



**GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PROJETO DE FORTALECIMENTO DA GOVERNANÇA REGIONALIZADA E
INTEGRADA DAS REDES TEMÁTICAS MATERNO INFANTIL E URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS RONDONIENSE - MACRORREGIÃO I**

PLANO MACRORREGIONAL INTEGRADO - MACRORREGIÃO I

**RONDÔNIA
2024**

GOVERNADOR

Marcos José Rocha Dos Santos

VICE-GOVERNADOR

Sergio Gonçalves da Silva

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Jefferson Ribeiro Da Rocha

SECRETÁRIO ADJUNTO

Elcio Barony de Oliveira

SECRETÁRIA EXECUTIVA

Michelle Dahiane Dutra

DIRETORA EXECUTIVA

Amanda Diniz Del castilho

DIRETOR GERAL DA AGEVISA

Cel. Bm Gilvander Gregório De Lima

SUBDIRETORA TÉCNICA EM SAÚDE

Mariana Aguiar Prado

COORDENADORA DO SISTEMA DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO

Marta Maria Oliveira Duarte

I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE JI-PARANÁ

Nair Ferreira de Souza Barreto

II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACOAL

Solange Pereira Vieira Tavares

III GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VILHENA

Sinelma Penha de Souza

IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE ARIQUEMES

Rosicléa da Silva

V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE ROLIM DE MOURA

Nerdilei Aparecida Pereira

VI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO

Sachanna Mychelly Morais Torres

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

PROADI-SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 ESTADO DE RONDÔNIA	12
2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO	13
2.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO E CULTURAL	17
2.3 CARACTERÍSTICAS DE MORBIMORTALIDADE	20
2.3.1 SÍFILIS CONGÊNITA EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	21
2.3.2 MORBIDADE HOSPITALAR ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO	23
2.3.4 MORTALIDADE INFANTIL POR COMPONENTE (NEONATAL PRECOCE, TARDIO E PÓS NEONATAL)	25
2.3.5 MORTALIDADE EM CRIANÇAS DE 1 A 5 ANOS	28
2.4. MORTALIDADE MATERNA	30
2.4.1 Principais Causas de Mortalidade Materna	31
2.5 DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE: DIMENSÃO TERRITORIAL, DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	32
2.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	33
2.6.1 Cobertura Atual de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Equipes de Atenção Primária (EAP)	33
Tabela 13 - Total de equipes de Saúde Bucal e número de profissionais odontólogos cadastrados no CNES por município da macrorregião I, em 2022.	38
2.6.2 Indicador de Percentual de Internações por Condições Sensíveis à APS.	39
2.7 INDICADOR DE SÉRIE HISTÓRICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS DO NÚMERO ABSOLUTO DE CONSULTAS AGENDADAS PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO SISREG	40
2.7.1 SÉRIE HISTÓRICA (2011-2021) DA RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E NA POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	41
2.8 SERVIÇO DE APOIO	43
5.4.1 Serviço de Apoio Diagnóstico	44
2.9 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)	54
2.10 ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)	64
2.10.1 DIMENSÕES DA ÁREA HOSPITALAR	66
2.10.2 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS	68
2.10.3 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal, filantrópicos ou privados segundo Macrorregião I e II	70
2.10.4 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao que são referência municipal, regional, macrorregional e estadual	71
2.10.5 Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS que são	

referência para a RAS, nas linhas de cuidado – materno-infantil, urgência e emergência.....	71
2.10.6 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de internações hospitalares: total, enfermaria, UTI.....	72
2.10.7 Série histórica dos últimos 5 anos da taxa de ocupação dos leitos: total, enfermaria, UTI.....	73
2.10.8 Série histórica dos últimos 5 anos da média de dias de permanência dos leitos: total, enfermaria, UTI.....	75
2.10.9 Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI.....	78
2.10.9 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias: total, eletivas de emergência realizadas.....	83
2.10.10 Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência.....	85
2.10.11 Série histórica dos últimos 5 anos do tempo médio de espera para internação em leitos de UTI (CRUE).....	88
2.10.12 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de pessoas aguardando para cirurgia eletiva (CRUE/FILA).....	89
2.10.13 Série histórica dos últimos 5 anos do tempo médio de espera para cirurgia eletiva.....	90
3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE MATERNO INFANTIL.....	92
3.1 REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL.....	95
9 IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAMI.....	96
9.1 NÍVEL PRIMÁRIO.....	97
9.2 COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS PRIORITÁRIAS, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO.....	98
9.3 NÍVEL PRIMÁRIO - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	99
9.4 NÍVEL SECUNDÁRIO - ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)..	101
9.5 NÍVEL TERCIÁRIO: ATENÇÃO HOSPITALAR.....	109
10 SISTEMA DE APOIO E SISTEMA LOGÍSTICO.....	112
10.1 SISTEMA DE APOIO.....	112
10.2 SISTEMA LOGÍSTICO.....	113
11 PARÂMETROS E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL.....	123
11 AVALIAÇÃO DA SUFICIÊNCIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS COMPONENTES DAS RAS.....	128
12 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	7
13 IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS.....	9
14 COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAU, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO.....	13
14.1 HOSPITAL ESTADUAL E PRONTO SOCORRO JOÃO PAULO II - HEPSJP II...	16
14.2 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA INTENSIVA - AMI.....	17
14.3 HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO - HBAP.....	17
14.4 HOSPITAL INFANTIL COSME E DAMIÃO - HICD.....	19
14.5 CENTRO DE MEDICINA TROPICAL DE RONDÔNIA - CEMETRON.....	20
14.6 UTI ADULTO: ATENDIMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	20
15 REDE DE APOIO E LOGÍSTICA TERCIÁRIA DA RAU NA MACRORREGIÃO I.....	23

15.1 LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE RONDÔNIA - LACEN/RO	23
15.2 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E ANÁLISES CLÍNICAS DO ESTADO DE RONDÔNIA - LEPAC/RO	24
15.3 LABORATÓRIO DE FRONTEIRA DO ESTADO DE RONDÔNIA - LAFRON/RO.....	24
16 APOIO LOGÍSTICO FARMACÊUTICO	25
16.1 CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF II	25
16.2 COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF	26
17 APOIO LOGÍSTICO POR IMAGEM	27
17.1 CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO ESTADO DE RONDÔNIA - CDI.....	27
18 APOIO LOGÍSTICO-REGULAÇÃO NÍVEL TERCIÁRIO	27
18.1 GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ESTADO - GERREG	27
18.2 APOIO LOGÍSTICO- PRONTUÁRIO CLÍNICO	28
18.3 APOIO LOGÍSTICO- CARTÃO DE INFORMAÇÃO	28
19 PARÂMETROS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	28
20 ANÁLISE DA SUFICIÊNCIA QUANTI E QUALITATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	31
22 RECURSOS FINANCEIROS E INVESTIMENTOS EM SAÚDE.....	63
21.1 MATRIZ PARA IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS COM O PRMS EM CADA MRS	63
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	67

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Mapa das Regiões de Saúde do estado de Rondônia
- Figura 2.** População estimada segundo Macrorregião de saúde I dos anos de 2011 a 2019.
- Figura 3.** Mapa do Estado de Rondônia segundo Macrorregiões de Saúde.
- Figura 4.** Pirâmide etária (2011-2021) da macrorregião I.
- Figura 5.** Renda média familiar entre os anos 2000-2010 na macrorregião I
- Figura 6.** Índice de desenvolvimento humano (IDH) na macrorregião I – 2000 e 2010
- Figura 7.** Taxa bruta de Natalidade na macrorregião I, de 2011 a 2021.
- Figura 8.** Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita na Macrorregião 1, período: 2017 a 2021.
- Figura 9.** Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita.
- Figura 10.** Óbitos infantis por componente e por Região de Saúde no período de 2011 a 2021.
- Figura 11.** Taxa de mortalidade infantil por componente no período de 2011 a 2021
- Figura 12.** Taxa de mortalidade em crianças de 1 a 5 anos.
- Figura 13.** Cobertura da ESF por Município e Região da macrorregião I, em 2022.
- Figura 14.** População cadastrada no e-SUS AB e população estimada IBGE por região de saúde, em 2022.
- Figura 15.** Cobertura atual de equipes de Saúde Bucal (eSB) por município e região, da macrorregião I, em 2022.
- Figura 16.** Percentual de internações por condições sensíveis à APS, por região de saúde da macrorregião I, de 2011 a 2020.
- Figura 17.** Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos por região de saúde, estado e país, em 2021.
- Figura 18.** Número absoluto de laboratórios que realizam exames de patologia clínica no SUS.
- Figura 19.** Número absoluto de laboratórios que realizam exames de patologia clínica ao SUS, segundo a natureza da gestão, em 2022.
- Figura 20.** Número absoluto de exames laboratoriais ofertados para o SUS, em 2022.
- Figura 21.** Número absoluto do total de exames laboratoriais por região de saúde, de 2016 a 2022.
- Figura 22.** Tempo médio de espera para o resultado dos exames laboratoriais de maior demanda.
- Figura 23.** Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, por região e macrorregião de saúde.
- Figura 24.** Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, segundo a natureza da gestão, por região de saúde, no ano de 2022.
- Figura 25.** Número absoluto do total de exames de imagens realizados na macrorregião I, no período de 2017 a julho/2022.
- Figura 26.** Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS por município, em agosto/2022
- Figura 27.** Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, por Região de saúde, em 2022.
- Figura 28.** Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica, por região de saúde, em 2022.
- Figura 29.** Número absoluto de estabelecimentos da RAPS, segundo região, macrorregiões e estado de Rondônia, em agosto/2022.
- Figura 30.** Número absoluto de profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS.

Figura 31. Leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados pelo SUS, por região de saúde, em agosto/2022.

Figura 32. Total de consultas realizadas na AAE

Figura 33. Números absolutos de profissionais da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS, segundo a Macrorregião I, em 2022.

Figura 34. Hospitais que prestam atendimento ao SUS.

Figura 35. Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS por região de saúde e por tipo.

Figura 36. Hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão, sendo a Macrorregião I em 2022.

Figura 37. Internações hospitalares: total, enfermaria, UTI de Média Complexidade.

Figura 38. Número absoluto de internações hospitalares: total, enfermaria, UTI da Alta Complexidade.

Figura 39. Taxa de ocupação leitos/dia, por região de saúde, em 2022.

Figura 40. Média total de dias de permanência dos leitos, enfermaria, UTI, segundo região de saúde, de 2017 a 2021.

Figura 41. Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na região Vale do Jari.

Figura 42. Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na Região Madeira-Mamoré.

Figura 43. Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na região Central.

Figura 44. Taxa dos valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021.

Figura 45. Total de salas cirúrgicas disponibilizadas no SUS por município, em 2022.

Figura 46. Total de cirurgias eletivas e de emergência realizadas, por região de saúde, de 2017 a 2021.

Figura 47. Valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência, período 2017 a 2021.

Figura 48. Itinerário Terapêutico - Gestante e Criança na Macrorregião I

Figura 49. Itinerário Terapêutico - Urgência e Emergência

Figura 50. Componentes RUE e suas interfaces

Figura 51. Recursos Financeiros e Investimentos em saúde por Região de Saúde e por Municípios Macrorregião I ano 2022.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa populacional por município e Região de Saúde da macrorregião I.

Tabela 2 – População por município e faixa etária segundo a macrorregião I.

Tabela 3 – População por sexo e faixa etária na macrorregião I.

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo na macrorregião I, no período de 2000 e 2010.

Tabela 5 – Cobertura dos serviços de abastecimento adequado de água da população por meio de rede geral de distribuição, de 2000 e 2010.

Tabela 6 – Afecções originadas no período perinatal, na Macrorregião 1, período: 2011 a 2021.

Tabela 7 – Internações por afecções perinatais em menores de 1 ano de 2011 a 2021.

Tabela 8 – Óbitos infantis por região de saúde na macrorregião 1 - período de 2011 a 2021.

Tabela 9 – Número de óbitos em crianças de 1 a 5 anos por causas na macrorregião I.

Tabela 10 – Número de óbitos maternos por tipo de causas obstétricas, de 2010 a 2020.

Tabela 11 – Número das principais causas de mortalidade materna (as 10 principais pelo CID 10).

Tabela 12 – Número de equipes de Saúde da Família, população cadastrada no e-SUS AB, população estimada e percentual de cobertura dos cadastros por município e região, na macrorregião I, em 2022.

Tabela 13 – Total de equipes de Saúde Bucal e número de profissionais odontólogos cadastrados no CNES por município da macrorregião I, em 2022.

Tabela 14 – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Tabela 15 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos por Região de Saúde da macrorregião I, de 2011 a 2021.

Tabela 16 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

Tabela 17 – Número absoluto do total de exames laboratoriais por região de saúde, de 2017 a 2021.

Tabela 18 – Número absoluto de exames de imagens realizados, por local de atendimento e subgrupo de procedimento na macrorregião I, de 2017 a julho/2022.

Tabela 19 – Total dos valores financeiros para pagamento dos exames de imagem de maior demanda, no período de 2016 a 2022.

Tabela 20 – Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por Município, Região Central, em 2022

Tabela 21 – Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por município da região Madeira-Mamoré, em 2022.

Tabela 22 – Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por município da Região Vale do Jamari, em 2022.

Tabela 23 – Número absoluto de profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS.

Tabela 24 – Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamentos do total das consultas realizadas na AAE.

Tabela 25 – Profissionais da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS.

Tabela 26 – Taxa de ocupação dos leitos total, enfermaria, UTI, por região de saúde, em 2022.

Tabela 27 – Série histórica do total de dias de permanência dos leitos, enfermaria, UTI, segundo região de saúde, de 2017 a 2021.

Tabela 28 – Total de cirurgias eletivas e de emergência realizadas, por região de saúde, de 2017 a 2021.

Tabela 29 – Valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência, de 2017 a 2021.

Tabela 30 – Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, Microrregião I/RO, 2023.

Tabela 31 – Demonstrativo dos sistemas de apoio a nível primário na Macrorregião I.

Tabela 32 – Sistema de apoio secundário na Macrorregião I.

Tabela 33 – Competências e carteiras de Serviços Nível Secundário no que refere a HPP e Hospitais da Macro I.

Tabela 34 – Competências e Carteiras de Serviço - SAE, CEO, CER, SAMU e Maternidade.

Tabela 35 – Unidades assistenciais, competências e carteiras de serviços Nível Terciária na Macro 1.

Tabela 36 – Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a nível primário na macrorregião I, Rondônia 2023.

Tabela 37 – Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a Nível Secundário na macrorregião I, Rondônia 2023.

Tabela 38 – Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a Nível Terciário na macrorregião I, Rondônia 2023.

Tabela 39 – Procedimentos e Parâmetros propostos de atenção à saúde gestacional.

Tabela 40 – Atenção Especializada: Parâmetros de necessidade de médicos especialistas.

Tabela 41 – Equipamentos de Apoio Diagnóstico. Parâmetros para a oferta de ultrassonografia obstétrica - quantidade de exames.

Tabela 42 – Atenção à gravidez, parto e puerpério - Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha)

Tabela 43 – Avaliação da produção de consulta de pré-natal e puerperal considerando os lançamentos no e-SUS SIGTAP ou por Código de Procedimento SIGTAP.

Tabela 44 – Número de procedimento em atenção à gravidez.

Tabela 45 – Número de especialistas pediatras e obstetras estimado e cobertura existente na Macrorregião I.

Tabela 46 – Número de aparelhos de ultrassom convencional e doppler em uso na Macrorregião I.

Tabela 47 – Pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência da Macro I.

Tabela 48 – SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro I.

Tabela 49 – Pontos de apoio, competências e carteiras de serviços do Sistema de Apoio da Rede de urgência a nível primário na Macrorregião I.

Tabela 50 – Pontos de apoio, competências e Carteiras de Serviços Atenção Secundária, na RAU na Macro 1.

Tabela 51 – Descrição da linha de cuidado e número de leitos Hospital de Base.

Tabela 52 – Quantidade de leitos por hospital na Macrorregião I.

Tabela 53 – Instituição com leitos de UTI adulto contratualizados com o Estado.

Tabela 54 – Internações por Ano processamento na Macro I segundo Capítulo CID-10, entre os períodos 2018 a 2022.

Tabela 55 – Ocorrência de óbito por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10, no período: 2017-2021.

Tabela 56 – Análise da suficiência da atenção primária no contexto geral em relação ao atendimento em urgências.

Tabela 57 – Análise da atenção às urgências segundo classificação de risco.

Tabela 58 – Competência dos pontos de atenção no atendimento ao IAM.

Tabela 59 – Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência para os cidadãos com acidente vascular cerebral na Macrorregião I.

Tabela 60 – Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência para os cidadãos com trauma na Macrorregião I.

Tabela 61 – Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgências Psiquiátricas na Macrorregião I.

APRESENTAÇÃO

O Planejamento Regional Integrado em Saúde (PRI) é uma abordagem estratégica no Sistema Único de Saúde (SUS) que visa promover uma gestão mais eficiente e articulada dos recursos e serviços de saúde em uma determinada região geográfica. Esse tipo de planejamento considera as necessidades e as características específicas de uma área, envolvendo diversos atores e setores de forma participativa e ascendente.

Em Rondônia, assim como em outros estados brasileiros, o Planejamento Regional Integrado (PRI) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde da população, a partir de suas necessidades específicas e as características locais.

As estratégias de implementação do PRI no SUS em Rondônia podem variar de acordo com as peculiaridades da região, mas geralmente seguem as etapas comuns de construção do planejamento regional integrado, como mencionadas anteriormente. Isso inclui o diagnóstico situacional da saúde da população, a definição de prioridades, a elaboração de planos de ação, a implementação das ações planejadas, o monitoramento dos resultados e a avaliação periódica do processo.

Além disso, em Rondônia, assim como em outros estados, o PRI no SUS envolve a participação de diversos atores e instituições, como secretarias municipais e estaduais de saúde, conselhos de saúde, instituições de ensino e pesquisa, organizações não governamentais e a própria comunidade. A integração entre esses diferentes setores é fundamental para o sucesso do planejamento regional integrado e para a melhoria efetiva da saúde da população.

É importante ressaltar que a implementação do PRI no SUS em Rondônia enfrenta desafios específicos, como as características geográficas do estado, a distribuição populacional e a disponibilidade de recursos para ações e serviços em saúde. No entanto, a adoção de uma abordagem integrada e colaborativa pode contribuir significativamente para superar esses desafios e promover o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde em toda a região. Sobretudo, o Planejamento Regional Integrado (PRI) é a declaração expressa das prioridades sanitárias do território.

Jefferson Ribeiro da Rocha
Secretário de Estado da Saúde

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Análise de Situação de Saúde (ASIS) é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.

O presente documento trata da Análise Situacional de Saúde (ASIS) da macrorregião I do Estado de Rondônia, um dos produtos do Processo de Regionalização Integrado (PRI) e do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde. Elaborado pelo Grupo Técnico Macrorregional (GTM) I com o apoio técnico da Equipe da Coordenação de apoio à descentralização da Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia e da Articuladora Estadual do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

Trata-se de um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença da população da macrorregião I, incluindo os problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde. Construída a partir de fonte de dados primários e secundários, coletados dos Sistemas de Informação em Saúde: e-SUS, SINASC, CNES, SINAN, TABNET/DATASUS, HÓRUS, SISREG, SIM, PROADESS, SIA, SIH-Base Nacional e fontes locais diretas. Dessa maneira, as informações produzidas e analisadas ganham vitalidade por meio da utilização crítica de seus dados e promovendo sua ampla visibilidade.

Para o enfrentamento adequado dos principais problemas e desafios postos aos profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental contar com o conhecimento sobre a situação de saúde e de seus determinantes e condicionantes.

A ASIS, da macrorregião I tem por objetivo criar informações e conhecimentos válidos sobre a situação de saúde da população, possibilita conhecer o perfil epidemiológico da população e permite identificar as prioridades de ações de promoção/recuperação da saúde que os serviços de saúde devem oferecer para as pessoas na macrorregião em análise.

O Estado de Rondônia é composto por 52 Municípios agrupados em 6 (seis) Gerências Regionais de Saúde -GRS e 7 (sete) Regiões de Saúde, aprovadas por meio da Resolução Nº 087 CIB/RO de 08 de maio de 2014.

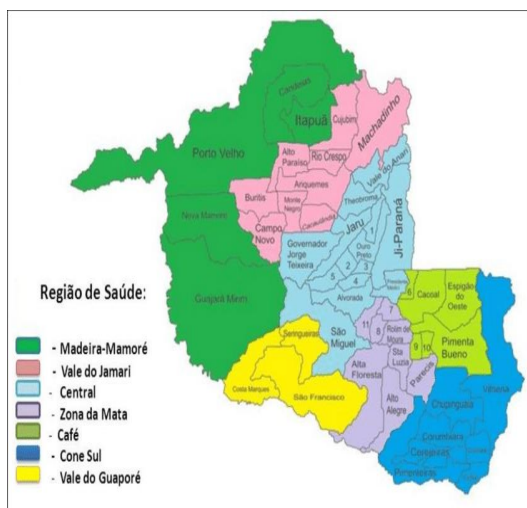
A Secretaria de Estado da Saúde - SESAU, está dividida administrativamente em 6 (seis) Gerências Regionais de Saúde/GRS, sendo estas responsáveis pelo acompanhamento de 02 macrorregiões, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado.

2 ESTADO DE RONDÔNIA

Localizado no hemisfério Sul, situado na Região Norte do Brasil. Limita-se geograficamente com o Estado do Amazonas ao Norte e Nordeste, com a República da Bolívia, ao Sul e Sudoeste, com o Estado do Mato Grosso a Sudeste e a Oeste e com o Estado do Acre a Noroeste.

Apresenta uma área territorial de 238.512,8 km², o que corresponde a 6,19% da Região Norte e a 2,79% do território nacional.

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do estado de Rondônia



Fonte: PES, 2021.

O relevo é suavemente ondulado; 94% do território encontra-se entre as altitudes de 100 e 600 metros. Madeira, Ji-Paraná, Guaporé e Mamoré são os rios principais. A economia é baseada na pecuária e na agricultura (café, cacau, arroz,

mandioca, milho) e no extrativismo da madeira, de minérios e da borracha (PES, 2021).

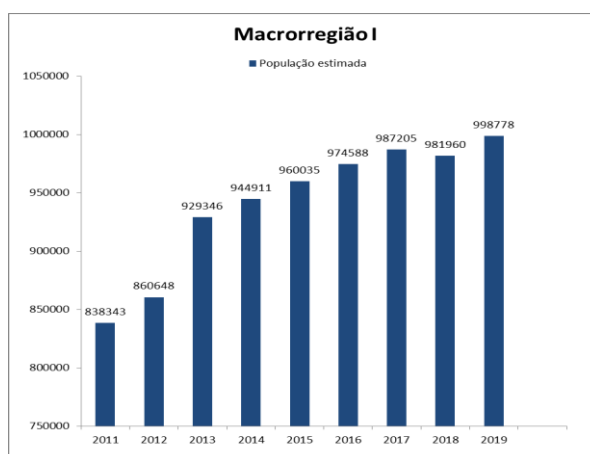
O clima predominante é equatorial, quente e úmido, com temperaturas que variam de 18º a 40º. A estação chuvosa vai de outubro a março e o período de seca, começa entre abril e maio, estendendo-se até setembro (PES, 2021).

2.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

O Estado de Rondônia, segundo o Censo do IBGE (2010), possui 1.562.409 habitantes e 1.815.278 habitantes de população estimada (2021). As cidades de maior porte são: Porto Velho (548.952 hab.), Ji-Paraná (131.026 hab.), Ariquemes (111.148 hab.), Vilhena (104.517 hab.), Cacoal (86.416 hab.), Rolim de Moura (55.748 hab.) e Jaru (51.469 hab.) (IBGE – Julho/2021). Dos 52 municípios, 57,69% possuem população com menos de 20.000 habitantes (Portal G1, 2021).

A Macrorregião de Saúde I, tendo como polo a cidade de Porto Velho, esta é composta por, 18 Municípios, contando com uma população de 998.778 habitantes, que representa 63,93% da população sendo este o polo de maior densidade populacional do Estado, além de ser considerada a maior região metropolitana da região Norte do Brasil e a quinta mais populosa do País.

Figura 2 - População estimada segundo Macrorregião de saúde I dos anos de 2011 a 2019.



Fonte: IBGE, 2010.

No mapa do Estado de Rondônia abaixo, podemos identificar as duas Macrorregiões de Saúde, sendo a Macrorregião de saúde I, composta por 18

Municípios, tendo como Polo a cidade de Porto Velho e a Macrorregião de saúde II, composta por 34 Municípios, tendo como polo a cidade de Cacoal.

Figura 3 - Mapa do Estado de Rondônia segundo Macrorregiões de Saúde

Fonte: Mapa do Estado de Rondônia de 2022, por Macrorregião de Saúde.

A densidade demográfica da macrorregião I é de 126,48 hab/km². A partir da análise do perfil demográfico por região, fica evidente a grande variação de população entre as regiões de saúde, desde a região Central com 80.492 habitantes, a Região Vale do Jamari com 284.003 habitantes à região Madeira Mamoré com 666.953 habitantes, onde está inserida a capital do Estado, Porto Velho.

Na tabela que segue abaixo, apresenta-se a estimativa da população para o ano de 2021 por município e região de saúde da macrorregião I.

Tabela 1 – Estimativa populacional por município e Região de Saúde da macrorregião I.

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	MACRORREGIÃO 1 - PORTO VELHO
Vale do Jamari	284.003
RIO CRESPO	3.843
MONTENEGRO	16.158
MACHADINHO D'OESTE	41.724
ARIQUEMES	111.148
CACAULÂNDIA	6.307
CUJUBIM	27.131
BURITIS	41.043
ALTO PARAÍSO	22.258
CAMPO NOVO DE RONDÔNIA	14.391
Central	80492
GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	7.130
VALE DO ANARI	11.545
JARU	51.469
THEOBROMA	10.348
Madeira-Mamoré	666.953
GUAJARÁ-MIRIM	46.930
PORTO VELHO	548.952
ITAPUÃ DO OESTE	10.819
NOVA MAMORÉ	32.184
CANDEIAS DO JAMARI	28.068
Total	1.031.448

Fonte: IBGE/Estimativa de população/2021

Segue abaixo tabela com a população por faixa etária e por Município na macrorregião I do estado de Rondônia.

Tabela 2 - População por município e faixa etária segundo a macrorregião I.

Município	0 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 69 anos	80 +	Total
Alto Paraiso	3728	1651	1760	7164	5696	2040	219	22258
Ariquemes	16658	8317	9490	38922	26855	9800	1106	111148
Buritis	7083	3207	3479	13532	9295	4021	426	41043
Cacaulândia	1045	450	484	1939	1557	735	97	6307
Campo Novo de Rondônia	2581	1077	1155	4650	3593	1228	107	14391
Candeias do Jamari	5242	2210	2335	9391	6423	2248	219	28068
Cujubim	5308	2293	2547	9378	5949	1553	103	27131
Governador Jorge Teixeira	1050	449	506	2222	1941	852	110	7130
Guajará-Mirim	8595	4041	4147	15170	10562	3878	537	46930
Itapuã do Oeste	2036	859	798	3525	2521	985	95	10819
Jaru	7562	3670	4034	17296	12783	5344	780	51469
Machadinho D'Oeste	7436	3374	3374	13679	9874	3640	347	41724
Montenegro	2656	1156	1285	5118	4004	1723	216	16158
Nova Mamoré	6102	2670	2766	10390	7541	2456	259	32184
Porto Velho	81295	41794	46354	201228	131610	42772	3899	548952
Rio Crespo	607	263	278	1149	1076	415	55	3843
Theobroma	1611	698	707	3120	2766	1272	174	10348
Vale do Anari	1885	775	827	3586	3029	1292	151	11545
Total	162.480	78.954	86.326	361.459	247.075	86.254	8.900	1031448

Fonte: IBGE/estimativa de 2021.

Ao analisar a população residente na macrorregião I do estado de Rondônia, observa-se que a população jovem e adulta (população economicamente ativa) concentra o maior número de pessoas entre as faixas etárias de 20 a 39 anos.

As pessoas nessa faixa etária encontram-se na fase produtiva de suas vidas, dedicadas muitas vezes aos estudos e trabalho. Geralmente, são as pessoas que mais circulam nos espaços e como consequência, também, são as que mais se expõem ao risco de doenças e acidentes.

O gráfico evidencia que a população ainda é predominantemente jovem e passa por um momento ideal para crescer, fenômeno denominado de “bônus demográfico” que ocorre quando há, proporcionalmente, um maior número de pessoas em idade aptas a trabalhar (entre 15 e 64 anos).

Segue abaixo tabela com a população por faixa etária e sexo na macrorregião 1 do Estado de Rondônia.

Tabela 3 - População por sexo e faixa etária na macrorregião I.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	42235	40305	82.540
5 a 9 anos	40902	39038	79.940
10 a 14 anos	40524	38430	78.954
15 a 19 anos	44231	42095	86.326
20 a 29 anos	93651	89607	183.258
30 a 39 anos	91741	86460	178.201
40 a 49 anos	72620	71078	143.698
50 a 59 anos	53325	50052	103.377
60 a 69 anos	31229	29704	60.933
70 a 79 anos	12717	12604	25.321
80 anos e mais	4261	4639	8.900
Total	527.436	504.012	1.031.448

Fonte: IBGE/estimativa de 2021.

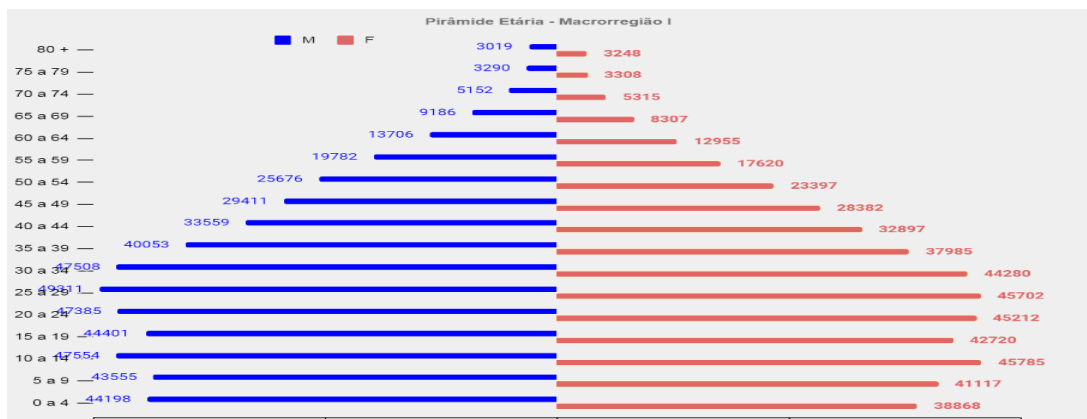
Conforme descrito na tabela acima, se observa que há uma leve predominância de pessoas do sexo masculino, representando 51,14% da população total da Macrorregião 1.

A Pirâmide etária é indicado para classificar a população de uma determinada localidade conforme as faixas de idade, dividindo-as por sexo. Esse gráfico é formado por barras superpostas que se concentram em torno de um eixo. As barras inferiores representam a população mais jovem e as barras superiores representam a população mais velha. Do lado direito do eixo, sempre se quantifica a população feminina e, do lado esquerdo, a população masculina, conforme o exemplo acima ilustrado.

A estrutura etária e de gênero de um país pode ser estudada através de pirâmides de população. Uma representação gráfica da estrutura etária e de gênero da população define idealmente uma pirâmide populacional.

As pirâmides populacionais são importantes no sentido de elaborarem um planejamento público a médio e longo prazo. A pirâmide etária da população brasileira vem se transformando ao longo dos anos, o que indica uma mudança no perfil demográfico do nosso país relativa ao crescimento demográfico nacional. Segue abaixo figura com a pirâmide etária da população residente na macrorregião 1 do Estado de Rondônia.

Figura 4 - Pirâmide etária (2011-2021) da macrorregião I.



Fonte: PROADESS.

Ao analisar a pirâmide etária da população residente na macrorregião 1 do Estado de Rondônia, observa-se base alargada em virtude dos altos índices de natalidade e um topo muito estreito, em função da alta mortalidade.

Quanto à população idosa (80+), observa-se o número reduzido de pessoas, o que possibilita dizer que a expectativa de vida é baixa, logo, o acesso à saúde é precário e há uma má qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, a média das expectativas de vida ao nascer da população mundial era de 74 anos para mulheres e de 69 anos para homens. As mulheres vivem mais, segundo a ciência, por três razões principais: genética, hormônios, ocupação e comportamento. (OMS, 2016)

No Brasil, segundo o IBGE, a expectativa de vida ao nascer, em 2019, é de 80 anos para mulheres e de 73 anos para homens. Importante observar que no que diz respeito à faixa etária a população se concentra nas faixas etária 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, caracterizada como população economicamente ativa.

