p>	

**\*Efeito velcro:** fator que pressiona a agenda das unidades de AAE, consiste na vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas por generalistas, por esses profissionais especializados.

Fonte: Adaptado de Mendes (2015).

#### 1.2.4 Protocolos assistenciais e de acesso.

Conforme descrito na PNAES, os **protocolos de acesso, os processos e fluxos regulatórios** devem possuir regras, critérios, processos de decisão e de agendamento pactuados, transparentes e compartilhados por todos os envolvidos em sua execução.

A **padronização de protocolos** de gestão em saúde é fundamental para garantir a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. No âmbito da saúde, onde o bem-estar dos usuários estão em questão, a uniformização de procedimentos e práticas se torna imprescindível para minimizar erros, otimizar recursos, promover a segurança do paciente, agilizar e uniformizar o atendimento, aumentar a qualidade do serviço prestado, melhorar o planejamento das instituições e monitoramento dos resultados obtidos.



Além disso, a padronização contribui para a formação contínua dos profissionais de saúde. Com protocolos estabelecidos, é possível desenvolver treinamentos e capacitações que garantam que todos os colaboradores estejam atualizados sobre as melhores práticas e inovações no campo da saúde. Isso não apenas melhora a qualidade do atendimento, mas também aumenta a confiança dos pacientes nos serviços prestados.

Na esfera dos protocolos é possível a interação entre vários setores da gestão em saúde, seja na padronização de acesso dos usuários à saúde na atenção primária, secundária e terciária, facilitando e esclarecendo o acesso a exames, consultas ambulatoriais, procedimentos eletivos ou atendimentos de urgência e emergência.

Por fim, a padronização de protocolos de gestão em saúde é um passo importante para a conformidade com regulamentações e normas de qualidade. Ao seguir diretrizes estabelecidas, as instituições não apenas garantem a segurança dos pacientes, mas também se protegem contra possíveis discordâncias. Em resumo, a padronização de protocolos de gestão em saúde é crucial para a melhoria da qualidade do atendimento, a segurança do paciente, a formação profissional e a eficiência organizacional. Investir na padronização é investir em um sistema de saúde mais seguro e eficaz para todos.

#### 1.2.5 Complexo Regulador e Núcleos Internos de Regulação (NIR).

##### **1.2.5.1 Complexo Regulador**

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme as seguintes atribuições:

- I** - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- II** - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III** - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV** - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
- V** - executar a regulação médica do processo assistencial.



O Complexo Regulador está organizado em **Centrais de Regulação**, no qual estão divididas nas seguintes tipologias.

**I - Central de Regulação de Consultas e Exames:** regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

**II - Central de Regulação de Internações Hospitalares:** regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

**III - Central de Regulação de Urgências:** regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

**IV - Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC)** é integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

Para instituir o fluxo interestadual de usuários do SUS aos serviços de alta complexidade foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC. Nos estados, a CNRAC é representada pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC, que respondem pela regulação do acesso de usuários que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora de seu estado de origem. A CERAC Paraíba está subordinada à SES/PB e atua como solicitante, com vistas a ser executante de acordo com a Habilitação, este serviço é responsável pelo cadastramento de usuários no Sistema Informatizado da CNRAC (SICNRAC) para garantia do acesso de vaga em local disponível, no território nacional, conforme oferta de vaga pelas Unidades Executantes.

No contexto da CNRAC, o **Tratamento Fora do Domicílio (TFD)** estadual está inserido nas três macrorregiões, no contexto das Gerências Regionais de Saúde (GRS) do estado da Paraíba com objetivo de aproximação logística e administrativa para os tratamentos interestaduais.

Adicionalmente, as Centrais de Regulação devem articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela APS, podendo também ser encaminhado por policlínica, sendo de sua responsabilidade:

- Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;



- Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

### **1.2.5.2 Núcleos Internos de Regulação (NIR)**

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, e conta com as seguintes atividades:

- **Práticas de Regulação do NIR:** São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as centrais de regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade ambulatorial e hospitalar.
- **Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS):** Interface com as centrais de regulação Hospitalar e com outras instituições da respectiva rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, Centros especializados, hospitais etc.).
- **Monitoramento:** Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

### **1.3 O papel da Saúde Digital na Regulação.**

O SUS Digital visa ampliar o acesso da população aos serviços e ações de saúde, com ênfase na integralidade e resolubilidade do atendimento em saúde. Na **Estratégia de Saúde Digital (ESD)** para o Brasil (2020-2028) publicada pelo Ministério da Saúde a saúde digital pode contribuir com:

- Busca, em conjunto com a Regulação, o uso adequado dos recursos de saúde, orientado por dados, tanto nas ações de referência, como na contrarreferência, com informações de conduta e história clínica que possibilitem a continuidade do cuidado e maior



resolutividade da atenção;

- Integração da Telessaúde ao fluxo assistencial regulatório, através da plataforma específica promovendo ações de **telerregulação**.
- Fornecer dados para estruturação dos **painéis de monitoramento** no contexto do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do SUS (CIEGES), alinhados à matriz de indicadores de regulação, para acompanhamento e avaliação das demandas e ofertas dos serviços regulatórios.
- Promover gestão do sistema de regulação, permitindo controle de fluxo e otimização de recursos de forma regionalizada, garantindo equidade das ações.

### 1.3.1 Telerregulação Assistencial.

De forma ideal, o processo regulatório deve se dar de forma articulada com ações de Telessaúde, que não funcionaria como um processo à parte e opcional, mas sim, como uma etapa obrigatória no processo regulatório, no qual todo o encaminhamento passaria por uma análise, orientação e desfecho, que pode ser:

- Agendamento para teleconsulta; para consulta presencial e para telediagnóstico;
- Teleconsultoria (orientações para manejo na própria atenção à saúde);
- Teleinterconsulta (permite a conversação entre dois ou mais profissionais de saúde, com a presença do paciente, viabilizando a troca de informações a fim de oportunizar o cuidado);
- Devolução estruturada do encaminhamento para o profissional demandante com o objetivo de inserir mais informações ou realizar ajustes, por meio de serviço web.

### **Desafios da Telerregulação Assistencial**

- Os principais desafios enfrentados pelos territórios na implementação de soluções de saúde digital incluem a necessidade de garantir acesso equitativo às tecnologias e à internet e promover a integração eficiente dos diversos sistemas de informação em saúde (**interoperabilidade**).
- Além disso, é imperativo criar uma relação qualidade-equidade satisfatória, qualificar



os profissionais de saúde e pacientes no uso dessas tecnologias (**letramento digital**), e garantir a precisão e a qualidade dos dados inseridos, além de considerar as desigualdades no acesso à tecnologia.

A Telerregulação Assistencial pode otimizar o fluxo da regulação, melhorando a eficiência dos processos administrativos e clínicos, organizando fila de espera com encaminhamentos eficientes, reduzindo custos e facilitando a comunicação entre os diferentes especialistas e profissionais.



## **2. CONTEXTO ESTADUAL**

### **2.1 Planejamento Regional Integrado.**

O Estado da Paraíba conta com três Planos Macrorregionais de Saúde (versão 2, 2024). No qual tem como principal objetivo estruturar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo o acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde. Ele busca organizar e distribuir os serviços de média e alta complexidade para atender às necessidades das populações da respectiva macrorregião, considerando as especificidades de cada território. Além disso, visa ampliar a governança e o planejamento integrado entre municípios e estado, otimizando recursos e evitando a sobrecarga em determinadas unidades de saúde.

#### **I Macrorregião de Saúde (Sede: João Pessoa)**

- Composta por **4 regiões** de saúde e 64 municípios, com uma população de aproximadamente **1.809.820 habitantes**.

#### **II Macrorregião de Saúde (Sede: Campina Grande)**

- Composta por **5 regiões** de saúde e 70 municípios, com uma população de aproximadamente **1.121.153 habitantes**.

#### **III Macrorregião de Saúde (Sedes: Patos e Sousa)**

- Abrange **7 regiões** de saúde e 89 municípios, com uma população de **946.314 habitantes**.

A regulação tem um papel essencial nesse processo, pois permite qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, garantindo maior controle e equidade na distribuição das consultas, exames e procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Para isso, são propostas ações de modernização e ampliação dos sistemas de regulação, promovendo maior eficiência no encaminhamento dos usuários e na gestão das filas de espera. A regulação também está alinhada à reorganização dos serviços especializados, assegurando a efetividade do atendimento conforme a necessidade de cada paciente.



Além disso, estes planos buscam fortalecer a governança macrorregional, criando Comitês de Governança que acompanhem a implementação das políticas de saúde e atuem como suporte técnico para os espaços de pactuação intergestores. Dessa forma, a regulação se torna um eixo transversal na organização das RAS, promovendo maior integração entre os níveis assistenciais e melhorando a eficiência do sistema.

## **2.2 Programação da Atenção Especializada em Saúde (PAES) na Paraíba.**

A Programação da Atenção Especializada em Saúde (PAES), como principal instrumento para garantia do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, tem como objetivos quantificar as ações e serviços de saúde, que conformam a rede de atenção, em cada território, ordenado por região de saúde, pactuar os fluxos assistenciais e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização.

### **A implantação da PAES na Paraíba foi orientada pelas seguintes etapas:**

- **Etapa 1:** Configuração de itens de programação e de áreas estratégicas por abertura programática: que são subdivisões da abertura programática, caracterizados por agregar procedimentos semelhantes em termos de tecnologia e dispersão no território, aos quais são atribuídos parâmetros de quantificação;
- **Etapa 2:** Parametrização e quantificação das ações e serviços de saúde: ocorre a partir da aplicação de parâmetros, que são referenciais utilizados para estimar as necessidades de saúde da população;
- **Etapa 3:** Pactuação dos fluxos assistenciais: se dá mediante a definição de municípios executores e encaminhadores, para cada item de programação;
- **Etapa 4:** Alocação/ajuste dos recursos financeiros: baseado nos valores da tabela de procedimentos e OPM do SUS, expressos nos valores médios da produção aprovada por item de programação;
- **Etapa 5:** Consolidação: Concluídos os passos anteriores a PAES é submetida a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovação.

A transição da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para PAES foi um momento que exigiu o fortalecimento dos vínculos interfederativos, visando a superação das

desigualdades entre diferentes populações e regiões e a organização dos serviços de saúde de modo a atender às necessidades da população e ampliar o acesso. O processo de implantação da PAES foi realizado por um **Grupo Condutor (GC)** que, coordenado pela Gerência de Planejamento e Gestão da SES/PB, foi-lhe atribuída a responsabilidade de elaboração de uma agenda de trabalho e definição da metodologia a ser aplicada durante as atividades, buscando ainda uma integração com as diversas áreas técnicas da SES/PB. O GC passou a se reunir sistematicamente analisando, discutindo e propondo critérios e parâmetros adotados em todo o processo.

Para a etapa de pactuação dos fluxos, para os itens de programação por referência, foram realizadas três oficinas presenciais, uma por macrorregião de saúde, cinco oficinas de pactuação dos itens de programação por abrangência, também presenciais. Posteriormente foram realizadas mais duas oficinas remotas, para ajustes dos fluxos pactuados dos itens de programação por referência.

A pactuação por referência acontece quando os quantitativos programados são alocados nos municípios executores, pelos municípios encaminhadores, ou seja, os gestores definem quem vai executar suas ações e serviços, quando em seu território não houver capacidade instalada suficiente para a garantia de acesso à sua população.

Para definição de quem vai atender a seus munícipes, os gestores se apoiaram nos seguintes pontos:

- Regionalização do Estado;
- Capacidade instalada e resolutiva dos serviços de cada município executor;
- Facilidade de acesso viário à referência e contrarreferência;
- Estudo da atual pactuação, no que se refere à facilidade/dificuldade de acesso;
- Identificação das Redes de Atenção à Saúde.

A pactuação por abrangência acontece no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando os quantitativos programados são alocados no(s) município(s) executor(es) e são definidos os municípios a serem abrangidos.

A PAES foi aprovada em CIB através da **Resolução nº 227 de 12 de dezembro de 2024**, entrando em vigor a partir desta data.



### **2.3 Desenho da regulação no estado Paraíba.**

No estado da Paraíba contamos com **um Complexo Regulador Regional** (Estadual), **dois Complexos Reguladores Municipais** (em João Pessoa e Campina Grande) e **221 municípios com Centrais de Regulação Locais**.

Compete ao **Complexo Regulador Regional (CRR)**, realizar a gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação, e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado, quando pactuada. A atuação do CRR na Paraíba busca estar alinhada às normas e diretrizes do Ministério da Saúde; apoiar tecnicamente e monitorar a execução da regulação a nível estadual e municipal. O CRR da Paraíba conta com três **Centrais de Regulação**, sendo uma por macrorregional de saúde.

Compete ao **Complexo Regulador Municipal (CRM)**, realizar a gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Compete às **Centrais de Regulação Locais** realizar a gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, organizando a demanda e solicitando o acesso da população própria e referenciada que compõe serviços pactuados.

