

ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI) DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DA PARAÍBA

Nataly César de Lima Lins (1); Plácido Lourenço Fernandes Júnior (2);
Anahi César de Lima Lins (3)

1. Centro Universitário Uninassau (Campina Grande). *taly_nutri@hotmail.com*
2. Centro Universitário Uninassau (Campina Grande). *placidojr_nutri@hotmail.com*
3. Universidade Estadual da Paraíba. *anahicll@hotmail.com*

Resumo: A PPI representa um dos instrumentos do processo de planejamento do SUS que agrega tanto função de alocação de recursos, quanto de reorganização das redes de atenção à saúde, solidificando as diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e ferramentas gerais de planejamento. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência do processo de análise da PPI de um município de pequeno porte da Paraíba, realizada com o intuito de reduzir as lacunas assistenciais no local e evitar que ocorram as mesmas falhas na PGASS. Além disso, poderá servir como documento norteador para que gestores analisem como está sendo realizada a assistência à saúde da população em seus territórios e suas regiões de saúde. Através da análise dos dados coletados no Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI), focando principalmente nas pactuações relacionadas ao município analisado, foi possível identificar que alguns serviços de saúde eram referenciados para municípios que não atendiam à população por diversos fatores, tais como: localização geográfica, dificuldade de transporte para o município de referência, ausência do serviço, de profissionais ou equipamentos necessários à execução do serviço no município de referência, dentre outros. Todo planejamento e mudança causada pela futura pactuação trarão aos usuários benefícios nos atendimentos, bem como uma diminuição da demanda reprimida, menor custo por paciente, além da possibilidade de implantação de novos serviços, o que refletirá em uma melhor condição de saúde da população.

Palavras-chave: Programação Pactuada e Integrada, Sistema Único de Saúde, Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, conforme a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, com foco na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Através do artigo 35 da Lei 8.080/90 foram estabelecidos critérios para a definição dos recursos financeiros a serem transferidos pela União aos estados e municípios, tais como perfil demográfico e epidemiológico, caracterização da rede instalada, entre outros (BRASIL, 1990).

Com o intuito de concretizar a descentralização e tornar a regionalização autêntica, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 introduziu na gestão do SUS o processo de elaboração de uma Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo, respeitando a autonomia de cada gestor. Assim, passou a ser responsabilidade do município elaborar

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

sua própria programação, aprovando-a no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do estado harmonizar e compatibilizar as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), cujo resultado seria deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 1996).

Em 2002, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), foi reafirmada a importância da PPI, constituindo-se em um instrumento de gestão voltado para a articulação das três esferas de gestão do SUS e para a integração das áreas de promoção e da assistência à saúde, de epidemiologia e controle de doenças, e de vigilância sanitária (BRASIL, 2002).

O processo de construção da PPI passou a ser constituído de três etapas: etapa preliminar, da qual resultaria a macro alocação dos recursos a serem programados e os parâmetros assistenciais médios a serem adotados, de maneira a refletir as prioridades definidas; etapa de programação municipal, cujo processo deveria resultar na composição dos tetos municipais e na formalização dos pactos; e etapa de consolidação da PPI estadual, na qual deveria ocorrer a compatibilização das programações municipais, a consolidação do teto estadual e publicação dos limites financeiros assistenciais no Diário Oficial do Estado (BRASIL, 2006a).

Através do Pacto de Gestão, que em conjunto com o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS, constitui o Pacto pela Saúde, a Programação Pactuada Integrada foi reafirmada como instrumento indutor da qualificação da gestão dos Municípios e Estados, bem como, dos mecanismos de alocação e transferência de recursos (BRASIL, 2006b).

A regionalização, um eixo estruturante do Pacto de Gestão, tem como objetivo consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, orientando a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo. Seus principais instrumentos de planejamento são: Plano Diretor da Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção (PPI) (BRASIL, 2006b).

Além disso, o Pacto pela Saúde definiu que o processo de planejamento regional fosse compreendido como um conjunto de momentos através dos quais são definidas prioridades, as responsabilidades de cada ente federado, as bases da Programação Pactuada Integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local, observadas as diretrizes e prioridades de orientações constantes

nos planos de abrangência estadual, direcionadas aos componentes regionais para estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS no âmbito do Estado (BRASIL, 2006b).

A PPI deveria organizar a rede de serviços, definir os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, determinar a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados através das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2006a).