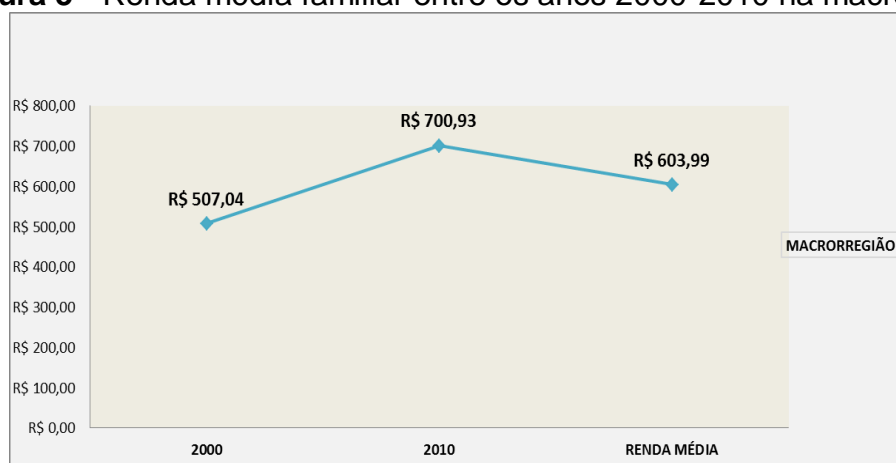
2.2 PERFIL SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

A economia de Rondônia, assim como nos outros Estados do Norte, está em processo de desenvolvimento. Em 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) estadual foi de 15 bilhões de reais, correspondendo a 0,6% de toda riqueza gerada no Brasil naquele ano.

O PIB per capita é de 10.320,00 (Dez mil trezentos e vinte reais). No âmbito regional, a contribuição foi de 11,2%, sendo a terceira maior economia da região Norte, perdendo para o Pará (37,1%) e o Amazonas (31,5%).(FRANCISCO, Wagner de Cerqueira, 2022)

Segundo o último dado do IBGE, a renda média mensal domiciliar da Macrorregião de Saúde I, no ano de 2000, era de R\$ 507,04 (Quinhentos e sete reais e quatro centavos) e em 2010, no valor de R\$ 700,93 (Setecentos reais e noventa e três centavos), tendo um aumento de 38,23% no período de 10 anos, conforme observado na figura abaixo.

Figura 5 - Renda média familiar entre os anos 2000-2010 na macrorregião I.



Fonte: IBGE, 2010.

Segundo o último dado do IBGE, 2010, entre os anos de 2000 e 2010 a taxa de analfabetismo diminuiu 37,97% na Macrorregião 1. A evasão escolar pode ser considerada um dos principais fatores para o analfabetismo. Muitas crianças não ingressam na escola ou simplesmente abandonam para assumir outras responsabilidades como trabalho infantil e cuidados domésticos. E com isso, quando crescem perdem o interesse pela alfabetização. Muitas escolas também não contam com estrutura adequada para abrigar crianças e jovens para alfabetização, além das dificuldades de logística para percorrer o trajeto até a escola.

A evasão escolar é um problema crônico em todo o Brasil, sendo muitas vezes passivamente assimilada ou tolerada por escolas e sistemas de ensino, que chegam ao exercício de expedientes maquiadores ao admitirem a matrícula de um número mais elevado de alunos por turma do que o adequado, já contando com a 'desistência' de muitos ao longo do período letivo. (Digiácomo, 2005).

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo na macrorregião I, no período de 2000 e 2010.

Ano	2000	2010
TOTAL	10,9	7,9
MÉDIA TOTAL	9,4	

Fonte: IBGE – Censos demográfico/2010

Com investimentos historicamente baixos em saneamento, Rondônia apresenta indicadores de atendimento abaixo da média nacional, de acordo com levantamento feito pela Confederação Nacional da Indústria. Apresenta 42.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 40% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 21.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Um estudo realizado pelo Instituto Trata Brasil também mostra que a capital de Rondônia: atende apenas 5,16% da população com o serviço de coleta de esgoto; teve o menor percentual de atendimento de água em 2020: 32,87%; teve 0% do esgoto tratado; teve 84,01% de perdas na distribuição de água; deixa de faturar 82,09% da água produzida. Os dados são obtidos do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) divulgado pelo Ministério das Cidades, referentes ao ano de 2020.(G1 Rondônia, 2022)

A Macrorregião de Saúde I, que conta com 18 dos 52 Municípios do Estado de Rondônia, possui apenas 30,23% da população com abastecimento de água encanada.

Tabela 5 - Cobertura dos serviços de abastecimento adequado de água da população por meio de rede geral de distribuição, de 2000 e 2010.

Ano	2000	2010
Região Madeira Mamoré	29,4	37,4
Região Vale do Jamari	15,6	22,7
Região Central	17,5	30,6
Média total	20,83	30,23

Fonte: PROADESS, 2022.

O IDH é um indicador usado para avaliar e comparar o desenvolvimento social e econômico dos países. Dessa maneira, ele serve como um parâmetro de riqueza e desenvolvimento da nação. Os critérios considerados são saúde, educação e renda,

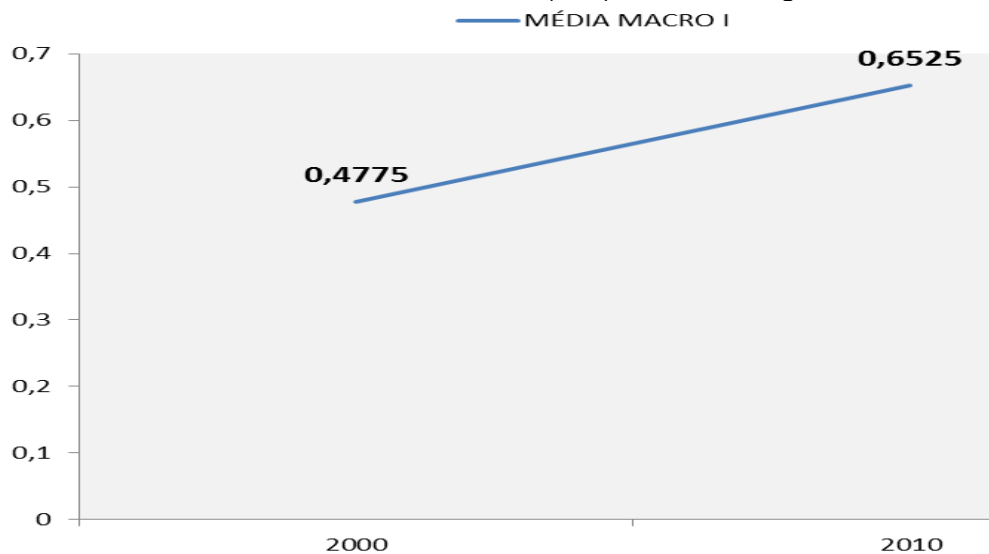
sendo que o IDH representa uma média desses três setores. Logo, no cálculo é preciso averiguar individualmente cada um deles e então fazer uma média final.

O resultado é usado não apenas para comparar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de um país, mas também para verificar se as áreas de educação, economia e saúde estão precisando de mais atenção por parte do governo.

O Estado de Rondônia passou a ocupar pela primeira vez a posição de segundo melhor IDH da região Norte, deixando assim a terceira colocação ocupada desde 1991. Além disso, o Estado registrou o melhor desempenho em empregabilidade da região Norte, conforme dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). (IBGE/SEPOG-RO).

De acordo com o PROADESS, no ano de 2010, a Macrorregião I possui um índice de desenvolvimento humano de 0,637, conforme a figura do gráfico abaixo, tendo um aumento de 34,6% no período de 10 anos. O Estado de Rondônia ocupa o 3º lugar no IDH na Região Norte.

Figura 6 - Índice de desenvolvimento humano (IDH) na macrorregião I – 2000 e 2010.



Fonte: PROADESS

2.3 CARACTERÍSTICAS DE MORBIMORTALIDADE

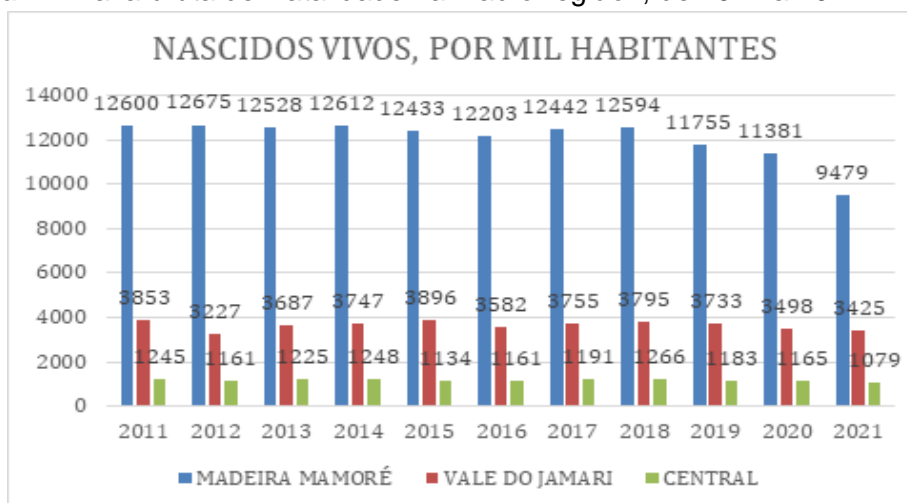
Os dados sobre Nascidos Vivos disponíveis são oriundos do Sistema de Informações (SINASC), sistema este gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Nascidos Vivos (DN) nos estabelecimentos de saúde e nos cartórios (para partos domiciliares) e entram, no SINASC, as informações nelas contidas.

A região com o maior número de nascidos vivos é a Madeira Mamoré, que no período de 2011-2021 registrou um total de nascimentos de 132.702 crianças, seguidos de 40.198 nascimentos na região do Vale do Jamari e 13.058 nascimentos da região central (Jaru, Theobroma, Vale do Anari e Governador Jorge Teixeira).

O total de nascimentos no período compreendido de 10 anos foi de 185.958 nascidos vivos.

Figura 7 – Taxa bruta de Natalidade na macrorregião I, de 2011 a 2021.



Fonte: SINASC/IBGE, acesso: Agosto/2022.

2.3.1 SÍFILIS CONGÊNITA EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

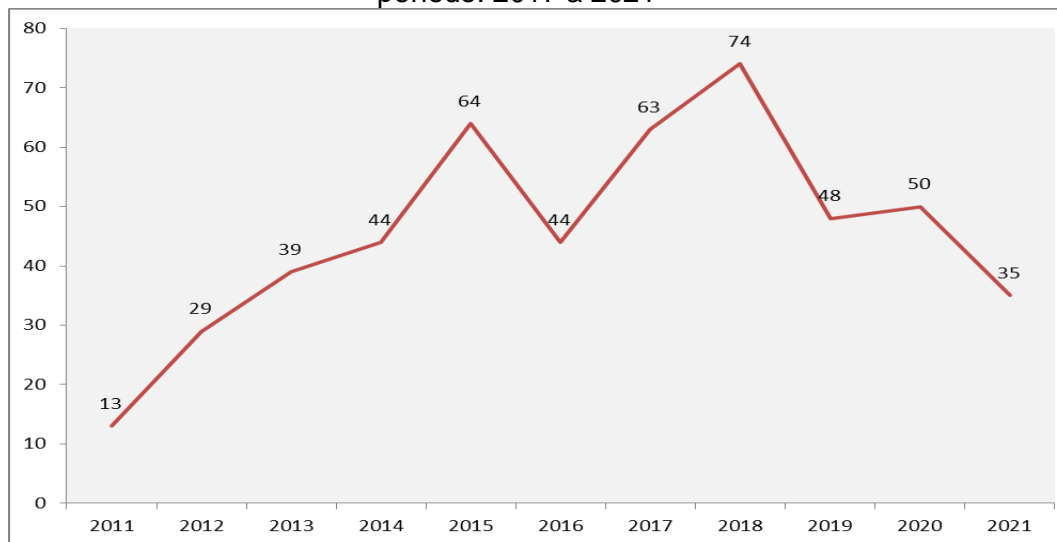
De acordo com o banco de dados do SINAN, do período de 2011 a 2021 ocorreram 503 notificações em gestantes com sífilis na Macrorregião I. As regiões de saúde com maior número de casos em 2021 foram: Madeira Mamoré (33), Vale do Jamari (2) e Central (1). Considera-se que a notificação de casos de Gestante com sífilis é bastante incipiente, no Estado.

Este indicador pretende demonstrar a frequência anual de casos notificados de sífilis congênita, decorrentes de transmissão vertical do *Treponema pallidum*, ou seja, a intensidade com que a doença acomete a população.

Indica condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas.

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos, meta a ser alcançada mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento.

Figura 8 – Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita na Macrorregião 1, período: 2017 a 2021

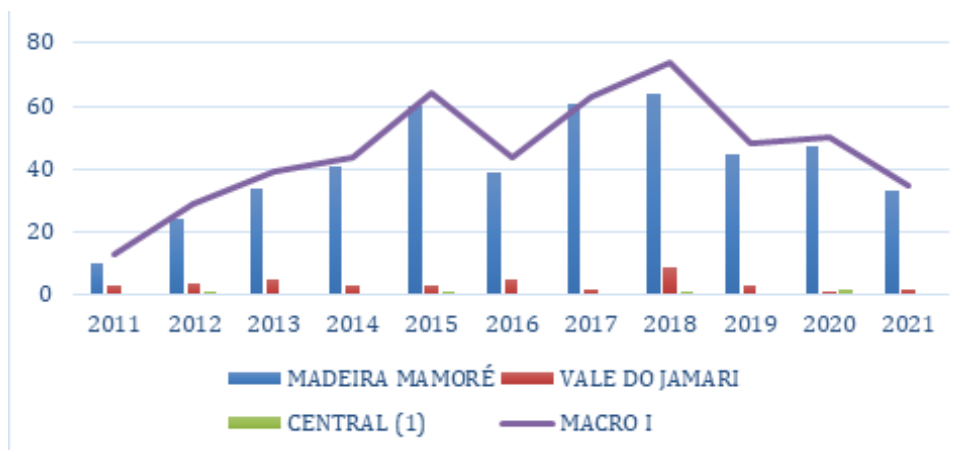


Fonte: SVS Ministério da Saúde

A macrorregião I, ao longo do período de 2011-2021, registrou um total de 503 casos de sífilis congênita, sendo 91,05% (458), localizados na região Madeira Mamoré, a qual pertence a maior parte da população, inclusive a capital. O Vale do Jamari responde por 7,95% (40), a Central 0,99% (5) dos casos de sífilis congênita.

Ao analisar a figura abaixo é possível observar um crescimento de casos no período dos anos de 2011 – 2015 e um decréscimo a partir de 2018, o que nos demonstra uma melhora no atendimento do pré-natal das gestantes atendidas na região e ampliação da testagem rápida ofertada para a população.

Figura 9 – Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita.



Fonte: SVS Ministério da Saúde

2.3.2 MORBIDADE HOSPITALAR ENTRE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

O perfil de internações infantis constitui-se como fundamental parâmetro para compreensão dos processos de adoecimento nesse grupo etário, de modo que os achados também são norteadores na adoção de medidas de prevenção a hospitalização infantil. A atenção à saúde das crianças representa um campo extremamente prioritário no que tange às outras faixas etárias da população, tendo em vista a sua suscetibilidade e vulnerabilidade ao adoecimento, assim como, também, ao agravamento das enfermidades em função das próprias dimensões biológicas da idade infantil. (Pedraza DF, Araújo EM, 2017)

Segundo Pedraza & Araújo (2017), é perceptível que as afecções perinatais e respiratórias são atualmente responsáveis por um grande número das internações de crianças menores de um ano e constituem, ainda, a principal causa do óbito infantil no Brasil. Abaixo, segue tabela com as internações por afecções perinatais em crianças menores de 1 ano por município na macrorregião I:

Tabela 6 - Afecções originadas no período perinatal, na Macrorregião I, período:

2011 a 2021.

Lista Morb CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
6 Algumas afec originadas no período perinatal	1584	1698	2005	1542	1608	1718	1702	1982	2195	1763	1500	19297
Feto e rec-nasc afet fat mat e compl grav parto	-	2	2	9	5	8	6	14	15	11	25	97
Ret cres fet desn fet tran gest curt baix peso	523	548	646	554	501	511	417	495	435	296	336	5262
Trauma durante o nascimento	6	2	3	4	1	-	2	2	4	2	2	28
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	25	29	25	11	36	19	21	17	18	20	24	245
Outros transt respiratórios orig per perinatal	210	268	274	272	365	376	382	368	425	279	242	3461
Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	211	175	191	183	120	152	257	532	673	670	428	3592
Outras infecções específicas do período perinat	403	433	543	193	138	237	166	100	60	28	33	2334
Doença hemolítica do feto e do recém-nascido	14	8	9	5	7	5	8	10	17	8	8	99
Outras afecções originadas no período perinatal	192	233	312	311	435	410	443	444	548	449	402	4179
Total	1584	1698	2005	1542	1608	1718	1702	1982	2195	1763	1500	19297

Fonte: SVS, Tabnet/Datasus. Acesso em: 13 dez. 2022.

Ao analisar as internações hospitalares em crianças menores de 1 ano na macrorregião I de Rondônia por município de ocorrência, no período de 2011 a 2021, se observa que as afecções perinatais no município de Porto Velho se destaca com o maior número de morbidades com 17.776 registros (92,11%), em segundo lugar o município de Ariquemes com 825 registros (4,27%) e em terceiro Guajará Mirim com 639 (3,31%) das internações perinatais.

Segue abaixo tabela com as internações por afecções originadas no período perinatal no período de 2011 a 2021 na macrorregião I.

Tabela 7 - Internações por afecções perinatais em menores de 1 ano de 2011 a 2021.

Lista Morb CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
16 Algumas afec originadas no período perinatal	1584	1698	2005	1542	1608	1718	1702	1982	2195	1763	1500	19297
.. Feto e rec-nasc afet fat mat e compl grav parto	-	2	2	9	5	8	6	14	15	11	25	97
.. Ret cres fet desn fet tran gest curt baix peso	523	548	646	554	501	511	417	495	435	296	336	5262
.. Trauma durante o nascimento	6	2	3	4	1	-	2	2	4	2	2	28
.. Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	25	29	25	11	36	19	21	17	18	20	24	245
.. Outros transt respiratórios orig per perinatal	210	268	274	272	365	376	382	368	425	279	242	3461
.. Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	211	175	191	183	120	152	257	532	673	670	428	3592
.. Outras infecções específicas do período perinat	403	433	543	193	138	237	166	100	60	28	33	2334
.. Doença hemolítica do feto e do recém-nascido	14	8	9	5	7	5	8	10	17	8	8	99
.. Outras afecções originadas no período perinatal	192	233	312	311	435	410	443	444	548	449	402	4179
Total	1584	1698	2005	1542	1608	1718	1702	1982	2195	1763	1500	19297

Fonte: SVS, Tabnet/Datasus. Acesso em: 13 dez. 2022.

Ao analisar as internações em menores de 1 ano por afecções no período perinatal na macrorregião I, se observa que as principais causas estão a restrição de crescimento fetal com baixo peso, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias congênitas e outros transtornos respiratórios de origem perinatal.

2.3.4 MORTALIDADE INFANTIL POR COMPONENTE (NEONATAL PRECOCE, TARDIO E PÓS NEONATAL)

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade (UNITED NATIONS, 2000).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação em Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do País, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos.

A taxa de mortalidade infantil do Brasil em 2008 (19,3/1000 nascidos vivos) é semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam taxas entre 3 e 10/1000 nascidos vivos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008a). Esses países conseguiram uma redução simultânea da mortalidade pós-neonatal e neonatal, enquanto no Brasil não houve mudança significativa do componente neonatal nas últimas décadas (LANSKY et al, 2009). Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde.

Decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

Os dados de óbitos e de nascidos vivos disponíveis são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), sistema este gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e são representadas pelas seguintes taxas:

1. Taxa de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade por mil nascidos vivos de mães residentes.
2. Taxa de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade por mil nascidos vivos de mães residentes.
3. Taxa de mortalidade pós-neonatal: número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade por mil nascidos vivos de mães residentes.

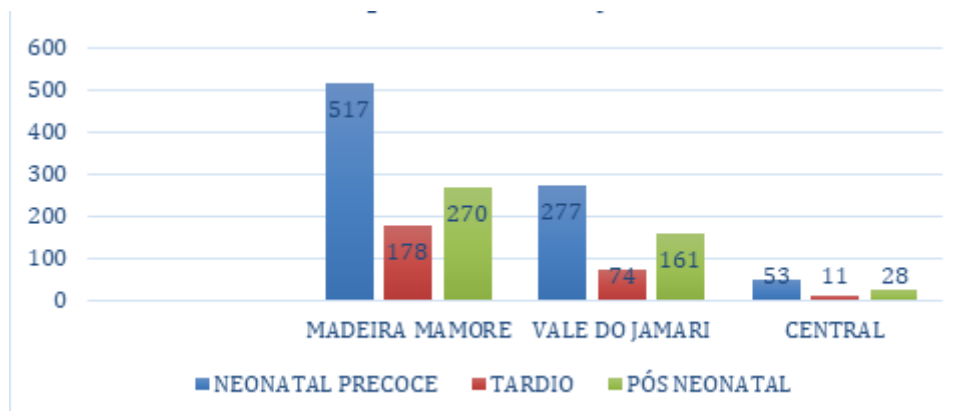
Na Macrorregião 1, ao analisar a série histórica de óbitos infantis no período de 2011-2021, se observa um total de 1.758 óbitos neonatais (precoce, tardio e pós neonatal). Destes, 48,18% (847) foram no período neonatal precoce, 14,96% (263) no neonatal tardio e 36,86% (648) no pós-neonatal.

Quadro 8 Óbitos infantis por região de saúde na macrorregião 1 - período de 2011 a 2021.

Região de Saúde	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	Total	Nascidos vivos
Madeira Mamoré	517	178	270	965	132.702
Vale do Jamari	277	74	161	512	40.198
Central	53	11	28	92	156
TOTAL	847	263	459	1.569	185.958

Fonte: SIM.

Figura 10 - Óbitos infantis por componente e por Região de Saúde no período de 2011 a 2021.



Fonte: SIM/MS.

Observa-se que o óbito de crianças no período neonatal precoce, concentra o maior número de óbitos na região Madeira-Mamoré e Vale do Jamari, respectivamente 32,95% e 17,65%. Já no período pós-neonatal, a mortalidade ainda é maior na região Madeira-Mamoré com 17,20% seguido pelo Vale do Jamari com 10,26% dos óbitos.

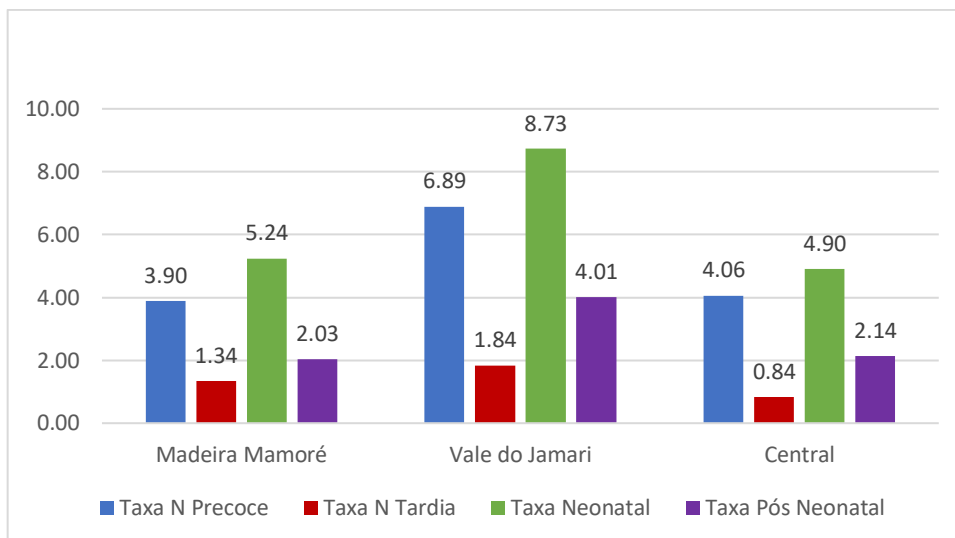
Os números podem ser relacionados a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Assim, a mortalidade infantil e na infância é um dos principais indicadores que subsidiam a qualidade da saúde para gestantes, recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.

De acordo com o cenário da infância e adolescência 2021, da Fundação Abrinq, a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano é de 12,4 para cada 1.000 nascidos vivos e a mortalidade na infância em menores de 5 anos é de 14,4 para cada 1.000 nascidos vivos.

O indicador é preocupante, uma vez que 65,8% dos óbitos de crianças menores de 1 ano poderiam ser evitados, sendo 54,6% por melhorias na assistência à mulher durante a gravidez, parto ou recém-nascido, 6,4% por meio de ações de tratamento e diagnóstico adequados e 4,8% por ações de promoção à saúde (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021).

De acordo com a meta 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Brasil precisa, até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a taxa da mortalidade infantil para no máximo cinco por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade na infância para no máximo oito por 1.000 nascidos vivos (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2021).

Figura 11 - Taxa de mortalidade infantil por componente no período de 2011 a 2021



Fonte: SVS Ministério da Saúde, 2022.

2.3.5 MORTALIDADE EM CRIANÇAS DE 1 A 5 ANOS

O indicador de Mortalidade em crianças de 1 a 5 anos estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

É influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos de idade. Porém, taxas reduzidas podem estar encobrendo más condições de vida em segmentos sociais específicos (RIPSA, 2000).

Na macrorregião I, se observou um aumento no número de mortalidade de crianças de 1 a 5 anos durante os anos de 2012-2013, a qual segue em decréscimo nos demais anos até 2020. A região que acumula o maior número é a Madeira Mamoré, que totalizou nos anos de 2011-2020, 241 óbitos. O Vale do Jamari acumula 77 óbitos nessa faixa etária, seguido dos municípios da região Central, com 20 óbitos.

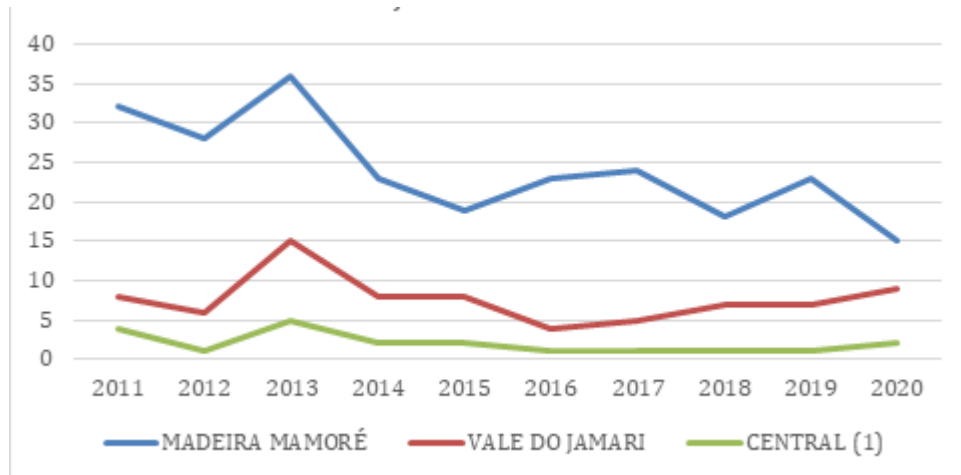
Quadro 9 Número de óbitos em crianças de 1 a 5 anos por causas na macrorregião I

REGIÃO MADEIRA MAMORÉ											
2011-2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL	32	28	36	23	19	23	24	18	23	15	241
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8	10	14	6	5	4	5	7	7	4	70
X. Doenças do aparelho respiratório	8	11	5	5	2	3	4	3	4	2	47
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	1	2	1	2	2	7	1	2	2	26
II. Neoplasias (tumores)	-	2	2	3	2	2	1	2	1	4	19
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	-	5	2	1	4	-	-	4	-	19
VI. Doenças do sistema nervoso	2	1	2	3	3	1	2	3	1	-	18
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	-	2	2	1	3	2	-	1	1	14
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	2	-	1	2	-	2	1	1	9
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	1	-	-	1	-	1	-	1	-	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	4
REGIÃO VALE DO JAMARI											
2011-2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL	8	6	15	8	8	4	5	7	7	9	77
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	4	4	3	2	3	4	4	4	7	37
X. Doenças do aparelho respiratório	1	-	4	3	3	-	-	-	-	-	11
II. Neoplasias (tumores)	1	-	3	-	-	-	-	2	2	-	8
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	1	-	1	-	-	1	-	-	5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	1	-	-	1	-	-	1	1	5
VI. Doenças do sistema nervoso	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	4
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
REGIÃO CENTRAL											
2011-2021	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL	4	1	5	2	2	1	1	1	1	2	20
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	-	4	-	-	-	1	-	1	-	8
VI. Doenças do sistema nervoso	1	-	-	-	2	-	-	-	-	1	4
X. Doenças do aparelho respiratório	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	4
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Fonte: SIM/Tabnet-Datasus.

Conforme a informação na tabela acima, observa-se que, nas regiões Madeira-Mamoré, Vale do Jamari e nos municípios selecionados da Região Central (Jaru, Theobroma, Governador Jorge Teixeira e Vale do Anari) a principal causa de óbitos em menores de 5 anos são as causas externas.

Figura 12 - Taxa de mortalidade em crianças de 1 a 5 anos.



Fonte: TABNET, 2022.

2.4. MORTALIDADE MATERNA

Os óbitos maternos por causas obstétricas diretas estão relacionados às complicações na gravidez, no parto ou puerpério, em decorrência de tratamento inadequado, más práticas e omissões. Já os óbitos maternos por causas obstétricas indiretas são as que resultam de doenças que já existiam antes da gestação ou de uma patologia que se desenvolveu durante a gravidez, sem uma relação com causas obstétricas diretas, mas que se agravaram pelas condições fisiológicas específicas de uma gestação (Martins & Silva, 2018).

A literatura descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se os serviços de saúde pública e privado ampliassem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, além de garantir uma atenção obstétrica segura e respeitosa (Martins & Silva, 2018)

Na macrorregião I, entre o período de 2010 a 2020 dos 113 óbitos maternos notificados, todos foram relacionados ao período puerperal. Em relação às causas, 79 óbitos (69,91%) foram relacionados a morte materna obstétrica direta, 31 óbitos (27,43%), foi relacionado a morte materna obstétrica indireta e 3 (2,66%) por morte materna obstétrica não especificada.

Tabela 10 - Número de óbitos maternos por tipo de causas obstétricas, de 2010 a 2020.

Tipo causa obstétricas	Óbitos maternos	Óbitos maternos tardios
Morte materna obstétrica direta	79	-
Morte materna obstétrica indireta	31	-
Morte materna obstétrica não especificada	3	-
Total	113	-

Fonte: Tabnet/Datasus.

2.4.1 Principais Causas de Mortalidade Materna

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos; a maioria delas poderia ter sido evitada.

Desde 1990, vários países subsaarianos têm reduzido pela metade a mortalidade materna. Em outras regiões, como a Ásia e o Norte da África, os progressos têm sido ainda maiores. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se uma aceleração nessa redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5%.

Na Macrorregião I, de 2011-2020, 161 mulheres morreram por complicações relacionadas ao parto, a maior causa desses óbitos totalizando 22 óbitos segundo o CID-10 foi o código O99 – Outras doenças maternas complicações gravidez, parto e puerpério, seguidos de O15 – Eclampsia (18) e O85 – Infecção Puerperal (16) e O98 – Doenças Infecto Parasitárias maternas com complicações na gravidez, parto e puerpério.

Tabela 11 - Número das principais causas de mortalidade materna (as 10 principais pelo CID 10).

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
TOTAL	15	17	18	22	14	15	19	10	13	18	161
O99 <u>Outr doenc mat COP compl grav parto puerp</u>	1	3	2	2	2	3	2	1	3	3	22
O15 <u>Eclampsia</u>	1	2	5	4	-	-	3	1	1	1	18
O85 <u>Infecc puerperal</u>	4	6	-	2	2	1	1	-	-	-	16
O98 <u>Doen inf paras mat COP compl grav part puerp</u>	-	-	4	3	2	-	2	1	-	4	16
O14 <u>Hipertensao gestacional c/proteinuria signif</u>	2	1	2	2	1	-	2	1	1	-	12
O72 <u>Hemorragia pos-parto</u>	-	-	-	1	-	3	3	1	1	1	10
O88 <u>Embolia orig obstetrica</u>	1	1	1	-	1	2	2	1	1	-	10
O23 <u>Infecc do trato geniturinario na gravidez</u>	1	-	1	3	-	2	-	1	-	-	8
O90 <u>Complic do puerperio NCOP</u>	-	-	1	2	-	-	1	1	-	1	6
O95 <u>Morte obstetrica de causa NE</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	5

Fonte: SIM/Tabnet-Datasus.