### **2.4 Fluxos dos Complexos Reguladores na Paraíba.**

#### **2.4.1 Fluxo de regulação ambulatorial.**

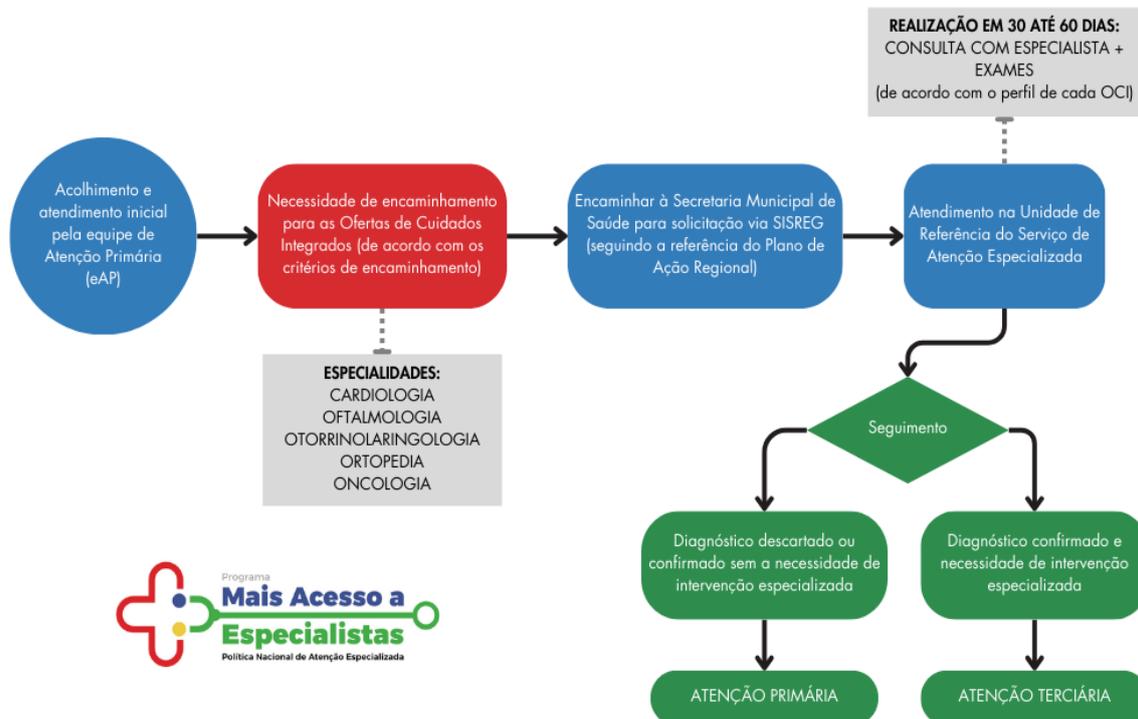
- **A Unidade Solicitante** solicita à Central de Regulação Local do município de acordo com a sua necessidade clínica;
- **A Central de Regulação Local do município** solicita consultas ambulatoriais especializadas e exames por meio do SISREG conforme códigos padronizados e protocolos de acesso pré-estabelecidos.

- **Médico(a)s reguladore(a)s** analisam a solicitação e realizam classificação de risco de acordo com protocolo de Manchester, devolvem quando necessário para complementação de informações, negam ou autorizam solicitações.

#### 2.4.2 Fluxo de regulação hospitalar.

- **A Unidade Solicitante** solicita ao Complexo Regulador por meio de um formulário por E-mail aos municípios pactuados e por meio do SISREG III aos hospitais do próprio município executor.
- **Médico(a)s reguladore(a)s** analisam a solicitação, decidindo sua urgência ou se requer solicitação de vaga, e podem pedir suporte especializado via teleconsulta estadual ou municipal, quando houver e se necessário.
- **Hospitais de referência** são responsáveis pela avaliação, internação e assistência dos pacientes encaminhados pelo Complexo Regulador, conforme o censo hospitalar.

#### 2.4.3 Fluxo de regulação do Programa Mais Acesso à Especialistas (PMAE).





Conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) criou-se o **Núcleo de Gestão e Regulação (NGR)** no qual desempenha um papel essencial na implementação do Mais Acesso a Especialistas, promovendo a **integração entre a APS e a AE**. **O NGR tem diversas atribuições, incluindo:**

- Apoiar os dispositivos de regulação com foco na comunicação entre APS e AAS;
- Realizar apoio educacional e qualificação dos profissionais de saúde;
- Monitorar da gestão de filas e contratos;
- Realizar orientações e apoio aos Núcleos de Gestão do Cuidado – NGC.

A equipe do NGR deve ser composta por profissionais qualificados em gestão da rede de saúde, contratualização de serviços, regulação do acesso e sistemas de informações em saúde e tecnologias de gestão do cuidado.

- A **Unidade Solicitante** solicita à Central de Regulação Local do município de acordo com a sua necessidade clínica e critérios de encaminhamento das Ofertas de Cuidado Integrado (OCI) de cada especialidade (Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Oftalmologia e/ou Otorrinolaringologia).
- A **Central de Regulação** Local do município solicita a OCI por meio do SISREG ou sistema de regulação próprio (seguindo a referência pactuada no Plano de Ação Regional), conforme códigos padronizados e protocolos de acesso pré-estabelecidos.
- **Médico(a)s reguladore(a)s** do respectivo complexo regulador analisam a solicitação e realizam classificação de risco, devolvem quando necessário para complementação de informações, negam conforme protocolo estabelecido pelo Plano de Ação Regional ou autorizam solicitações.
- **Unidades executantes de referência** realizam as consultas e exames disponíveis em cada OCI. Se para o seguimento do paciente houver:
  - a) Necessidade de progredir na avaliação da OCI: o médico especialista realiza o encaminhamento e o Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC) comunica ao Núcleo de Gestão de Regulação (NGR) que realiza o agendamento;
  - b) Diagnóstico descartado ou confirmado sem a necessidade de intervenção



especializada: contrarreferência à APS;

- c) Diagnóstico confirmado com necessidade de intervenção especializada: seguimento com a Atenção Terciária via Secretarias de Saúde ou via pactuação municipal, a depender do procedimento.

**Figura 1: Exemplos de indicadores para monitoramento e avaliação do PMAE:**

Nº	INDICADOR	DESCRIÇÃO	FAIXAS	PONTUAÇÃO
1	Percentual de alcance da meta de produção por OCI	Produção mensal de OCI por tipo e procedência do usuário/meta mensal prevista	90 a 100%	20
			70 a 89%	15
			50 a 69%	5
			< 50%	Não pontua
2	Tempo de permanência do usuário no serviço de AAE por OCI	% de usuários com transferência de cuidado para a APS dentro do tempo previsto para realização da OCI	90 a 100%	10
			70 a 89%	5
			<70%	Não pontua
3	Tempo máximo entre o agendamento via sistema de regulação e a realização do procedimento	Percentual de usuários que completaram os procedimentos OCI dentro do tempo previsto em contrato	90 a 100%	15
			70 a 89%	7
			50 a 69%	4
			< 50%	Não pontua
4	Absentismo nas atividades OCI	Estratégias de redução do absentismo implementadas pelo serviço	Sim	10
			Não	Não pontua
5	Sistemática de gestão das filas internas implantada	Identificação de usuários já atendidos e usuários não atendidos, por tipo de OCI, com registro do CPF e município de residência	Sim	15
			Não	Não pontua
6	Percentual de especialidades com Sustentabilidade do teleatendimento	Nº de especialidades ou Linha de Cuidado com oferta sistemática e suficiente de especialistas para atividades de telessaúde/Nº de especialidades ou Linha de Cuidado contratualizadas	>80%	15
			Entre 80% e 60%	10
			< 60%	Não pontua
7	Profissional ou Equipe responsável pela gestão do cuidado	Organização da gestão do cuidado e do itinerário do usuário por enfermeiro e/ou outros profissionais	Sim	15
			Não	Não pontua
<b>TOTAL</b>	<b>100 PONTOS</b>			

Fonte: Modelo de Termo de Compromisso com Serviços Públicos. PMAE. Ministério da Saúde. 2025



## **2.5 Sistemas de regulação utilizados na Paraíba**

Os sistemas de regulação foram desenvolvidos com o objetivo de qualificar e apoiar os profissionais de saúde das Centrais de Regulação que utilizam essa ferramenta para implementar ações de regulação no seu território.

Para regular o acesso aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente o Sistema Nacional de Regulação (**SISREG III**), desenvolvido para gestores municipais ou estaduais que possuem unidades executoras e solicitantes de serviços de saúde. No entanto, a utilização desse sistema não é obrigatória, permitindo a escolha de outros sistemas existentes no estado. Tal sistema foi desenvolvido considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, para apoiar os gestores na função de regulação do acesso.

Ademais, o sistema **e-SUS Regulação** será progressivamente ofertado pelo Ministério da Saúde, desenvolvido com a finalidade de modernizar e aprimorar a gestão de recursos de saúde e apoiar o processo regulatório dos Estados, Distrito Federal, Municípios e entidades de saúde. O e-SUS Regulação busca otimizar o fluxo de atendimento nas centrais de regulação, promovendo o acesso eficiente e organizado dos pacientes aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Além disso, proporciona maior controle e transparência na administração desses recursos assistenciais.

Atualmente, a SES/PB utiliza os seguintes sistemas para regular o acesso aos serviços de saúde: o **SISREG III** para serviços ambulatoriais e procedimentos eletivos; o **RegNUTES** para internações de cirurgias eletivas; **endereço eletrônico** para urgência e emergência; e o **SisCNRAC** para a regulação de alta complexidade interestadual.

O Complexo Regulador de Campina Grande utiliza o SISREG III para procedimentos ambulatoriais, consulta especializadas e exames e leitos para urgência e emergência e através da Central de Regulação de Urgência e Emergência, como também por meio de endereço eletrônico ([sisrefcgmunicipal@gmail.com](mailto:sisrefcgmunicipal@gmail.com) para os hospitais de Campina Grande) ([sisregcgregional@gmail.com](mailto:sisregcgregional@gmail.com) para os municípios pactuados) para regulação intermunicipal junto a regulação estadual de Urgência e Emergência. Para solicitações de procedimentos como Hemodiálise deve ser encaminhada a solicitação para o e-mail [hemodialisecrlcg@gmail.com](mailto:hemodialisecrlcg@gmail.com).



No momento, o Complexo Regulador de João Pessoa faz uso da SISREG III para agendamento de procedimentos eletivos, serviços especializados, exames de médio e alto custo, bem como para autorização de internações hospitalares. Os leitos hospitalares são regulados pela Central de Internação Hospitalar (CIH) por meio dos endereços eletrônicos ([censo.cihjp@gmail.com](mailto:censo.cihjp@gmail.com) ou [cerhcentralcihjp@gmail.com](mailto:cerhcentralcihjp@gmail.com) ) e contato telefônico (83 98150-8919 ou 83 98158-4736). O complexo está em um processo de transição para o uso de sistema SUS-Software, que integra a APS com a atenção secundária e terciária.

Quanto às ações de **telerregulação**, o Estado da Paraíba tem avançado no desenvolvimento de painéis para monitoramento e avaliação dos indicadores da regulação, tais como: taxa de ocupação de leitos, capacidade instalada, resolutividade da demanda e utilização de insumos de alto custo. Também houve investimento em serviços de teleinterconsultas por meio de plataforma web de suporte ao Programa Coração Paraibano; Programa Paraíba Contra o Câncer; Saúde Renal e Rede Cuidar. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa está desenvolvendo o projeto de Teleconsulta e Triagem em Oncologia, visando a melhor gestão de filas e atendimentos oncológicos.

Por fim, com o suporte técnico de apoiadores institucionais e matriciais, tem-se realizado orientações sobre coleta, registro, e análise de dados, para garantir a qualidade da informação desde a sua origem por meio de capacitações e orientações em tempo real junto aos reguladores municipais das regiões de saúde.

## **2.6 Protocolos de acesso e assistenciais na Paraíba.**

Conforme descrito na **Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES)**, os **protocolos de acesso e os processos e fluxos regulatórios** devem possuir regras, critérios, processos de decisão e de agendamento pactuados, transparentes e compartilhados por todos os envolvidos em sua execução

No Quadro abaixo lista de protocolos pactuados em Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB/PB):

### **Protocolos de Acesso**

- Protocolo de encaminhamento de pediatria;



- Protocolo de acesso a consultas ambulatoriais;
- Protocolo de acesso a exames de alta complexidade;
- Protocolo de acesso hospitalar;
- Protocolo acesso a bariátrica;
- Protocolo acesso endometriose;
- Protocolo acesso de catarata congênita;
- Protocolo acesso catarata;
- Protocolo de acesso cirurgia de contorno corporal (reparadora);
- Protocolo de acesso doença arterial obstrutiva crônica (DAOP);
- Protocolo acesso pterígio;
- Protocolo acesso mamoplastia redutora;
- Protocolo de doença venosa crônica (varizes);
- Protocolo de acesso capsulotomia YAG laser;
- Protocolo de acesso rinoplastia para pacientes fissurados;
- Protocolo de uso de pavilizumabe;
- Protocolo de encaminhamento a ambulatório do paciente renal não dialítico;
- Protocolo de encaminhamento de vitrectomia;
- Protocolo de encaminhamento a administração de injeção intravítrea;
- Protocolo de encaminhamento de retinopatia diabética;
- Protocolo de realização de BERA em pacientes com déficit auditivo;
- Protocolo de encaminhamento de estrabismo;
- Protocolo de acesso glaucoma.