A regulamentação da Lei 8.080/90, definida no Decreto 7.508/11 e a Lei Complementar nº 141/12, introduziram significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde, dispuseram sobre a articulação interfederativa, a assistência à saúde, o aprimoramento do Pacto pela Saúde e a implantação das Regiões de Saúde e obrigaram a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, surgiu uma nova proposta de programação pactuada, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), introduzindo mudanças nas diretrizes, incluindo a lógica da programação, as aberturas programáticas e a concepção do Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SISPPI). Como principal aspecto inovador, em relação aos processos anteriores de PPI, destaca-se a busca de estrita coerência com os demais instrumentos do planejamento em saúde, bem como daqueles da administração pública, aos quais deve ser subordinada, caracterizando-se como processo que lhes dá concretude, no âmbito da atenção à saúde (BRASIL, 2015).

Entretanto, essa transição de Programação Pactuada e Integrada para Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde não ocorrerá rapidamente e enquanto essa nova programação não entra em vigor se faz necessário observar as falhas na pactuação atual para que não ocorram novamente. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência do processo de análise da PPI de um município de pequeno porte da Paraíba, realizada com o intuito de reduzir as lacunas assistenciais no local e evitar que ocorram as mesmas falhas na PGASS. Além disso, poderá servir como documento norteador para que gestores analisem como está sendo realizada a assistência à saúde da população em seus territórios e suas regiões de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência acerca da análise da PPI do município de Curral de Cima, um município de pequeno porte da Paraíba, localizado na 14ª Região de Saúde da Paraíba – Região do Vale do Mamanguape, no período entre agosto de 2013 a agosto de 2015.

Todas as experiências relacionadas a esse processo de revisão da PPI baseada em dados do SISPPi e vivências em uma Secretaria Municipal de Saúde e as dificuldades encontradas na tentativa de sanar as falhas existentes nessa pactuação foram reveladas através desse estudo.

Os aspectos éticos e legais para o desenvolvimento desse estudo foram pautados nas determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com dados do IBGE (2010), municípios de pequeno porte são constituídos por uma população de até 50.000 habitantes. Dessa forma, o município de Curral de Cima, com população de aproximadamente 5.209 habitantes, é um município de pequeno porte, criado em 1977, com área de 85Km², predominantemente rural (92% do seu território situa-se na zona rural). A sede do município é acessada pelas rodovias BR101/PB071, distando em torno de 63Km da capital, João Pessoa. Fica localizado na 14ª Região de Saúde da Paraíba (Região do Vale do Mamanguape).

A 14ª Região de Saúde da Paraíba foi instituída pela Lei Complementar 116 de 21 de Janeiro de 2013 e é constituída por onze municípios: Baía da Traição, Capim, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape (sede da região), Marcação, Mataraca, Pedro Régis e Rio Tinto, todos estes de pequeno porte. Essa região faz parte da 1ª Macrorregião de Saúde e da 1ª Gerência Regional de Saúde, conforme Resolução da CIB-PB Nº 203, de 03 de novembro de 2011, que aprova o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba – PDR – PB, constituindo 16 (dezesseis) Regiões de Saúde e 25 microrregiões de saúde no Estado da Paraíba.

Essas microrregiões devem atender às necessidades dos municípios que delas fazem parte, principalmente no que se refere às ações de média complexidade, caracterizando-se como referência nesse nível de atenção à saúde para a população local e apresentando algum grau de resolubilidade (BRANDÃO et al., 2012).

A Comissão Intergestores Regional do Vale do Mamanguape (CIR-VM) caracteriza-se como instância privilegiada de negociação, articulação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS e se mostra como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa no âmbito regional, a partir da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integral e resolutiva, sendo previsto no regimento interno da CIR-VM atualizar e acompanhar a PPI da assistência à saúde.

Por se tratar de um assunto de grande relevância, principalmente devido à lentidão com que ocorrem os processos burocráticos, como é o caso das pactuações, e tendo em vista que o último processo de pactuação da PPI encontrava-se desatualizado para o município de Curral de Cima, julgou-se pertinente desenvolver esse estudo visando concretizar novas pactuações e reduzir o risco de falhas na próxima pactuação e readequá-la às novas realidades municipais e regionais e, conseqüentemente, fortalecer a Região de Saúde.

A percepção da necessidade de atualização da PPI e os primeiros passos desse processo de análise e adequação das pactuações à situação do município de Curral de Cima e da Região do Vale do Mamanguape serão relatados a partir desse momento.