2.5 DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE: DIMENSÃO TERRITORIAL, DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população (MENDES, 2011).

As RASs são consideradas a melhor estratégia para o enfrentamento da fragmentação da atenção e dos problemas de saúde pública, portanto, neste eixo será avaliada a dimensão territorial, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde utilizando a análise de alguns indicadores.

2.6 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Conferência de Alma-Ata definiu a APS como

[...] cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 14)

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população. Portanto, a APS é a ordenadora da RAS (BRASIL, 2015).

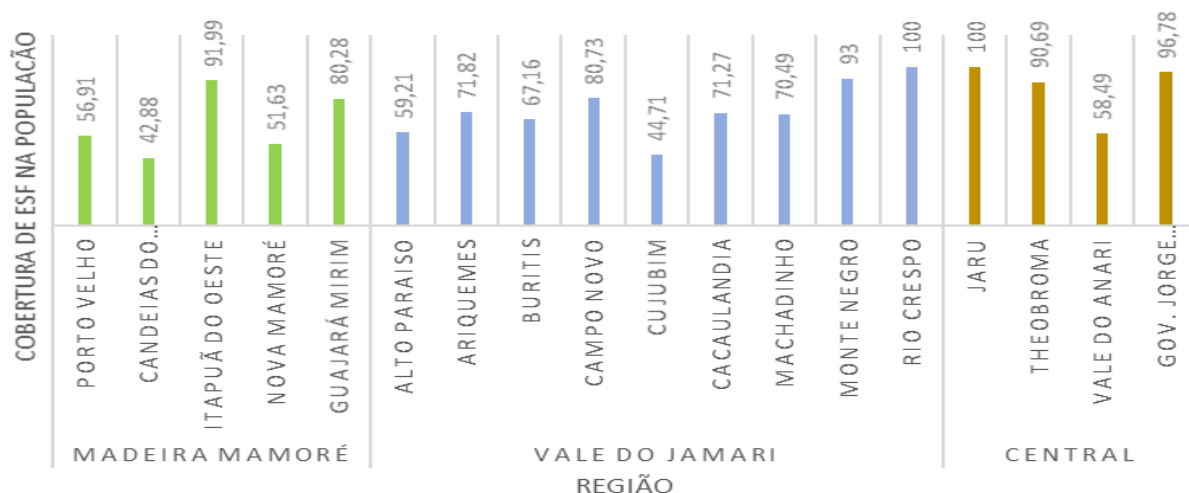
A demanda na APS é alta, estima-se que 21,7% da população, em um mês, demandará uma unidade de cuidados primários e envolve amplo espectro de problemas, motivos de consultas ou condições de saúde (GREEN et al., 2001).

No Brasil o principal modelo de APS no SUS é a implantação das equipes de Saúde da Família, que iniciou a partir dos anos 2000. Essa política é fortemente ancorada na orientação comunitária com destaque para a redução da mortalidade infantil, redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.

2.6.1 Cobertura Atual de Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e/ou Equipes de Atenção Primária (EAP)

O Brasil apresenta uma cobertura de ESF de 72,88%, enquanto o Estado de Rondônia possui 74,83% e a Macrorregião 1 com 73,83%. Dos 18 Municípios que compõem a Macrorregião 1, sete deles apresentam uma cobertura de ESF abaixo de 70%.

Figura 13 - Cobertura da ESF por Município e Região da macrorregião I, em 2022.



Fonte: eSUS Gestor AB, Acesso em: 19 jul. 2022.

Ao analisar o gráfico acima, a região de saúde Madeira Mamoré possui a cobertura de APS de 58,28%, com 60% (3) dos municípios apresentando coberturas inferiores a 70% (Nova Mamoré, Candeias do Jamari e Porto Velho).

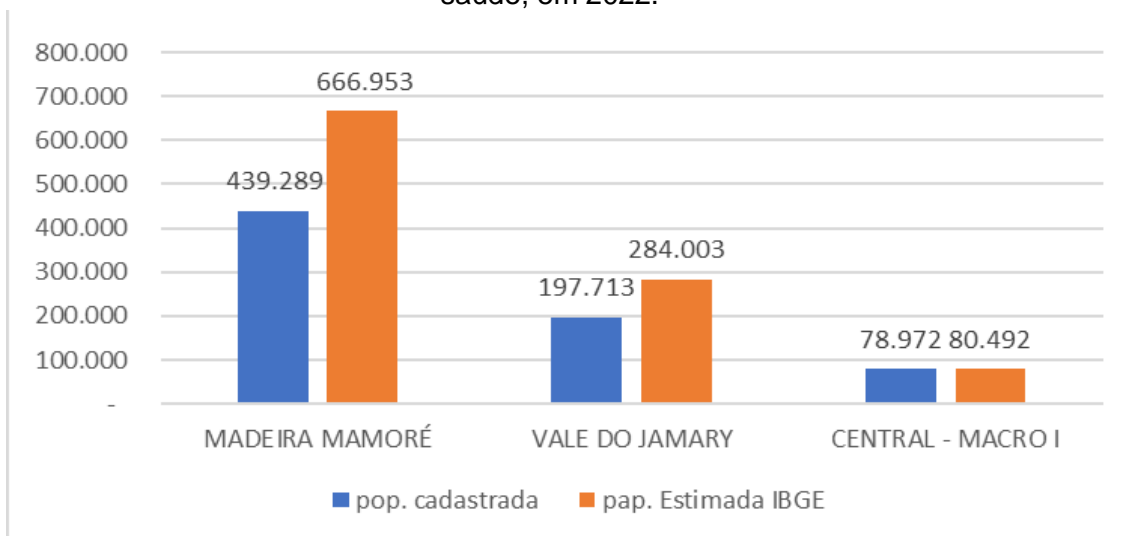
A região de saúde Vale do Jamari possui 69,4% de cobertura de APS, com 33,3% (3) municípios com coberturas inferiores a 70% (Alto Paraíso, Buritis e Cujubim). Entre os quatro municípios que integram a macrorregião pertencentes a região Central, um apenas possui cobertura inferior a 70% (Vale do Anari).

Vale ressaltar que quanto maior a cobertura de ESF, melhores são os resultados dos indicadores de saúde, e torna-se mais fácil o acesso do cidadão aos serviços de saúde de forma capilarizada.

O maior percentual de população não cadastrada nessa Macrorregião é proveniente dos municípios, cuja tipologia é urbana, pertencentes a região Madeira Mamoré, sendo: Guajará Mirim, município com fronteira internacional, extensa área de reservas indígenas e florestais e com uma população de 46.930 hab, desta, 64,8% cadastrada no e-SUS AB.

O município de Porto Velho, com 548.952 hab, com vasta área territorial, uma área rural formada por 11 Distritos, com populações dispersas, em regiões de assentamentos rurais e outras populações tradicionais ribeirinhas, possui 61,92 % de sua população cadastrada no e-SOUS AB.

Figura 14 - População cadastrada no e-SUS AB e população estimada IBGE por região de saúde, em 2022.



Fonte: eGestor AB , acesso em: 09 ago. 2022.

Ao analisar a Tabela 12, apresentada abaixo, a macrorregião I possui uma população estimada de 1.031.448 habitantes, segundo IBGE de 2021. Destes, 69,41% (716.000 hab.) está cadastrada no e-SUS AB e 30,59% (315.448 hab.) não estão registrados neste sistema de informação.

Dos municípios com populações estimadas menores de 45.000 habitantes e com índices de cadastramento abaixo de 70%, dois são da região do Vale do Jamari (Alto Paraíso e Cujubim) e um da região Central (Vale do Anari).

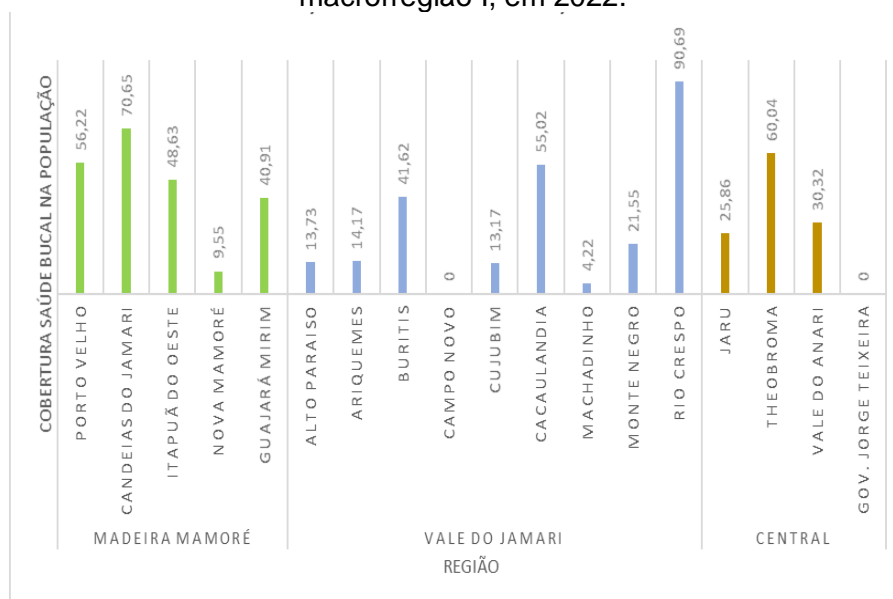
Tabela 12 - Número de equipes de Saúde da Família, população cadastrada no e-SUS AB, população estimada e percentual de cobertura dos cadastros por município e região, na macrorregião I, em 2022.

MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO	Nº eSF	Pop. Cadastrada	Pop. Estimada	%pop. cadast.
Porto Velho	URBANO	77	339.922	548.952	61,92
Candeias	URBANO	4	20.514	28.068	73,09
Guajará Mirim	URBANO	13	30.450	46.930	64,88
Nova Mamoré	RURAL REMOTO	6	38.450	32.184	119,47
Itapuã	RURAL ADJACENTE	3	9.953	10.819	92,00
MADEIRA MAMORÉ		103	439.289	666.953	65,87
ALTO PARAISO	RURAL ADJACENTE	5	13.181	22.258	59,22
ARIQUEMES	URBANO	17	79.829	111.148	71,82
BURITIS	INTERMEDIÁRIO REMOTO	8	27.567	41.043	67,17
CAMPO NOVO	RURAL ADJACENTE	4	11.618	14.391	80,73
CUJUBIM	INTERMEDIÁRIO ADJACENTE	3	12.131	27.131	44,71
CACAULANDIA	RURAL ADJACENTE	2	4.495	6.307	71,27
MACHADINHO	RURAL REMOTO	8	29.413	41.724	70,49
MONTE NEGRO	RURAL ADJACENTE	6	15.027	16.158	93,00
RIO CRESPO	RURAL ADJACENTE	2	4.452	3.843	115,85
VALE DO JAMARY		55	197.713	284.003	69,62
Jaru	URBANO	17	55.933	51.469	108,67
Theobroma	RURAL ADJACENTE	5	9.385	10.348	90,69
Vale do Anari	RURAL REMOTO	2	6.753	11.545	58,49
Gov. Jorge Teixeira	RURAL ADJACENTE	4	6.901	7.130	96,79
CENTRAL - MACRO I		28	78.972	80.492	98,11
MACRO REGIÃO I		186	715.974	1.031.448	69,41

Fonte: eGestor AB, acesso em: 09 maio 2022.

O Brasil possui uma cobertura de saúde bucal de 56,61% e o estado de Rondônia de 37,10 %. A região Madeira-Mamoré possui a melhor cobertura de saúde bucal entre as regiões, com 53,38% e apenas um município com cobertura abaixo da cobertura estadual (Nova Mamoré 9,55%). Na região de Vale do Jamari a cobertura é de 18,21%, com dois municípios acima de 50% (Rio Crespo 90,69% e Cacaúlândia 55,02%). Entre os municípios da região Central que compõem a macrorregião I, um município possui cobertura de 60,04% (Vale do Anari).

Figura 15 – Cobertura atual de equipes de Saúde Bucal (eSB) por município e região, da macrorregião I, em 2022.



Fonte: e-SUS Gestor AB, acesso em 19 jul. 2022.

Na tabela abaixo, observa-se a quantidade de odontólogos por municípios que possuem cadastro no CNES, independente da natureza de gestão. Ao avaliar a Região Madeira Mamoré, destaca-se a capital Porto Velho, com um número expressivo de 446 odontólogos (446), Região Vale do Jamari (54) e Região Central (63) profissionais.

Os municípios com maiores dificuldades de acesso possuem como desafios para a expansão destas coberturas, a disponibilidade de profissionais nos territórios (vide tabela), além dos recursos financeiros e administrativos que envolvem a manutenção de equipamentos e insumos para a assistência odontológica.

Tabela 13 - Total de equipes de Saúde Bucal e número de profissionais odontólogos cadastrados no CNES por município da macrorregião I, em 2022.

MUNICÍPIO	Pop. Estimada	Nº EsfSB + EsabSB+ Equivalente	Nº de Odontólogos no CNES
Porto Velho	548.952	89	446
Candeias	28.068	6	7
Guajará Mirim	46.930	6	17
Nova Mamoré	32.184	1	2
Itapuã	10.819	2	1
MADEIRA MAMORÉ	666.953	104	473
ALTO PARAISO	22.258	1	0
ARIQUEMES	111.148	5	25
BURITIS	41.043	5	13
CAMPO NOVO	14.391	0	1
CUJUBIM	27.131	1	1
CACAULANDIA	6.307	1	3
MACHADINHO	41.724	1	8
MONTE NEGRO	16.158	1	2
RIO CRESPO	3.843	1	1
VALE DO JAMARY	284.003	16	54
Jaru	51.469	4	60
Theobroma	10.348	2	0
Vale do Anari	11.545	1	3
Gov. Jorge Teixeira	7.130	0	0
CENTRAL - MACRO I	80.492	7	63
MACRO REGIÃO I	1.031.448	127	590

Fonte: eSUS Gestor AB, de dezembro/21 e CNES/TABNET/MS agosto/22.

Na tabela abaixo, segue a descrição do número de equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e de trabalhadores que atuam diretamente na assistência à saúde no território indígena do Distrito Sanitário Especial indígena (DSEI) de Porto Velho.

Tabela 14 – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

POLO BASE	Nº DE EQUIPES	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		MICROÁREAS DE ATUAÇÃO	POPULAÇÃO ASSISTIDA
		CATEGORIA	QUANTIDADE		
ALTA FLORESTA DO OESTE/RO	3	ENFERMEIRO	3	3	959
		MÉDICO	1		
		CIRURGIÃO DENTISTA	1		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	0		
GUAJARÁ-MIRIM/RO	9	ENFERMEIRO	9	9	5919
		MÉDICO	3		
		CIRURGIÃO DENTISTA	3		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	13		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	2		
JI-PARANÁ/RO	4	ENFERMEIRO	4	4	2288
		MÉDICO	2		
		CIRURGIÃO DENTISTA	2		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	8		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	0		
JARU/RO	1	ENFERMEIRO	1	1	345
		MÉDICO	1		
		CIRURGIÃO DENTISTA	1		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1		
HUMAITÁ/AM	4	ENFERMEIRO	5	4	1531
		MÉDICO	1		
		CIRURGIÃO DENTISTA	1		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	5		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1		
PORTO VELHO/RO	1	ENFERMEIRO	1	1	338
		MÉDICO	1		
		CIRURGIÃO DENTISTA	1		
		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2		
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1		

Fonte: Ofício nº 352/2022, do DSEI/PVH.

Para análise do território da macrorregião I, temos que considerar as equipes que estão em Guajará Mirim, Jaru e Porto Velho, que assistem uma população de aproximadamente 6.602 indígenas, com o Pólo Base de Guajará Mirim com 90% desta população.

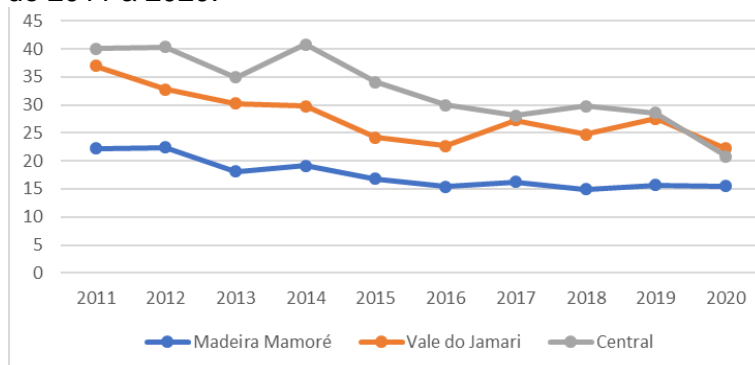
2.6.2 Indicador de Percentual de Internações por Condições Sensíveis à APS.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da APS acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado. Têm sido consideradas como indicadores indiretos da qualidade dos serviços de Atenção Primária, apontando a possibilidade de barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e prestando-se ao monitoramento da efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (ALFRADIQUE et al, 2009).

Embora esse indicador possui natureza diversa e sofre influências de fatores como renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde privados ou especializados, tal indicador tem sido amplamente utilizado como medida de acesso e efetividade dos cuidados ofertados na APS (CASTRO, et al 2015).

Segue abaixo uma série histórica de 10 anos, do percentual de ICSAP, pelas regiões de saúde que constituem a Macrorregião 1.

Figura 16 - Percentual de internações por condições sensíveis à APS, por região de saúde da macrorregião I, de 2011 a 2020.



Fonte: Proadess/Fiocruz. Acesso em 19 jul. 2022.

Observa-se que a região de saúde Madeira-Mamoré sofreu um decréscimo de 6,7% das ICSAP, no período avaliado, diferente de outras regiões de saúde que tiveram uma redução considerável, tais como: a região Vale do Jamari, diminuiu 14,8 % e os quatro municípios da região Central 19,2% das internações por condições sensíveis à APS.

No Brasil, estudo utilizando a ICSAP têm sido realizados avaliando as tendências dessas internações e sua relação com o modelo de APS brasileiro, que é a Estratégia Saúde da Família (ESF), relatam que as diversas transformações ocorridas no SUS têm provocado diminuição da ICSAP em 38 diferentes locais do Brasil e uma das inovações que tem se mostrado relevante na diminuição dessas internações é a expansão da ESF (CASTRO, 2019).

2.7 INDICADOR DE SÉRIE HISTÓRICA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS DO NÚMERO ABSOLUTO DE CONSULTAS AGENDADAS PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE) NO SISREG

Não foi possível realizar a coleta dos dados do presente indicador, por se tratar de uma extração de dados locais e os municípios relataram dificuldades em identificar tanto em registros eletrônicos, quanto em registros físicos.

2.7.1 SÉRIE HISTÓRICA (2011-2021) DA RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E NA POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA

O câncer de colo de útero tem alto índice de prevalência entre as mulheres, por isso é considerado um problema de saúde pública. O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero, indicado para a população alvo de 25 a 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (INCA, 2016; 2021).

A meta preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) é o alcance de uma razão de 0,80, entre a faixa etária de 25 a 64 anos. No entanto deve-se analisar, vários fatores que interferem no alcance da meta. Dentre eles estão:

- O indicador possui periodicidade trienal, isso significa dizer que a população alvo deve realizar o exame a cada três anos. Considera-se um fator limitante o fato de que o indicador não exclui a população que realizou mais de um exame no intervalo de três anos, considerando o número de exames realizados no período analisado e não o número de mulheres que realizou o exame por ano.
- O indicador considera apenas a população que realiza o exame citopatológico no Sistema Único de Saúde. A população que realiza o exame na rede privada de saúde não é considerada no cálculo do indicador, o que nesta situação fragiliza a análise deste indicador de forma global.
- O quantitativo de exames realizados pela Carreta do Hospital do Amor, em todos os municípios de Rondônia, não são contabilizados pelo SUS, para o cálculo desse rastreamento.

Na tabela abaixo se observa que a razão de exame citopatológico teve variações nos últimos 10 anos, nas regiões que compõem a macrorregião I. A região de saúde Madeira-Mamoré nos anos de 2011 e 2012 teve seus melhores resultados com razão de 0,46 e 0,53, respectivamente e declínio nos anos subsequentes. Já na região do Vale do Jamari, houve várias oscilações de razões alcançadas nos anos avaliados. No período de pandemia, entre os anos de 2020 e 2021, em todas as regiões ocorreram diminuições das razões de exames citopatológicos.

Tabela 15 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos por Região de Saúde da macrorregião I, de 2011 a 2021.

	MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA MAMORÉ	PORTO VELHO	0,47	0,53	0,40	0,41	0,32	0,33	0,25	0,33	0,35	0,10	0,19
	CANDEIAS DO JAMARI	0,58	0,61	0,60	0,51	0,14	0,10	0,24	0,29	0,51	0,31	0,41
	ITAPUÁ DO OESTE	0,61	0,82	0,70	0,52	0,10	0,16	0,48	0,50	0,75	0,24	0,28
	NOVA MAMORÉ	0,30	0,32	0,28	0,33	0,10	0,17	0,40	0,26	0,42	0,17	0,15
	GUAJARÁ MIRIM	0,45	0,47	0,47	0,48	0,26	0,33	0,40	0,47	0,58	0,31	0,37
	TOTAL RS MAMORÉ	0,46	0,53	0,41	0,42	0,30	0,31	0,27	0,34	0,38	0,13	0,21
REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA VALE DO JAMARI	ALTO PARAISO	0,30	0,18	0,25	0,15	0,11	0,10	0,27	0,12	0,39	0,11	0,15
	ARIQUEMES	0,56	0,43	0,59	0,47	0,68	0,56	0,50	0,52	0,64	0,27	0,38
	BURITIS	0,45	0,52	0,45	0,28	0,12	0,12	0,42	0,42	0,48	0,19	0,28
	CAMPO NOVO	0,27	0,24	0,31	0,14	0,05	0,16	0,39	0,27	0,48	0,17	0,34
	CUJUBIM	0,53	0,41	0,26	0,25	0,06	0,12	0,39	0,36	0,35	0,16	0,20
	CACULÂNDIA	0,32	0,22	0,16	0,27	0,05	0,07	0,32	0,09	0,22	0,12	0,14
	MACHADINHO	0,64	0,60	0,83	0,61	0,20	0,20	0,66	0,55	0,56	0,14	0,23
	MONTE NEGRO	0,49	0,59	0,77	0,56	0,17	0,01	0,61	0,29	0,47	0,29	0,24
	RIO CRESPO	0,63	0,36	0,42	0,47	0,26	0,10	0,84	0,66	0,88	0,49	0,50
TOTAL RS JAMARI	0,51	0,44	0,54	0,41	0,36	0,31	0,48	0,43	0,54	0,21	0,30	
REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL	JARU	0,55	0,46	0,51	0,30	0,18	0,09	0,40	0,37	0,53	0,39	0,25
	THEOBROMA	0,52	0,46	0,02	**	0,20	0,06	0,26	0,25	0,26	0,13	0,22
	VALE DO ANARI	0,20	0,27	0,03	0,01	0,10	0,14	0,28	0,08	0,23	0,06	0,22
	GOV. JORGE TEIXEIRA	0,70	0,48	0,16	**	0,12	0,06	0,03	0,11	0,22	0,14	0,10
	TOTAL RS CENTRAL	0,51	0,54	0,59	0,34	0,25	0,16	0,10	0,22	0,20	0,29	0,31

Fonte: SIA/IBGE. Acesso em: 19 jul. 2022.

Tabela 16: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

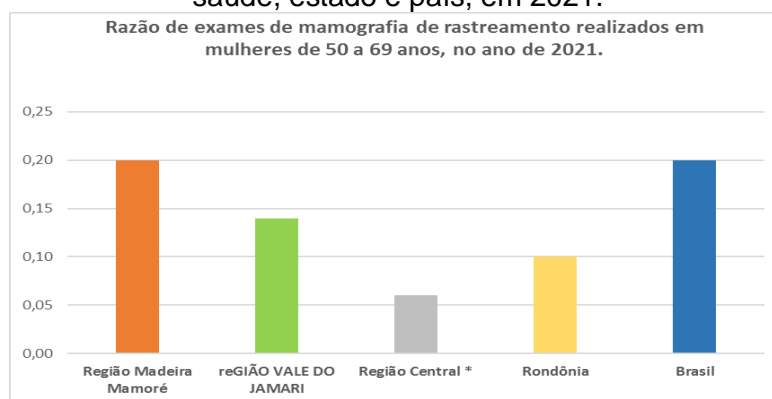
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Região Madeira Mamoré	0,12	0,2	0,17	0,22	0,25	0,24	0,15	0,26	0,16	0,18	0,2
Região Vale do Jamari	0,11	0,14	0,12	0,21	0,11	0,08	0,14	0,11	0,21	0,1	0,14
Região Central	0,04	0,03	0,03	0,02	0,06	0,05	0,01	0,05	0,06	0,05	0,06

Fonte: PROADES/FIOCRUZ. Acesso em: 19 set. 2022.

A mamografia é um exame de imagem das mamas que são obtidas por radiografias, ele é utilizado para detecção precoce de lesões e nódulos nas mamas. É um exame importante na detecção do câncer de mama, que é o segundo tipo de câncer que mais acomete mulheres no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, mulheres entre 50 e 69 anos devem fazer o exame de mamografia a cada dois anos. Já entidades médicas – entre elas o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) – recomendam que mulheres se submetam ao exame anualmente, a partir dos 40 até os 74 anos. Há essa divergência nas orientações, mas os dados coletados acima são de mulheres que realizaram o exame de mamografia entre 50 a 69 anos, de acordo com a região de saúde.

Nesta série histórica observa-se que a região Madeira Mamoré possui um resultado melhor em relação às outras regiões avaliadas, com destaque para os municípios de Porto Velho e Candeias do Jamari, com resultado de razão de mamografia em 2021 de 0,21 e 0,32, respectivamente.

Figura 17 – Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos por região de saúde, estado e país, em 2021.



Fonte: PROADES/FIOCRUZ. Acesso em: 18 set. 2022.

O gráfico acima mostra a razão de mamografia de rastreamento, a nível nacional, estadual e por regiões de saúde, no ano de 2021. Observa-se que a região Madeira Mamoré possui a mesma razão de mamografia de rastreamento realizada no Brasil (0,20), acima do resultado do estado de Rondônia (0,10). Ressalto que a meta nacional para esse indicador no ano de 2023 é de alcançar 35% das mulheres com a mamografia de rastreamento.

Durante a extração de dados, percebeu-se uma divergência de resultados nos bancos de dados disponíveis, isso dificultou o entendimento do grupo, mas decidiu-se optar por uma única fonte para descrever o indicador (PROADES/FIOCRUZ).

2.8 SERVIÇO DE APOIO

Ao longo das décadas, a necessidade de oferecer um serviço de qualidade aos pacientes, fez surgir modificações significativas nos serviços de saúde prestados à população. Agilidade no fornecimento de insumos e diagnósticos, e nas atividades operacionais se tornaram essenciais nesse processo de melhoria.

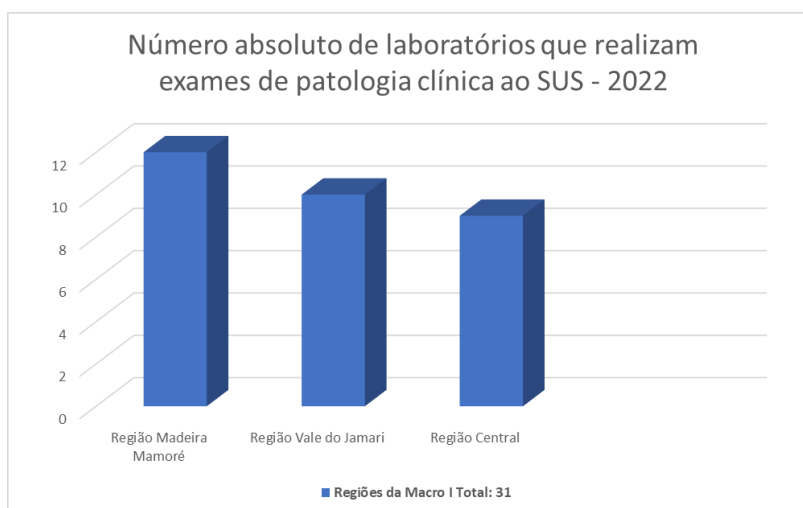
Sendo, a Rede de Atenção à Saúde - RAS, entendida como uma atenção contínua e integral, apresenta três elementos constitutivos: a população, os modelos

de atenção à saúde, e a estrutura operacional. Esta última compõe a estrutura em rede propriamente dita.

A comunicação entre os diversos níveis de hierarquia e especialidade, garantindo assim, a integralidade do acesso aos sujeitos. Sendo o acesso o fundamento central da Rede de Atenção à Saúde - RAS, e espera-se que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas dentro do seu território sanitário. Nesse contexto, os sistemas de apoio (Diagnóstico, Terapias, Ast. Farmacêutica, etc.), são lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, constituindo papel fundamental na APS.

5.4.1 Serviço de Apoio Diagnóstico

Figura 18 – Número absoluto de laboratórios que realizam exames de patologia clínica no SUS.



Fonte: CNES. Acesso em: 20 jul. 2022.

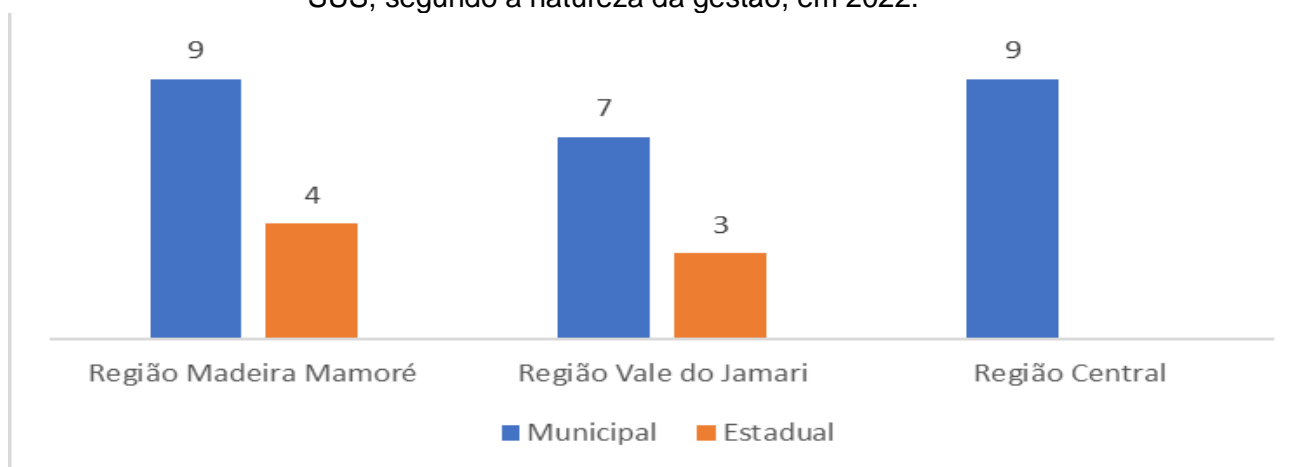
Através do levantamento de dados representado acima, observa-se que a região Madeira-Mamoré, possui o maior número de laboratórios que realizam exames de patologia clínica ao SUS (12 laboratórios). O município de Porto Velho tem a maior população do estado e possui 08 laboratórios de patologia clínica, Candeias do Jamari dois e Itapuã do Oeste dois laboratórios. O município de Guajará Mirim, não apresenta um laboratório que possua um cadastro próprio no CNES, sendo que esse serviço é desenvolvido dentro do Hospital Regional.

Na região central os municípios que fazem parte da macrorregião I, tais como: Jaru, que possui quatro laboratórios com CNES próprio e realizam exames pelo SUS;

Buritis possui um laboratório; Governador Jorge Teixeira possui dois e Vale do Anari dois laboratórios de patologia clínica, que realizam atendimento pelo SUS.

Na região Vale do Jamari dos dez laboratórios de patologia clínica que atendem SUS, seis estão em Buritis, 04 em Ariquemes, sendo 03 postos de coleta, e os outros municípios da região não possui o serviço de Unidade de Apoio e Diagnose e Terapia (SADT) cadastrado no CNES, logo podemos ressaltar que os serviços de laboratório que funcionam na mesma estrutura física do hospital ou de um ambulatório especializado e que não possui CNES próprio, não são contemplados neste tipo de filtro do sistema TABNET.

Figura 19 - Número absoluto de laboratórios que realizam exames de patologia clínica ao SUS, segundo a natureza da gestão, em 2022.