#### **Protocolos Assistenciais**

- Dor torácica;
- Sepsis;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada (DPOC);
- Pneumonia adquirida na comunidade (PAC);
- Insuficiência cardíaca descompensada/ Choque cardiogênico;
- Bradiarritmias;
- Taquiarritmias;
- Hipertensão arterial sistêmica na emergência;
- Uso racional de hemocomponentes;
- Reações transfusionais;
- Intoxicação exógena;
- Cirrose hepática;
- Rinossinusite;
- Epistaxe;
- Corpo estranho na otorrino;
- Otite média aguda (OMA);



- Acidente ofídico;
- Litíase urinária;
- Infecções urológicas;
- Hematúria;
- Priapismo (está em Emergência Urológica);
- Fratura peniana;
- Trauma urológico;
- Escroto agudo (está em Emergência Urológica);
- Doenças das vias biliares;
- Hemorragia digestiva alta (HDA);
- Hemorragia digestiva baixa (HDB);
- Abdome agudo;
- Isquemia mesentérica;
- Traumas vasculares;
- Oclusão arterial aguda;
- Isquemia crítica de membro;
- Cetoacidose diabética;
- Estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH);
- Hipoglicemia (Neonatologia);
- Febre sem sinais localizatórios (Pediatria);
- Hidratação na pediatria;
- Icterícia neonatal;
- Trauma crânio encefálico (Pediatria);
- Crise convulsiva (Pediatria);
- Rotura prematura de membranas ovulares e Corioamnionite;
- Sepses na gestação;
- Sangramento uterino anormal (SUA);
- Doenças da tireoide na gestação;
- Trombofilias na gestação;
- Síndrome hipertensiva na gestação;
- Hemorragia pós-parto;
- Trabalho de parto prematuro;
- Sangramentos na gestação;
- Alta médica segura (GO);
- Fratura exposta;
- Fratura exposta com hipofluxo de extremidades;
- Luxação de quadril;
- Osteomielite;
- Grandes perdas ósseas;
- Trauma raquimedular (TRM);



- Acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi);
- Acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh);
- Traumatismo crânio encefálico (TCE-adulto);
- Edema agudo de pulmão (EAP);
- Infecções associadas à assistência à saúde;
- Vias aéreas;
- Antibioticoterapia (UTI);
- Pneumonia associada à ventilação mecânica (UTI);
- Tromboembolismo venoso/ Trombose venosa profunda (UTI);
- Profilaxia úlcera de estresse (UTI);
- Desmame de Ventilação mecânica (UTI);
- Sedação e analgesia (UTI);
- Ventilação mecânica.

## **2.7 Gestão das filas de acesso à atenção especializada.**

A Gestão de filas tem como objetivo instrumentalizar os gestores locais e municipais a gerir o acesso do cidadão às Unidades de Saúde e a gestão compartilhada. O fluxo de acesso à atenção especializada, através de consultas ambulatoriais e exames eletivos, se dá através da regulação, por meio do sistema SISREG III. Nele, é possível realizar o gerenciamento de agendas dos hospitais executantes, assim como realizar autorização e agendamento de cada solicitação, através da classificação de risco, de acordo com o quadro clínico informado.

A gestão da fila de espera nos atendimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS deve ser baseada em princípios de equidade, transparência e eficiência. É essencial a adoção de um sistema informatizado para registro e acompanhamento das solicitações, permitindo que os pacientes sejam organizados conforme a gravidade do caso, tempo de espera e critérios de prioridade estabelecidos por protocolos clínicos. Além disso, a fila deve ser única e integrada entre os diferentes níveis de atenção, evitando duplicidades e garantindo um fluxo contínuo no atendimento.

A regulação do acesso deve ser realizada por equipes especializadas, que avaliem as solicitações médicas de forma criteriosa, priorizando casos urgentes e garantindo que os recursos sejam utilizados de maneira justa. A utilização da classificação de risco nos serviços de urgência e a adoção de protocolos específicos para especialidades médicas são fundamentais



para garantir que os pacientes mais graves sejam atendidos com rapidez, sem comprometer a equidade para aqueles com condições crônicas ou eletivas.

A **transparência no gerenciamento da fila** também é um fator essencial. Os pacientes devem ter acesso a informações claras sobre sua posição na fila, os critérios de priorização e o tempo médio estimado para o atendimento. Ferramentas como painéis online, centrais de atendimento telefônico e comunicação ativa por SMS ou aplicativos podem auxiliar na redução da ansiedade dos usuários e na otimização da organização do sistema de saúde.

A **classificação de risco** inicialmente informada pela unidade solicitante, pode ser alterada pelo médico regulador do complexo regulador, de acordo com a análise clínica devidamente realizada. Com isso, é possível colocar em prática o princípio doutrinário do SUS, a equidade, possibilitando assim, que o usuário possa realizar a consulta ou seu exame eletivo, de forma prioritária.

Dessa forma, o gerenciamento da fila de espera para realização de consulta ambulatorial especializada, ou exame eletivo se torna possível conforme a prioridade de urgência.

A gestão das filas no SUS envolve diversas etapas para garantir um atendimento eficiente, transparente e equitativo. **As principais etapas da gestão das filas são:**

#### **Etapas da gestão das filas:**

##### **1. Cadastro e Regulação da Demanda**

- O paciente é inserido no sistema de regulação após encaminhamento médico, seja para consultas, exames ou procedimentos;
- A solicitação deve conter informações detalhadas, como quadro clínico, exames prévios e justificativa do encaminhamento;
- Um sistema informatizado deve registrar e classificar os pedidos para evitar duplicidades e fraudes.

##### **2. Classificação de Prioridade**

- A equipe reguladora analisa os pedidos conforme critérios clínicos e de urgência, seguindo protocolos estabelecidos;
- Pacientes com casos graves ou de risco iminente recebem prioridade sobre casos



eletivos ou menos urgentes;

- Outras prioridades, como grupos vulneráveis (idosos, crianças, gestantes e pessoas com deficiência), também são consideradas.

### **3. Acompanhamento e Transparência**

- O paciente pode consultar sua posição na fila e o tempo estimado para atendimento por meio de canais oficiais (portais, aplicativos ou centrais de atendimento).
- Atualizações periódicas da fila garantem que pacientes já atendidos ou que não compareceram sejam removidos, liberando vagas para novos usuários.

### **5. Otimização e Redução do Tempo de Espera**

- Medidas como mutirões, telerregulação, ampliação de horários de atendimento e parcerias com instituições podem acelerar a fila;
- Monitoramento constante dos tempos de espera e reavaliação dos processos para maior eficiência.

Essas etapas são essenciais para garantir que a fila de espera no SUS funcione de maneira justa e eficiente, proporcionando melhor acesso à saúde para todos os usuários.

## **2.8 Contratações complementares.**

Para assegurar o resultado dessas funções, deverão as partes (signatárias) cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos, em conformidade à modalidade institucional de gestão e prestação de serviços. Na atividade assistencial, deve ainda ser entendida como um mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a Política Nacional de Regulação, na dimensão da regulação da atenção.

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem dupla função:

- Estabelecer uma ferramenta (jurídica) formal que garanta a legalidade do contrato;
- Ser instrumento de compromisso entre as partes com o estabelecimento de metas mensuráveis vinculadas ao repasse dos recursos financeiros.



Para assegurar o resultado dessas funções, deverão as partes (signatárias) cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos, em conformidade à modalidade institucional de gestão e prestação de serviços. Na atividade assistencial, deve ainda ser entendida como um mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a Política Nacional de Regulação, na dimensão da regulação da atenção.

Restando demanda, a complementação inicialmente deverá ser feita por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, observando a preferência destas. Se ainda persistir demanda, o gestor promoverá a contratação de empresas junto à iniciativa privada, com a celebração de contratos administrativos decorrentes de licitação. É importante lembrar que existem portarias do Ministério da Saúde que trazem orientações sobre o processo de contratualização/contratação no SUS. A **Portaria GM/MS nº 2.567**, de 25 de novembro de 2016, que *“dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”*, é o documento oficial que fala sobre a possibilidade do credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS.

Além das legislações citadas, a portaria a ser observada quando da contratação de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é a **Portaria GM/MS nº 3.410**, de 30 de dezembro de 2013, que *“estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)”*.

Destaca-se que não se pode jamais perder de vista que toda transferência de recursos públicos, independentemente de sua finalidade, está subordinada aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme dispõe o art. 37 da Constituição Federal de 1988. Adicionalmente, é sempre bom lembrar que **somente pode haver contratação de serviços privados quando forem insuficientes as estruturas do Poder Público. O atendimento público através de serviços privados deve consistir em exceção, tolerável apenas se e enquanto não disponibilizado diretamente pelo Poder Público.**

**A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo (Plano Estadual de Saúde**



- PES ou Plano Municipal de Saúde - PMS), sendo detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS), e ainda, com sua formalização jurídica por meio de instrumento contratual que estabeleça, de forma clara e objetiva, os direitos e deveres de cada uma das partes.

Ademais, é importante a clareza quanto à compreensão que a complementação prevê a contratação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, que possua sede e estrutura própria, razão social e **Cadastro no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Tal fato é importante, para que não ocorra contratos com prestação de serviços dentro da estrutura pública.

A contratualização é um processo que consiste no procedimento de ajuste de condições específicas no relacionamento entre duas partes, seja entre o Poder Público e seus órgãos (**contratualização interna**), ou entre Poder Público com entidades de direito público, privado e entidades da sociedade civil (**contratualização externa**).

#### **Passos para a contratação dos serviços:**

1. Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, e que há necessidade de complementação: em primeiro lugar verificar se em sua rede existem instituições públicas de outra esfera de governo, com as quais deverá formalizar um acordo para compra de serviços destas, por meio de protocolo de cooperação entre entes públicos;
2. Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso na **Lei nº 14.133/2021**, também conhecida como Nova Lei de Licitações e Contratos (NLLC), para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
3. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:
  - 3.1. Convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;
  - 3.2. Contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.
4. A ampliação de serviços já existentes, com oferta insuficiente, e/ou a de serviços



ausentes no território, deve priorizar arranjos e estratégias regionais.

### 2.8.1 Contratualização de serviços hospitalares próprios da SES/PB.

O projeto de Fortalecimento das Áreas de Regulação e Apoio à Contratualização nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) orientado a apoiar o aprimoramento das áreas de Regulação nas SES e o processo de contratualização com os hospitais próprios. Adicionalmente este projeto envolveu a interação entre SES, Conass, Ministério da Saúde e Hospital Sírio Libanês (HSL) visando compartilhar experiências e fortalecer estratégias.

Em 2022 e 2023 o projeto buscou trabalhar as 25 SES que aderiram formalmente ao projeto, auxiliando no aprimoramento da área de Regulação e a Contratualização, no caso da Paraíba, de dois hospitais próprios, para propor um novo modelo base no contexto encontrado.

Durante o desenvolvimento do projeto, estabeleceu-se a Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV), responsável pela condução das políticas de Regulação e de avaliação da assistência em saúde de média e alta complexidade, bem como pelo acompanhamento e a avaliação da execução de protocolos de regulação.

Ainda no âmbito das responsabilidades, por intermédio da gestão do complexo regulador, acompanhou-se indicadores com o objetivo de avaliar o impacto das ações de regulação na assistência em saúde. No mesmo eixo da modernização organizacional, a SES/PB implantou a Gerência de Gestão e Supervisão de Contratos (GGSC). Criada em 2021, a GGSC responsabiliza-se pelo acompanhamento dos contratos de gestão celebrados com Unidades Hospitalares, incluindo aqueles operacionalizados pela PB-SAÚDE, bem como o acompanhamento de outras unidades assistenciais da Rede Estadual de Saúde. Destaca-se o monitoramento e a avaliação das metas e indicadores das unidades hospitalares contratualizadas, bem como o levantamento das necessidades da RAS, priorizando a Atenção Hospitalar da média e alta complexidade.

Neste processo de estruturação da GGSC, a Área da Regulação não evidenciava participação ativa na construção das metas e dos indicadores dos contratos de gestão, bem como das ações de monitoramento e avaliação desses contratos que estavam surgindo. Entretanto, a



partir das discussões suscitadas pelos Termos de Referência do Projeto, vislumbrou-se um protagonismo da Regulação, na medida em que afloraram relatos nos encontros mensais sobre a participação da Regulação na avaliação dos relatórios que tratam dos resultados das metas e dos indicadores afeitos às contratualizações.

Observamos que houve avanços na discussão, revisão e proposição de melhorias no processo de regulação da linha de cardiologia pela Central Estadual de Regulação (linha priorizada pela gestão - Coração Paraibano), além de fomentar a sinergia entre a Regionalização, Regulação e Contratualização, com a participação em grupos técnicos e grupos de trabalho vinculado aos temas. Quanto ao sistema de regulação estadual, REGNUTS o projeto fomentou discussões que objetivam a importância do desenvolvimento de relatórios de avaliação e monitoramento para o processo de contratualização.

Com o transcorrer do Projeto observaram-se mudanças positivas nas áreas da Regulação da Atenção e no processo de Contratualização na SES/PB, além da criação de novas perspectivas futuras. Os principais avanços observados e apontados pela equipe do Projeto:

- Sinergia e maior interação entre os setores, melhorando a integração e os processos de trabalho, que envolvem a RAS e a Contratualização;
- Melhoria na comunicação entre os setores e com os prestadores, destacando-se os Hospitais e Laboratório;
- Aprimoramento do conhecimento da estrutura física, processos e realidades dos Hospitais e Laboratório;
- Expectativa de institucionalização dos legados do projeto para efetivar a contratualização dos hospitais da administração direta e indireta que ainda não possuam formalização contratual;
- Perspectiva de implementação do processo de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão da Fundação PB-Saúde;
- Reconhecimento da Regulação da Atenção como ordenadora do processo de contratualização e priorização das necessidades de saúde considerados no PRI e PES, resultando, assim na qualidade da assistência ao usuário SUS e na eficiência da RAS.