Em meados de maio de 2013, ao ser nomeada Secretário Municipal de Saúde Adjunta de Curral de Cima, foi possível identificar inúmeros desafios para alcançar a melhoria das condições de saúde da população e, para isso, o município necessitava de mudanças efetivas que refletissem nos seus indicadores de saúde. Desse modo, houve a percepção de que seria preciso um minucioso diagnóstico de todos os aspectos da saúde do município, para em seguida, traçar estratégias de mudanças que em um momento posterior pudessem ser implantadas.

Quanto aos serviços de saúde, no início da gestão, o município contava apenas com serviços de Atenção Básica, constituído por duas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), alocadas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Após alguns meses de trabalho foi implantado um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e através da nova Portaria GM nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 que alterou a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família foi possível implantar mais uma equipe de ESF, proporcionando muitos benefícios ao atendimento primário da população.

Dentre tantas questões relacionadas à saúde da população que necessitavam de atenção, apresentava-se a PPI, que desde agosto de 2013 estava sendo analisada, a partir do momento em que foi constatado que o teto de média

complexidade do município de Curral de Cima apresentava-se abaixo dos valores recebidos por municípios com características semelhantes. Além disso, observou-se nesse período, através de repasses anteriores que alguns serviços de saúde implantados e em pleno funcionamento no município de Curral de Cima, não estavam recebendo o devido financiamento por parte do Governo Federal, pois estavam pactuados para outros municípios de referência que muitas vezes, por diversos motivos, recebiam o financiamento, mas não atendiam a população curralense.

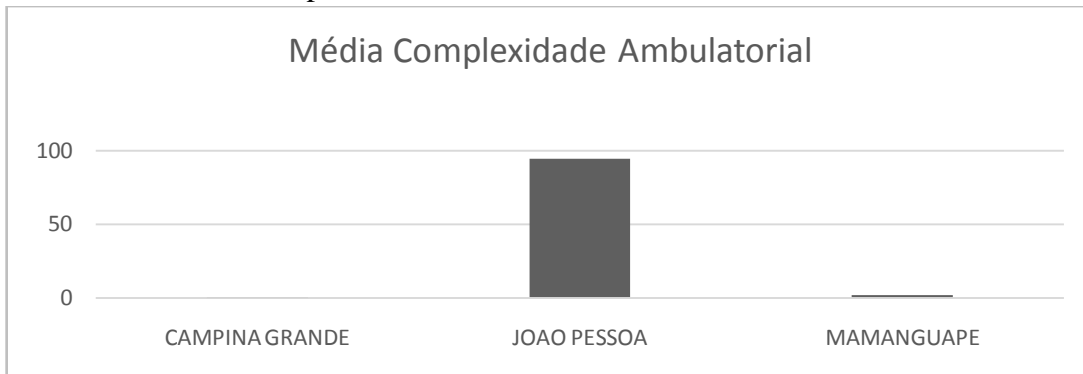
É relevante mencionar ainda, que desde a última PPI, muitas mudanças no âmbito da saúde ocorreram nos municípios da 14ª Região de Saúde e que o município de Mamanguape, para onde estava sendo referenciada grande parte dos serviços de saúde do município de Curral de Cima e de toda a região, não estava atendendo boa parte dos serviços que foram pactuados ou disponibilizava nesse período, serviços de péssima qualidade, deixando a população desassistida em muitos procedimentos de saúde e forçando o deslocamento da população para a capital, João Pessoa.

Todo esse acúmulo de erros e negligências relacionados à pactuação e prestação de serviços de saúde que poderiam facilmente ser realizados na região, contribuíam para a superlotação dos ambulatórios da capital e para o prejuízo dos municípios de pequeno porte com transporte, como no município de Curral de Cima, onde a Secretaria de Saúde disponibilizava o transporte para que a população carente tivesse acesso aos serviços de saúde e esse serviço tornava-se ainda mais oneroso devido à necessidade de maior deslocamento.

Por fim, observou-se que a realidade da região do Vale do Mamanguape era a seguinte: os serviços que eram financiados e referenciados para Mamanguape, em sua grande maioria não estavam sendo atendidos de modo satisfatório e os serviços que poderiam ser ofertados satisfatoriamente por este município não estavam pactuados.

Estas análises foram levadas à reunião da CIR-VM e a maioria dos gestores da saúde da região concordou com o exposto e relatou possuir problemas semelhantes e a mesma aspiração em resolvê-los. Foi realizada uma análise mais detalhada de todas as pactuações do Município de Curral de Cima através do SISPPi e os resultados foram apresentados e discutidos através dos gráficos 1, 2 e 3.