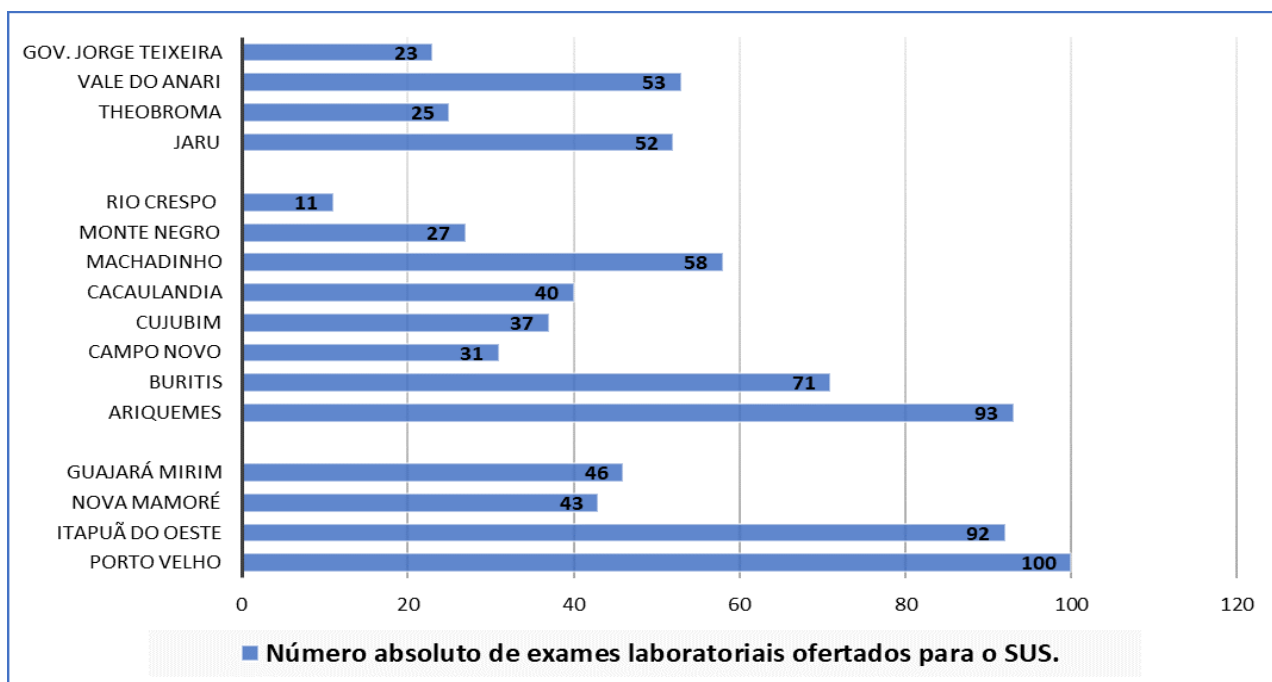


Fonte: CNES. Acesso em: 20 jul. 2022.

Sendo as ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, campos de atuação da saúde pública, os laboratórios atuam como suporte no desenvolvimento dessas ações, por possibilitarem a identificação de agentes etiológicos e o monitoramento de ações de controle sanitário e a participação em inquéritos epidemiológicos. Os laboratórios de saúde pública possuem como atividade básica a execução de exames laboratoriais para a identificação destes agentes.

No gráfico demonstrado acima, observa-se que os serviços de exame de patologia clínica ao SUS, possuem maior acessibilidade à população nas regiões Madeira - Mamoré e Central a nível Municipal com um total de nove laboratórios em cada região. A nível estadual, o maior acesso se dá nas regiões Madeira-Mamoré e Vale do Jamari, porém, na região Central não possui laboratório de gestão estadual.

Figura 20 - Número absoluto de exames laboratoriais ofertados para o SUS, em 2022.



Fonte: Dados de base local em 2022.

Por se tratar de consulta de dados de base local, os municípios de Candeias do Jamari e Alto Paraíso não conseguiram informar em tempo hábil as informações para esta análise.

No SUS há uma enorme disponibilidade de exames laboratoriais, o gráfico acima possui a demonstração da quantidade de exames que cada município dentro do Vale do Jamari e Madeira-Mamoré tem disponíveis ao usuário SUS. Sendo o município de Porto Velho o com maior quantidade de exames disponível com 100 exames fornecidos, e Ariquemes ficando logo atrás com 93 exames ofertados.

Tabela 17 - Número absoluto do total de exames laboratoriais por região de saúde, de 2017 a 2021.

REGIÃO DE SAÚDE	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Região Madeira Mamoré	3.924.909	4.082.443	4.426.737	3.403.390	4.419.829	20.257.308
Região Vale do Jamari	434.961	563.379	660.474	581.588	783.533	3.023.935
Região Central	273.989	306.323	387.593	270.932	413.289	1.652.126
Macrorregião 1	4.633.859	4.952.145	5.474.804	4.255.910	5.616.651	24.933.369

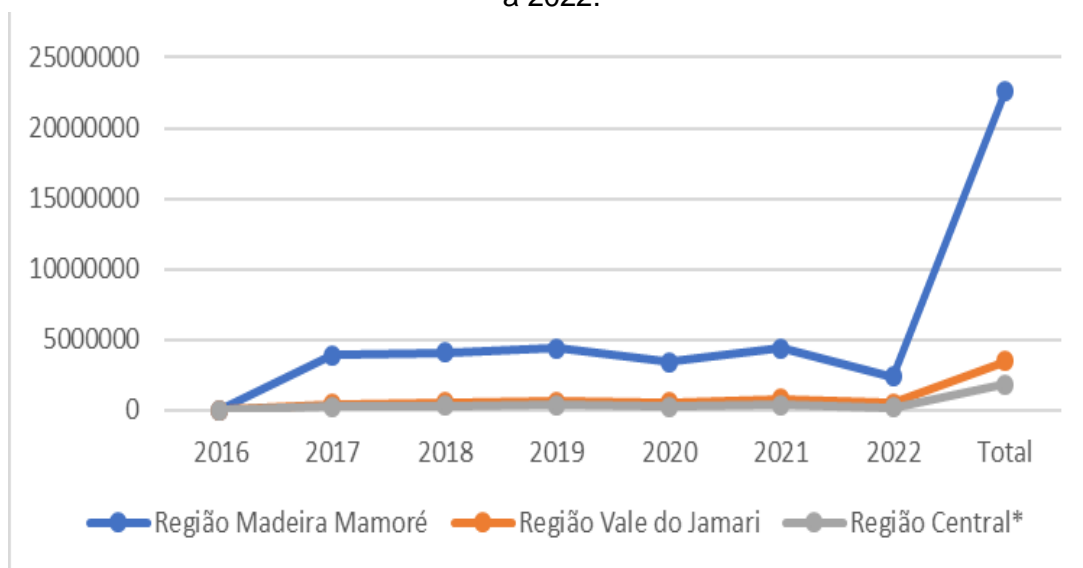
Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS/TABNET) - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 13 set. 2022.

É importante destacar que as informações foram retiradas por local de atendimento, pois na produção laboratorial, não se informa o endereço do paciente e

que foram analisados os exames do Subgrupo Proced.: 0202 Diagnóstico em laboratório clínico, 0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia.

A macrorregião 1 realizou um total de 24.933.369 exames laboratoriais nos últimos cinco anos.

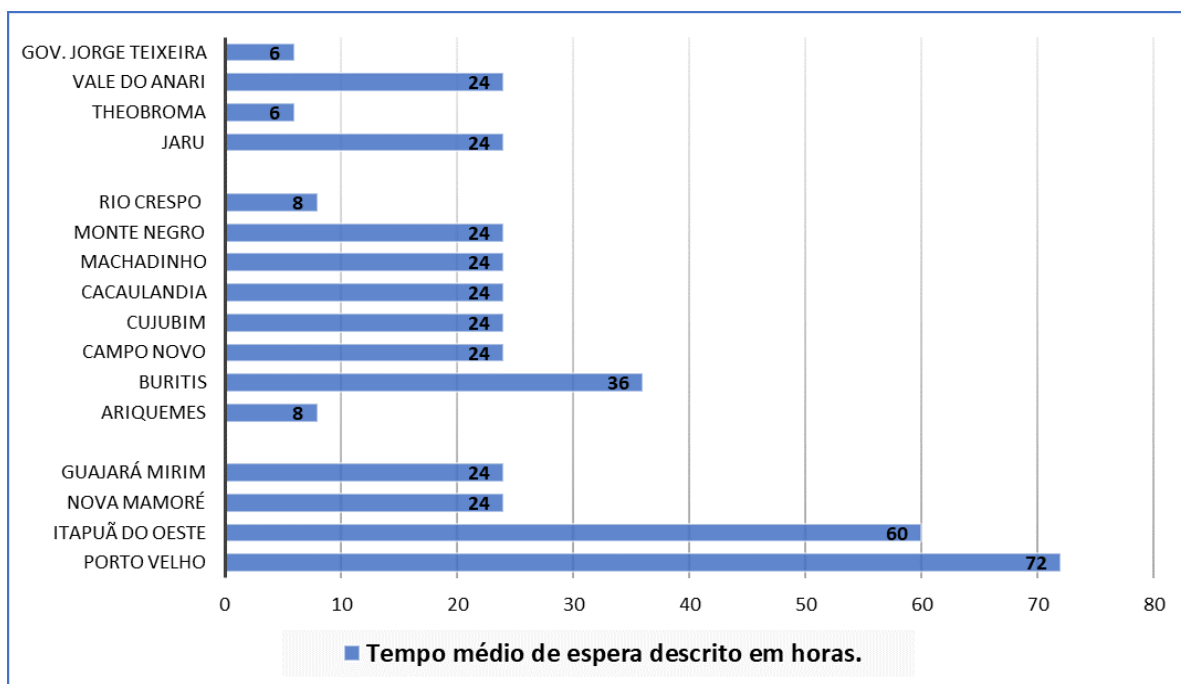
Figura 21 - Número absoluto do total de exames laboratoriais por região de saúde, de 2016 a 2022.



Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS/TABNET) - Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 13 set. 2022.

No gráfico acima se observa que a região Madeira-Mamoré realizou 80% do total de exames, dos últimos 6 anos, e que o município de Porto Velho realizou 95% do total de exames nesta região.

Figura 22 - Tempo médio de espera para o resultado dos exames laboratoriais de maior demanda.

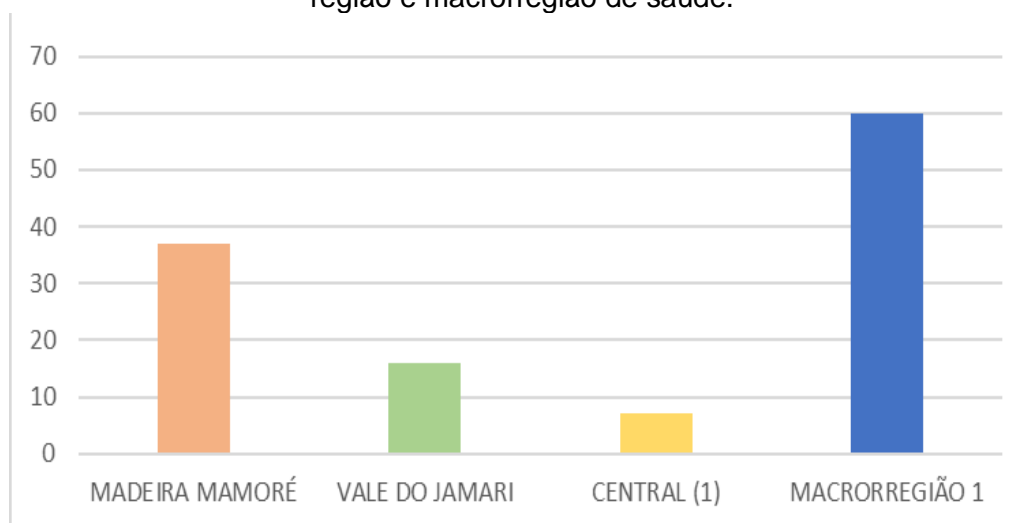


Fonte: SISREG/MS - Base Local, informações levantadas em outubro de 2022.

Em termos de precisão na entrega e cuidado com a saúde, o menor tempo de espera de um resultado de exame laboratorial é imprescindível para agilidade no diagnóstico e posterior tratamento ou acompanhamento das patologias.

No gráfico acima podemos observar descrito em horas o tempo que cada um destes municípios demora na entrega dos resultados de exames, tendo desde 6 horas até 72 horas para a entrega ao usuário do SUS, ficando a grande maioria dos municípios com um tempo médio de 24 horas.

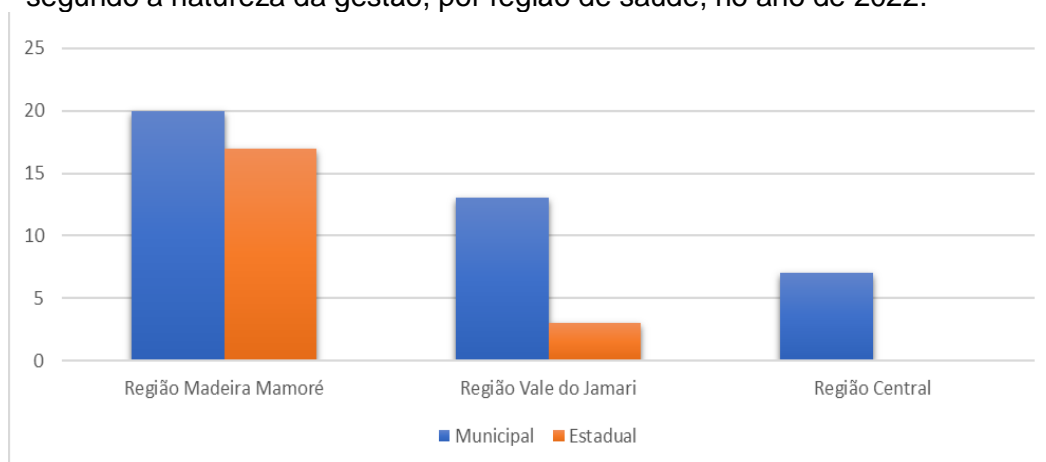
Figura 23 - Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, por região e macrorregião de saúde.



Fonte: CNES/MS - TABNET, informações levantadas em outubro de 2022.

A Região Madeira-Mamoré é a região de saúde com concentração de serviços que realizam exames de imagem ao SUS no total de 37, pois nesta região está inserido o município de Porto Velho que concentra a maior parte de clínicas que realizam os serviços de imagem do estado de Rondônia. A região Vale do Jamari possui 16 serviços e os quatro municípios da região Central possuem 07 serviços que realizam exame de imagem pelo SUS.

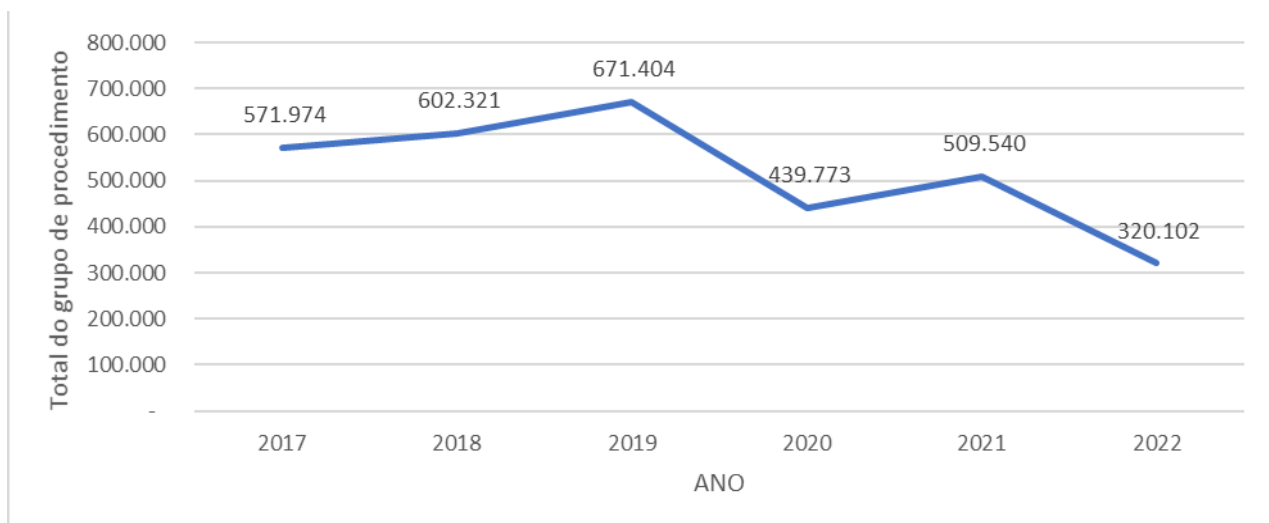
Figura 24 - Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, segundo a natureza da gestão, por região de saúde, no ano de 2022.



Fonte: CNES-MS- TABNET, informações levantadas em outubro de 2022.

Observa-se que, nas três regiões o serviço municipal possui maior demanda e conseqüentemente, maior realização de exames de imagem pelo SUS, sendo a região Madeira Mamoré a que mais ofertou este tipo de serviço. Na região Vale do Jamari, o serviço municipal se sobrepõe ao Estadual. Já na região Central, não existe oferta estadual para esse tipo de serviço.

Figura 25 - Número absoluto do total de exames de imagens realizados na macrorregião I, no período de 2017 a julho/2022.



Fonte: Ministério da Saúde - (SIA/SUS) TABNET, até julho/2022. Acesso em: 13 set. 2022.

As técnicas do diagnóstico por imagem auxiliam a descobrir as causas de doenças e lesões, garantindo a precisão do diagnóstico. No gráfico acima se observa uma variação na realização de exames de imagem na macrorregião I, nos últimos cinco anos, com um aumento mais evidente em 2019.

Tabela 18 - Número absoluto de exames de imagens realizados, por local de atendimento e subgrupo de procedimento na macrorregião I, de 2017 a julho/2022.

SUB GRUPO DE PROCEDIMENTO	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0204 - Diagnóstico por Radiologia	325.578	308.811	284.057	219.867	274.643	158.410
020403 - Diagnóstico por Mamografia	8.486	14.747	12.959	12.224	16.011	10.373
0205 - Diagnóstico por Ultrassonografia	42.887	63.100	76.730	39.759	48.955	29.603
0206 - Diagnóstico por Tomografia	12.124	24.088	33.729	30.966	34.540	18.179
0207 - Diagnóstico por Ressonância Magnética	7.311	12.204	20.738	13.482	17.268	7.677
0208 - Diagnóstico por Medicina Nuclear in vivo	2.140	2.127	3.248	2.583	1.913	1.050
0209 - Diagnóstico por Endoscopia	3.188	3.016	5.859	2.942	3.117	1.506
0210 - Diagnóstico por radiologia intervencionista	91	30	39	-	2	15
0211 - Métodos diagnósticos em especialidades	170.169	174.198	234.045	117.950	113.091	93.289
TOTAL	571.974	602.321	671.404	439.773	509.540	320.102

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) TABNET, até de julho/2022. Acesso em: 13 set. 2022.

Ao analisar os exames de imagem por subgrupo de procedimento na macrorregião I, observa-se que subgrupo de diagnóstico por radiologia é o mais executado, mas alguns municípios como: Itapuã do Oeste (não tem produção no ano de 2021 e 2022), Cacaulândia, Rio Crespo e Vale do Anari, não possui produção nos últimos anos.

No subgrupo de diagnóstico por ultrassonografia, os municípios de Itapuã do Oeste, Nova Mamoré, Cacaulândia, Campo Novo, Monte Negro, Rio Crespo, Governador Jorge Teixeira e Vale do Anari, não possui produção nos últimos 5 anos de ultrassonografia.

Em relação ao subgrupo de diagnóstico por tomografia e ressonância magnética, percebe-se um crescimento de quase 200% de tomografia e ressonâncias realizadas, comparando o ano de 2017(12.124 tomografias e 7.311 ressonâncias) e 2021 (34.540 tomografias e 17.268 ressonâncias realizadas). Ressalta-se que esses dois exames possuem filas de espera no sistema de Regulação SISREG.

Destaca-se também o aumento na realização das mamografias no período citado no gráfico acima, mas não se consegue verificar através do SIA/SUS a produção da carreta do Hospital do Amor que realiza exames de mamografia em quase todos os municípios de Rondônia, porém só apresenta produção em cinco Municípios: Porto Velho (68.040 mamografias realizadas nos anos de 2017 a 2022), Guajará Mirim (78 mamografias realizadas nos anos de 2017 a 2022), Ariquemes (5.488 mamografias realizadas nos anos de 2017 a 2022), Rio Crespo (170 mamografias realizadas somente em 2017) e Jaru (1.024 mamografias realizadas nos anos de 2018 a 2020).

Tabela 19 - Total dos valores financeiros para pagamento dos exames de imagem de maior demanda, no período de 2016 a 2022.

Subgrupo procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Diagnóstico por radiologia	86.104,30	3.379.984,32	3.466.276,79	3.104.380,89	2.492.726,10	3.253.429,06	1.930.960,86	17.713.862,32
Diagnóstico por ultrassonografia	12.024,10	1.276.732,20	1.781.797,56	2.205.531,26	1.164.804,75	1.387.518,87	785.231,56	8.613.640,30
Diagnóstico por tomografia	0	1.383.112,06	2.958.626,03	4.080.952,50	3.936.037,83	4.611.945,17	2.440.496,68	19.411.170,27
Diagnóstico ressonância magnética	41.387,50	1.964.831,25	3.279.825,00	5.340.062,50	3.623.380,00	4.640.775,00	2.063.193,75	20.953.455,00
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	13.934,11	678.978,86	686.436,68	928.887,27	714.695,30	562.513,83	345.482,23	3.930.928,28
Diagnóstico por endoscopia	0	171.351,28	158.685,10	339.206,12	184.839,98	230.515,62	113.405,61	1.198.003,71
Diagnóstico por radiologia intervencionista	0	43.235,01	6.895,28	10.435,68	0	683,79	2.394,40	63.644,16
Métodos diagnósticos em especialidades	0	2.517.403,99	2.944.022,99	3.468.606,98	1.867.132,22	1.834.286,98	1.630.045,34	14.261.498,50
Total	153.450,01	11.415.628,97	15.282.565,43	19.478.063,20	13.983.616,18	16.521.668,32	9.311.210,43	86.146.202,54

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) TABNET, registrados até julho/2022. Acesso em: 13 set. 2022.

Os exames de tomografia e ressonância magnética, juntos somam R\$ 40.364.625,27 em valores financeiros, para pagamentos nos últimos sete anos, na macrorregião 01, seguido de Radiologia (R\$ 17.713.862,32) e os métodos diagnósticos em especialidades com R\$ 14.261.498,50.

Segundo Liebel e Dias et al. (2021), os fatores que podem explicar o aumento mundial do número de procedimentos de imagem e assim a elevação dos custos em saúde são: o avanço da tecnologia, a ampliação do acesso e conseqüentemente da demanda por pacientes e médicos, e associado ao crescimento da oferta de serviços daqueles por pagamento de produção. Neste mesmo estudo ressalta a relação do aumento da cobertura de ESF e a diminuição nos gastos com diagnóstico por imagem.

2.8 Número absoluto de exames de imagem ofertados para o SUS – raio-X simples e contrastado, ultrassonografia, tomografia, eletrocardiograma, teste ergométrico, mamografia.

Tabela 20 - Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por Município, Região Central, em 2022

MUNICÍPIO	EXAMES DE IMAGEM OFERTADOS.	IMEDIATO/ URGÊNCIA	ELETIVO
JARU	RAIO-X	Imediato	
THEOBROMA	ULTRASSONOGRRAFIA	-	15 dias
	RAIO-X	Imediato	
VALE DO ANARI	ULTRASSONOGRRAFIA	24 Horas	72 Horas
GOV. JORGE TEIXEIRA	RAIO-X	Imediato	

Fonte: Dados locais, informações levantadas em agosto/2022.

Tabela 21 - Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por município da região Madeira-Mamoré, em 2022.

MUNICÍPIO	EXAMES DE IMAGEM OFERTADOS.	IMEDIATO/ URGÊNCIA	ELETIVO
PORTO VELHO	RAIO-X	Sim	292 dias
	ULTRASSONOGRRAFIA	Sim	126 dias
CANDEIAS DO JAMARI	Não Informou		
ITAPUÃ DO OESTE	RESSONÂNCIA		8 meses
NOVA MAMORÉ	RAIO-X	Imediato	
GUAJARÁ MIRIM	RAIO-X		1 dia
	ULTRASSONOGRRAFIA		1 dias

Fonte: Dados locais, informações levantadas em agosto/2022.

Tabela 22 - Tempo médio atual de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda, por município da Região Vale do Jamari, em 2022.

MUNICÍPIO	EXAMES DE IMAGEM OFERTADOS.	IMEDIATO/ EMERGÊNCIA	ELETIVO
ALTO PARAISO	SEM INFORMAÇÃO		
ARIQUES	TOMOGRAFIA	Sim	15 dias
	RAIO-X	Sim	15 dias
BURITIS	ULTRASSONOGRRAFIA	Sim	15 dias
	RAIO-X	Sim	-
CAMPO NOVO	RAIO-X	Imediato	
CUJUBIM	RAIO-X	Sim	-
	ULTRASSONOGRRAFIA	Não	7 dias
CACAULANDIA	ULTRASSONOGRRAFIA	24 Horas	15 dias
MACHADINHO	RAIO-X	Imediato	
MONTE NEGRO	RAIO-X	Sim	Imediato
	ULTRASSONOGRRAFIA	Não	30 dias
RIO CRESPO	Não é realizado		

Fonte: Dados locais, informações levantadas em agosto/2022.

Os exames de imagens são uma opção para diagnósticos mais precisos, podendo ser realizados de diversas formas. Com os exames é possível avaliar a região, bem como a extensão da problemática envolvida, auxiliando na decisão do diagnóstico e condução de tratamento.

Ao analisar a importância dos exames de imagem, observa-se que na macrorregião I os exames de maior demanda são raio-x, seguido ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética, destes o raio-x é o único exame disponível com resultado imediato em todos os municípios que ofertam esses tipo de exames, vale ressaltar que Rio Crespo o menor município da macrorregião I, e não realiza nenhum tipo de exame de imagem no momento.

Observa-se que para situações de emergência, os municípios da Região Vale do Jamari têm disponível tomografia, em Ariquemes, e ultrassonografia, em Buritis e Cacaulândia, quando necessário. Ainda, na Região Madeira-Mamoré, em Porto Velho tem disponível a ultrassonografia, e na Região Central também tem a ultrassonografia no município do Vale do Anari, disponível em casos de emergência.

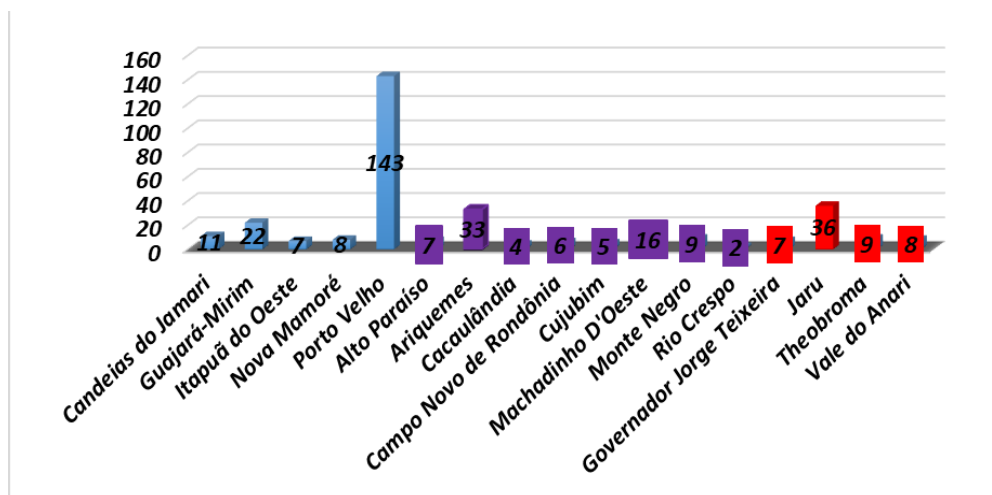
Nos agendamentos eletivos, o tempo de espera varia de imediato para os municípios menores e vai até 292 dias para a capital no estado, é importante ainda destacar que, apesar no raio-x ser um exame realizado em casos de emergência, nas situações eletivas, demora em torno de 292 dias em Porto Velho, seguido da ressonância magnética com 8 meses de espera. No entanto, a média fica em torno de 15 dias para realização dos exames de imagem agendados.

2.9 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE).

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui um problema muito importante nos sistemas de atenção à saúde em geral e no SUS em particular. As razões são várias, mas há que se ressaltar duas dimensões fundamentais desse problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das RAS.

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a APS e com a Atenção Hospitalar (AH). Nesse sentido há que se marcar que o campo da AAE constitui um vazio cognitivo que necessita ser superado para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente. Essa constatação sugere que devem ser estimuladas as investigações relativas à AAE em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa.

Figura 26 - Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS por município, em agosto/2022.

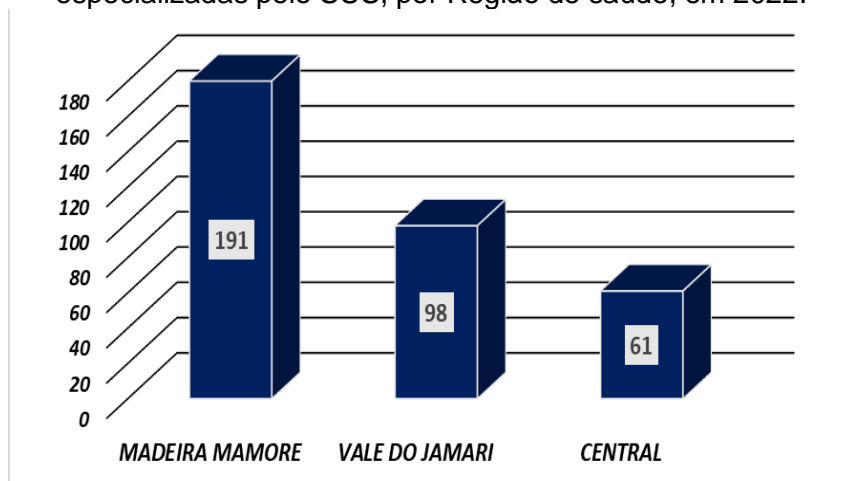


Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 22 set. 2022.

Observa-se na Figura 15 que o município de Porto Velho (região Madeira-Mamoré) tem o maior número de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, totalizando 143, seguido do município de Jaru (região

Central) com 36 estabelecimentos, e logo depois vem Ariquemes (região Vale do Jamarí) sendo 33 no seu total, municípios estes que compõem a Macrorregião I. Vale ressaltar que os únicos municípios pertencentes à Região Central e que integram a macrorregião I são: Jaru, Governador Jorge Teixeira, Theobroma e Vale do Anarí.

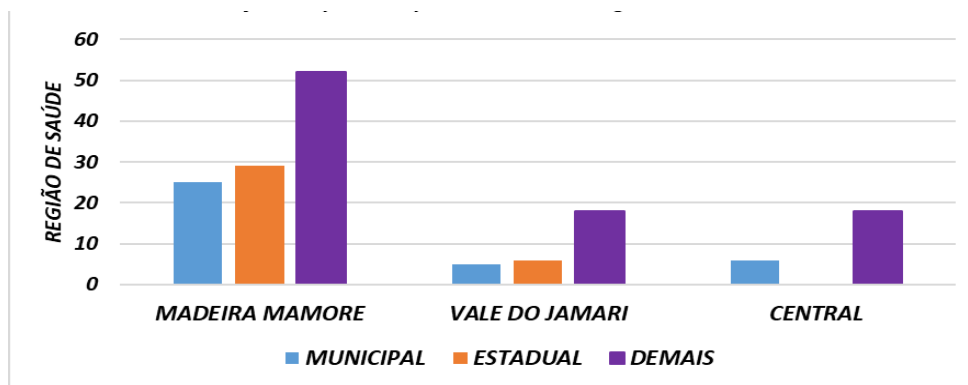
Figura 27 - Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, por Região de saúde, em 2022.



Fonte: TABNET/DATASUS, em 2022.

Na Figura 27, composta pelas regiões de saúde da macrorregião I, observou-se que a região de saúde Madeira-Mamoré tem o maior número de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS. Esses números elevam muito nessa região porque o município de Porto Velho que faz parte da Região de Saúde em questão tem o maior número desses tipos de estabelecimentos, como mostra o Gráfico I. Em vista que o Município de Porto velho é o maior Município da Macrorregião I, que atualmente tem uma população de 519.436 habitantes, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2017). Caracterizado como o Município mais populoso de Rondônia, e o terceiro da Região Norte.