O acompanhamento continuado, agora pela própria equipe estadual, das ações e metas construídas e a tentativa de envolvimento efetivo da liderança da SES, guardam potencial



suficiente para garantir o cumprimento de ações estruturantes necessárias, assim como de concretizar a utilização institucional e ampliada dos legados obtidos com este Projeto.

## 2.9 Regulação do Serviço de Transplante.

A SES/PB regulamentou as atividades técnicas da **Central Estadual de Transplante de Órgãos e Tecidos da Paraíba (CET/PB)** por meio do Decreto Governamental nº 20.129/98, de 30 de novembro de 1998. A CET/PB é responsável por coordenar e supervisionar as atividades relacionadas à doação e transplante de órgãos e tecidos no estado. Ela desempenha um papel importante na intermediação entre doadores, receptores e equipes de captação e transplante. Além disso, a central é responsável por manter um sistema de informações atualizado e promover a conscientização da população sobre a importância da doação de órgãos.

A CET/PB recebe mensalmente recursos financeiros do Ministério da Saúde e, para isso, precisa cumprir metas pré-estabelecidas. A SES/PB está empenhada em viabilizar ações para incrementar a política de doações e transplantes no estado, buscando alcançar todas as regiões de saúde. É importante esclarecer aos cidadãos da Paraíba que necessitam dos serviços de transplante que na Paraíba são realizados transplantes de rim, fígado, coração, córnea e medula óssea, evitando que precisem se deslocar para outro estado em busca desses serviços.

A Paraíba está trabalhando para o aumento de doações de órgãos e tecidos para transplantes, além de atingir as metas pactuadas, buscando melhorar exclusivamente a qualidade de vida de muitos paraibanos que aguardam por um transplante e daqueles que não sabem que é possível ter acesso a esses serviços pelo SUS. Os principais desafios são aumentar o número de notificações de óbitos, agilizar o processo de diagnóstico de morte encefálica, aumentar o número de autorização familiar e otimizar o processo de doação, captação e transplantes.

A CET/PB deve acompanhar e monitorar as atividades realizadas pelas **Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)**, que são compostas por equipe multiprofissional, no qual organiza o processo de doação de órgãos e tecidos em hospitais. A CET/PB deve também incentivar à criação de outras comissões nos hospitais que ainda não as possuem.

As atribuições essenciais da CET/PB são: a) receber notificação de óbitos da rede



hospitalar pública e privada, colaborar com o processo de manutenção, doação, captação, e distribuição de órgãos e tecidos para transplante; b) gerenciar a lista única para transplante de órgãos e/ou tecidos; c) credenciar e recredenciar junto ao **Sistema Nacional de Transplantes (SNT)**/Ministério da Saúde, equipes e estabelecimentos para realização de transplantes e; d) gerenciar as unidades de captação de João Pessoa, Campina Grande, para acompanhamento das doações, captações e atividades administrativas por elas desenvolvidas.

Adicionalmente, existem duas **Organizações à Procura de Órgãos (OPO)**, uma em João Pessoa e outra em Campina Grande com a função de realizar busca ativa de potenciais doadores em serviços de emergências e UTIs.

Contato da CET/PB:

- E-mails: [transplante@ses.pb.gov.br](mailto:transplante@ses.pb.gov.br) e [transplante@gmail.com](mailto:transplante@gmail.com)
- Telefone: (83) 98845-3516; (83) 3225-6409; (83) 3244-6192.

## 2.10 Acompanhamento de demandas judiciais de ações e serviços de saúde.

A judicialização da saúde ocorre por meio do acionamento do Poder Judiciário por parte dos cidadãos que requerem do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações, entre outros bens e serviços de saúde. Demandas judiciais podem promover acesso mas também podem causar inequidade no acesso e desequilíbrio orçamentário. Nesse contexto, as Secretarias de Saúde juntamente com o Judiciário devem assegurar que todos sejam tratados de forma isonômica pelo Estado, segundo as condições estabelecidas nas políticas públicas.

Adicionalmente, a área técnica da regulação assistencial e do acesso das Secretarias de Saúde podem contribuir com a mitigação de demandas judiciais evitáveis ou desnecessárias, por meio das seguintes medidas:

1. Fluxo administrativo para resoluções de decisões judiciais garantindo o direito de acesso ao usuário.
2. Melhoria da gestão do SUS: Investir em eficiência e garantir maior cobertura de tratamentos.
3. Protocolos de acesso à saúde: Estabelecer critérios claros para medicamentos e tratamentos de alto preço.



4. Mediação e conciliação: Uso de técnicas alternativas de resolução de conflitos para diminuir o impacto da judicialização.
5. Apoio ao Magistrado: com a assinatura do termo de cooperação ao Tribunal de Justiça com um NATJUS (Núcleo de apoio técnico ao judiciário nas tomadas de decisões).
6. Racionalidade da gestão de recursos financeiros para demandas judiciais.

As demandas judiciais que envolvem exames, consultas ambulatoriais e demais procedimentos da alçada do Complexo de Regulação Municipal de João Pessoa são tratadas diretamente pela Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde, que tem um núcleo jurídico dentro do edifício da Central de Regulação Municipal. Essa assessoria é responsável por analisar cada solicitação judicial, verificar a viabilidade do atendimento dentro da rede municipal e encaminhar as providências necessárias para o cumprimento das decisões, garantindo que os serviços de saúde sejam prestados de forma organizada e em conformidade com as diretrizes do sistema de regulação.

Em Campina Grande, todas as demandas judiciais relacionadas com os procedimentos de consultas, exames e cirurgias são direcionadas para a Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande onde serão avaliadas e encaminhadas para a Central de Regulação. Desta forma, a solicitação é analisada e se o procedimento estiver contemplado na rede de serviços do município será autorizado e confirmado o cumprimento da decisão, caso contrário é encaminhada para abertura do processo de dispensa de licitação pelo setor responsável e após a conclusão é providenciado o atendimento de acordo com a demanda.



### **3 GESTÃO DO TRABALHO**

Com objetivo de qualificar o processo de trabalho dos trabalhadores envolvidos na regulação do acesso recomenda-se as seguintes atribuições:

#### **3.1 Gestor(a) estratégico(a) do Complexo Regulador**

##### *Gestão e Coordenação da Regulação em Saúde*

- Conduzir a política de Regulação de Saúde;
- Supervisionar e coordenar as atividades e serviços do Complexo Regulador;
- Promover a gestão da regulação alinhada às normas e diretrizes do Ministério da Saúde;
- Consolidar propostas orçamentárias e prestar contas dos recursos destinados à regulação.

##### *Monitoramento, Avaliação e Desenvolvimento Técnico*

- Acompanhar indicadores e avaliar o impacto das ações regulatórias na assistência em saúde por meio de painéis de monitoramento padronizados;
- Administrar e avaliar práticas assistenciais, considerando necessidades de aprimoramento normativo;
- Fiscalizar e viabilizar apoio técnico, logístico e operacional para ações de regulação e avaliação;
- Garantir que as decisões na regulação sejam baseadas em evidências científicas e melhores práticas.

##### *Articulação e Integração Institucional*

- Articular e gerir parcerias entre diferentes níveis de governo para garantir uniformidade regulatória;
- Conduzir a interlocução e o consenso entre os complexos reguladores;
- Apoiar estratégias nacionais de regulação adaptadas às demandas locais e padrões técnicos vigentes;
- Viabilizar a disponibilização de informações e relatórios atualizados para subsidiar políticas governamentais na área da saúde.

#### **3.2 Gestor(a) operacional do Complexo Regulador - ambulatorial**

- Coordenar e supervisionar processos de regulação da Atenção Especializada



Ambulatorial;

- Organizar e orientar políticas assistenciais na área de saúde, para subsidiar protocolos de regulação e avaliação da assistência em saúde;
- Viabilizar e acompanhar o acesso e atendimento de pacientes, observados os níveis de complexidade de cada um deles e os serviços assistenciais regulamentados;
- Conduzir a interlocução entre os serviços ambulatoriais da rede juntamente com a central de regulação;
- Registrar e monitorar atividades, ocorrências e estatísticas, do Complexo Regulador.

### **3.3 Gestor(a) operacional do Complexo Regulador - hospitalar**

- Coordenar e supervisionar processos de regulação da Atenção Especializada Hospitalar;
- Organizar e orientar políticas assistenciais na área de saúde, para subsidiar protocolos de regulação e avaliação da assistência em saúde;
- Viabilizar e acompanhar o acesso e atendimento de pacientes, observados os níveis de complexidade de cada um deles e os serviços assistenciais regulamentados;
- Conduzir a interlocução entre os Núcleos Internos de Regulação da rede hospitalar juntamente com o Complexo Regulador;
- Registrar e monitorar atividades, ocorrências e estatísticas, dos Complexos Reguladores por meio de painéis de monitoramento unificados e padronizados;
- Orientar o/a enfermeiro/a regulador/a na execução de transferências inter-hospitalares e demandas judiciais.

### **3.4 Gestor(a) das Centrais de Regulação Locais.**

- Acolher as demandas dos serviços locais de saúde da APS e AE e solicitar conforme as pactuações junto aos complexos reguladores de acordo com a PAES;
- Orientar os profissionais de saúde sobre a regulação conforme protocolos de acesso;
- Organização interna quanto aos critérios de priorização no cuidado à saúde no território;
- Encaminhamento da demanda a um Complexo Regulador pactuado.

### **3.5 Gestor(a) da auditoria médica**

- Gerenciar os plantões e acompanhar a dinâmica da regulação;
- Encaminhar intercorrências e ações resolutivas à Coordenação da Central;



- Atuar sobre a demanda reprimida e estabelecer contato com chefes de plantão dos Estabelecimentos de Saúde;
- Informar à Direção Geral situações que demandem intervenção imediata e coordenada a nível ambulatorial e/ou hospitalar.

### **3.6 Navegador(a) do cuidado**

- Realizar busca ativa e acompanhamento individual dos processos envolvidos no diagnóstico e no tratamento com objetivo principal identificar e superar barreiras que possam prejudicar as medidas de cuidado assistencial;
- Articulação dos componentes da atenção básica, da atenção domiciliar, da atenção especializada e dos sistemas de apoio, de regulação, logísticos e de governança, de acordo com as normas do sistema de saúde;
- Propor estratégias de treinamento direcionados aos profissionais que atuarão na navegação, considerando as linhas de cuidado prioritárias.

### **3.7 Ponto focal para ações de Educação Permanente em Regulação**

- Suporte de Educação Permanente dos trabalhadores das Secretarias de Saúde sobre os processos de trabalho envolvidos com a regulação em saúde;
- Apoio educacional e qualificação dos profissionais de saúde por meio da promoção de ações de ensino-serviço nos territórios e de educação continuada e permanente.

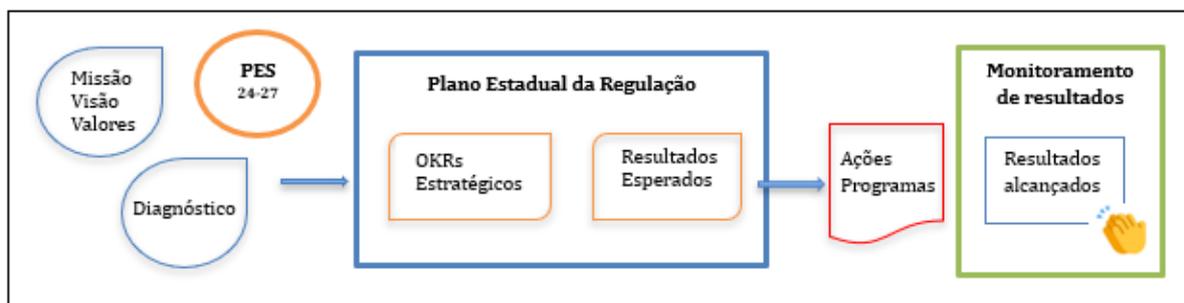
#### **4. METODOLOGIA APLICADA**

A formulação do Plano Estadual de Regulação para o ciclo de 2025-2027 teve início com o mapeamento dos macrodesafios e os grandes resultados a serem alcançados ao término do período deste Plano. Com base em diagnóstico institucional e reconhecendo que a verdadeira gestão se fundamenta na capacidade de mensuração, foi adotada a **metodologia “Objetivos e Resultados-Chave (OKR)”**. Este método de gestão possibilita a definição de **resultados-chave (KRs)**, do inglês *Key Results*) a partir dos objetivos estratégicos, servindo como parâmetros para a mensuração e avaliação desses objetivos.

Além disso, foi desenvolvido um Portfólio de Projetos Estratégicos sob a perspectiva da gestão ágil para resultados, alinhando-se às diretrizes estabelecidas nos Planos de Saúde da Paraíba. Nesse contexto, foram conduzidas investigações para identificar e priorizar iniciativas com relevância, contribuição estratégica, disponibilidade de recursos e capacidade operacional de execução.

Em suma, essa estratégia foi elaborada com foco nos seguintes princípios: seletividade (priorizando temas mais relevantes e urgentes), clareza (utilizando uma linguagem simples e assertiva para facilitar a comunicação), consistência metodológica (adotando abordagens e ferramentas eficientes) e participação (adotando o engajamento e senso de pertencimento entre os envolvidos). Esses critérios são essenciais para garantir que o processo de implementação do plano tenha abordagem inovadora na construção, com agilidade na formulação e atendimento a prazos.