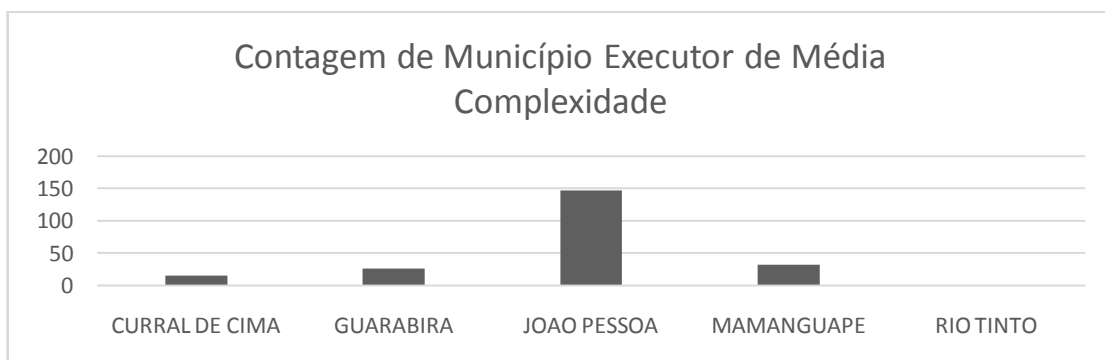
Gráfico 1: Média Complexidade Ambulatorial.



Fonte: SISPPI, 2013.

Ao analisar o gráfico 1, foi possível observar que a maior parte dos procedimentos de saúde estava pactuada para a cidade de João Pessoa, uma pequena minoria de procedimentos para cidade de Mamanguape e uma quantidade ainda menor para a cidade de Campina Grande. Dessa forma, percebeu-se que dentre os procedimentos de saúde pactuados para João Pessoa, muitos poderiam ser realizados no município de Mamanguape, que possuía alguns dos serviços e deixava de atender por não receber financiamento e, conseqüentemente, não ter condições de absorver a população de Curral de Cima e de outros municípios da região.

Gráfico 2: Contagem de Município Executor de Média Complexidade.

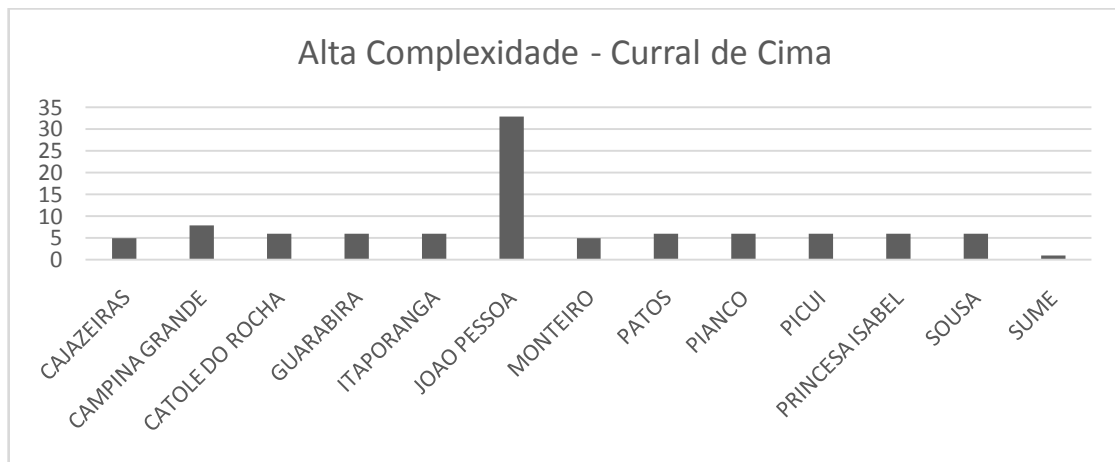


Fonte: SISPPI, 2013.

Através do gráfico 2, referente ao Município Executor, observou-se novamente a capital João Pessoa como referência para o maior número de procedimentos, seguida de Mamanguape e Guarabira e em quarto lugar estava Curral de Cima. Diante disso, percebeu-se a urgência de atrair as pactuações de todos os serviços de saúde que já eram realizados em Curral de Cima e ainda não recebiam o devido custeio por parte do Ministério da Saúde. Também é relevante

mencionar que o município de Guarabira, era referência para uma quantidade de serviços de saúde semelhante à quantidade de serviços referenciados para Mamanguape. Entretanto, os pacientes de Curral de Cima dificilmente eram encaminhados para Guarabira por dificuldade de transporte e malha viária deficiente, além de fazer parte de outra região de saúde, corroborando com a tese da necessidade de mudança nas pactuações.