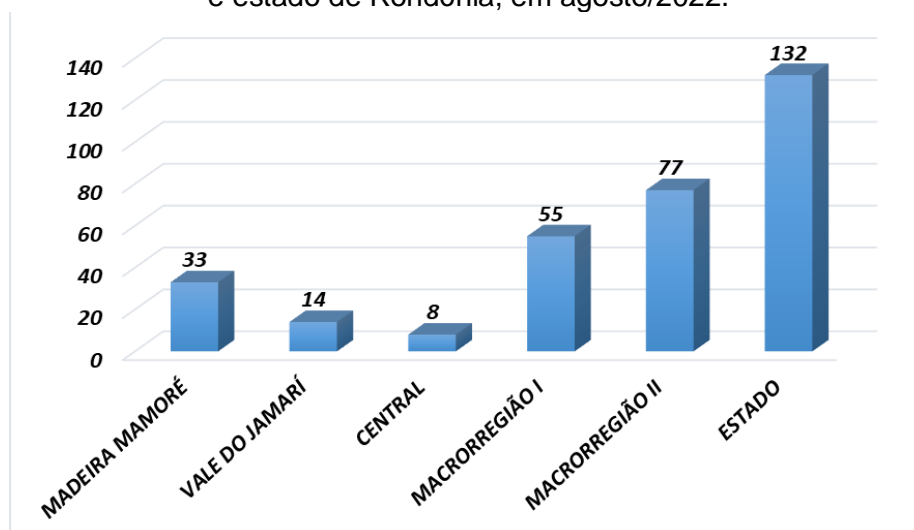
Figura 28 - Número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica, por região de saúde, em 2022.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 23 set. 2022.

A Figura 28 aponta que o Número de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica, a Região Madeira Mamoré a nível Municipal e Estadual é maior referente às outras regiões de Saúde que compõem a macrorregião I. Ressaltando que os quatros Municípios que fazem parte da Região Central, o qual compõem a Macrorregião I, não tem estabelecimentos à nível estadual segundo Natureza Jurídica. Os demais níveis tiveram maior proporção na Região Madeira Mamoré em relação à Região Vale do Jamari e Região Central, que tiveram a menor proporção.

Figura 29 - Número absoluto de estabelecimentos da RAPS, segundo região, macrorregiões e estado de Rondônia, em agosto/2022.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 26 set. 2022.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.

Instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e na Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas e graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Esta Política busca promover uma maior integração e participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O gráfico 3 demonstra que o maior número de estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS por Região de Saúde se concentra na Região Madeira Mamoré, seguido pela Região Vale do Jamarí e logo após a Região Central, que é consolidado somente os quatros Municípios da Região Central que fazem parte da Macrorregião I, que são: Jarú, Theobroma, Governador Jorge Teixeira e Vale do Anari.

O gráfico acima também demonstra por Macrorregião, onde apresenta que a Macrorregião II tem o maior número de estabelecimentos da Rede Psicossocial que são 77, referente à Macrorregião I que tem em somente 55, totalizando a Nível Estadual 132 Estabelecimentos de Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

Figura 30 - Número absoluto de profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 28 set. 2022.

Tabela 23 - Número absoluto de profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS.

Profissionais Especialistas	Região de Saúde Madeira Mamoré	Região de Saúde Vale do Jamarí	Região de Saúde Central (Jaru, Theobrona, Governador Jorge Teixeira e Vale Do Anarí)
Médico Anestesiologista	57	07	02
Médico Clínico	384	112	25
Médico Ginecologista Obstetra	34	12	03
Médico Estratégia Saúde da Família	70	35	12
Médico Pediatra	115	24	-
Médico Cardiologista	35	05	01

Médico Infectologista	23	-	-
Médico Ortopedista e Traumologista	59	07	01
Médico Neurologista	22	02	-
Médico Oftomologista	17	09	-
Total	816	201	51

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 28 set. 2022.

De acordo com dados do censo demográfico médico da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), 75% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para assistência médica, enquanto a minoria restante da população (25%) possui algum tipo de assistência médica privada (seguro ou plano de saúde).

O levantamento da FMUSP, apoiado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e o Conselho Federal de Medicina (FCM), mostrou ainda que apenas 30% dos médicos trabalham no setor público, atendendo em hospitais e unidades de atenção primária à saúde. Enquanto que a atenção secundária (serviços médicos especializados) é escassa entre estes profissionais. Pouco mais de 4% dos médicos que atendem pelo SUS trabalham em unidades especializadas de saúde.

Um estudo realizado em 2011 em atendimento a uma portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.377/11) relacionou 20 especialidades médicas prioritárias e quatro áreas de atuação, tendo como critério a escassez destes especialistas no SUS:

- *Especialidades médicas:* Anestesiologia, Cancerologia, Cancerologia Cirúrgica, Clínica e Pediátrica, Cirurgia Geral e Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade, Intensiva e Preventiva e

Social; Neurocirurgia; Neurologia; Ortopedia; Patologia; Pediatria; Psiquiatria; Radioterapia e Traumatologia;

- *Áreas de atuação:* Cirurgia do Trauma; Medicina de Urgência; Neonatologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

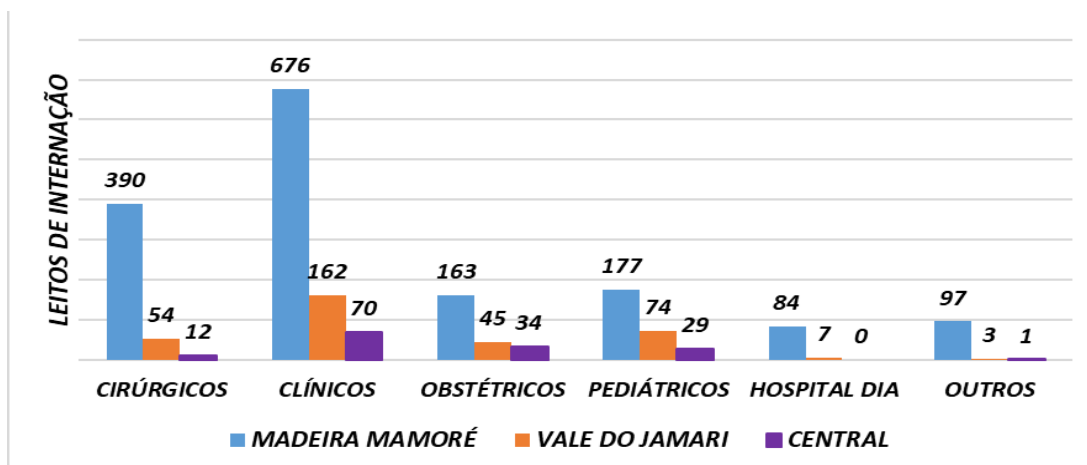
A maioria dos especialistas estão concentrados no setor privado das regiões mais ricas do país. Cerca de 70% dos médicos em atividade estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Estas mesmas regiões são responsáveis por 71,8% de todos os médicos especialistas no país. Deste montante, 52,43% estão apenas no estado de São Paulo. Um percentual que representa um número de especialistas superior à soma de todos os médicos especialistas de todas as outras regiões do país

Além disto, a grande maioria destes profissionais atua no setor privado, gerando uma carência destes especialistas nas unidades de atendimento do SUS. Foi o que comprovou um estudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mostrando a grande dificuldade do setor público de saúde na ampliação dos atendimentos médicos especializados aos usuários do SUS.

A figura 19 representada por Região de Saúde sobre o número absoluto de profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS, demonstra que o maior número de especialistas retratado fica na Região Madeira Mamoré, devido ao Município de Porto Velho que por ser a Capital do Estado de Rondônia concentra-se o maior número de habitantes e Profissionais especialistas. Logo após vem a Região de Saúde Vale do Jamari, seguido da Região Central, lembrando que só é consolidado os quatros Municípios da Região Central da Macrorregião 1.

A tabela 20 mostra por Região de Saúde os totais e os tipos de especialistas que realizam atendimento pelo SUS, na Região Madeira Mamoré existem o maior número de Médicos Clínicos 384, Vale do Jamarí 112 e nos quatros Municípios da região Central que compõem a Macrorregião I são 25. Posteriormente vêm os Médicos especialistas pediatras, que na Região Madeira Mamoré são 115, Vale do Jamari 24. Vale ressaltar que não tem especialistas Pediatras, Infectologista, neurologista e Oftalmologista nos quatros municípios da Região Central que correspondem à Macrorregião I.

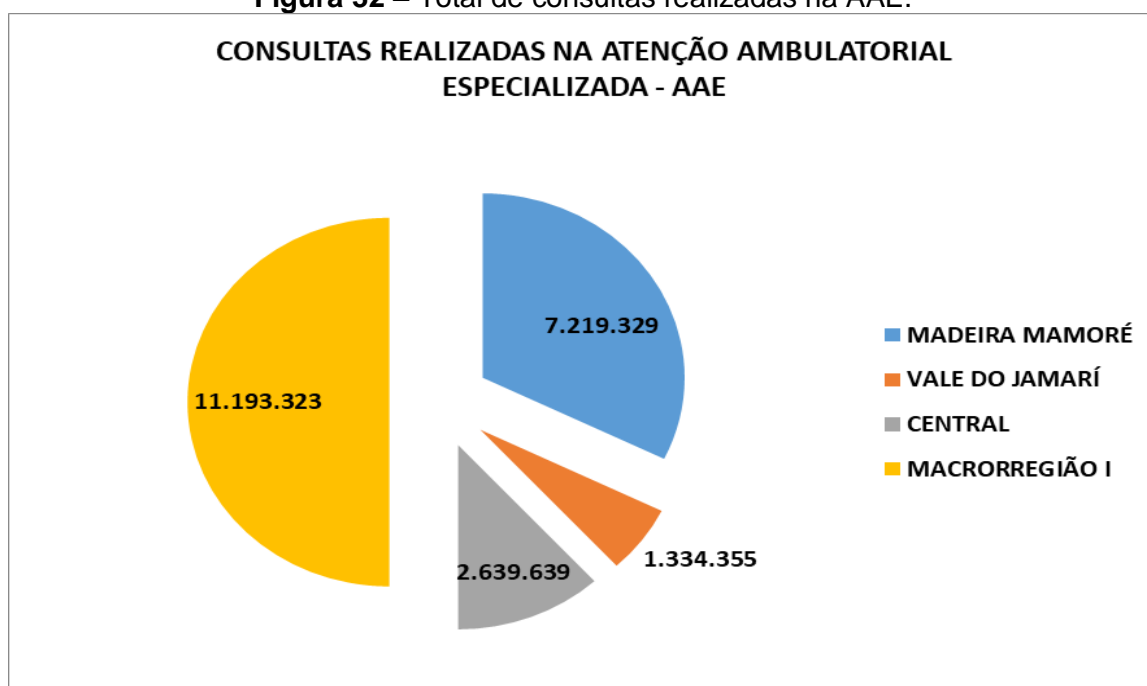
Figura 31 - Leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados pelo SUS, por região de saúde, em agosto/2022.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 29 set. 2022.

A Figura 31 demonstra por região de saúde o números de leitos de internações e complementares ofertados pelo SUS, onde na região Madeira-Mamoré e Vale do Jamari concentra-se o maior números de leitos de internações são os Clínicos em subsequentes os cirúrgicos, pediátricos e obstétricos. Já nos quatros Municípios da região Central que compõem a Macrorregião I, os maiores números de leitos de internações são também os clínicos, porém diferente da região Madeira Mamoré e Vale do Jamari o segundo maiores números de leitos de internação não são os Cirúrgicos e sim os obstétricos seguidos pelos pediátricos.

Figura 32 – Total de consultas realizadas na AAE.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 27 set. 2022.

O público alvo da AAE são usuários com condições crônicas, estratificados como alto risco, de acordo com os critérios estabelecidos pela diretriz clínica adotada. Assim, todos os usuários da AAE deverão ser previamente cadastrados, acompanhados e estratificados pela APS de origem.

Os atendimentos no ambulatório são eletivos, ou seja, programados para o usuário com condição crônica não agudizada. Aqueles que forem identificados pela ESF com quadros de agudização deverão ser encaminhados para os serviços de urgência de referência para o município, estabilizados e, só então, agendados para o ambulatório especializado.

O ambulatório é um ponto de atenção implantado em uma região de saúde, sendo referência para as equipes da APS de todos os municípios. A regionalização da atenção à saúde delimita o território de abrangência e define a população residente beneficiária

O dimensionamento dos serviços prestados e a programação da atenção são baseados na necessidade dessa população, considerando a população residente, cadastrada na APS e os parâmetros propostos pelas diretrizes clínicas adotadas.

Deve ser estabelecida uma relação operacional de vinculação entre as equipes APS e AAE, de tal modo que os usuários de alto risco acompanhados por uma determinada eSF sejam sempre atendidos pela mesma equipe especializada.

Observa-se no Gráfico acima como Macrorregião I, que o número absoluto de consultas realizadas na atenção ambulatorial especializada em uma Série histórica de 05 anos é de 11.193.323, analisando o Gráfico por Região de Saúde, observa-se que a Região Madeira Mamoré tem o maior número de consultas sendo 7.219.329, seguido do Vale do Jamari com 2.639.639 e logo após os quatro Municípios da Região Central que compõe a Macrorregião 1 com 1.334.355 consultas realizadas na Atenção Ambulatorial Especializada.

Tabela 24 – Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamentos do total das consultas realizadas na AAE.

Valores financeiros das consultas realizadas na AAE						
Região	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Central	2.800.743,04	3.051.369,80	2.857.609,47	2.470.185,15	3.622.473,61	14.802.381,07
Madeira Mamoré	70.369.646,77	74.738.014,97	87.641.738,65	69.288.477,36	73.395.935,21	375.433.812,96
Vale do Jamari	9.036.217,26	10.201.467,16	10.954.813,52	10.058.413,44	2.201.294,96	52.465.206,34
Macrorregião	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Macrorregião 1	82.206.607,07	88.003.851,93	1.454.161,64	81.817.075,95	89.219.703,78	442.701.400,37
Macrorregião 2	50.782.383,44	56.152.482,55	76.572.789,31	45.913.977,94	56.907.195,11	286.328.828,35

REGIÃO DE SAÚDE	VALORES
Madeira Mamoré	52.827.301.38
Vale do Jamari	9.981.090.30
Central	20.461.948.30
Total Macrorregião 1	74.287.358.98

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 30 set. 2022.

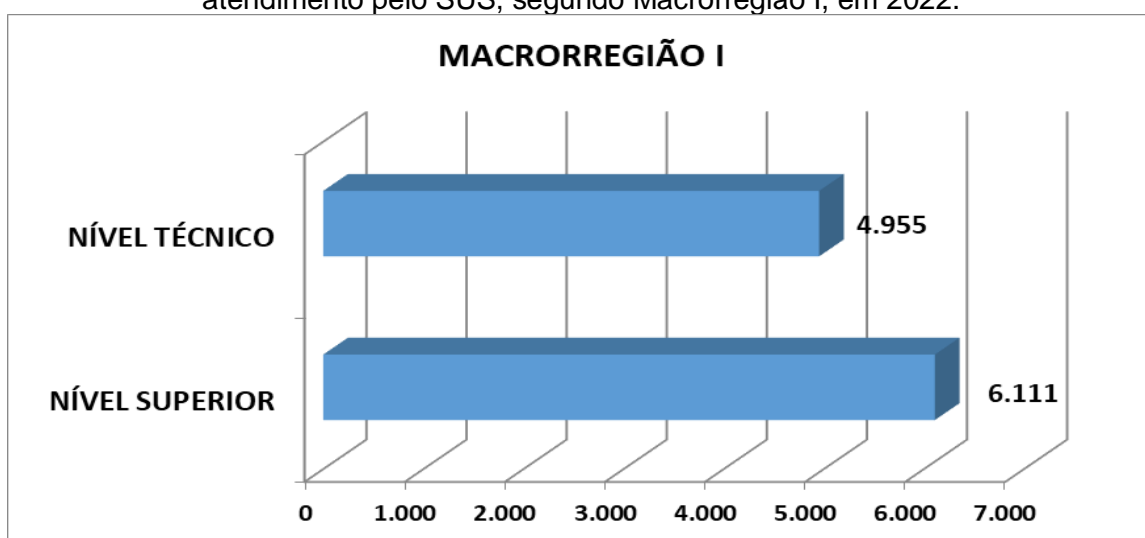
Tabela 25 – Profissionais da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS.

NÍVEL SUPERIOR	
REGIÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO
Madeira Mamoré	4.909
Vale do Jamari	845
Central	357

NÍVEL TÉCNICO	
REGIÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO
Madeira Mamoré	4.116
Vale do Jamari	655
Central	184

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 30 set. 2022.

Figura 33 - Números absolutos de profissionais da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS, segundo Macrorregião I, em 2022.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 03 set. 2022.

2.10 ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)

A Instituição Hospitalar do século XXI é caracterizada como uma Instituição complexa, com a presença de diversos pontos de atenção, voltada para o manejo de eventos agudos com incorporação tecnológica compatível com a sua atuação, eficiente, eficaz, dotado de ambiência física compatível com suas funções e acolhedora para seus usuários. (OMS, 2000)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o hospital é uma organização de caráter médico-social que deve garantir assistência - tanto curativa como preventiva - para a população, além de ser um centro de medicina e pesquisa.

Observa-se ainda que a organização hospitalar se transformou durante os séculos. Desde a concepção do local destinado aos moribundos - tornando-se lugar de prática terapêutica-curativa e diagnóstica, demarcando o nascimento da clínica - até evoluir para uma organização completa e complexa. Esta incorpora os avanços frequentes dos conhecimentos e da tecnologia representados pela necessidade constante de modernização de instalações e equipamentos.

De acordo com Mirshawka (1994): “De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital”. Seus processos são padronizados por regras impostas pelos governos, compradores de serviços e representantes de classe. A sua mão de obra é altamente especializada e qualificada. Gerenciar uma organização de saúde pressupõe o entendimento de toda essa complexidade (SCARPI, 2010).

Frente a essa enorme complexidade, a gestão constitui um grande desafio. Precisa estar inserida em um modelo que sistematiza as principais determinações, propósitos, expectativas e explicitar como as coisas devem acontecer na organização. Dessa forma, o modelo de gestão é um instrumento relevante e significativo. Constitui o conjunto de ações e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a organização a cumprir sua missão com eficácia (CROZATTI, 1998).

Segundo a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. O acesso será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades, organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional. (CIR), quando houver. (Ministério da Saúde, 2013)

2.10.1 DIMENSÕES DA ÁREA HOSPITALAR



Em cada uma dessas dimensões é possível destacar variáveis que contribuem para tornar a situação hospitalar extremamente complexa e desafiadora. Na dimensão Financeira, destacam-se os aspectos relacionados com as opções em termos de mecanismos de custeio das unidades, bem como aspectos relacionados com a geração de investimentos necessários para a construção, ampliação e reforma das unidades existentes (OMS, 2004).

Na dimensão Política, pode-se destacar a opção por uma dada direcionalidade, seja por privilegiar o modelo hospitalocêntrico como proposta hegemônica para a sociedade, seja inversamente, para fortalecer a atenção primária como vem sendo denominada no Brasil, aí incluídas as ações de promoção da saúde, prevenção de

riscos e agravos e a assistência, essa última redefinida a partir da ênfase na assistência ambulatorial, em busca de maior cobertura, efetividade e satisfação da população (OMS, 2004).

Do ponto de vista político-gerencial essa dimensão inclui o estabelecimento de mecanismos de regulação do sistema hospitalar o qual contribui para a dimensão Organizacional que trata de definir o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços, tema que tem sido objeto de amplo debate internacional, em torno das alternativas de construção de redes assistenciais voltadas à prestação de serviços específicos, como é o caso das redes de serviços de urgência e emergência, as UTIs, os serviços de atenção ao parto e à gestação de alto risco, os serviços de assistência oncológica, etc. A questão que se coloca é se a organização dessas redes leva ou não em conta o princípio da integralidade, que preconiza a implantação e articulação de serviços em vários níveis de complexidade, orientando, portanto, a constituição de sistemas de referência e contrarreferência de informações e pessoas, usuários, em algum momento, das diversas redes assistenciais (OMS, 2004).

Na dimensão propriamente Assistencial pode-se enfatizar o modo de organização tecnológica do trabalho desenvolvido no âmbito hospitalar à saúde, o que põe em questão o modelo clínico e seus desdobramentos na moderna medicina tecnológica, espaço de fragmentação do objeto de trabalho (doença e doentes) e divisão técnica do trabalho médico em especialidades e subespecialidades. O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários (OMS, 2004).

A dimensão do Ensino, por sua vez, aparece nos hospitais que se constituem em espaço de ensino-aprendizagem das diversas profissões de saúde, tendendo a reproduzir um modelo médico-assistencial hegemônico, com todos os seus corolários em termos da divisão técnica do processo de trabalho, fragmentação dos objetos e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, emoldurados pela perda da qualidade na relação dos profissionais de saúde com os pacientes (OMS, 2004).

Nesta dimensão situa-se o enorme desafio de mudança na formação do pessoal de saúde, que vem sendo problematizado de diversas formas, desde o debate sobre as reformas curriculares até a introdução de inovações pedagógicas no

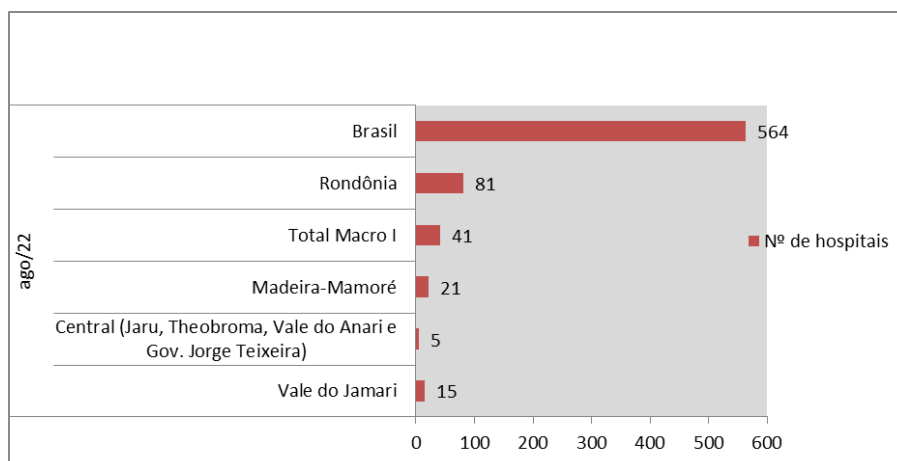
processo de ensino-aprendizagem. Tudo isso tem implicações, evidentemente, na dimensão Social, na medida em que a população usuária da atenção hospitalar sofre os efeitos das políticas e dos processos referidos acima, quer se evidenciem na dificuldade de acesso a determinados serviços, quer na baixa qualidade da assistência hospitalar ou mesmo na falta de atenção a que são sujeitados, o que contribui para a insatisfação e elevação das pressões sociais e políticas por mudança, ainda que grande parte da população desconheça as alternativas que vêm sendo discutidas no âmbito dos serviços e da academia (OMS, 2004).

A formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial. Assim, é impossível pensar a problemática hospitalar de forma isolada, sendo necessário projetar as decisões a serem adotadas e as políticas que se pretende formular, no cenário mais amplo de um sistema de saúde complexo e submetido a um conjunto de variáveis (OMS, 2004).

A propósito, a literatura internacional tem privilegiado a temática da integração de sistemas de saúde como um dos grandes desafios contemporâneos, e a redefinição do papel do hospital é parte importante nesse processo. O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um (re) ordenamento e uma redefinição de ações para a atenção hospitalar no Brasil, tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários; e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

2.10.2 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS

Figura 34 - Hospitais que prestam atendimento ao SUS.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 26 set. 2022.

Ao realizar análise das informações apresentadas, podemos observar que na região Norte do Brasil, que conta com uma população de 3.853.575,6 (IBGE, 2010) habitantes, soma um total de 792 hospitais que prestam serviços ao SUS, sendo 513 hospitais gerais, 74 especializados, 13 unidades mista, 53 prontos socorros gerais, 43 hospitais dia e 96 pronto-atendimentos.

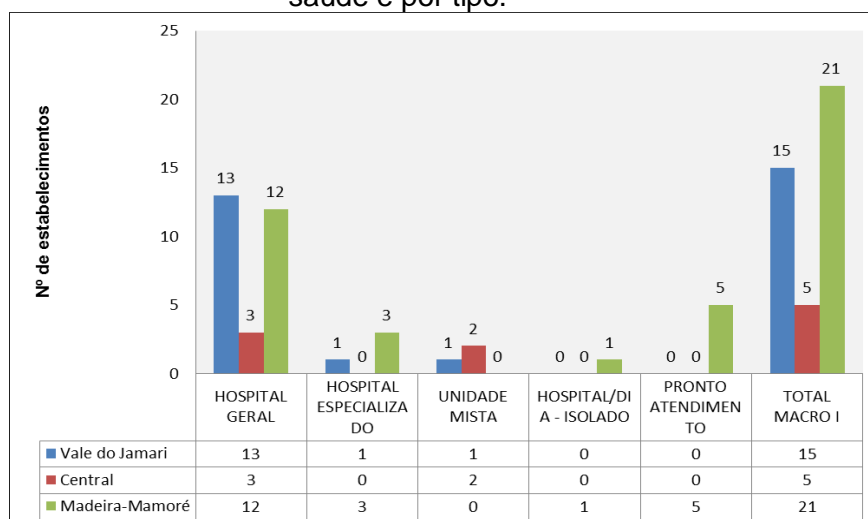
No Estado de Rondônia que possui uma população de 1.815.278 habitantes possuem na sua totalidade 81 hospitais que prestam atendimento ao SUS, sendo eles: 01 hospital geral, 01 especializado, 06 unidades mista, 01 prontos socorros gerais, 01 hospitais dia e 06 pronto atendimentos o que representa 10% do número de hospitais da região norte do país.

Podemos observar na Figura 23 acima, que a Macrorregião I possui um total de 41 hospitais, o que representa 50,6% de Rondônia, que totaliza 81 hospitais. Dentre as regiões de saúde que integram a Macrorregião I, a região Madeira-Mamoré (Porto Velho, Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Nova Mamoré e Guajará Mirim) possui o maior número absoluto de hospitais que realizam atendimento ao SUS, totalizando 21 hospitais. Destes 21 Hospitais da Região Madeira Mamoré, 16 deles estão concentrados no Município de Porto Velho, capital Rondônia, o que podemos supor que por ser uma capital com o maior número de habitantes do estado, totalizando 548.952 mil habitantes (IBGE 2021), necessite de uma infraestrutura melhor, com um grande investimento em equipamentos, insumos e serviços em saúde.

Em seguida vem a região Vale do Jamari (Alto Paraíso, Buritis, Campo Novo, Cujubim, Cacaúlândia, Machadinho, Rio Crespo, Rio Negro) com 15 hospitais, onde

o município de Ariquemes concentra 07 hospitais do total, equivalente a 36,5% da Região e por último Região Central com seus 4 Municípios (Jaru, Theobroma, Vale do Anari e Governador Jorge Teixeira) que integram a Macro I com apenas 5 hospitais, equivalente a 23% do total da Região, que por ser um grupo de Municípios com apenas 81.190 mil habitantes na sua totalidade (IBGE, 2019) subentende-se que haja um baixo investimento em estrutura física e em serviços, o que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Figura 35 - Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS por região de saúde e por tipo.



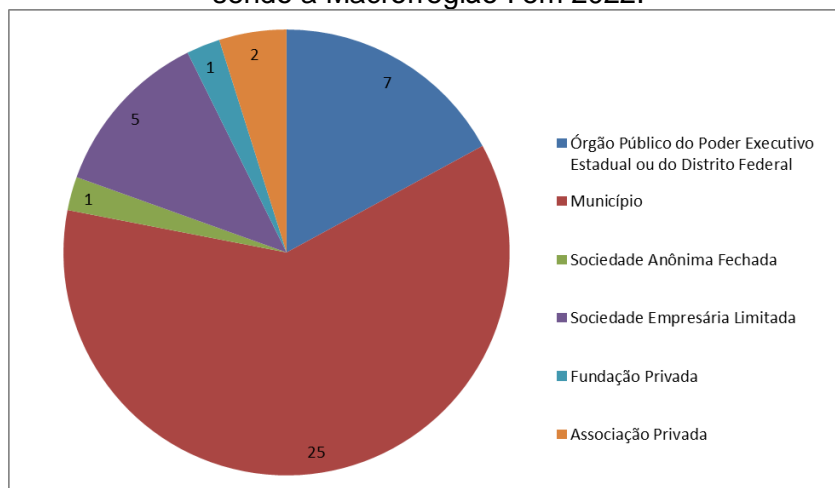
Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 23 set. 2022.

Na Figura 35 observa-se que a região Madeira-Mamoré concentra o maior número de hospitais, com 21 na sua totalidade. Dentre os 41 hospitais ofertados pelo SUS da Macrorregião I, 28 se classificam como Hospital Geral, o que representa 68,2% do total, onde a região Vale do Jamari concentra o maior número, com 13 hospitais e em seguida a região Madeira-Mamoré com 12 hospitais e a região Central com apenas 5.

A Macrorregião I contempla ainda 04 Hospitais Especializados, 03 Unidades Mista, 01 Hospital-Dia e 5 Pronto-Atendimentos. Podemos observar que os dois últimos (Hospital dia e pronto atendimento) se concentram apenas na região Madeira-Mamoré, no qual a mesma não contempla apenas unidade mista dentre os 5 tipos de hospitais que prestam atendimento ao SUS.

2.10.3 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal, filantrópicos ou privados segundo Macrorregião I e II

Figura 36 – Hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão, sendo a Macrorregião I em 2022.



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: 23 set. 2022.

Podemos observar no Figura 25 que do total de 41 hospitais que prestam atendimento ao SUS, 25 destes hospitais são de natureza municipal o que representa 60,9% do total, 7 de natureza estadual, 1 de sociedade anônima fechada, 5 de sociedade empresária limitada, 1 de fundação privada e de 2 associações privadas.

2.10.4 Indicador: Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao que são referência municipal, regional, macrorregional e estadual

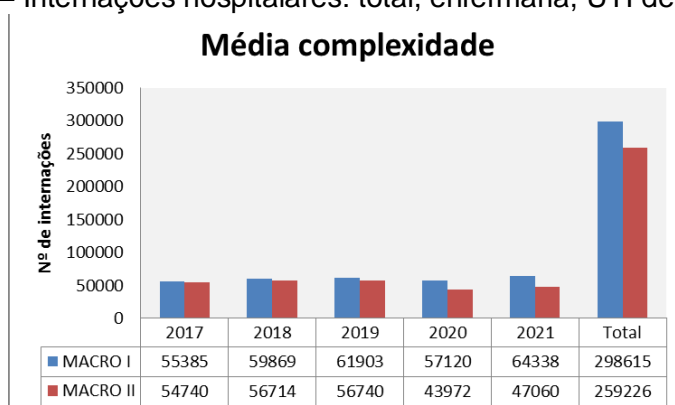
Dos 18 municípios que compõem a Macrorregião I, 17 deles são hospitais de referência municipal, o que representa 94,4%, sendo somente o município de Buritis que é referência regional, representando 5% do total. O município de Ariquemes concentra o maior número de hospitais de referência municipal, em seguida Guajará-Mirim que possui 2 hospitais, sendo um deles de natureza filantrópica.

2.10.5 Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência para a RAS, nas linhas de cuidado – materno-infantil, urgência e emergência

Ao observar os dados, a Macrorregião de Saúde I possui 6 hospitais que são referências na linha de cuidado materno Infantil e Urgência e emergência, representando 33%, sendo que 4 deles estão localizados na Região Madeira Mamoré, 2 deles nos 4 Municípios da Região Central que compõem a Macro I.

2.10.6 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de internações hospitalares: total, enfermaria, UTI

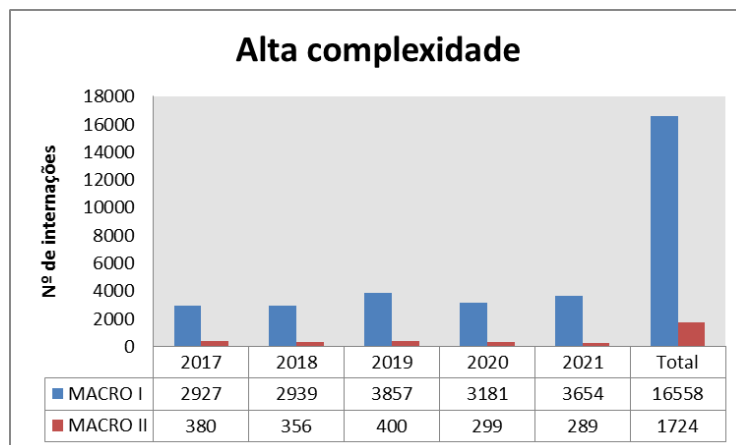
Figura 37 – Internações hospitalares: total, enfermaria, UTI de Média Complexidade.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 30 set. 2022.