Por fim, destacamos que o modelo de negócio do Plano de Regulação do Estado da Paraíba busca unir o capital humano, organizacional, informacional, orçamentário, e de gestão de risco para o monitoramento permanente e geração de resultados.





## **5. OBJETIVOS E RESULTADOS-CHAVE**

### **5.1 Objetivos e resultados-chave (OKR)**

#### **5.1.1 OKR Estratégico 1: Implementar a Política Nacional de Regulação em Saúde no Estado da Paraíba.**

**Este OKR contribui para o alcance dos seguintes resultados-chave (*key results*):**

**KR 1.1** Elaboramos um Plano Estadual de Regulação (2025-2027) participativo conforme os objetivos estratégicos da Regulação que constam no Plano Estadual de Saúde com abordagem clara e objetiva para todas as partes interessadas;

**KR 1.2** Discutimos a execução do Plano Estadual de Regulação junto às partes interessadas;

**KR 1.3** Planejamos e monitoramos a execução semestralmente do Plano Estadual de Regulação;

**KR 1.4** Avaliamos anualmente os resultados alcançados do Plano Estadual de Regulação junto com partes interessadas.

#### **5.1.2 OKR Estratégico 2: Ampliar de forma regionalizada as ações de regulação do serviço de saúde potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade.**

**Este OKR contribui para o alcance dos seguintes resultados-chave (*key results*):**

**KR 2.1** Definimos metas para a demanda reprimida e metas para a ampliação da oferta de consultas e exames especializado há mais de 6 meses até 2027 exceto de portarias vigentes;

**KR 2.2** Definimos, integramos e interoperamos as informações essenciais de regulação entre municípios e estado em 100% até 2027;

**KR 2.3** Monitoramos e avaliamos o impacto das ações de regulação na equidade quanto à classificação de risco por meio de relatórios anuais de monitoramento com indicadores de acesso para os serviços regulados, iniciando em 2025;

**KR 2.3** Atualizamos 50% dos protocolos assistenciais unificados de regulação ambulatorial e hospitalar anualmente;

**KR 2.4** Implantamos e atualizamos o Manual Estadual de orientações para o



Componente Cirurgias Eletivas, incluindo tabela unificada;

**KR 2.5** Garantimos 100% das solicitações de TFD Interestaduais atendidas de acordo com os critérios de concessão do Manual do TFD até 2027;

**KR 2.6** Garantimos 100% das regulações dos Usuários da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) solicitadas à Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)/Ministério da Saúde (MS) conforme critérios regulamentados.

### **5.1.3 OKR Estratégico 3: Ampliar o diálogo na construção de uma regulação padronizada no Estado da Paraíba.**

**Este OKR contribui para o alcance dos seguintes resultados-chave (*key results*):**

**KR 3.1** Ampliamos escalonadamente a regulação padronizada por linha de cuidado;

**KR 3.2** Qualificamos a regulação compartilhada da rede de atenção materno infantil (Rede Alyne) com envolvimento de técnicos administrativos e médicos reguladores.

**KR 3.3** Desenvolvemos estratégias para facilitar a comunicação e promover a publicização de dados estratégicos em tempo oportuno.

**KR 3.4** Qualificar 80% das equipes da APS e unidades executantes quanto aos fluxos e protocolos assistenciais e de acesso.

**KR 3.5** Ampliação do diálogo entre profissionais dos Complexos Reguladores e das Centrais de Regulação Local.

### **5.1.4 OKR Estratégico 4: Disponibilização e utilização de painéis de monitoramento da demanda e oferta de ações e serviços de saúde com base em dados dos Complexos Reguladores.**

**Este OKR contribui para o alcance dos seguintes resultados-chave (*key results*):**

**KR 4.1** Definimos do fluxo de envio, coleta, validação, consolidação e disponibilização dos dados;

**KR 4.2** Elaboramos e disponibilizamos de painel de monitoramento de filas de procedimentos eletivos em 2025;

**KR 4.3** Elaboramos e disponibilizamos painel de monitoramento de filas de leitos em 2025;



**KR 4.4** Elaboramos e disponibilizamos de painel de monitoramento de demanda reprimida (exames, biópsias, procedimentos e consultas) em 2025;

**KR 4.5** Elaboramos e disponibilizamos de painel de monitoramento das Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em relação ao cumprimento dos prazos de diagnóstico e tratamento em Oncologia em 2025;

**KR 4.6** Elaboramos e disponibilizamos de painel de monitoramento das Oferta de Cuidados Integrados (OCI) em relação ao cumprimento dos prazos de diagnóstico em 2025.

## 5.2 Carteira de Projetos/Programas.

### **Projeto 1: Comissão de Implantação de Protocolos de Regulação Ambulatorial em Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Garantir a priorização e organização das filas por meio de um monitoramento contínuo, capacitação de profissionais e melhoria dos fluxos de trabalho, incluindo teleconsulta e triagem em oncologia, para assegurar um acesso mais rápido aos serviços de saúde, especialmente para aqueles em condições mais graves. Estas medidas visam trazer uma melhoria significativa na qualidade de vida, com diagnósticos mais precoces e tratamentos iniciados dentro do prazo adequado. Além disso, a redução das filas também melhora a imagem institucional do município perante os cidadãos, demonstrando comprometimento e eficácia no uso das ferramentas de regulação.

**Justificativa:** O Programa Nacional de Redução das Filas, por meio das Portarias GM/MS nº 90/2023 e GM/MS nº 5.820/2024, estabelece entre seus objetivos promover o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso, bem como transformar a gestão e regulação das filas, adequando a oferta de serviços às necessidades da população e priorizando casos de maior risco.

**Problema:** Antes de iniciar o projeto, o sistema não contava com pacientes classificados, o que exigiu da Comissão um esforço significativo para estruturar todo o processo de classificação desde o início.

**Área líder:** Complexo Regulador Municipal de João Pessoa.

**Projeto 2: Fortalecimento da Telessaúde (telerregulação, telemedicina e teleconsultoria) em Campina Grande (Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Necessidade de agendamento para teleconsulta; para consulta presencial e para teliagnóstico; teleconsultoria (orientações para manejo na própria atenção à saúde); teleinterconsulta (permite a conversação entre dois ou mais profissionais de saúde, com a presença do paciente, viabilizando a troca de informações a fim de oportunizar o cuidado) e; devolução estruturada do encaminhamento para o profissional demandante com o objetivo de inserir mais informações ou realizar ajustes, por meio de serviço web.

**Justificativa:** Necessidade de potencializar a regulação por meio de ferramentas de telemedicina.

**Problema:** Baixa utilização de ferramentas de saúde digital em especial, telerregulação no Complexo Regulador de Campina Grande.

**Área líder:** Diretora de Planejamento da SMS/CG

**Projeto 3: Programa Paraíba Contra o Câncer (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Ampliar e fortalecer o cuidado oncológico de forma holística e integrada, assegurando a assistência em saúde com base nas metas e indicadores constantes no Plano Estadual de Oncologia 2024 - 2027.

**Justificativa:** Conforme estabelecido na Resolução CIB-PB Nº 27/2024, dentre os objetivos se destacam o fortalecimento da prevenção, diagnóstico precoce, tratamento eficaz e cuidados paliativos em oncologia no estado da Paraíba, além disso, busca a melhoria da integração dos serviços de saúde oncológicos entre as macrorregiões e regiões de saúde, garantindo um cuidado integral e em tempo oportuno a todos os cidadãos.

**Problema:** Deslocamento e permanência do usuário até os serviços de referência, usuários perdidos na rede, demora no diagnóstico e tratamento.

**Área líder:** Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV).

**Projeto 4: Programa Saúde Renal Paraíba (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**



**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Diagnóstico precoce, educação permanente, navegação, redefinição das unidades prestadoras do serviço de cuidado da pessoa com pré-dialíticos, Doença Renal Crônica (DRC) ou urgência dialítica .

**Justificativa:** Fundamentado na Portaria GM/MS N° 3.415 de 24 de outubro de 2018, visa garantir o acesso e a qualidade do tratamento em estágios avançados e outras condições nefrológicas significativas que demandam atenção especializada antes da necessidade de diálise.

**Problema:** Fragilidade na identificação em tempo oportuno e no estadiamento de pacientes com condições nefrológicas, suporte no tratamento de usuários em estágios avançados. O Estado criou o Programa Saúde Renal Paraíba visando garantia de atendimento e acompanhamento em tempo oportuno para esse público.

**Área líder:** Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV).

### **Projeto 5: Ofertas de Cuidados Integrados (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Garantir o acesso a consultas e exames que contemplam o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) conforme o Plano de Ação Regional (PAR) da Paraíba aprovado pelo Ministério da Saúde.

**Justificativa:** A Portaria SAES/MS nº 1.976/2024 almeja tornar o acesso do paciente às consultas e aos exames especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, através da ampliação da oferta de consultas especializadas e exames diagnósticos, bem como a qualificação do cuidado ao usuário no SUS.

**Problema:** Atualmente, algumas especialidades de exames e consultas possuem demanda reprimida, sobrecarregando por um lado os serviços que não conseguem suprir as demandas, e por outro, os usuários que não recebem ou recebem de forma tardia o cuidado em saúde. Diante disso, o Estado busca implementar o PMAE através das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI's) nas áreas de cardiologia, oncologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia na Paraíba, com o propósito de reduzir o tempo de espera para consultas especializadas, além de garantir a equidade, transparência e acesso regionalizado à atenção especializada.

**Área líder:** Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV)



**Projeto 6: Opera Paraíba (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Garantir o acesso a consultas e a procedimentos eletivos a fim de garantir um atendimento integral, universal e com equidade além da prestação de um serviço célere, porém com qualidade aos usuários dos SUS.

**Justificativa:** O programa Opera Paraíba está vinculado ao Programa Nacional de Redução de filas, iniciativa federal no qual visa a ampliar a realização de cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas em todo o Brasil, ampliando o acesso a esses serviços na Atenção Especializada à Saúde.

**Problema:** Devido ao período da pandemia pela COVID-19, houve a necessidade de redução de procedimentos eletivos, exames complementares e consultas especializadas a fim de diminuição de transmissão do vírus SARS-Cov-2, conseqüentemente durante este período houve uma crescente nas filas para tais serviços de saúde.

**Área líder:** Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV)

**Projeto 7: Coração Paraibano (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Garantir o acesso célere de pacientes com enfermidades cardiológicas onde o tempo é crucial para a manutenção da vida do usuário, sendo assim prestando serviços de urgência e emergência de forma integral, universal e com equidade seja tratamento intervencionista ou conservador.

**Justificativa:** Necessidade de dispor de serviços de hemodinâmicas nas três Macrorregiões de Saúde, incluindo suporte 24h de telemedicina, ambulâncias e Transporte Aeromédico

**Problema:** Devido ao estilo de vida atual da população mundial, as doenças cardiovasculares tomam o topo do ranking de causas de mortes em todo o mundo, a crescente constante de mortes devido a doenças cardiovasculares torna esse cenário problema de saúde pública desafiador em todo o mundo devido ao alto quantitativo de pacientes necessitando de tratamento para tal.

**Área líder:** Gerência Executiva de Regulação e Avaliação da Assistência (GERAV)

**Projeto 8: Execução da Atenção Especializada Ambulatorial.**

**Escopo:** Garantia da ampliação da oferta por meio de estabelecimentos próprios e



contratualização; implementação de protocolos assistenciais unificados e implementação da gestão dupla previamente pactuada.

**Justificativa:** Ampliação do acesso à ações e serviços da atenção especializada ambulatorial de forma regionalizada.

**Problema:** Lacunas e barreiras de acesso dificultando o cuidado em tempo oportuno.

**Área líder:** SES/PB, SMS/João Pessoa, SMS/Campina Grande.

### **Projeto 9: Transporte Aeromédico (Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/PB)**

**Vinculado ao:** OKR Estratégico 2

**Escopo:** Por meio da Central de Operação e Frota Interhospitalar do Estado da Paraíba (COFIH) busca-se estabelecer a regulação de transporte interhospitalar de unidades de saúde estaduais e repatriações (retorno de pacientes atendidos em outro estado) que necessitam transportar pacientes para a continuidade de cuidado em outra unidade de maior complexidade ou referência.

**Justificativa:** Necessidade de estabelecer a regulação, otimizar recursos e racionalizar a logística de atendimento ao paciente que precisa de transporte interhospitalar.

**Problema:** Redução do tempo de resposta entre pacientes interhospitalares estaduais e entre estados.

## 6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento da estratégia deve ser realizado trimestralmente no qual o acompanhamento da execução dos resultados-chave (KR) se dá em reuniões semestrais de **check in**, realizadas entre os gestores e suas equipes, com o reporte dos avanços quantitativos e qualitativos no período, em ferramenta específica, utilizando os 3Ps (Progresso, Problema, Plano).

O Monitoramento da Estratégia possibilita observar se tudo o que foi construído durante a formulação e o desdobramento estratégico está sendo implementado e internalizados, possibilitando a definição de ações preventivas e as correções de rumo ao longo do tempo.

O monitoramento de todos os instrumentos de gestão trabalhados deve ser reunidos em Janelas de Monitoramento. O objetivo é facilitar o trabalho das unidades organizacionais, concentrando, no mesmo rito, a coleta das informações e a análise dos resultados das metas e demais ações do Plano. O monitoramento deve ocorrer por meio de formulários/fichas de classificação de indicadores e resultados.