Gráfico 3: Alta Complexidade Ambulatorial



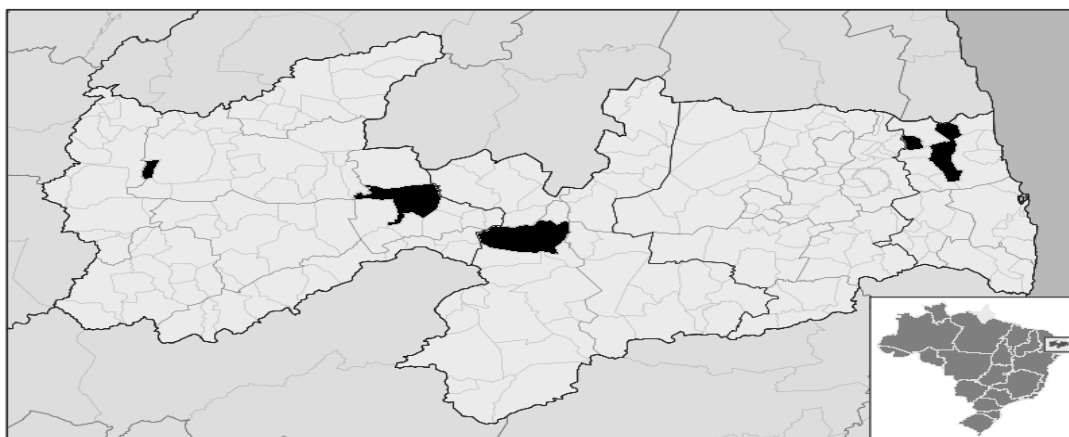
Fonte: SISPPI, 2013.

De acordo com o gráfico 3, foi possível constatar que o município de Curral de Cima estava direcionando seus procedimentos de Alta Complexidade também para João Pessoa, o que neste caso é correto já que a capital é o pólo de saúde e referência para Alta Complexidade da nossa região e de algumas outras regiões circunvizinhas. No entanto, também foi possível verificar que nem todos os procedimentos e serviços eram referenciados para esse pólo. Além disso, vários outros municípios eram referências de serviços de Alta Complexidade do município de Curral de Cima e se somados correspondiam a quase 50% do total de procedimentos e de valores referenciados.

Ainda é relevante comentar que as pactuações de Alta Complexidade direcionadas para municípios bastante distantes do município de Curral de Cima, como Cajazeiras e Catolé do Rocha, por exemplo, impossibilitavam o deslocamento dos pacientes para realização de procedimentos de saúde nesses locais.

Tudo isso despertou um olhar crítico para estas pactuações e a curiosidade de saber como elas apresentavam-se em outros municípios de pequeno porte. A partir daí foram observadas as pactuações de outros municípios de pequeno porte da 14ª Região de Saúde e de outras regiões mais distantes, como podemos observar no mapa da figura abaixo:

Figura 1: Mapa da Paraíba com destaque para os municípios analisados.



Fonte: Google imagens.

Os municípios em destaque no mapa são: Pedro Régis, Mamanguape, Taperoá, Santa Luzia e Marizópolis. Após a análise das pactuações de procedimentos e serviços de Alta Complexidade desses municípios era perceptível que alguns municípios paraibanos de localidades distintas apresentavam semelhanças marcantes no que concerne às suas pactuações. A primeira delas era que todos os municípios analisados possuíam procedimentos referenciados para os mesmos centros de saúde ou hospitais, entretanto, todos referenciavam suas maiores cotas para João Pessoa, independentemente da região de saúde a qual o município pertencia. Ou seja, essas pactuações pareciam não considerar a localização geográfica, aparentando ser apenas uma simples divisão matemática.

Além disso, todos apresentavam os seguintes municípios nas suas pactuações: Cajazeiras, Campina Grande, Catolé do Rocha, Guarabira, Itaporanga, Monteiro, Patos, Piancó, Picuí, Princesa Isabel, Souza e Sumé. E todos esses praticamente com as mesmas quantidades de procedimentos referenciados em todos os municípios analisados.

Após a realização de todas essas análises, durante a reunião da CIR-VM na qual se fazia presente uma das representantes do setor responsável pela formulação da PPI no estado da Paraíba, esta foi questionada a respeito de todos os dados apresentados, principalmente sobre o fato de vários municípios distribuídos por todo o estado servirem como referência para os diversos municípios de pequeno porte, independente da localização.