No gráfico, nos anos de 2017 a 2019, a Macrorregião de Saúde I e II possuem um número de internações de média complexidade semelhantes, tendo este valor reduzido nos anos de 2020 e 2021.

Figura 38 - Número absoluto de internações hospitalares: total, enfermaria, UTI da Alta Complexidade.



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Acesso em: 30 set. 2022.

Podemos observar no gráfico que a Macrorregião de Saúde I concentra o maior número de internações hospitalares de alta complexidade, totalizando 16.558 internações em cinco anos. Presume-se que isto se deve ao fato de ser a Macrorregião de saúde que concentra o maior número de hospitais, que são referência não só para a Macrorregião de saúde como para o Estado de Rondônia. Nos anos de 2019 a 2021 podemos observar uma crescente na Macrorregião I, destacando que no ano de 2019 se deu início ao período de enfrentamento à pandemia do coronavírus, onde houve uma restrição de circulação de pessoas em locais públicos, o que pode ter refletido no aumento de internações neste ano e que deva ao fato do surgimento das várias variantes do vírus, no qual pode ter elevado esses números.

Já na Macrorregião de Saúde II, observamos que nos anos de 2017 a 2021 o maior número de internações chegaram a 400, especificamente no ano de 2019, mas sempre mantendo essa média, totalizando 1724 internações de alta complexidade em 5 (cinco) anos. Observamos que nos anos pandêmicos (2020-2021), houve uma queda desses números. Supõe-se que se deva ao fato do grande número de internações por Covid-19, que foram referenciados para a Macrorregião I, justamente os anos em os dados da mesma deram uma disparada.

2.10.7 Série histórica dos últimos 5 anos da taxa de ocupação dos leitos: total, enfermaria, UTI

A taxa de ocupação de leitos é descrita baseado na relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. Jones (2011).

Destaca-se que caso o hospital faça uso constante de leitos extras, a taxa de ocupação hospitalar estará acima de 100%, o que é uma informação importante do ponto de vista gerencial. Trata-se de uma informação de grande relevância, pois do ponto de vista de gestão fica difícil fazer planejamento nos critérios de regulação de leitos para pacientes.

A taxa de ocupação esperada para cada tipo de leito depende do porte do hospital ou pool de leitos, mas nunca deve ser superior a 90%, pois números superiores a esse valor provocam taxas de recusa muito altas Jones (2011).

Tabela 26 - Taxa de ocupação dos leitos total, enfermaria, UTI, por região de saúde, em 2022.

Madeira Mamoré	2017	2018	2019	2020	2021
Internações	46.423	39.253	50.194	48.005	49.116
Leitos	16.205	16.085	16.836	17.460	18.822
Total de ocupação / Dia	287%	244,07%	298,15%	274,97%	260,97%
Vale do Jamari	2017	2018	2019	2020	2021
Internações	9.986	10.302	10.745	9.232	11.069
Leitos	3.905	4.065	3.710	4.137	4.002
Total de ocupação / Dia	256%	253,54%	289,66%	223,21%	276,64%
Central	2017	2018	2019	2020	2021
Internações	2.922	3.707	3.730	2.773	3.122
Leitos	1.577	1.686	1.752	1.749	1.486
Total de ocupação / Dia	185%	211,45%	212,70%	158,45%	210,07%

Fonte: TABNET/DATASUS, 2022.

Quando analisamos a série histórica da taxa de ocupação de leitos no SUS, fica claro que a taxa de ocupação na maior parte dos anos está acima de 200%,

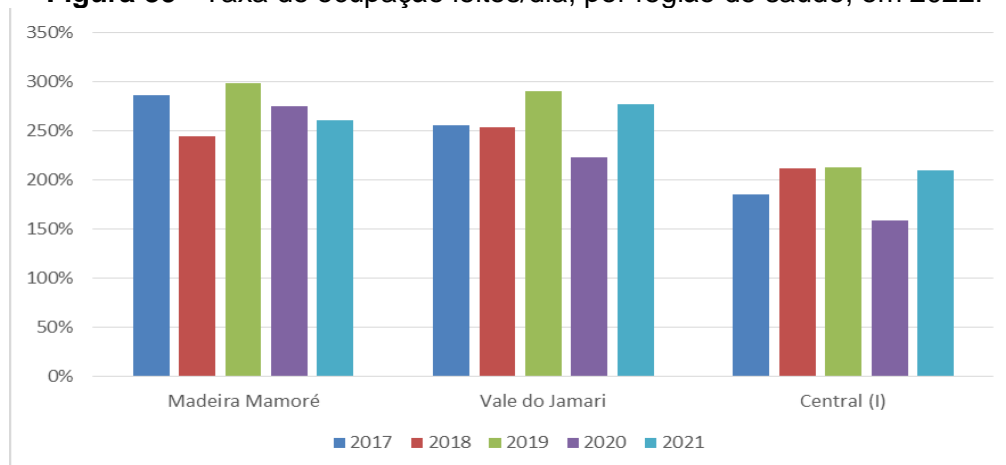
somente no ano de 2017 na região Central (1) que a taxa ficou um pouco abaixo em 185%.

Sendo assim, conforme mencionado na contextualização, quando criado leitos extras o percentual de ocupação ficará acima de 100%, pois é calculado o número de leitos cadastrados e os leitos extras não são calculados.

Durante a análise, várias hipóteses são levantadas para esses dados acima do esperado, como: será que esses números estão altos devido à criação de leitos extras? E qual a relação desses números com os leitos interditados? E o número de profissionais se encontra adequado para atender às taxas de internações? Como está a qualidade do atendimento desses pacientes? Os gestores estão conseguindo planejar as internações desses pacientes? Assim como está havendo demora na regulação?

Por fim, levamos em consideração a rotatividade dos leitos de internação, assim como a quantidade de transferências e óbitos dentro das Unidades, como estão sendo lançadas essas informações no sistema, pois pode passar por um leito uma média de dois até três pacientes dias dependendo do hospital e até da situação clínica do paciente.

Figura 39 - Taxa de ocupação leitos/dia, por região de saúde, em 2022.



Fonte: TABNET/DATASUS, 2022.

Por último destacamos que cabe uma análise mais criteriosa quanto à taxa de ocupação de leitos do SUS de Rondônia. Alguns autores (WOODRUFF, 2002; HARPER, SAHAHANI, 2002; JONES, 2011) argumentam que abordagens determinísticas simples resultam em estimativas que subestimam a necessidade de leitos, pois a dinâmica interna do hospital tem uma estrutura não linear complexa.

Assim, para aprimorar o cálculo sugerem a utilização de modelos de simulação que considerem uma série de outras variáveis, tais como: número de pacientes que não conseguiram internar; número de pacientes que ficam em sala de observação das urgências e não são internados; sazonalidade; período de pico de internação em um determinado hospital; economia de escala; perfis de demanda por hora, dia e mês, lembrando que a demanda da emergência varia de acordo com o dia da semana e mês do ano, além da hora do dia; permanência dos pacientes, levando em consideração as especialidades diferentes e seus protocolos pré-determinados e lista de prioridades para internação, que pode variar entre regiões de saúde. Embora este tipo de abordagem represente um salto qualitativo nas estimativas de leitos, sua aplicabilidade é restrita, pois dados sobre estas variáveis não estão disponíveis.

2.10.8 Série histórica dos últimos 5 anos da média de dias de permanência dos leitos: total, enfermaria, UTI

No Brasil o tempo de permanência hospitalar é um dos indicadores de qualidade da saúde de determinado hospital ou local, e esse indicador é observado através do Tempo de Média de Permanência (TMP), que se refere ao tempo de internação e reflete fatores que podem elevar a permanência como complexidade, cronicidade e tratamentos (BRASIL, 2002).

Estudos mostraram que a possível diferença de gravidade, intensidade e número de comorbidades, além de fatores sociais, podem ser determinantes para um aumento do tempo de permanência hospitalar em pacientes do SUS (ALMEIDA et al., 2003). Por outro lado, fatores como restrições de permanência e de custo por parte dos convênios e particulares e uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde podem reduzir esse tempo de permanência em pacientes destas categorias (TARABOULS, 2011).

Diante do exposto acima, é de extrema importância para uma gestão hospitalar, seja ela municipal, estadual, federal, filantrópica ou até mesmo particulares avaliarem esses indicadores para que possa planejar saúde de qualidade para a população que necessita desse atendimento.

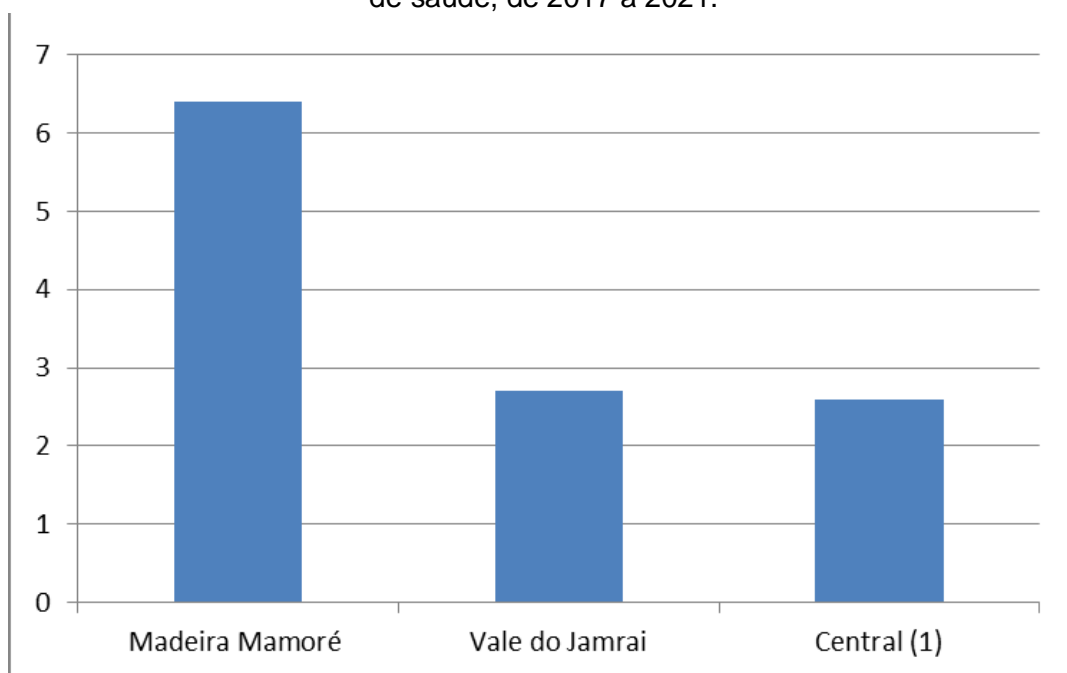
Segundo Durmur e Guneyusu (2020), as pessoas com idade avançada e as que possuem Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm uma maior probabilidade de necessitar de um maior tempo de permanência nos leitos de

internações assim como de re-hospitalização, enfatiza ainda que essa nova internação pode culminar no aumento da média de permanência hospitalar, uma vez que o número de dias dessa segunda admissão se sobressai em relação à primeira.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é o tempo médio, em dias que o paciente permanece internado no hospital. A complexidade, o porte e nível da instituição, o perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidades, entre outros) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência entre os hospitais.

Diante do exposto descrevemos a importância de avaliação dos indicadores, os quais descrevem a realidade, ajudando a identificar problemas, mudanças e tendências, além de possibilitar comparar realidades, do passado ou de outras instituições, avaliar a execução do planejamento e verificar o alcance das metas parametrizadas.

Figura 40 - Média total de dias de permanência dos leitos, enfermaria, UTI, segundo região de saúde, de 2017 a 2021.



Fonte: TABNET/DATASUS, 2022.

Tabela 27 - Série histórica do total de dias de permanência dos leitos, enfermaria, UTI, segundo região de saúde, de 2017 a 2021.

REGIÃO	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Madeira-Mamoré	6,8	6,4	6,8	6,1	5,7	6,4
Vale do Jamari	2,5	2,6	2,6	2,7	2,9	2,7
Central	2,3	2,3	2,3	2,6	3,3	2,6

Fonte: TABNET/DATASUS, 2022.

De acordo com o exposto no gráfico o tempo médio de permanência é maior nos leitos na região da Madeira-Mamoré com uma média de 6,4 dias de permanência em uma série histórica de cinco anos, quando comparado com Vale do Jamari e Região Central (1) as quais englobam os Municípios de Jarú, Governador Jorge Teixeira, Theobroma e Vale do Anari que fazem parte da Macrorregião I.

Vale ressaltar que a Madeira-Mamoré é onde se localiza a capital do estado de Rondônia e onde está centrado os hospitais de referência para internações de alta complexidade como o Hospital João Paulo II, CEMETRON e Hospital de Base Ary Pinheiro.

Outra informação de grande relevância é que no ano de 2020 e 2021 a região da Madeira Mamoré concentrou o maior número de leitos para internações de pacientes graves com covid-19, os quais permaneceram por muitos dias internados pela doença e pelas sequelas apresentadas, porém quando avaliamos a série histórica na região da Madeira-Mamoré, ao invés de um aumento nesses dados, tivemos um declínio no tempo médio de internações, diferente da região do vale do Jamari e Central (1) que tiveram um aumento nesses dados.

Esses são dados de grande relevância e que devem ser levados em consideração, pois no ano de 2020 teve um aumento no número de leitos na região da madeira Mamoré quando Rondônia comprou o Hospital de Campanha que foi utilizado no tratamento dos pacientes com Covid-19 aumento o número de leitos de 17 em 2020 para 63 em 2021 e aumentando significativamente para 103 leitos até fevereiro de 2022.

Desta forma não há como buscar soluções cabíveis e de impacto para a melhoria na qualidade da assistência sem antes dimensioná-la adequadamente. A noção do real tamanho do problema é o primeiro passo para que se proponham soluções realistas.

2.10.9 Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI

Os custos em saúde têm sido crescentes em decorrência de fatores comuns em diversos países, dentre os quais se destacam a maior prevalência de DCNT; o aumento da expectativa de vida; e a incorporação de tecnologias em saúde - o que resulta em procedimentos cada vez mais complexos e onerosos. Estes fatores têm impactado, significativamente, na forma como se organizam os sistemas de saúde em diversas nações (MENDES, 2009; ALMEIDA et al., 2011; OMS, 2010), pois o conhecimento dos custos é vital para saber se, dado o preço, o produto ou serviço é rentável e, se é possível reduzi-los (MARTINS, 2008, p. 22).

O Relatório Mundial de Saúde sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde da OMS, de 2010, propõe limitar a execução excessiva e desnecessária de procedimentos com o estabelecimento de modelos alternativos ao *Fee For Service* (taxa de serviço) como forma de remuneração de prestadores de serviço (OMS, 2010).

De acordo com o Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor da Agência Nacional de Saúde – ANS, o Brasil ainda utiliza hegemonicamente o modelo de Pagamento por Procedimento, especialmente no setor privado, que induz a sobreutilização de procedimentos em saúde, sem a devida avaliação dos resultados em saúde, fato esse corroborado pelos dados da ANS, os quais apontam que em 2018, na saúde suplementar, apenas 4% dos valores pagos aos prestadores de serviços foram realizados por meio de outros modelos de remuneração alternativos ao da taxa de serviço (BRASIL, 2019).

Cabe destacar que o Brasil é um dos poucos países das Américas a contar com um sistema de saúde universal e gratuito, do qual cerca de 75% da população depende exclusivamente, e que é reconhecido como uma das políticas públicas mais importantes do país (SANTOS et.al., 2020).

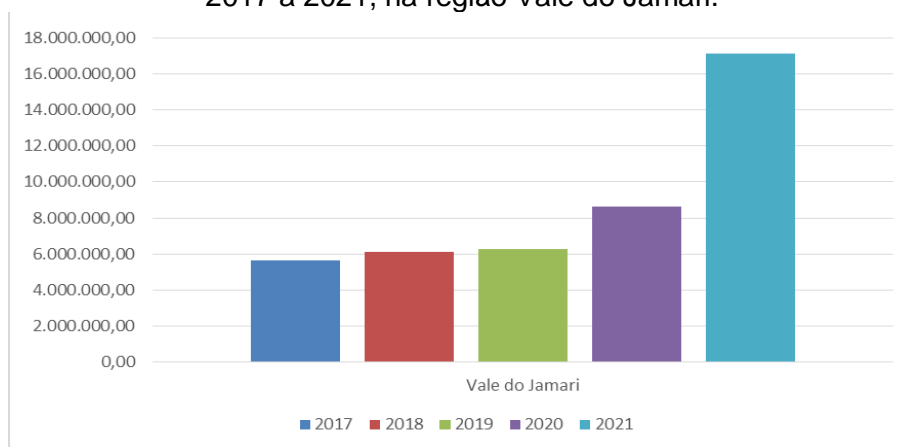
Nessa perspectiva o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n.º 896/90, determinou ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) a partir de 1.º de agosto de 1990 (BRASIL, 2007).

A implantação do SIH foi regularizada pelo INAMPS com base no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e o seu instrumento:

a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), utilizada pela rede hospitalar própria federal, estadual, municipal e privada com ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2007).

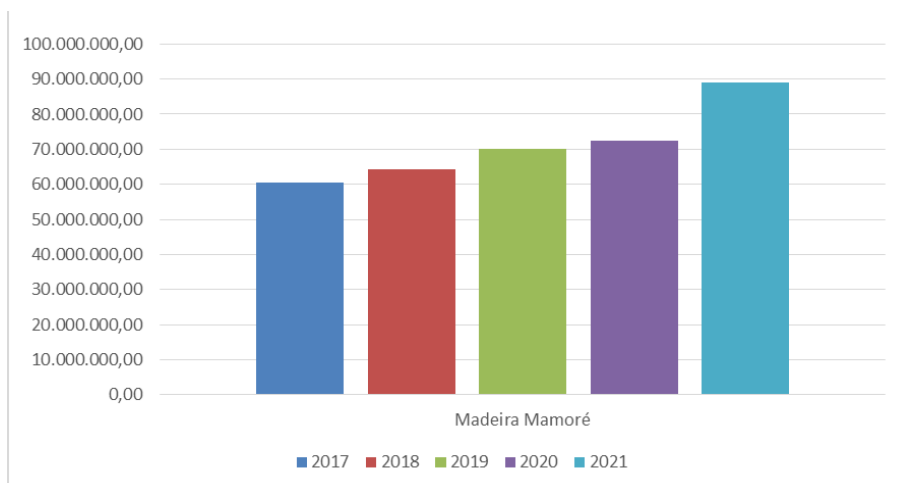
Com o tempo, funcionalidades são introduzidas no SIH, com a finalidade de aprimorar a qualidade das informações. O SIH realizou, até abril de 2006, o processamento das AIH, de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS). Com o avanço da tecnologia da informação e em conformidade com os princípios do SUS, tornou-se necessário estabelecer mecanismos para a sua descentralização. Assim, o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores estaduais e municipais, editou a Portaria MS/GM N.º 821/04, determinando a descentralização do processamento do SIH/SUS, para estados, Distrito Federal e municípios plenos, dos quais é utilizado até os dias atuais para processamentos dos dados hospitalares e pagamento das internações pelo serviço público e privado que prestam serviços ao SUS.

Figura 41 - Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na região Vale do Jamari.



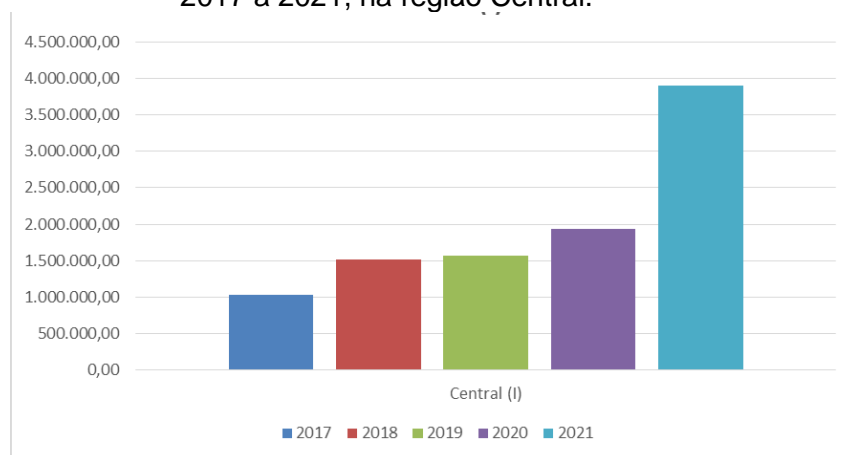
Fonte: SIH - TABNET/DATASUS.

Figura 42 - Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na Região Madeira-Mamoré.



Fonte: SIH - TABNET/DATASUS.

Figura 43 - Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021, na região Central.



Fonte: SIH - TABNET/DATASUS.

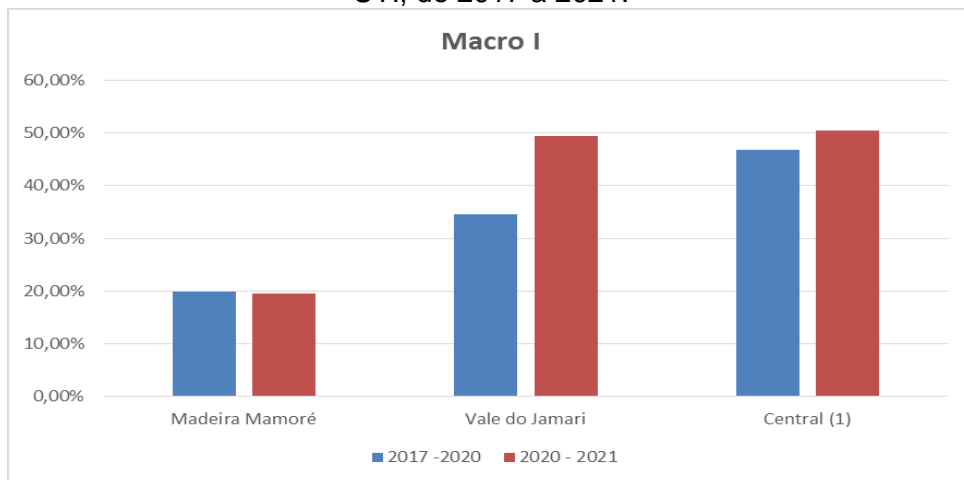
Tabela 27 - Valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021.

REGIÃO	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Vale do Jamari	5.670.084,12	6.099.031,23	6.268.350,15	8.657.837,75	17.117.079,20	43.812.382,45
Madeira-Mamoré	60.545.199,39	64.317.839,99	70.166.088,02	72.561.681,97	89.135.068,23	356.725.877,60
Central	1.025.660,73	1.512.348,01	1.569.029,95	1.930.406,37	3.897.287,33	9.934.732,39
Macrorregião 1	67.240.944,24	71.929.219,23	78.003.468,12	83.149.926,09	110.149.434,76	410.472.992,44

Fonte: TABNET/DATASUS, em 2022.

As Figuras e Tabelas acima nos mostram os valores pagos no ano de 2017 a 2021 para a Macrorregião I referente às internações hospitalares. A Região Madeira-Mamoré teve um financiamento maior para internações quando comparado com as demais regiões no valor de R\$356.725.877,60, vale do Jamari apresenta um valor de R\$ 43.812.382,45 e a central (1) um valor de R\$ 9.934.732,39.

Figura 44 - Taxa dos valores financeiros para pagamento das internações: total, enfermaria, UTI, de 2017 a 2021.



Fonte: TABNET/DATASUS, em 2022.

Ressaltamos que do ano de 2017 para o ano de 2020 o incremento financeiro para a região da Madeira-Mamoré teve um aumento de 19,84% e do ano de 2020 para 2021 o incremento foi de 19,59%. Na região do Vale do Jamari, na série histórica de 2017 para 2020 houve um aumento de 34,50% no incremento e do ano de 2020 para 2021 esse valor foi ainda mais expressivo de 49,41%. A região Central do ano de 2017 para o ano de 2020 teve um aumento de 46,86% em seu incremento e do ano de 2020 para 2021 esse aumento no incremento ficou ainda mais relevante de 50,46%.

Os desafios enfrentados no cotidiano na rede hospitalar, agora com o recrudescimento da pandemia do covid-19 no ano de 2020 e 2021, agravou ainda mais, acarretando a sobrecarga para o nosso sistema de saúde.

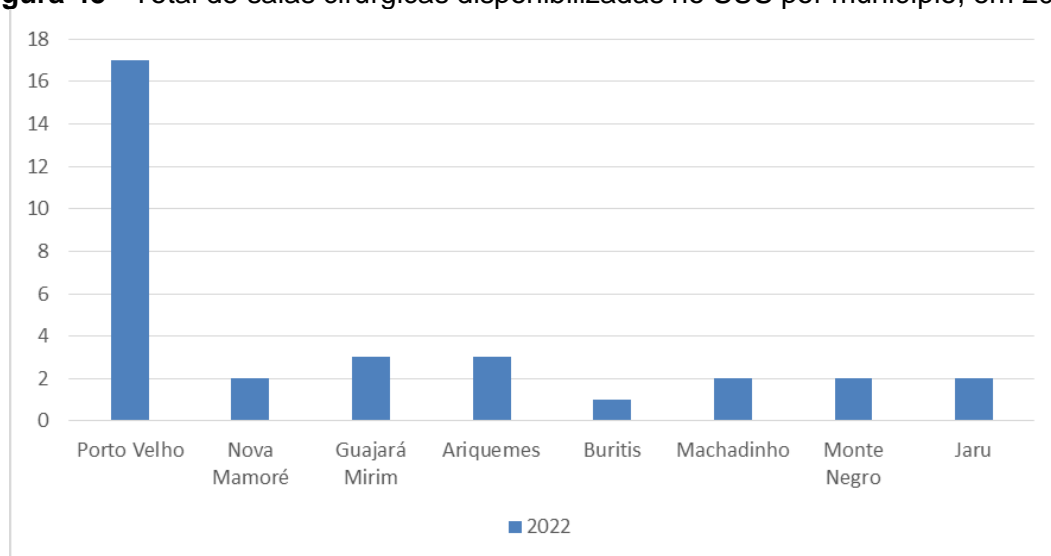
No início da pandemia, as estimativas oficiais eram que 81% das pessoas acometidas pela covid-19 poderiam ser manejadas na APS, 14% precisavam de internação hospitalar e 5% demandavam leitos de UTI. Entretanto, com a chegada da nova cepa a necessidade de internações foi ainda maior nos leitos de UTI da metade do ano de 2020 para metade de 2021.

Um dado expressivo é a criação de leitos de UTI para pacientes de Covid-19 e isso teve um incremento nos valores a serem pagos ao estado e alguns municípios que não possuíam leitos de UTI ou que habilitaram novos leitos durante a pandemia, como é o caso da Região Madeira Mamoré onde Rondônia criou leitos específicos adquirindo o Hospital de Campanha para pacientes com Covid-19 e na região Central (1) o município de Jaru que antes da pandemia não possuía nenhum leito de UTI e no ano de 2020 habilitou cinco leitos específicos para atender a demanda do Covid-19, a

região do Vale do Jamari também se destaca na criação de novos leitos de UTI para pacientes Covid-19, porém esses leitos se concentraram no município de Ariquemes.

Salientamos que os leitos criados em Rondônia, diferente de outros estados, foram todos transformados em leitos fixos para atender posteriormente outra demanda de pacientes que necessitam desses leitos, pois foram espaços físicos concretos, como é o caso do hospital de campanha adquirido por Rondônia.

Figura 45 - Total de salas cirúrgicas disponibilizadas no SUS por município, em 2022.



Fonte: Dados de base local levantados pelos município, em agosto/2022.

Conforme observado no gráfico acima o maior número de salas cirúrgicas se concentra no município de porto velho, cabe aqui ressaltar que no município se concentra 3 salas cirúrgicas na maternidade municipal, o restante está localizado no Hospital João Paulo II (4 salas cirúrgicas), Hospital de Base Ary Pinheiro (13 salas cirúrgicas).

Destacamos que esses dados foram coletados através de visitas locais e em entrevista com os trabalhadores do setor, pois o sistema de informação SCNES não fornece a quantidade de salas cirúrgicas e sim quantidades de leitos e equipamentos hospitalares. Uma outra informação que não foi possível coletar é a quantidade de salas cirúrgicas disponíveis para o SUS pelos hospitais particulares da Macrorregião I.

2.10.9 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias: total, eletivas de emergência realizadas

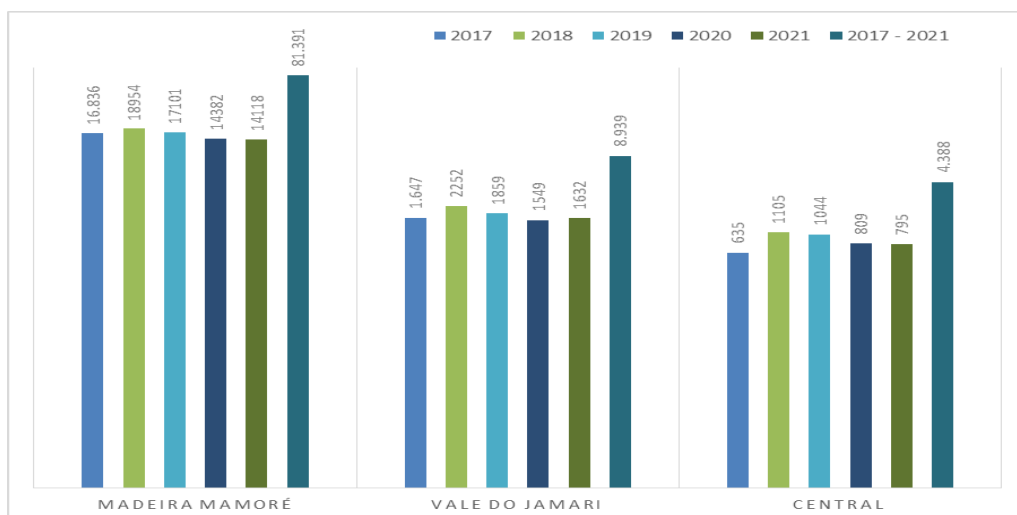
Quando se definiu na Constituição de 1988 o termo de “saúde” fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, bem como ser resolutivo em todos os seus campos de atuação, ofertando serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia do direito do cidadão na resolutividade e integralidade da assistência ofertada (BRASIL, 2011).

Um dos grandes desafios do SUS no Brasil, nos dias de hoje, é o número considerável de cirurgias eletivas estagnadas. Com isso o tempo de espera por este tipo de intervenção varia de acordo com a oferta de serviços, referentes à estrutura e processo, ou às características da demanda. Segundo Lopes et al. (2010), está sobrecarga na atenção hospitalar decorre da imensa pressão da demanda existente em uma população com carga de doença alta, condições de vida precárias e poucos recursos disponíveis.

Destacamos os conceitos de procedimento cirúrgico eletivo que é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência (DATASUS, 2011).

Isto é, cirurgia de urgência é quando a vida ou integridade estão ameaçadas se o procedimento não for realizado dentro de 6 a 24 horas, em que a vida ou integridade estão ameaçadas se não for realizado nas primeiras 6 horas.

Figura 46 - Total de cirurgias eletivas e de emergência realizadas, por região de saúde, de 2017 a 2021.



Fonte: TABNET, em 2022.

Tabela 28 - Total de cirurgias eletivas e de emergência realizadas, por região de saúde, de 2017 a 2021.

MUNICÍPIO	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
PORTO VELHO	16.189	18.415	16.588	13.754	13.508	78.454
GUAJARÁ MIRIM	647	539	513	628	610	2.937
REGIÃO MADEIRA MAMORÉ	16.836	18.954	17.101	14.382	14.118	81.391
ARIQUEMES	1.474	1.544	1.317	1.106	1.321	6.762
BURITIS	68	98	93	98	84	441
MACHADINHO	105	384	266	341	227	1.323
MONTE NEGRO	0	226	183	4	0	413
REGIÃO VALE DO JAMARI	1.647	2.252	1.859	1.549	1.632	8.939
JARU	635	1.105	1.044	809	795	4.388
REGIÃO CENTRAL	635	1.105	1.044	809	795	4.388

Fonte: TABNET/DATASUS, em agosto/2022.

Observa-se no gráfico acima, que somente 07 dos municípios que compõem a Macrorregião I realizam cirurgias eletivas e de emergência, onde se constata que o maior número de cirurgias realizadas concentra-se na região Madeira-Mamoré, com um total de 81.391 mil cirurgias no período de 2017 a 2021, sendo o município de Porto Velho, o maior detentor dessas cirurgias, com 78.545 cirurgias. Em seguida, temos a região Vale do Jamari com um total de 8.039 e a Central com 4.388 cirurgias realizadas.