Sugerimos que a janela de monitoramento com supervisão trimestral aconteça nos meses de janeiro, abril, julho e outubro e avaliação anual. Veja o exemplo abaixo:

Semestre do ano	Período de consolidação e análise de dados para o monitoramento	Período das janelas de monitoramento
1º semestre: abril a junho.	janeiro a junho.	1º a 9 de julho
2º trimestre: outubro a dezembro.	janeiro a dezembro.	1ª a 10 de janeiro do ano subsequente.

Sugere-se também a utilização do **Índice Categoria de Desempenho (ICD)**, este índice é utilizado pela Anvisa desde 2021. O ICD é uma medida única que integra três dimensões de avaliação para identificar situações de risco em relação ao alcance dos resultados de forma mais objetiva, precisa e preditiva, possibilitando uma visão integrada dos indicadores mensurados no monitoramento da estratégia. A primeira dimensão avaliada é a percepção do gestor quanto ao alcance do resultado no fim do período (dimensão qualitativa), podendo o nível de confiança ser classificado em Satisfatório, Alerta ou Crítico; a segunda, está relacionada ao progresso quantitativo do resultado-chave em relação à meta prevista (dimensão quantitativa); e a terceira considera o período de análise, ou seja, o trimestre que está sendo

monitorado (dimensão tempo). Essa combinação resulta em uma classificação em 5 níveis – A, B, C, D ou E, que indicam maior (A) ou menor (E) probabilidade de alcance do resultado-chave, conforme matriz abaixo:

Figura 7: Matriz de categorias de desempenho.

Percentual de execução	Satisfatório			Alerta			Crítico		
	1º TRI	2º TRI	3º TRI	1º TRI	2º TRI	3º TRI	1º TRI	2º TRI	3º TRI
0 a 25%	A	C	D	C	D	E	D	E	E
25,1 a 50%	A	B	C	C	D	D	D	E	E
50,1 a 75%	A	A	B	B	C	C	D	E	E
75,1 a 100%	A	A	A	A	B	B	C	D	E

Fonte: Monitoramento da Estratégia, Anvisa.

Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/ptbr/acaoainformacao/acoeseprogramas/planejamento-estrategico>

Nos três primeiros trimestres do ano, o índice é calculado. No último trimestre é apresentado o consolidado dos resultados do ano, sendo possíveis apenas as categorias A, para os resultados-chave alcançados, e E para os não alcançados.

**Monitoramento:** levantamento dos resultados alcançados, riscos e desafios. Trimestral

**Supervisão:** Análise e definição de ações e encaminhamentos. Permanente.

**Avaliação:** Controle e direcionamento estratégico. Semestral.

**Planejamento:** OKR estratégicos e desdobramento da estratégia. Anual. O Plano de Gestão Anual, alinhado às diretrizes estratégicas, é aprovado anualmente na primeira quinzena do mês de dezembro. O Plano Estratégico é elaborado a cada período quadrienal e atualizado periodicamente com vistas à sua permanente adequação.

**Relatórios** de desempenho da estratégia **trimestrais** e os **Relatórios técnicos** anuais consolidam os resultados da estratégia e as principais ações da regulação.



Modelos de painéis de monitoramento.

Figura 8: Objetivos, dimensões e indicadores monitorados no trimestre.

<b>Instrumentos, objetivos, resultados e projetos</b>		<b>Execução</b>	<b>Alcance das metas</b>	<b>Categoria de desempenho</b>
PNS, PES, PER Diagnóstico de Nº de Objetivos estratégicos	Nº resultados-chave (KR)	Percentual de execução dos KRs Percentual de execução dos KRs por objetivo Percentual de execução dos KRs por processo.	Nº e percentual de KRs com metas anuais alcançadas por objetivo Nº e percentual de KRs com metas anuais alcançadas, por processo	Distribuição dos KRs por categoria de desempenho e objetivo Distribuição dos KRs por categoria de desempenho e processo A, B, C, D, E
	Nº de projetos estratégicos.	Percentual de execução dos projetos	Nº de entregas-total, em atraso e concluídas. Percentual de entregas concluídas	

Fonte: Relatório de desempenho da estratégia jan/mar 2024 (1º trimestre). Anvisa.

## **REFERÊNCIAS**

Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. Saúde Em Debate, 39 (Saúde debate, 2015 39(spe))

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.567, de 25 de novembro de 2016. Dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Regulação do SUS.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : módulo 1 : Política Nacional de Regulação do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

Brasil. Ministério da Saúde Documento Disparador. Subsídios para construção da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. Seminário Internacional de Atenção



Especializada em Saúde. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual - Regulação Assistencial. 2024.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/pmac/publicacoes>

Paraíba. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução nº 227 de 12 de dezembro de 2024. Aprova a Programação da Atenção Especializada em Saúde, de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Informações para a gestão Estadual do SUS 2023 – 2026. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/sistemas-informatizado-de-regulacao/>

Brasil. Ministério da Saúde e OPAS. Documento Disparador para a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde.

Cecilio LCO et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(7):1502-1514, jul, 2014

Conil EM et al. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2783-2794, 2011

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: Obstáculos e Alternativas. Seminário realizado em 20 de outubro de 2023. Relatório Final. / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. — Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, Observatório do SUS, ABRASCO, 2023. Disponível em <https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2024/05/ABRASCO-relatorio->

[sus-1-DIGITAL-v2.pdf](#)

Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. Saúde E Sociedade, 29 (Saude soc., 2020 29(3)). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682/>

Mayeama, Marcos Aurélio; Calvo, Maria Cristina Marino. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 2, p. 63-72, 2018.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: DEFINIÇÕES**

#### **Abrangência**

Refere-se à extensão e ao alcance das ações e serviços de saúde programados. Pode indicar a área geográfica coberta, a população atendida ou o escopo das ações ofertadas dentro de um determinado planejamento. A abrangência é um fator essencial para avaliar a efetividade das políticas e garantir que as necessidades de saúde da população sejam contempladas.

#### **Absenteísmo no SUS**

O absenteísmo é identificado em diversos contextos, sendo definido, no setor saúde, como a falha no atendimento ou o não atendimento do usuário nos serviços de saúde. E, ainda, o absenteísmo de usuários consiste no ato de não comparecer às consultas e/ou aos procedimentos agendados, sem qualquer comunicação prévia ao local de realização.

#### **Acolhimento**

Escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

#### **Apoio matricial**

Suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes.

#### **Classificação de risco**

Processo sistemático, que identifica e classifica a necessidade do usuário, baseado em critérios ou protocolos previamente estabelecidos, considerando o potencial de risco, agravos à saúde, grau de sofrimento e vulnerabilidade.

#### **Complexo regulador**

Forma de organização das ações de regulação do acesso, sendo composto pelo conjunto articulado de estruturas operacionais, denominadas centrais de regulação, que podem estar organizadas em Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação Hospitalar e Central de Regulação das Urgências.



### **Critérios de encaminhamento**

Padrões estabelecidos com objetivo de referenciar os usuários para outros serviços e/ou níveis de atenção, conforme organização da Rede de Atenção à Saúde.

### **Fluxo de acesso**

Desenho do acesso às ações e serviços de saúde, pactuados no território, com base nas necessidades da população e na organização da Rede de Atenção à Saúde.

### **Emergência**

Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato

### **Fila de espera**

Processo ativo e dinâmico que organiza, prioriza e monitora a relação dos usuários que necessitam de um mesmo atendimento, considerando a classificação de risco e os critérios de encaminhamento, de acordo com os protocolos de regulação e a gestão do cuidado. A fila de espera ocorre sempre que a procura por determinado serviço é maior que a capacidade do sistema de prover os serviços.

### **Gestão da clínica**

Práticas assistenciais e gerenciais, com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção e construir práticas clínicas eficazes e com menos riscos ao usuário e aos profissionais, sendo desenvolvidas a partir da caracterização do perfil do usuário e por meio da corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais.

### **Gerenciamento de leito**

Dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas;

### **Itinerário do cuidado**

Caminhos percorridos pelo usuário para acessar os cuidados diagnósticos e terapêuticos previstos. O itinerário deve considerar o tempo de deslocamento do domicílio ao serviço de saúde, a possibilidade de realizar as consultas, exames e outros procedimentos, evitando múltiplas idas aos serviços e o tempo global dispendido.

### **Leito de retaguarda**



Refere-se ao leito específico (de UTI, enfermagem clínica e cuidados prolongados), dedicado às portas de entrada de urgência, que possui o suporte necessário para os usuários com indicação do cuidado definida e/ou com necessidade de internação para continuidade da assistência.

### **Pontos de atenção**

Espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, ou um serviço de atenção domiciliar.

### **Práticas de regulação**

Atividades articuladas entre as estruturas operacionais de regulação e os pontos de atenção, de modo a definir, organizar e acompanhar o fluxo dos usuários e o acesso às ações e serviços de saúde.

### **Protocolo de regulação do acesso**

Conjunto de diretrizes destinado a subsidiar a organização do processo de regulação, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, sendo composto por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local.

### **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**

Estrutura operacional de regulação da unidade hospitalar, que atua na interface com as centrais de regulação, executando práticas de regulação em seu âmbito.

### **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**

Documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

### **Referência**

Diz respeito à estrutura e aos serviços de saúde para os quais um paciente ou uma demanda são direcionados dentro da rede de atenção à saúde. Pode envolver o encaminhamento de usuários entre diferentes níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) ou entre serviços especializados. O conceito de referência está ligado à garantia de continuidade do cuidado e ao acesso oportuno aos serviços adequados.

### **Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**



Ajuda de custo a ser fornecida aos pacientes que dependam de tratamento fora de seu domicílio, mediante garantia de atendimento no município de referência. As despesas permitidas pelo TFD são relativas ao transporte aéreo, terrestre e fluvial do paciente e seu acompanhante, bem como diárias para alimentação e pernoite, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município ou estado concedente.

### **Telerregulação assistencial**

Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

### **Rede de Atenção à Saúde**

Malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário;

### **Efeito velcro**

Vinculação definitiva dos usuários na atenção ambulatorial especializada, independente da gravidade do seu quadro. A falta de coordenação entre a Atenção Primária à Saúde e a atenção ambulatorial especializada gera uma propensão para que o especialista se aproprie definitivamente da pessoa a ele referida.

### **Urgência**

Serviço de identificação se as características da demanda justificam o encaminhamento solicitado ou se haveria soluções possíveis na própria APS ou ainda se faltam exames ou ações complementares condicionantes ao encaminhamento, quanto com ações de teleconsultoria ou teleconsulta que possam ampliar a resolutividade sem a necessidade de deslocamento do usuário.

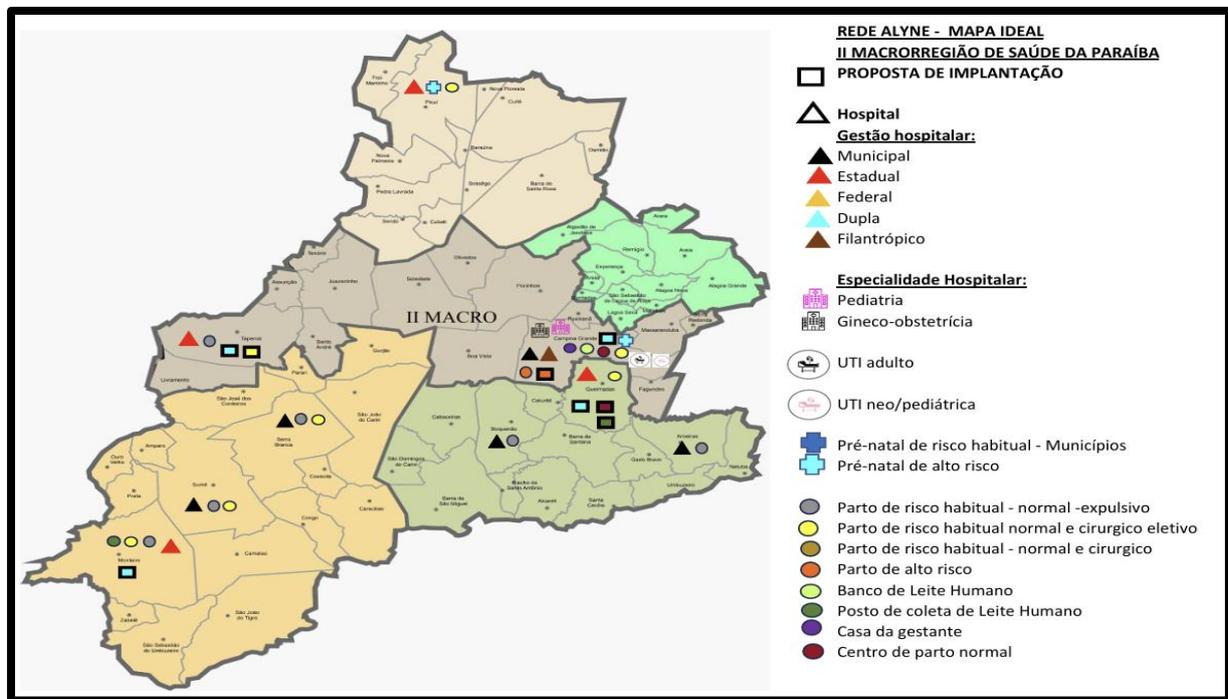


ANEXO 2: Mapas de serviços de saúde por Redes de Atenção à Saúde.