A representante do estado responsável pela formulação da PPI - PB relatou que esse fato se justifica por tratar-se de procedimentos hemoterápicos que foram divididos e pactuados para todos os centros que oferecem este

tipo de serviço, dando ao paciente a possibilidade de ser atendido em qualquer um dos centros especializados na Paraíba.

No entanto, essa informação contraria o princípio da regionalização e dessa forma não há como controlar os recursos, já que centros com um número menor de pacientes recebem valores para custear procedimentos que não são executados, enquanto centros de maior volume operacional deixam de receber o que lhes cabe.

Após a discussão a representante concordou com a existência dessas falhas na elaboração da Programação Pactuada e Integrada em vigor e relatou que na próxima reformulação da pactuação, a PGASS, as falhas mencionadas não irão ocorrer, pois esta se fará de forma regionalizada.

Outro fator que deverá ser considerado na elaboração desta nova pactuação é a iminência da implantação de novos serviços de saúde na região de Vale de Mamanguape e no município de Curral de Cima, tais como: implantações dos vários pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na região; abertura do Hospital Geral de Mamanguape que trará novos serviços a nossa região, e contará com 128 leitos; reimplantação do Laboratório de Análises Clínicas no município de Curral de Cima; implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas tipo 1 (CEO I) em Curral de Cima, entre outros.

Entretanto, para que a futura pactuação se adeque às necessidades da população, vários fatores precisarão ser considerados, tais como: localização geográfica, capacidade de atendimento da população, disposição da malha viária, acessibilidade aos municípios e aos serviços de saúde, qualidade dos serviços oferecidos, pontualidade dos serviços, entre outros.

Para que isso seja alcançado, tornou-se necessário o desenvolvimento das seguintes ações: descrição a situação do município de Curral de Cima dentro de sua microrregião de saúde e das metas de implantação de serviços que se pretende alcançar em curto prazo; implantação dos serviços, cadastramento dos serviços, profissionais e equipamentos no CNES e produção da série histórica; conhecimento sobre a realidade dos municípios que fazem parte da 14ª Região de Saúde, sobre os serviços de saúde que estes municípios detêm e se estes têm a possibilidade de absorver a população do município de Curral de Cima e, a partir daí ter uma idéia de serviços que serão implantados, para planejamento futuro; desenvolvimento de planos e estratégias de reorganização dos serviços para que se tornem adequados; e formulação de um plano de ação contemplando estratégias de curto, médio, e longo prazo, que com o objetivo de sanar as principais deficiências nos serviços de saúde do município de Curral de Cima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tratou essencialmente da importância de se analisar e adequar a Programação Pactuada e Integrada do município de Curral de Cima, já que os serviços de saúde passam constantemente por mudanças e precisam se adequar às novas demandas de saúde da população. Ou seja, é um processo dinâmico que está em constante evolução e deste modo, também se faz necessária a dinamização das pactuações destes serviços.

Essa atualização constante traz enormes benefícios à gestão do sistema, pois assim os serviços oferecidos e realizados em cada município podem ser custeados pelo governo federal e isso facilita a implantação de outros serviços necessários. Ademais, todo esse processo leva ao fortalecimento da regionalização, que traz por benefício formar uma região de saúde completa e complexa, visando atender toda e qualquer demanda de serviço de saúde do seu território.

É importante estar atento e buscar conhecimentos atualizados sobre o que ocorre em âmbito nacional no SUS. Isso pode trazer uma mudança na forma de perceber as falhas que o sistema de saúde apresenta que muitas vezes é tida como falha de caráter vertical e na verdade muitos dos problemas podem ser solucionados em âmbito regional.

Todo planejamento e mudança causada pela futura pactuação trarão aos usuários benefícios nos atendimentos, bem como uma diminuição da demanda reprimida, menor custo por paciente, além da possibilidade de implantação de novos serviços, o que refletirá em uma melhor condição de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, I.C.A. et al. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 16 Número 3 Páginas 347-352 2012. ISSN 1415-2177.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990 19 set. Extraído de <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI_8080.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2013.

BRASIL. **Norma Operacional Básica (NOB) do SUS**. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 22 jan. 2018.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02**. Portaria nº 373, de 27 de

fevereiro de 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 03 fev. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. Brasília; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 399, de 2 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006b.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de junho de 2011**. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Brasília-DF, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA – IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros 2010**. Cural de Cima: IBGE, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 novembro. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PARAÍBA. Gerência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização da Paraíba**. João Pessoa, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.pb.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2013.