Ao analisar o gráfico observamos que o maior número de cirurgias realizadas foi no ano de 2018 em todas as regiões de saúde. Sob o mesmo ponto de vista observamos que no ano de 2020 a 2021 todas as regiões tiveram um declínio no número de cirurgias realizadas, esse dado é de extrema importância, pois no ano de 2020 as notas técnicas e decretos do Estado proibiram os municípios, até mesmo hospitais estaduais e particulares de realizar cirurgias eletivas, podendo ser realizadas somente as de urgência e emergência devido ao aumento dos casos de Covid-19,

retornado no ano de 2021 a passos lentos em algumas localidades, e isso gerou uma grande e extensa fila de espera para a realização de cirurgias eletivas.

Quando nos deparamos com a fila de espera que é um dos próximos indicadores a ser citado nos deparamos com a falta de informação e transparência sobre a quantidade de pacientes inscritos na fila e o tempo médio de espera para cirurgias eletivas e esse pode ser um dos fatores contributivos para a má gestão dos recursos que financiam os procedimentos cirúrgicos eletivos. Outro problema encontrado na gestão das filas é a forma de classificação das prioridades de cirurgias. Porém devemos nos preocupar em especial com aquelas patologias cujo atraso do tratamento resulta em piores resultados, pois isso não só aumenta as complicações como gera uma sobrecarga ainda maior ao sistema de saúde (JUNIOR et al., 2005).

2.10.10 Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência

A Constituição Federal no seu art. 194 cita “a saúde integra a seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social”. Será organizada pelo poder público, observada a diversidade da base de financiamento” (BRASIL, 1988).

Cita ainda no art. 198, Parágrafo Único “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, sendo, portanto, a gestão dos recursos de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular ao respectivo fundo de saúde (BRASIL, 1988).

Destaca-se, portanto, que esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, transferências de recursos federais, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde editou a Portaria nº 204 de 19 de janeiro de 2007, alterada pela portaria nº 837 de 23 de abril de 2009, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma

de Blocos de Financiamento, definidos no Pacto pela Saúde, e seu respectivo monitoramento e controle.

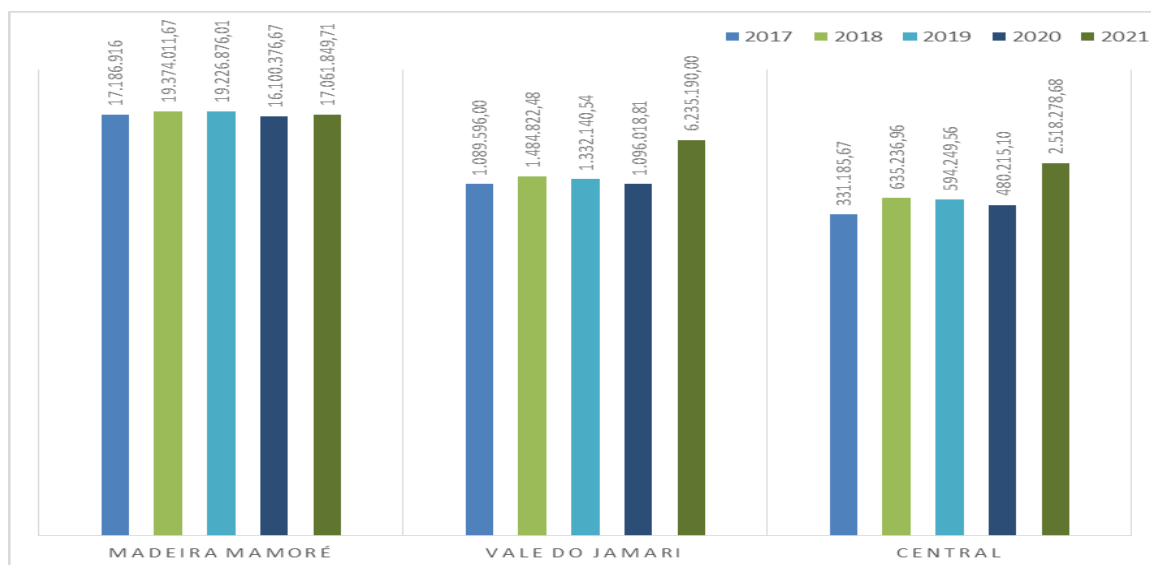
O SUS conta também com a atuação de diversos órgãos colegiados, em especial as comissões chamadas Comissão Intergestora Bipartite (CIB), estados e municípios, e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), incluem também o Governo Federal, que gerenciam as ações das redes de atendimento e decidem sobre a alocação de recursos no Sistema (BRASIL, 2009).

As secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios, devem estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas CIB's e nos Conselhos Estaduais de Saúde. Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis (BRASIL, 2009, p. 207).

O financiamento dos procedimentos e o custeio dos serviços que são de competência e gestão da CGMAC são feitos por meio Teto MAC, o Teto da Média e Alta Complexidade, que é disponibilizado para os estados e municípios, sendo de responsabilidade do gestor local o planejamento e gerenciamento dos recursos (BRASIL, 2017).

Os estabelecimentos de saúde habilitados deverão oferecer todo o atendimento de Média e Alta Complexidade necessário ao paciente abrangendo desde as consultas, exames de Média e Alta Complexidade, diagnóstico, tratamento clínico e tratamento cirúrgico, reabilitação, acompanhamento pré e pós-operatório, UTI, entre outros (BRASIL, 2017).

Figura 47 - Valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência, período 2017 a 2021.



Fonte: TABNET, em 2022.

Tabela 29 - Valores financeiros para pagamento das cirurgias: total, eletivas, de emergência, de 2017 a 2021.

MUNICÍPIO	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
PORTO VELHO	6.883.175,92	19.090.514,10	18.969.757,75	15.766.204,94	6.737.874,16	87.447.526,87
GUAJARÁ MIRIM	313.740,57	283.497,57	257.118,26	334.171,73	323.975,55	512.503,68
MADEIRA MAMORÉ	17.196.916	19.374.011,67	19.226.876,01	16.100.376,67	7.061.849,71	88.960.030,55
ARIQUEMES	1.009.063,02	1.116.915,83	1.040.923,27	844.002,26	1.055.557,93	5.066.462,31
BURITIS	23.782,27	60.685,17	46.321,81	57.910,26	55.835,85	244.535,36
MACHADINHO	56.750,43	202.521,05	145.229,76	192.084,51	21.218,43	717.804,18
MONTE NEGRO	-	104.700,43	99.665,70	2.021,78	-	206.387,91
VALE DO JAMARI	1.089.596	1.484.822,48	1.332.140,54	1.096.018,81	1.232.612,21	6.235.189,76
JARU	331.185,67	635.236,96	594.249,56	477.391,39	480.215,10	2.518.278,68

CENTRAL	331.185,67	635.236,96	594.249,56	477.391,39	480.215,10	2.518.278,68
---------	------------	------------	------------	------------	------------	--------------

Fonte: TABNET/DATASUS, em 2022.

Ao analisar a série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das cirurgias eletivas e de emergência observamos que a Região da Madeira Mamoré é onde se destina o maior recurso financeiro para a realização de cirurgias, cabe aqui ressaltar que também é onde se concentra o maior número de salas cirúrgicas da Macro Região I, seguido de Vale do Jamari e Central.

2.10.11 Série histórica dos últimos 5 anos do tempo médio de espera para internação em leitos de UTI (CRUE)

No indicador acima citado não foi possível realizar a coleta de dados devido o Estado de Rondônia não possui um sistema informatizado de regulação, as solicitações de vagas são feitas via telefone através da Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) ou via e-mail para a Central de Regulação de Leitos (CEREL).

Essa foi uma das grandes dificuldades encontradas pelo grupo durante a pesquisa de dados nos leitos de UTI, trata-se de um campo de grande reclamação por parte dos municípios, porém foi um dos indicadores que não se pode fazer um planejamento adequado devido à falta de informação sobre o tempo médio que os municípios aguardam para a transferência de um paciente que muitas vezes necessita de um cuidado específico de terapia intensiva naquele momento e isso acaba por agravar o quadro do paciente ou muitas vezes levando a óbito.

Destacamos que esse é um indicador que interfere em outros indicadores acima descritos, para que possamos fazer um planejamento mais elaborado na Saúde Pública do Estado.

A regulação assistencial, na qual se insere a regulação de internação em UTI, é um dos grandes gargalos para o Sistema de Saúde Pública, pois interfere em um dos princípios do SUS de acesso equitativo e atenção integral, bem como alcançar ganhos de eficiência (CONASS, 2007). Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. A implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como

mecanismo racionalizador, mas sua efetividade está em discussão e necessita ainda que seja muito mais abrangente e de grande resolutividade.

2.10.12 Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de pessoas aguardando para cirurgia eletiva (CRUE/FILA)

A Constituição brasileira em seu artigo 196 estabelece que "a saúde é um direito de todos e um dever do estado". Ela é complementada pela lei orgânica 8.080, de 1990, que regulamenta as Diretrizes do SUS, e garante o acesso universal da população aos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde permanece sendo um dos maiores desafios. A falta de uma estrutura hierarquizada e eficiente, a escassez de recursos para a saúde e os investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologia são sem dúvida os principais fatores que justificam a atual situação. No que se refere ao tratamento cirúrgico, a dificuldade na sua obtenção talvez evidencie de forma mais cruel essa realidade (JUNIOR, TOMITA, KOS, 2005).

Uma lista de espera pode ser definida como uma fila de pacientes aguardando acesso a um serviço. A lista de espera surge quando a oferta de recursos está abaixo do nível de recursos necessários para atender à demanda (FATO et al., 2008). Conceitua-se como cirurgia eletiva o procedimento cirúrgico preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo. O gerenciamento de Listas de Espera para Cirurgias Eletivas deve levar em consideração que a espera por tempo indeterminado para efetivação do tratamento pode ser considerada inaceitável se a espera excessiva puder agravar as condições clínicas e causar dor e angústias excessivas ao usuário (JUNIOR, TOMITA, KOS, 2005).

Ou seja, baseado nessa contextualização observamos que a fila de espera se dá devido à demanda ser maior que a oferta, independente do procedimento a ser realizado. Metaforicamente, os pacientes na fila habitam uma sala de espera virtual, aguardando um mesmo procedimento, sendo chamado um por vez, de acordo com a ordem da fila. A fila de espera para cirurgias eletivas é uma realidade em muitos hospitais gerais do país, com nuances regionais quanto aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera.

E diante de tudo que foi descrito, o estado de Rondônia não é diferente, sabemos que existe sim uma fila de espera (ou seja, um quantitativo de pessoas aguardando) para realização de cirurgias eletivas, mas esse indicador não foi realizado devido à dificuldade no sistema em descrever os dados solicitados, não foi disponibilizado uma série histórica da quantidade de pessoas aguardando cirurgia, o sistema SISREG somente descreve a fila de espera atual dos pacientes aguardando para realização dos procedimentos, assim como teria que ser retirada uma lista da fila de cada um dos procedimentos a serem realizados.

2.10.13 Série histórica dos últimos 5 anos do tempo médio de espera para cirurgia eletiva

O tempo de espera para realização de cirurgias é um fenômeno complexo e desafiador, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, podendo variar de meses até anos, o que pode gerar insatisfação de pacientes, piora do prognóstico, perda funcional e custos financeiros elevados para os sistemas públicos de saúde (BARUA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2020). Não há consenso internacional sobre o que representa um tempo de espera excessivo, entretanto a maioria dos países define o período entre três e seis meses como prazo máximo para a realização de cirurgias consideradas eletivas (LUIGI; HURST, 2005; OUDHOFF et al., 2007).

No Brasil onde temos o SUS, sabemos que esse é um ponto de vista diferente do consenso internacional, onde muitas vezes os pacientes esperam por anos para a realização de cirurgias eletivas, esse tempo de espera varia de acordo com a oferta de serviços, estrutura e processo, bem como as características da demanda.

Este prazo pode ser subdividido em dois intervalos de tempo. O primeiro se refere ao período em que o paciente é encaminhado pelo médico generalista e aguarda a avaliação do especialista, que geralmente realiza a indicação cirúrgica; e o segundo, compreende a duração da espera pela realização do procedimento em si. Esta última, ou seja, a espera de fato pela realização da cirurgia após a indicação da mesma, geralmente em uma lista, é o que a maioria dos países considera para fins de avaliação de efetividade (HADORN et al., 2000).

Uma revisão sistemática realizada por Rathnayake e Clarke (2021) observou que, com base nas evidências atualmente disponíveis, o gerenciamento dinâmico de filas de espera por cirurgia, sobretudo com a utilização de protocolos e padronização

de critérios de prioridade pode reduzir o tempo de espera, dentre outras formas pela diminuição do acúmulo de casos clínicos não-cirúrgicos e redirecionamento dos mesmos (RATHNAYAKE; CLARKE, 2021)

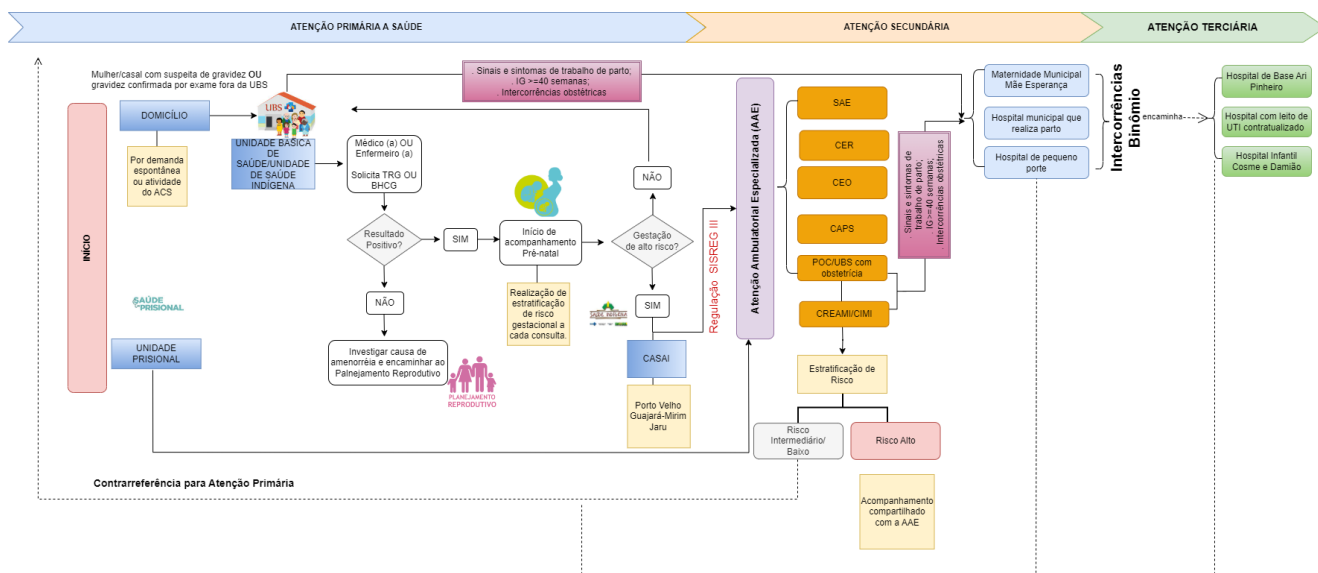
Com a demora na fila de espera, os pacientes são levados a apelar para que a justiça intervenha a seu favor, o que provavelmente acarreta o atraso da resolução de um problema de maior severidade, que deveria ser priorizado pelo sistema. Porém, como a instituição não possui um controle padronizado de sua lista de espera, a mesma fica impossibilitada de contestar a decisão judicial sendo obrigada a acatá-la de imediato (BUSS, 2015).

Diante desse contexto, destaca-se a importância da adequada gestão em saúde na busca pelo aprimoramento do desempenho das organizações envolvidas na prestação de serviços de saúde, tanto do ponto de vista da eficiência na utilização de recursos e minimização de perdas, quanto na efetividade da resolução de problemas.

Esse é mais um indicador da qual não foi possível realizar uma comparação, não tem uma série histórica do tempo médio de espera pela cirurgia pelos mesmos motivos do indicador descrito acima, devido à dificuldade com o sistema de informação SISREG.

3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE MATERNO INFANTIL

Figura 48 – Itinerário Terapêutico - Gestante e Criança na Macrorregião I



Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Todo o conjunto de ações realizadas no pré-natal configura o Itinerário Terapêutico. Este termo refere-se à busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, incluindo a lógica que direciona essa busca, que é tecida em múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença (HOFFMANN, 2021; SIQUEIRA, 2016).

Para as ações de planejamento em saúde e gestão de cuidado, a visão do itinerário auxilia na identificação de necessidades desse grupo populacional dando subsídio para decisões que promovam melhorias no acesso, cuidado integral, resolutividade e consequente qualidade da assistência e redução de mortalidade materna e infantil.

Neste sentido, de acordo com o fluxograma acima, as Unidades de Saúde da Atenção Primária que englobam as Unidades Básicas e Unidades de Saúde Indígena, nas modalidades de equipes existentes nesses pontos de atenção, configuram a “porta de entrada” como acesso de primeiro contato para o início do acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal, bem como seguimento longitudinal com acompanhamento da criança por meio das ações de puericultura e encaminhamentos à outros serviços que se façam necessários durante seu desenvolvimento.

As CASAI situadas nos municípios de Guajará-Mirim, Porto Velho e Jaru são pontos de apoio na atenção à saúde de gestantes indígenas que ao serem encaminhadas pelas equipes de saúde indígena para Guajará-Mirim e Porto Velho, mantêm acompanhamento pré-natal até o momento do parto, quando então são encaminhadas ao Hospital Municipal e Maternidade Municipal de referência, respectivamente. Semelhantemente a isto, a população feminina privada de liberdade da Unidade Prisional Maria Suely, situada em Porto Velho, recebe acompanhamento pré-natal na própria penitenciária ou nas UBS do município caso sigam em regime aberto até o momento do parto ou diante de alguma intercorrência quando são encaminhadas à maternidade Municipal Mãe Esperança ou ala obstétrica do Hospital de Base, se parto de alto risco.

No tocante ao acompanhamento de gestantes e crianças de alto risco, os municípios da macrorregião I não possuem CREAMI, embora alguns municípios da região central, como os do Vale do Anari, referenciam gestantes de alto risco para o CREAMI de Ji-Paraná. Em Porto Velho, o CIMI foi remodelado, após descontinuidade do processo de Planificação, para atendimento à gestante de alto risco e crianças de 0 a 12 anos que sejam encaminhados pela APS via SISREG. Porém, assiste à demanda dos municípios da região de madeira-mamoré, exceto Nova Mamoré, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI). Já no Vale do Jamari, Ariquemes possui o ambulatório especializado que atende sua demanda de gestante de alto risco, Jaru e Machadinho D'Oeste oferta o serviço de pré-natal de alto risco no Centro de Saúde da Mulher, em Buritis o atendimento pré-natal de alto risco está instalado em uma UBS bem como em Nova Mamoré (Madeira-mamoré).

Intercorrências obstétricas, as gestantes são direcionadas ou procuram, por demanda espontânea, os Hospitais Municipais (Ariquemes, Jaru, Machadinho, Monte Negro, Nova Mamoré e Guajará Mirim) e os demais procuram atendimentos nos Hospitais de Pequeno Porte e somente Porto Velho possui maternidade municipal onde essa demanda é absorvida. A partir disto, sendo confirmada alguma condição de risco gestacional a usuária é referenciada ao Hospital de Base Drº Ary Pinheiro em Porto Velho.

Ressaltando que, o Hospital de Base em Porto Velho é referência em casos de necessidade de internação para assistência à uma condição de risco à gestação mas, é a referência estadual em caso de trabalho de parto de alto risco.

Sanada a condição de urgência, a gestante e/ou puérpera, assim como o recém-nascido, são contra-referenciados à Unidade Básica de Saúde de origem para seguimento do acompanhamento de saúde. Crianças de 0 a 2 anos que apresentarem critério de alto risco são acompanhadas em ambulatório de pediatria mas, em caso de necessidade de assistência hospitalar, são encaminhadas via regulação ao Hospital Infantil Cosme e Damião.

Os serviços de saúde mental no CAPS, bem como os Centros de Especialidade Odontológica e Centro de Reabilitação são acessados quando ocorrer eventual necessidade da mulher ou criança durante o ciclo de vida. Tal acesso se dá por meio de agendamento local e em outros municípios por sistema de regulação.

Gestantes portadoras de HIV/AIDS realizam atendimento no ambulatório de alto risco nos Serviços de Atendimento Especializado- SAE. A coleta de carga viral, atendimento psicológico, oferta de leite após o nascimento para o bebê, além dos monitoramentos realizados de cargas virais dela e posteriormente da criança são ofertados neste nível de referência, sem excluir o atendimento compartilhado do pré-natal que devem ser feitos pela UBS de referência e pré-natal de alto risco.

Pontuamos que, o prontuário eletrônico integrado é um instrumento que pode contribuir com o processo de referência e contrarreferência, uma vez que por meio dele todo o itinerário do usuário ficará registrado facilitando a comunicação entre os profissionais de serviços diferentes acerca de um mesmo usuário e conseqüentemente colabora com a integralidade do cuidado.

Destacamos que o único Hospital infantil que é referência para a macrorregião I é o Hospital Cosme e Damião localizado em Porto Velho. Sendo necessária assistência hospitalar com internação em leito de UTI, apenas os municípios de Porto Velho e Ariquemes dispõem de estrutura de UTI neonatal e pediátrica. Outro ponto de atenção por vezes necessário ser acessado neste itinerário é o Banco de Leite Humano Santa Ágatha. Ele é referência estadual na execução de coleta, processamento e distribuição do leite humano, oferecido aos bebês prematuros e de baixo peso, além do apoio e proteção à amamentação para mulher nutriz que esteja enfrentando dificuldade na lactação a fim de fortalecer as condições que possibilitem a continuidade da amamentação e redução do risco do desmame precoce.

3.1 REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

Tabela 30 - Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, Microrregião I/RO, 2023

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	Nº	DESCRIÇÃO
Atenção terciária	Maternidade Municipal	01	Madeira-Mamoré: 01
	Hospital de Pequeno Porte	10	Madeira-Mamoré: 03 Vale do Jamari: 01 Região Central: 03
	Hospital Geral que realiza parto	12	Madeira-Mamoré: 03 Vale do Jamari: 04 Região Central: 02
	Hospital Infantil	01	Madeira-Mamoré: 01
Atenção secundária	Banco de Leite Humano	01	Madeira-Mamoré:01
	Centro Regional Especializado de Atenção Materno Infantil (CIMI e CREAMI)	01	Madeira-mamoré: 01
	Policlínica (AAE – PNDAR)	01	Madeira-Mamoré: 01
	Policlínica (AAE – pediatria)	01	Madeira-Mamoré: 01
	Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento	04	Madeira-Mamoré: 01 Vale do Jamari: 01 Região Central: 02
	Centro de Especialidades Médicas	01	Madeira-Mamoré: 01 Região Central: 01
	Centro de Reabilitação - CER	03	Madeira-Mamoré: 02 Vale do Jamari: 01 Região Central: 0
	Centro de Especialidade Odontológica - CEO	05	Madeira-Mamoré: 04 Vale do Jamari: 01 Região Central: 0
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	10	Madeira-Mamoré:06 Vale do Jamari: 03 Região Central: 01	
Atenção Primária à Saúde	Domicílio	-	-
	Unidades Básicas de Saúde (Equipes de atenção básica, estratégia saúde da família e consultório de rua)	130	Madeira-Mamoré: 60 Vale do Jamari: 45 Região Central: 25
	Unidade de Saúde Indígena	13	Madeira-mamoré: 08 Região Central: 05
	CASAI	02	Madeira-Mamoré: 02 Região Central: 01
	Unidade de Saúde Prisional Feminina	01	Madeira-Mamoré: 01

Fonte: adaptado de Protocolo de Assistência ao Pré-natal, puerpério e recém-nascido (RONDÔNIA, 2018).

9 IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAMI

A Rede de Atenção à Saúde promove a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, complementares e vinculados entre si, para responder adequadamente às necessidades de saúde do indivíduo, família e/ou comunidade. Para tanto, estabelece a atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, visando garantir a universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, compartilhando objetivos, compromissos e resultados sanitários (MENDES, 2011).

Ainda sobre a RAS, Mendes (2009) afirma que sua estrutura operacional expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e sistema de governança (da rede de atenção à saúde).

Acerca da rede de atenção à saúde materno-infantil, sua organização devida impacta na redução da mortalidade materna a qual dados epidemiológicos apontam ser elevada configurando um cenário preocupante no Brasil, pois as metas pactuadas em 2015, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para redução dos índices, estão distantes de serem alcançadas.

No âmbito da mudança das necessidades vivenciadas pela população brasileira, o Ministério da Saúde promoveu o lançamento em 2011 da Rede Cegonha, e posteriormente instituiu a Rede de Atenção Materno e Infantil (RAMI), visando ampliar a acessibilidade e qualidade da atenção à saúde no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2022), porém esta foi revogada em janeiro de 2023. Assim, os serviços de assistência à mulher gestante, parturiente e puérpera, bem como ao recém-nascido, mantém a rotina conforme descrito na Rede Cegonha cujos componentes são: pré-natal, parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança, além de sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A RAMI apontou algumas fragilidades na Rede Cegonha, a exemplo de dados nos sistemas públicos evidenciarem enorme número de gestantes desassistidas atenção ao pré-natal inadequada e de início tardio; barreiras de acesso para exames laboratoriais e serviços de ultrassonografia; dificuldade ou ausência de transporte

oportuno; peregrinação entre as portas de acesso; e, muitas vezes, sem assistência minimamente adequada no momento do parto e nascimento.

A reestruturação da rede desde a Atenção Primária à Atenção Hospitalar fortalece a integralidade da assistência e o combate à mortalidade materna e na infância. O aprimoramento da assistência contará com o fortalecimento das maternidades e a criação dos ambulatórios de assistência a gestantes com alto risco e recém nascido e crianças egressas da unidade neonatal para complicações.

9.1 NÍVEL PRIMÁRIO

Os pontos de Atenção à saúde da Macrorregião I foram divididos em níveis primário com a quantidade de UBS área Urbana, UBS área rural e informações quanto aos pontos de telemedicina, além do resultado da análise da cobertura pela Estratégia de Saúde da Família por município a fim de promover melhor entendimento da capacidade instalada e serviços ofertados na rede materno infantil, conforme tabela a seguir:

Tabela 31 - Demonstrativo dos sistemas de apoio a nível primário na Macrorregião I

Nível Primário				
Município	UBS Urbana	UBS rural	Telemedicina	Cobertura a ESF (%)
Alto Paraíso	02	01	01	64,49%
Ariquemes	11	01	01	76,96%
Buritis	04	01	01	83,64%
Cacaulândia	01	01	01	73,25%
Campo Novo	01	03	02	80,36%
Cujubim	01	02	02	43,40%
Jaru	09	04	02	100%
Machadinho D'oeste	04	03	01	70,89%
Monte Negro	03	04	01	94,46%
Theobroma	01	04	01	90,8%
Rio crespo	01	01	01	100%
Vale do Anari	01	02	01	59,58%
Candeias do Jamari	04	03	01	45,79%
Governador Jorge Teixeira	02	02	00	97,41%
Guajará Mirim	05	02	02	81,01%
Itapuã D'oeste	01	01	01	93,89%
Nova Mamoré	01	04	01	58,12%
Porto Velho	20	19	04	58,63%
Região Vale do Jamari	28	17	11	75,04%

Região Madeira-Mamoré	31	29	09	72,48%
Região Central	13	12	04	87%
Total Macrorregião I	72	58	24	75,59%

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I.

A tabela demonstra que na Macrorregião I há uma predominância de unidades básicas de saúde urbanas, sendo ao todo 72, enquanto que na zona rural estão localizadas 58 UBS. Os municípios de Campo Novo, Cujubim, Monte Negro e Theobroma possuem maior número de unidades instaladas na área rural. Em relação à oferta de serviço de telemedicina somente o município de Governador Jorge Teixeira ainda não dispõe desse serviço.

Podemos observar também, que os municípios de Candeias do Jamari e Cujubim apresentam cobertura de ESF inferior a 50%, e que somente os municípios de Jaru e Rio Crespo atingiram a cobertura ideal de 100%.

Em cobertura de ESF a Região do Vale do Jamari até a data avaliada, encontrava-se com 75,04%, Nova Mamoré 72,48% e os quatro municípios pertencentes à Região Central 87%. A média da Macro I ficou em 75,59% de cobertura de ESF.

9.2 COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS PRIORITÁRIAS, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como finalidade à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população e para esses objetivos serem alcançados houve a necessidade de regionalização e organização do sistema em três níveis de hierarquização que são eles: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Por intermédio dos níveis de atenção à saúde o SUS pode colocar seus princípios doutrinários em prática para garantir a todos os cidadãos o acesso aos serviços da rede pública de saúde.

A atenção básica é representada pelas unidades básicas de saúde (UBSs), localizadas de forma a contemplar os moradores de determinada região ou bairro. Já a atenção secundária consiste nas especialidades médicas e odontológicas, no atendimento em saúde mental, nas urgências e emergências, cirurgias, além de alguns tipos de exames laboratoriais e de imagem. Por último, a atenção terciária

envolve o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização, sendo o hospital o espaço onde essas terapias e esses procedimentos são realizados. Os três níveis de atenção em saúde representam o princípio de integralidade, pois é por meio deles que o SUS consegue fornecer promoção (atenção primária), proteção (atenção secundária) e recuperação da saúde (atenção terciária) (BRASIL, 2011).

9.3 NÍVEL PRIMÁRIO - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

Deste modo o primeiro nível de atenção à saúde é representado pelas UBSs, nas quais são realizados atendimentos de rotina, como consultas com o clínico geral, tratamentos, vacinação, pré-natal, atendimento odontológico e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. A competência das ABS é garantir o acesso dos indivíduos ao SUS, resolver a grande maioria dos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade. Além disso, as equipes das UBSs têm o compromisso de desenvolver ações de promoção da saúde, como a prevenção de doenças e agravantes, de modo que os problemas de saúde possam ser resolvidos na própria ABS, sem que haja necessidade de encaminhamento de pacientes ao hospital.

Dentro das UBS no estado de Rondônia no ano de 2017 foi implantado a planificação da Atenção à Saúde (PAS) tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerecncial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macroprocessos da atenção primária à saúde (APS) e da atenção ambulatorial

especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas. A atenção primária à saúde vem obtendo resultados satisfatórios com a planificação garantindo eficiência e condições de trabalho, e no fomento à melhorias das unidades básicas de saúde nos municípios.

As competências das unidades de saúde dos municípios que compõem a macrorregião I em relação ao pré-natal, puerpério e no atendimento a criança são:

- Realizar visita domiciliar às gestantes;
- Realizar estratificação de risco gestacional;
- Realizar imunização das gestantes;
- Solicitar exames laboratoriais, conforme protocolo;
- Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência regional, conforme critérios da ficha de estratificação de risco padronizada;
- Realizar atividades educativas para as gestantes;
- Realizar consultas odontológicas para as gestantes;
- Realizar a consulta puerperal;
- Compartilhar o plano de cuidados com a AAE;
- Identificar e cadastrar as gestantes do território, em especial no primeiro trimestre;
- Realizar visita domiciliar ao recém-nascido;
- Imunizar as crianças abaixo de um ano, conforme MS;
- Realizar as consultas de rotina para as crianças menores de um ano;
- Estratificar o risco da criança;
- Encaminhar as crianças de alto risco à AAE, conforme critérios da ficha de estratificação de risco padronizada;
- Monitoramento das gestantes e crianças;
- Acompanhar o RN na puericultura;
- Ofertar pré-natal do parceiro;
- Ofertar atividades de orientação aos familiares;
- Assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, com utilização da Caderneta da Gestante;
- Atendimento odontológico à gestante e criança; Assistência no período do puerpério;

- Imunização conforme calendário vacinal da gestante e criança; Oferta de suplementação nutricional para gestante e criança;
- Oferta e dispensação de tratamento para ITU, sífilis gestacional, toxoplasmose gestacional;
- Promoção, aconselhamento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva das mulheres: orientação individual e em grupos operativos;
- Avaliação pré-concepcional, diagnóstico precoce de gravidez;
- Aconselhamento para introdução da alimentação complementar na criança;
- Consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (pesar, medir e avaliar o desenvolvimento registrando na caderneta da criança);
- Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais e manejo de problemas relacionados à lactação, com encaminhamento ao Banco de Leite Humano se necessário (Somente em PVH);
- Realização de triagem neonatal (teste do Pézinho).