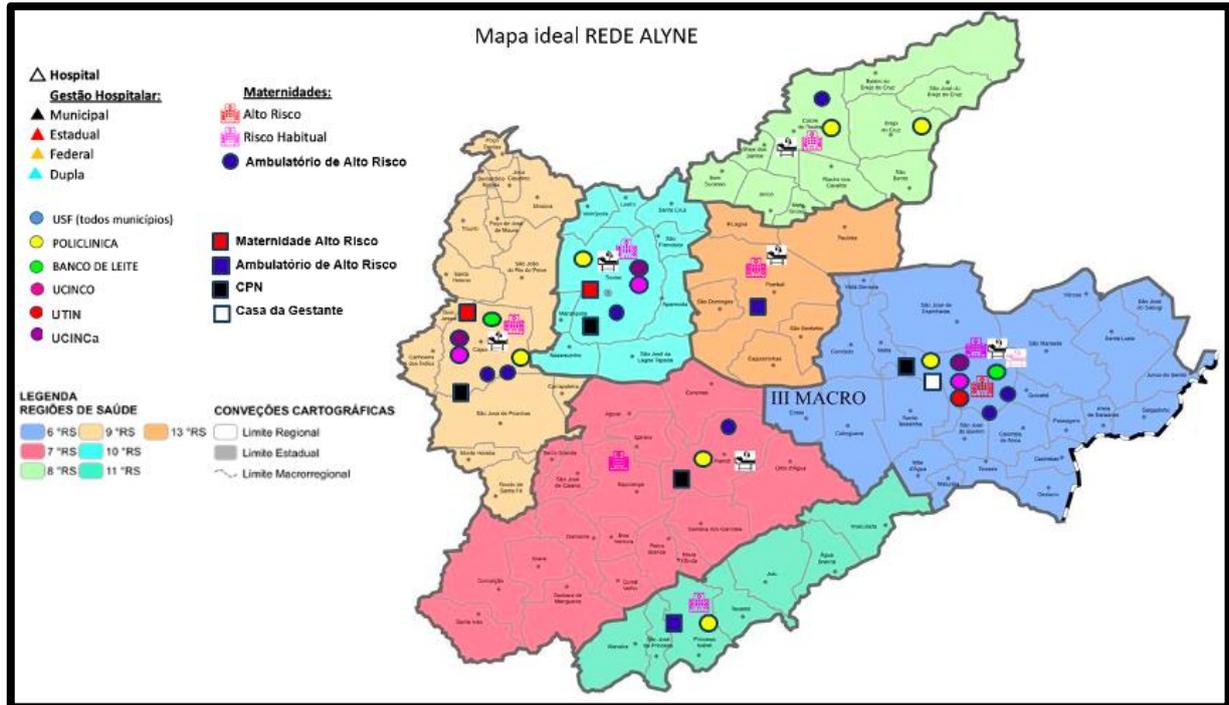
3.1 Rede Alyne



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



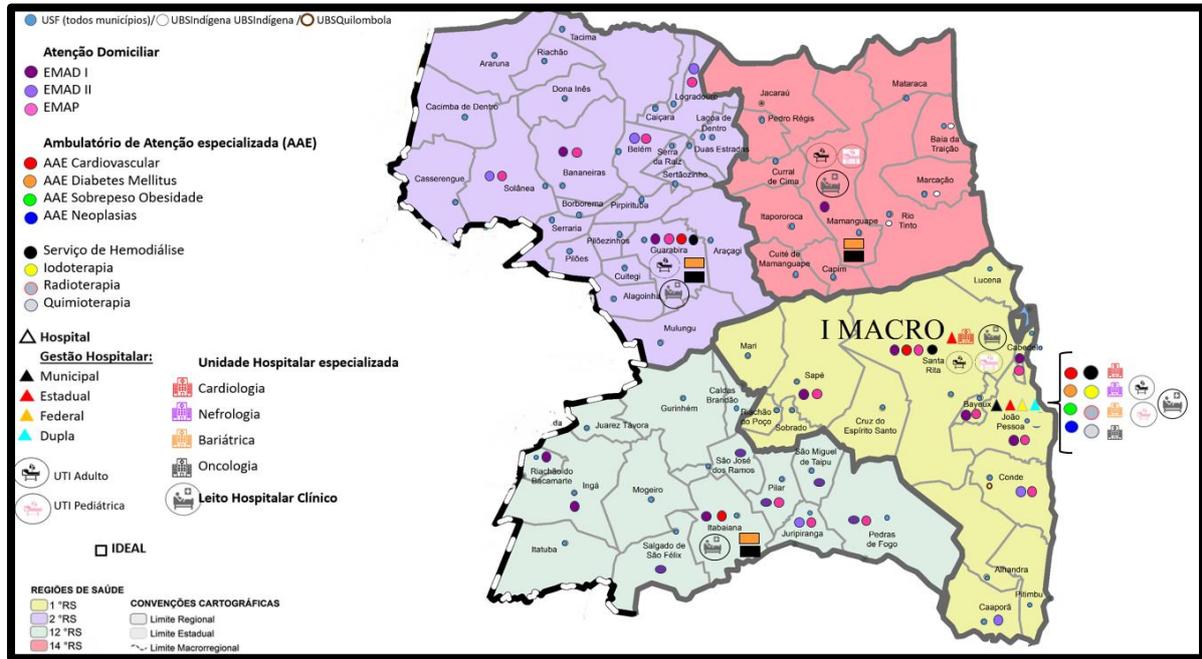
Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



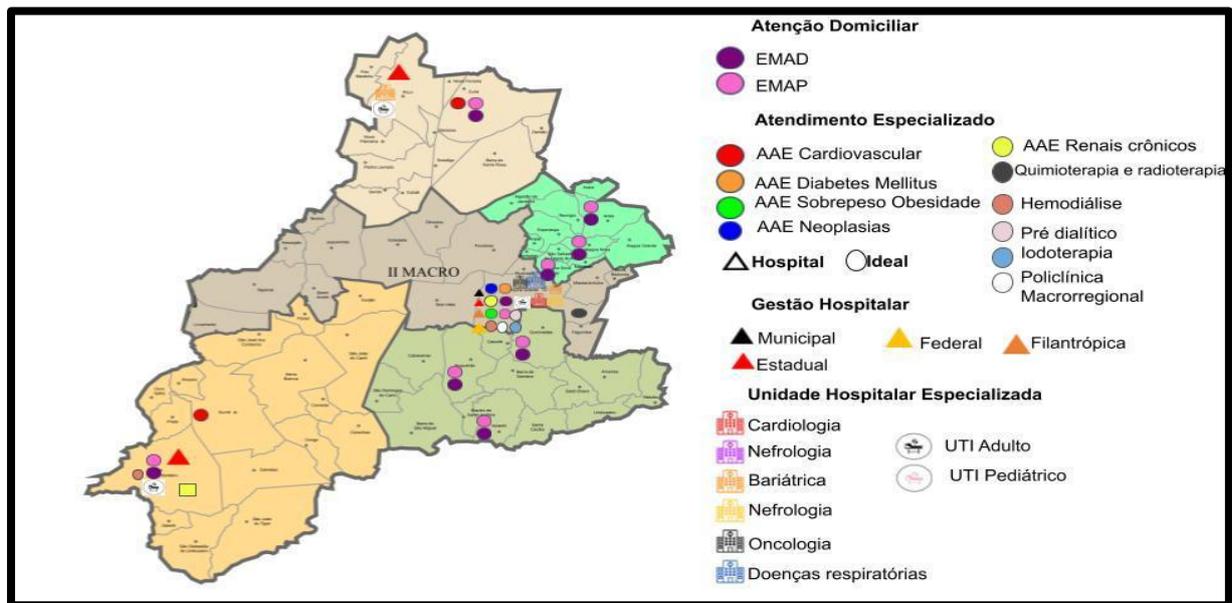
Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



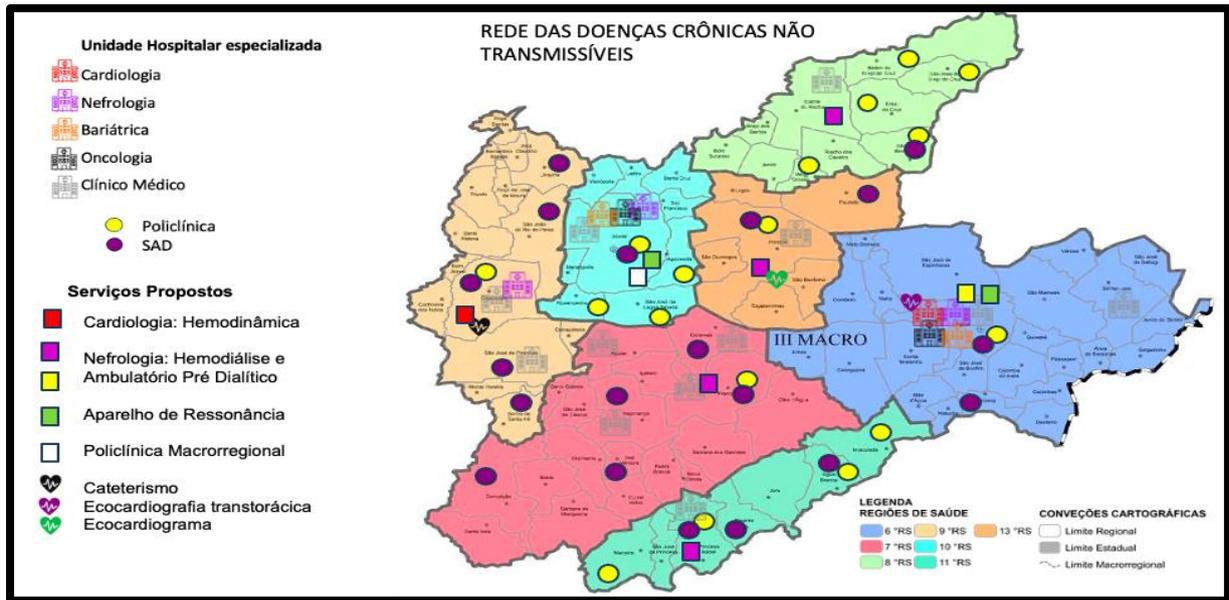
3.3 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde

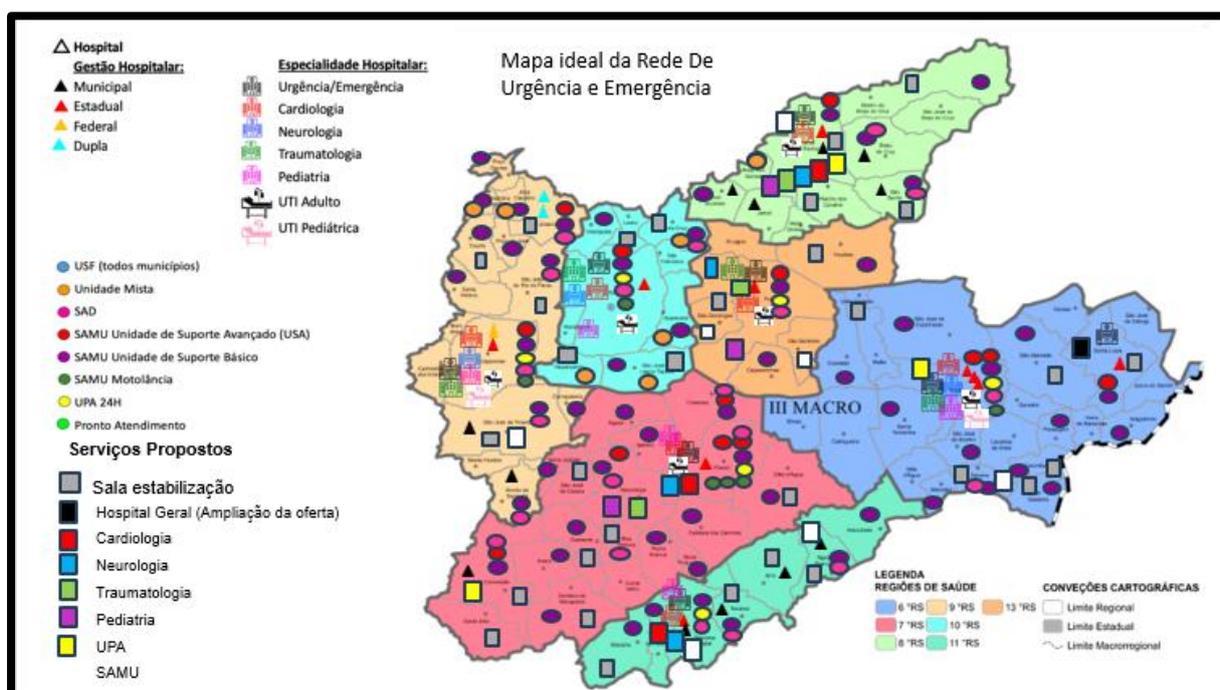


Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde

### 3.3 Rede de Urgência e Emergência



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde

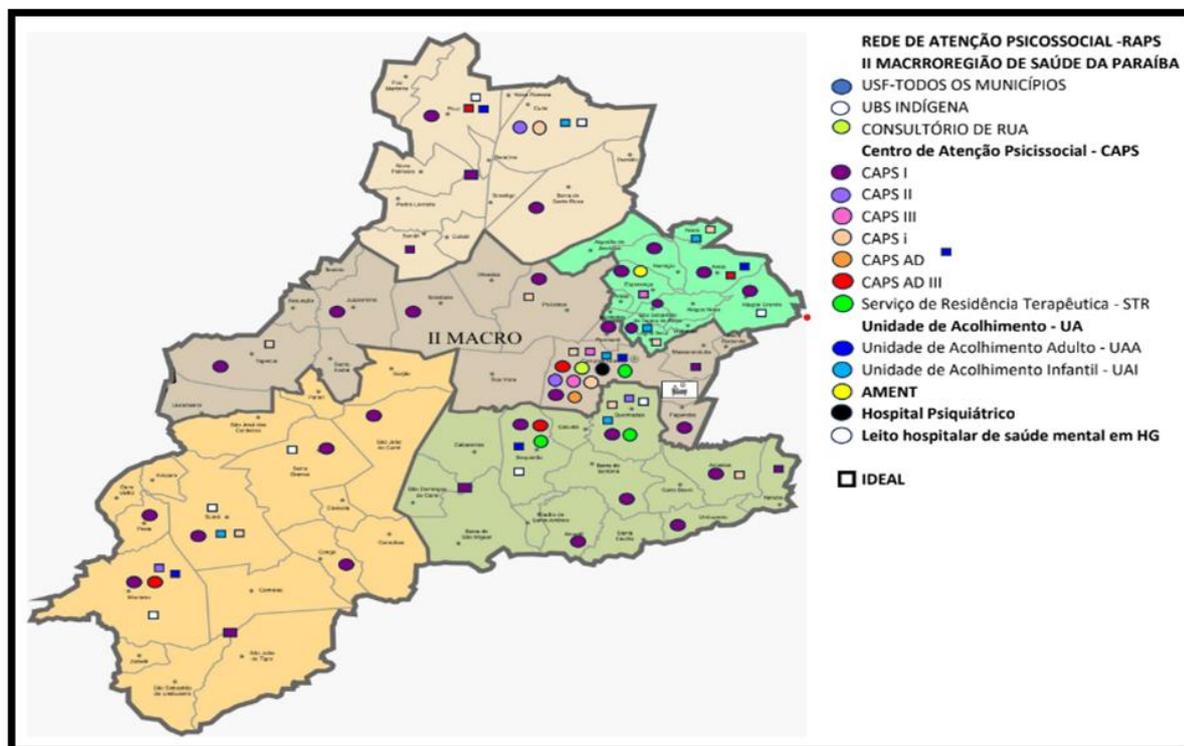


Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde

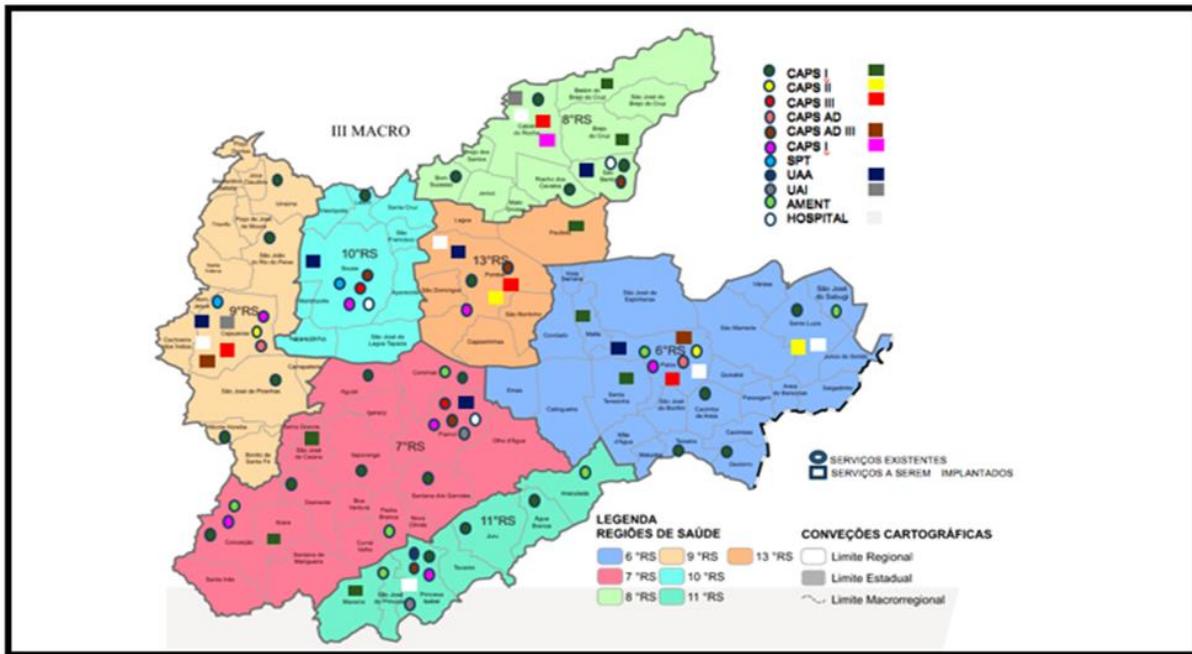
### 3.4 Rede Psicossocial (RAPS)



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



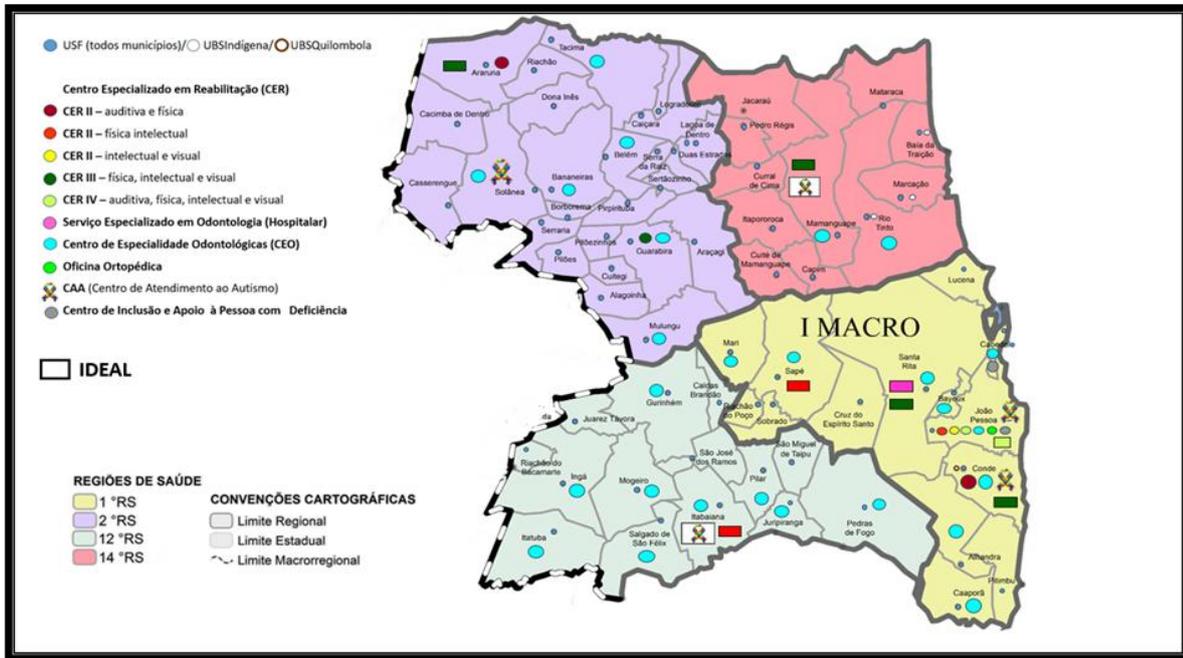
Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



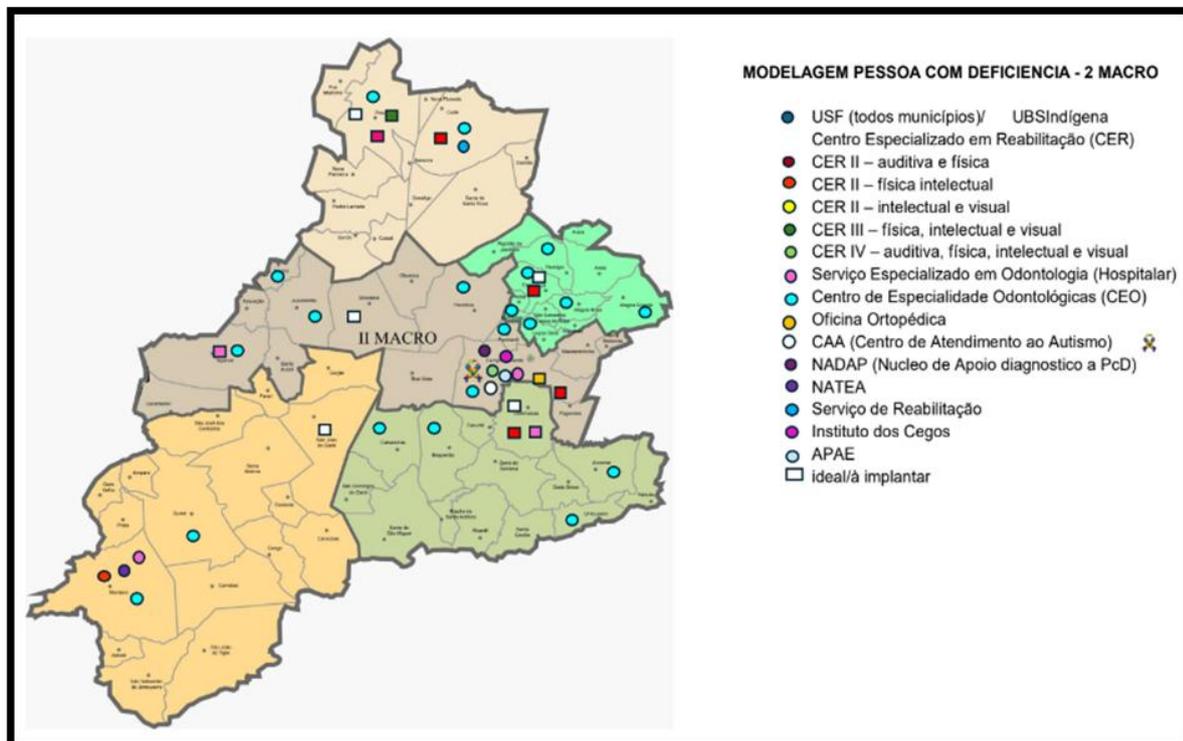
Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde



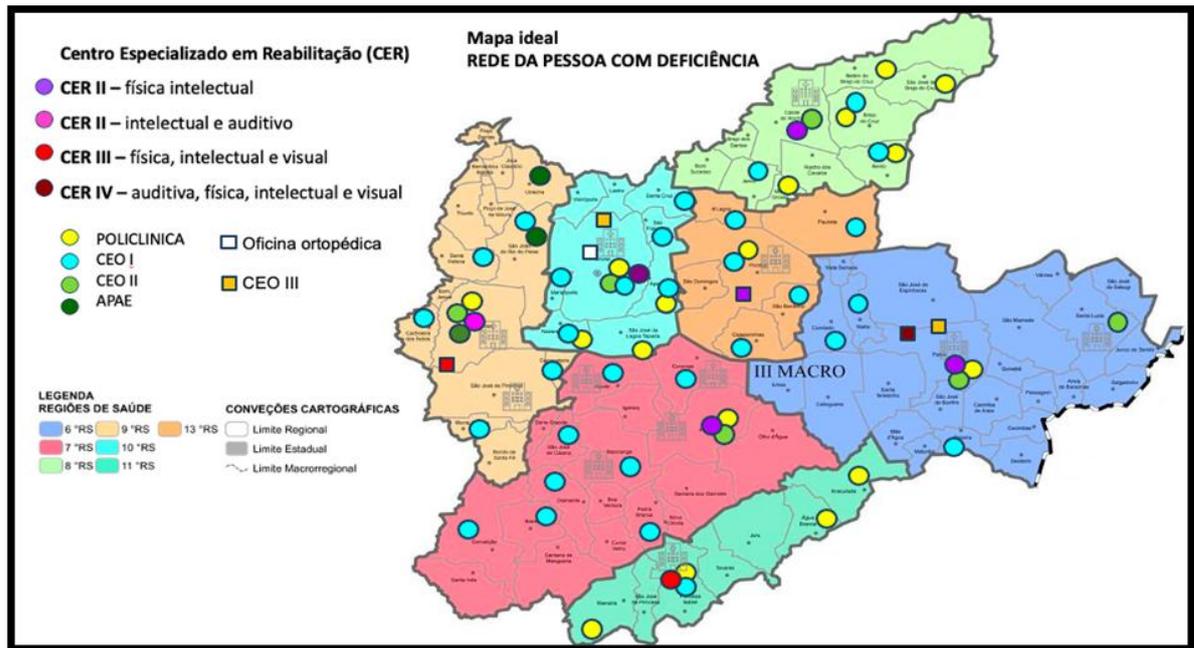
**3.5 Rede Pessoa com Deficiência (PcD)**



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde.



Fonte: Planos Macrorregionais de Saúde.



**Fonte:** Planos Macrorregionais de Saúde.

**ARIMATHEUS SILVA REIS**  
Secretário de Estado da Saúde da Paraíba  
Presidente da CIB/PB

**SORAYA GALDINO DE ARAÚJO LUCENA**  
Presidente do COSEMS/PB  
Vice Presidente do CIB