Quando se avalia as competências e serviços realizados, constata-se que a maior parte dos municípios realizam atividades semelhantes conforme a realidade do estado e as portarias estabelecidas para atendimento do pré-natal e cuidados com a criança.

9.4 NÍVEL SECUNDÁRIO - ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

O segundo nível de atenção em saúde é a atenção secundária, caracterizada pelos serviços de média complexidade. A atenção secundária é composta pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar com densidade tecnológica intermediária, entre a da atenção primária e a da terciária. Nesse nível, encontram-se os serviços médicos especializados, os de apoio diagnóstico e terapêutico e o atendimento de urgência e emergência. Tais serviços prestados na atenção secundária contribuem na resolubilidade e integralidade do cuidado, por meio da ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializados, o que aproxima os indivíduos que normalmente só têm acesso à atenção primária.

Na Atenção Secundária estão incluídos os Ambulatórios Especializados em Saúde Materno-Infantil, Hospitais de Pequeno Porte, Hospitais Municipais e Gerais, os Centro de Atenção Psicossocial, os Centro de Reabilitação, os Serviços de

Atenção Especializada e Centro de especialidades odontológicas e a Maternidade Municipal.

Na tabela 32 abaixo podemos observar o que cada município possui em relação ao nível de atenção secundária da macrorregião I.

Tabela 32- Sistema de apoio secundário na Macrorregião I.

ATENÇÃO NÍVEL SECUNDÁRIO								
Município	HPP	H munic.	H. Geral	CAPS	CER	SA E	CE O	Maternidade
Alto Paraíso	01		-	-	-	-	-	-
Ariquemes	-	01	-	01	01	01	01	-
Buritis	-	-	01	01	-	-	-	-
Cacaulândia	01	-	-	-	-	-	-	-
Campo Novo	01	-	-	-	-	-	-	-
Cujubim	01	-	-	-	-	-	-	-
Jaru	-	01	-	01	-	01	-	-
Machadinho D'oeste	-	01	-	01	-	-	-	-
Monte Negro	-	01	-	-	-	-	-	-
Theobroma	01	-	-	-	-	-	-	-
Rio cresco	01	-	-	-	-	-	-	-
Vale do Anari	01	-	-	-	-	-	-	-
Candeias do Jamari	01	-	-	-	-	-	-	-
Governador Jorge Teixeira	01	-	-	-	-	-	-	-
Guajará Mirim	-	01	-	01	01	01	-	-
Itapuã D oeste	01	-	-	-	-	-	-	-
Nova Mamoré	-	01	-	01	01	-	-	-
Porto Velho	-	-	-	04	01	01	04	01
Total	10	06	01	10	03	04	04	01

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Em relação à realidade da assistência do nível secundário oferecido pelos municípios que compõem a macrorregião I, em sua maioria uma vez que a macrorregião é composta por 18 municípios, onde 10 deles ofertam os atendimento de nível secundário através dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), 06 municípios possuem hospital municipal, o município de Buritis conta com um hospital regional, já Porto Velho que é a capital não dispõe de hospital municipal, tem na sua estrutura uma maternidade municipal para internações de risco habitual/intermediário e utiliza os equipamentos estaduais nos casos de internações tanto para gestante quanto para criança com condições de alto risco.

Estão descritas abaixo as competências e carteiras de serviços ofertados pelos municípios que compõem a macrorregião I de saúde no que diz respeito à atenção

secundária a nível hospitalar, sendo as competências dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no tocante a assistência ao parto normal:

Tabela 33 - Competências e carteiras de Serviços Nível Secundário no que refere a HPP e Hospitais da Macro I.

Competências e carteiras de Serviços Nível Secundário		
Serviço	Competências	Carteiras de Serviços
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE - (HPP)	<p>Realiza assistência ao parto normal:</p> <p>I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para:</p> <p>a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica);</p> <p>b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas;</p> <p>c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes;</p> <p>d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes.</p>	<p>-Acolhimento;</p> <p>-Realiza testagem rápida;</p> <p>-Parto de gestante sem risco gestacional prévio;</p> <p>-Coletas dos exames laboratoriais,</p> <p>-Primeiras vacinas do RN no próprio HPP.</p>
HOSPITAL MUNICIPAL	<p>a) Assistência ao pré-natal, parto, nascimento e pediatria;</p> <p>b) Parto normal e cesárea</p> <p>c) cirurgias eletivas, clínico ambulatorial de internação e emergência;</p>	<p>-Acolhimento;</p> <p>-Internação de gestantes de risco habitual que apresentam intercorrências clínicas e obstétricas;</p> <p>-Parto de gestante de risco habitual;</p> <p>-Internação de crianças que apresentam intercorrências clínicas;</p> <p>-Planejamento familiar (laqueadura, vasectomia);</p> <p>-Encaminhamento de gestantes e neonatos de alto risco para referência;</p> <p>- Realização de teste rápido.</p>

H. GERAL (BURITIS)	<p>a) Ofertar especialidades básicas (pediátrica e obstétrica);</p> <p>b) Saúde bucal, em especial para atenção às urgências odontológicas, pequenas cirurgias e urgência e emergência;</p> <p>c) Assistência ao pré-natal, parto, nascimento e pediatria a nível médio de complexidade;</p> <p>d) Atendimento a pacientes de outros municípios.</p>	<p>-Atendimento de urgência, emergência, e ambulatório nas especialidades pediatria, ginecologia e obstetrícia;</p> <p>-Fornecer atendimento nas áreas de Farmácia, Nutrição, Serviço-Social, Psicologia, Enfermagem e Fisioterapia;</p> <p>-Realização de exames laboratoriais, exames de imagem como ultrassonografia e radiografia;</p> <p>-Internações conforme critério médico através do atendimento no hospital ou agendamento de cirurgias eletivas;</p> <p>-Realização de Hemoterapia: Agência Transfusional disponível na unidade uma responsável pela liberação de hemocomponentes e hemoderivados.</p>
---------------------------	--	--

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Entre os 10 municípios que possuem HPP da macrorregião I, apenas o município de Cujubim realiza assistência ao parto normal e administração das primeiras vacinas do RN na unidade hospitalar, quanto aos demais municípios Governador Jorge Teixeira; Cacaúlândia; Campo Novo; Theobroma; Rio Crespo; Alto Paraíso; Candeias do Jamari e Vale do Anari, só oferecem assistência ao parto normal quando a gestante da entrada no hospital em período expulsivo.

Já no tocante ao hospital municipal os municípios de Machadinho e Guajará-Mirim - realizam a terceirização do serviço hospitalar e os demais municípios Ariquemes, Nova Mamoré, Jaru, Buritis e Guajará Mirim são de administração municipal. Ariquemes tem a especificidade de atender demandas dos outros municípios da regional do Vale do Jamari, como atendimento de partos, atendimento a crianças, alguns tipos de emergências. E por fim o município de Buritis oferta em seu hospital regional serviços aos munícipes e a paciente oriundos de Porto Velho (Rio Pardo); Campo Novo (Rio Branco); Nova Mamoré e (Jacinópolis).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento mental grave, incluindo aquele decorrente de uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação

psicossocial, sendo assim os CAPS são serviços especializados de saúde mental de caráter aberto e comunitário, ou seja, inseridos na comunidade.

O CAPS tem como competência ofertar atendimento psiquiátrico/psicológico para gestantes e crianças com sofrimento psíquico, e sua carteira de serviço oferta:

- Acolhimento;
- Atendimento com enfermeiro;
- Atendimento com psicólogo;
- Atendimento Terapeuta ocupacional (Ariquemes, Machadinho);
- Atendimento médico.

No que diz respeito à totalidade de CAPS na macrorregião I são 10 unidades. Destes, 04 ficam localizados no município de Porto Vendo sendo todos tipo II: CAPS infantil (01), CAPS álcool e outras drogas (01), CAPS Três Marias para demanda geral em saúde mental (01) que está sob a gestão municipal e o CAPS (01) sob gestão estadual. Já as outras unidades de CAPS-1 pertencem aos municípios de Nova Mamoré, Guajará Mirim, Machadinho D'oeste, Jaru, Ariquemes e Buritis.

No município de Jaru o CAPS-I está em processo de implantação de uma nova equipe, sendo ela a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM), é um componente da Linha de Cuidado em Saúde Mental destinado à atenção integral para pessoas com transtornos mentais moderados, constituindo ponto de atenção psicossocial especializada, conforme a Portaria MS nº 3.588 de 2017, além de atualmente ofertar o grupo terapêutico de auto ajuda.

Somente os municípios de Ariquemes e Porto Velho possuem CER e 04 municípios possuem SAE, são eles: Ariquemes, Jaru, Guajará-Mirim e Porto Velho.

Em relação ao CEO (Centro Especializado em Odontologia) somente Porto Velho e Ariquemes possuem, sendo o primeiro com 3 equipes de gestão municipal mais 01 de gestão estadual e o segundo com 1 equipe. Quanto à Maternidade Municipal, somente o município de Porto Velho possui.

No que concerne às competências e carteiras de serviços por ponto de assistência, dividimos didaticamente conforme a unidade secundária citada.

Tabela 34 - Competências e Carteiras de Serviço - SAE, CEO, CER, SAMU e Maternidade.

Competências e carteiras de Serviços Nível Secundário		
Serviço	Competências	Carteiras de Serviços
CER	Estrutura física e funcional e de equipe multiprofissional devidamente qualificada capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consulta médica; 2) Fisioterapia; 3) Fonoaudiólogo; 4) Assistente social; 5) Terapeuta ocupacional; 6) Consulta de enfermagem.
Ambulatório Especializado (PNAR e criança de alto risco)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar consulta de pré natal de alto risco; 2) Compartilhar o plano de cuidados com a APS; 3) Solicitar os exames laboratoriais para as gestantes e crianças de alto risco; 4) Realizar acolhimento e atividades educativas das gestantes de alto risco (CIMI Porto Velho); 5) Realizar acompanhamento e consultas de alto risco às crianças (Porto Velho e Ariquemes); 6) Realizar matriciamento das equipes de APS, em casos de gestantes de risco intermediário (Porto Velho); 7) Realizar consulta puerperal (Porto Velho compartilhado com as UBS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consulta obstétrica em Pré Natal de Alto Risco; 2) Realização de cardiocografia; 3) Consulta de Enfermagem; 4) Consulta obstétrica em Pré Natal de alto risco; 5) Consulta puerperal em pré natal de alto risco; 6) Consulta em pediatria de alto risco; 7) Consulta em psicologia; 8) Consulta em nutrição; 9) Consulta em Fisioterapia; 10) Consulta em Serviço Social; 11) Cardiocografia anteparto; 12) Aferição de sinais vitais, teste de glicemia e medidas antropométricas; 13) Realização de eletrocardiograma; 14) Atividades de educação em saúde; 15) Ações de Vigilância em saúde.
SAE	Oferta de serviços especializados à gestantes, puérperas e crianças no atendimento de IST e HIV/AIDS e hepatites virais.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acolhimento; 2) Atendimento e acompanhamento com a equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, psicólogo, farmacêutico e ginecologia - Porto velho); 3) Oferta de exames específicos; 4) Dispensação de medicamentos; 5) Busca ativa de faltosos; 6) Vacinação específica; 7) Investigação epidemiológica.

<p style="text-align: center;">CEO</p>	<p style="text-align: center;">Oferta de serviços especializados odontológicos</p>	<p>1) Atendimento de periodontia, endodontia e cirurgia bucomaxilofacial a gestantes e crianças;</p> <p>2) Atendimento de crianças com deficiência e transtorno de neurodesenvolvimento (Porto Velho e Ariquemes tem odontopediatra)</p>
<p style="text-align: center;">MATERNIDADE</p>	<p>1) Realizar atendimento/consultas às gestantes de risco habitual, em casos de urgência;</p> <p>2) Realizar internações em casos de intercorrências clínicas/obstétricas até que seja regulado leito no HBAP;</p> <p>3) Realizar partos de risco habitual;</p> <p>4)Garantir suficiência de leitos obstétricos e neonatais;</p> <p>5)Realizar o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;</p> <p>6) Garantir presença de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;</p> <p>7) Incentivar aleitamento materno na primeira hora de vida.</p>	<p style="text-align: center;">Maternidade de Risco habitual:</p> <p>1) Acolhimento à demanda espontânea e encaminhada;</p> <p>2)Internação de gestantes de risco habitual que apresentam intercorrências clínicas e obstétricas;</p> <p>3) Parto de gestante de risco habitual;</p> <p>4) Planejamento familiar (laqueadura, vasectomia);</p> <p>5) Encaminhamento de gestantes e neonatos de alto risco para referência após o nascimento;</p> <p>6) Realizar abortamento conforme critérios previstos em lei.</p>
<p style="text-align: center;">SAMU</p>	<p>1) Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;</p> <p>2) Estabilização de verdes, amarelos e vermelhos.</p> <p>3) Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando</p>	<p>1) Realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas a gestantes e crianças, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;</p> <p>2) Participar da educação sanitária (grupos pré-natal e</p>

	<p>resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência.</p> <p>4) Realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;</p> <p>5) Promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, da Polícia Rodoviária, da Defesa Civil ou das Forças Armadas quando se fizer necessário;</p> <p>6) Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macrorregional e estadual, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes.</p>	<p>escolas), proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências.</p>
--	---	--

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

- **Porto Velho:** 01 Centro Integrado Materno Infantil (CIMI), com atendimento ambulatorial a gestante criança até dois anos de idade de alto risco; 01 Policlínica Vaz e Silva Porto (POC), com Ambulatório de criança.
- **Ariquemes:** 01 Ambulatório Gestante de alto risco e 01 Ambulatório de Pediatria.
- **Jaru:** 01 Centro de Saúde da Mulher como referência ao pré-natal de alto risco, oferta de DIU e colposcopia, assim como a disponibilização de ultrassonografia transvaginal. O município possui implantado 01 Centro de Especialidades Médicas, com oferta de atendimento médico especializado em ortopedia, cardiologia, ultrassonografia, ambulatório de cirurgia geral, ginecológica e obstétrica, pediatria e fisioterapeuta.

- **Buritis:** atendimento pré-natal de alto risco em uma UBS, realiza procedimentos de colposcopia, cauterização, retirada de pólipos, revisão, retirada e inserção de DIU.
- **Nova Mamoré:** tem atendimento obstétrico apenas 01 (uma) UBS na zona rural, e todas as demandas das outras 05 (cinco) UBS e encaminhado para esse obstetra que avalia e se realmente for de alto risco, encaminhando as gestantes de alto risco para a maternidade ou Hospital de Base em Porto Velho.

9.5 NÍVEL TERCIÁRIO: ATENÇÃO HOSPITALAR

O nível terciário de atenção à saúde fornece atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção secundária por serem mais singulares ou complexos. Há ainda, assistência a cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, entre outros tipos de cuidados para processos menos corriqueiros.

Os pontos de atenção terciária na rede materno infantil na região da Macro 1 e as competências e carteiras de serviços estão sinalizados na tabela abaixo:

Tabela 35 - Unidades assistenciais, competências e carteiras de serviços Nível Terciária na Macro 1.

Competências e carteiras de Serviços Nível Terciário		
Serviço	Competências	Carteiras de Serviços
Hospital adulto: 1) Hospital de Base Dr Ary Pinheiro:	Atendimentos ambulatoriais especializados com realização de consultas e procedimentos.	1) Internação hospitalar em leitos clínicos, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal.
HBAP (UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	Internação hospitalar em leitos clínicos, cirúrgicos e de isolamento,	2) Internação hospitalar em unidade de saúde mental, realização de procedimentos cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade, serviço de urgência e emergência ginecológica e obstétrica, banco de leite humano, lactário
NEONATAL CANGURU - 6 LEITOS, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	Internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal. Internação hospitalar em unidade de saúde mental,	3) exames laboratoriais em geral, hematológicos, bioquímicos, imunológicos, coagulação, microbiológicos, parasitológicos, urinálise, marcadores tumorais,

<p>NEONATAL CONVENCIONAL - 35 LEITOS,</p> <p>UTI NEONATAL - TIPO II - 26 LEITOS,</p> <p>UTI PEDIÁTRICA - TIPO II - 9 LEITOS,</p> <p>PEDIATRIA CIRURGICA - 5 LEITOS,</p> <p>PEDIATRIA CLÍNICA - 10 LEITOS,</p> <p>OBSTETRICIA CIRURGICA - 11 LEITOS).</p>	<p>realização de procedimentos cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade,</p> <p>transplante de córnea e renal,</p> <p>serviço de urgência e emergência ginecológica e obstétrica,</p> <p>serviço de diagnóstico por imagem e laboratorial,</p> <p>cartório de registros.</p>	<p>dosagem de drogas terapêuticas e perfis alérgenos, autoimunidade, exames sorológicos.</p> <p>4) atendimentos ambulatoriais: Pediatria, ginecologia e Núcleo de Fissurados (Nufis). HOSPITAL INFANTIL/UTI PED E NEO 1) 2) 3) BANCO DE LEITE 1)</p> <p>Consulta e Aleitamento Materno e atende a todas as gestantes, puérperas e recém-nascidos;</p> <p>5) Atendimento pediátrico, se necessário;</p> <p>6) Triagem, com realização de pesagem e medidas antropométricas.</p>
<p>Hospital Municipal Sandoval de Araújo Dantas (UTI Adulto tipo II), em Jaru</p>	<p>Atendimento de cuidados intensivos - Adulto, com oferta de 10 leitos.</p>	<p>1) Exames de imagens; 2) Exames laboratoriais; 3) Internação hospitalar em leitos clínicos, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto; 4) Dispõe de equipe multiprofissional; 5) Radiografia; 6) Serviço de assistência social, psicologia e nutricionista.</p>
<p>Hospital Infantil Cosme e Damião - HICD (143 leitos)</p>	<p>O HICD constitui-se no único hospital pediátrico no Estado. Atua como hospital de média e alta complexidade, atendendo aos 52 municípios do estado de Rondônia e áreas fronteiriças.</p> <p>Oferece serviços médicos hospitalares nas diversas especialidades, abrangendo desde o diagnóstico à terapêutica, através de procedimentos de assistência ao tratamento clínico e cirúrgico.</p>	<p>1) Dispõe de serviços de atendimento ambulatorial para egressos, cirurgias eletivas e de emergência, clínica cirúrgica (ortopedia, cardiologia, neurologia, e cirurgia geral); 2) clínica médica (doenças respiratórias, doenças diversas, observação, neonatologia, isolamento); 3) Emergência, CIP, UTI, hemodiálise, laboratório de análises clínicas; 4) Serviço de radiologia; 5) Serviço de psicologia; 6) Serviço social, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. 7) Avaliação prévia de oncologia com emissão de pareceres e encaminhamentos de pacientes para tratamento em hospital de referência.</p>

<p>UTI Monte Sinai (Ariquemes convênio)</p> <p>11 leitos UTI</p>	<p>Atendimento de cuidados intensivos para recém nascidos e crianças</p> <p>10 leitos (6 neo e 05 pediátricos)</p>	<p>1) Assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); 2) Assistência farmacêutica; 3) Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; 4) Serviço de radiografia móvel; 5) Serviço de ultrassonografia portátil; 6) Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; 7) Serviço de fibrobroncoscopia; 8) Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; 9) Serviço de eletroencefalografia.</p>
<p>Banco de Leite humano (Hospital de Base)</p>	<p>1) Executar coleta, processamento e distribuição de leite humano à RN prematuros e de RN baixo peso. 2) Oferecer orientações de proteção a amamentação; 3) Realizar manejo de intercorrências mamárias e demais dificuldades de lactação para redução de desmame precoce.</p>	<p>1) Acolhimento às lactantes; 2) Orientação sobre como realizar a coleta; 3) Realiza a armazenagem; 4) Dispensação do leite para os RN internados na UTI neo do H. de Base; 5) Atendimento pediátrico quando necessários; Recolhimento das amostras coletadas em domicílio.</p>

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

De acordo com a tabela, o Hospital de Base é a Unidade referência para Macrorregião I para pré-natal de alto risco e também é a unidade com maior número de leitos de UTI neonatal e pediátrica.

O hospital Cosme e Damião é a unidade pediátrica referência do estado para atendimento de crianças em condições de urgência e emergência.

Ainda na Macrorregião 1, o município de Ariquemes possui 10 leitos pediátricos conveniados com o Hospital Monte Sinai para atendimento de neonatos.

Em relação ao Banco de Leite Humano, este está localizado no Hospital de Base, e é a única unidade do estado na Macro I, que é referência para esse tipo de atendimento. A Unidade de Terapia Intensiva Adulto do município de Jaru, credenciada e habilitada com 10 leitos, finaliza a estrutura a nível terciário de assistência.

Em relação aos pontos de atenção que não realizam as competências definidas, todos os pontos desta instituição cumprem sua função e alcançam os

resultados esperados. A rede materno infantil inicia-se no atendimento da atenção primária com realização de testes rápidos de gravidez e exames relacionado ao Pré-Natal, sendo as gestantes baixo risco devendo ser encaminhada ao HMSAD de Jarú (responsável pelas gestantes baixo risco, na atenção à gestante de alto risco é realizado encaminhamento para o município de Ji-Paraná (responsável por gestantes alto-risco).

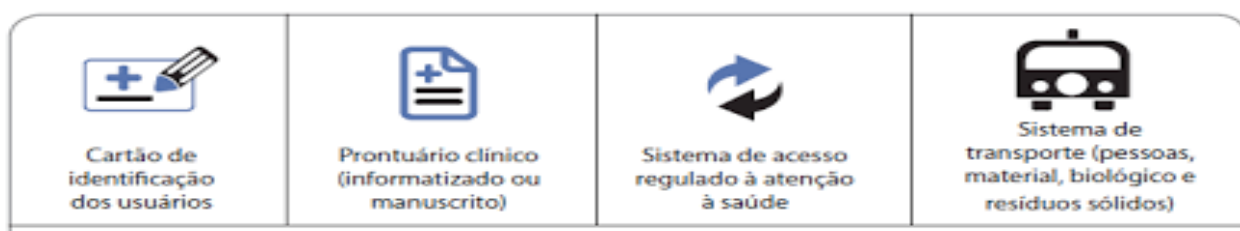
10 SISTEMA DE APOIO E SISTEMA LOGÍSTICO

10.1 SISTEMA DE APOIO

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Onde o subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, o subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos e os sistemas de informação em saúde englobam diferentes bancos de dados nacionais, regionais e locais.

10.2 SISTEMA LOGÍSTICO

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários.



Em relação aos sistemas de apoio e sistemas logísticos na rede primária da macrorregião I temos as seguintes ofertas:

Tabela 36 - Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a nível primário na macrorregião I, Rondônia 2023

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA LOGÍSTICO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central
Atenção Primária	Cartão de Informação: CADSUS	05	09	04
	Prontuários clínicos: Prontuários Físicos Prontuários PEC / E-SUS Prontuários Terceirizados	01 04 - -	- 06 03 -	- 04 - -
	Acesso regulado: SISREG Telemedicina	05 05	09 09	04 03
	Transporte: Pacientes realizarem consultas, exames especializados em outros municípios e realização de outros serviços.	13	79	38

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA DE APOIO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central

Atenção Primária	Laboratorial Municipal Contratualizado	03 03	08 01	01 06
	Imagem:			
	Ultrassonografia Eletrocardiograma Radiologia	04 03 05	07 08 07	03 03 04
	Farmacêutica:			
	Farmácia centralizada Farmácia nas UBS	02 03	07 03	04 01

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Na macrorregião I, no tocante ao sistema de apoio a nível primário referente ao diagnóstico laboratorial é dividido em dois modelos sendo eles laboratórios municipais e laboratórios contratualizados como podemos observar na tabela acima que demonstra a totalidade de laboratórios por região de saúde. Dos 18 municípios pertencentes à macrorregião I, sendo que 16 deles ofertam a coleta de exames laboratoriais de forma centralizada nos laboratórios, com ressalva que nos distritos e nas unidades da zona rural as coletas são realizadas nas localidades devido à distância para assim garantir o acesso à realização de exames laboratoriais para esta população. Apenas dois municípios realizam as coletas nas unidades de saúde, sendo eles: Ariquemes e Porto Velho.

Na subdivisão relacionado ao diagnóstico por imagem que referem a oferta de exames de ultrassonografias, eletrocardiogramas e radiologia os municípios em sua maioria ofertam o eletrocardiograma nas unidades básicas de saúde e os demais serviços são ofertados aos usuários da atenção primária, entretanto os equipamentos

estão dentro das unidades de nível secundário. O município de Vale do Anari não realiza exames de Raio X, porém possui uma pactuação para ser atendidos no município de Machadinho D'Oeste, o município de Candeias do Jamari terceiriza a realização do Raio X. O município de Campo Novo ainda no momento não oferta o serviço de ultrassonografia, pois há falta de recursos humanos especializados mas por sua vez está no processo final para sanar esta dificuldade o referido município também encontra dificuldades para colocar o aparelho de raio X em funcionamento, porém estão em busca da adequação dessas situações.

Já na subdivisão da assistência farmacêutica a macrorregião I, tem como realidade dos municípios dois tipos de divisões farmácias centralizadas onde o município conta apenas com uma farmácia para realizar a distribuição dos medicamentos aos munícipes, porém esses municípios que totalizam 13, possuem sistema de logística para atender a demanda mais afastadas da cidades no caso a zona rural garantido a população rural acesso às medicações conforme os atendimentos das unidades rurais farmácias nas unidades de saúde que totaliza 07 municípios sendo eles Jaru, Ariquemes, Cacaulândia, Campo Novo, Porto Velho, Candeias do Jamari e Nova Mamoré. Dentre os 18 municípios 09 constam com Central de abastecimento farmacêutico - CAF com Ariquemes, Jaru, Alto Paraíso, Buritis, Campo Novo, Machadinho D'Oeste, Monte Negro, Porto Velho e Candeias do Jamari.

O sistema logístico da atenção primária da macrorregião I, todos os municípios utilizam o Cartão Nacional de Saúde- CNS do SUS como o documento principal de identificação do usuário que é gerado pelo CADSUS. Como acesso a regulação todos os municípios utilizam o SISREG e no momento também estão utilizando o projeto Telemedicina apenas o município de Governador Jorge Teixeira que não aderiu ao projeto. Já como prontuários clínicos apenas o município de Guajará-mirim ainda utiliza prontuários físicos na atenção primária à saúde, 14 municípios utilizam prontuários por meios eletrônicos geridos pelo E-SUS/ PEC, os municípios de Ariquemes, Buritis e Monte Negro também utilizam prontuarios eletronicos que por sua vez são serviços terceirizados pelos gestores dos municipios.

Em relação ao transporte foram contabilizados as frotas de cada município que compõem a Macrorregião I, utilizados para traslado de pacientes para realização de exames, consulta, procedimentos entre outros serviços fornecidos por outros municípios netas frotas de carros estão incluso micro ônibus, vans, caminhonetes, e

carros baixos no total a região de saúde de Nova Mamoré conta com uma frota de 13 carros destinados ao transporte de paciente, já a região de saúde Vale do Jamari dispõe de 79 carros para realização do transporte e por fim a região Central dispõe de 38 veículos para realização de transporte de pacientes.

Tabela 37 - Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a Nível Secundário na macrorregião I, Rondônia 2023.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA DE APOIO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central
Atenção Secundária	Laboratorial:			
	Municipal	03	08	01
	Contratualizado	03	01	06
	Imagem:			
	Ultrassonografia	04	07	03
	Eletrocardiograma	03	08	03
	Radiologia	05	07	04
	Farmacêutica:			
	Farmácia Municipal	02	04	-
Farmácia Hospitalar	03	05	04	

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA LOGÍSTICO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central
Atenção Secundária	Cartão de Informação: CADSUS	05	09	04
	Prontuários clínicos: Prontuários Físicos	03	02	02
	Prontuários Eletrônicos	02	07	02
	Terceirizados			
	Acesso regulado: SISREG CRUE	05 05	09 09	04 04
Transporte: SAMU	01	05	-	
Bombeiros	03	03	01	
Ambulância				
Tipo A	17	18	14	
Tipo B	12	04	06	
Tipo C	06	-	04	
Tipo D	03	01	03	

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

O sistema de apoio a nível de atenção secundária referente ao diagnóstico laboratorial é dividido em dois modelos sendo eles laboratórios municipais e laboratórios contratualizados como podemos observar na tabela acima que demonstra

a totalidade de laboratórios por região de saúde. Dos 18 municípios pertencentes à macrorregião I, sendo que 13 deles ofertam a coleta de exames laboratoriais de forma centralizada nos laboratórios, com ressalva que quando exames são solicitados nas unidades hospitalares as coletas são realizadas dentro das próprias unidades solicitantes e encaminhadas aos laboratórios para realizar as análises. Apenas 05 municípios possuem laboratórios dentro das unidades hospitalares, sendo eles: Alto Paraíso, Buritis, Cacaulândia, Campo Novo e Jarú.

Na subdivisão relacionado ao diagnóstico por imagem que referem a oferta de exames de ultrassonografias, eletrocardiogramas e radiologia os municípios o quantitativo é o mesmo do nível da atenção primária, uma vez que, os serviços são ofertados aos usuários da atenção primária dentro das unidades de nível secundário, sendo assim repetindo as mesmas particularidades enquanto a realização dos serviços.

A assistência farmacêutica da macrorregião I, tem como realidade dos municípios a farmácias centralizadas onde o município conta apenas com uma farmácia para realizar a distribuição dos medicamentos aos munícipes e as mesmas farmácias abastecem as unidades hospitalares, nesta realidade encontra-se 06 municípios Alto Paraíso, Cacaulândia, Campo Novo, Rio Crespo, Candeia do Jamari e Itapuã D'Oeste, e como contrapartida há 12 municípios que possuem farmácias hospitalares que dispensam medicações apenas para uso hospitalar sendo. Dentre os 18 municípios 09 constam com Central de abastecimento farmacêutico - CAF com Ariquemes, Jarú, Alto Paraíso, Buritis, Campo Novo, Machadinho D'Oeste, Monte Negro, Porto Velho e Candeias do Jamari.

Já na Atenção Secundária o sistema logístico da macrorregião I, todos os municípios utilizam o Cartão Nacional de Saúde- CNS do SUS como o documento principal de identificação do usuário que é gerado pelo CADSUS. Como acesso a regulação, todos os municípios utilizam os serviços do SISREG e CRUE para regulação de pacientes aos serviços especializados. Já como prontuários clínicos, 07 municípios sendo eles Alto Paraíso, Cacaulândia, Candeias do Jamari, Itapuã D'Oeste, Guajará-mirim, Vale do Anari e Governador Jorge Teixeira ainda utilizam prontuários físicos nos HPP e hospitais, e os demais 11 municípios utilizam prontuários eletrônicos por sistemas terceirizados tais como: o G-MUS e G-HOSP.

O transporte de pacientes a nível secundário é realizado por SAMU, bombeiro e ambulâncias, levando em consideração que apenas 06 municípios da macrorregião

possuem corpo de bombeiros sendo eles: Ariquemes, Buritis, Machadinho D'Oeste, Porto Velho, Candeias do Jamari, Guajará-mirim e Jarú. E os municípios de tem como apoio o SAMU na macrorregião e sua frota de ambulâncias são: Ariquemes com 4 suporte básico tipo A e 1 avançada tipo D; Campo Novo com 02 suporte básico; Buritis com 02 Suporte Básico; Machadinho com 02 suporte básico; Porto Velho com 07 suporte básico 07 Suporte Avançado e Cujubim com 02 suporte básico. Já a nível da região de saúde em relação às ambulâncias e suas tipologias podemos observar que a região Madeira Mamoré consta com um total de 38 ambulância sendo 17 tipo A, 12 tipo B, 06 tipo C e 03 tipo D. A região Vale do Jamari conta com uma frota de 23 ambulâncias no total sendo 18 tipo A, 04 tipo B, no momento não possui ambulância tipo C e 01 tipo D. E por fim a região Central possui uma frota de 27 ambulâncias para atender a demanda da população sendo 14 tipo A, 06 tipo B, 04 tipo C e 03 tipo D.

Tabela 38 - Demonstrativo do Sistema de Apoio e Sistema Logístico a Nível Terciário na macrorregião I, Rondônia 2023.

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA LOGÍSTICO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central
Atenção Terciária	Cartão de Informação: CADSUS	05	09	04
	Prontuários clínicos: Prontuários	Não dispõe (vazio assistencial)		
	Acesso regulado: CRUE A CEREL CERAE	18		
	Transporte: Aeromédico	18		

NÍVEL DE ATENÇÃO	SERVIÇO	SISTEMA DE APOIO		
		Madeira-Mamoré	Vale do Jamari	Central
Atenção Terciária	Laboratorial: LACEN LEPAC LAFFRONT/RO	05 05 01	09 09 -	04 04 -
	Imagem: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO ESTADO DE RONDÔNIA	18		
	Farmacêutica: CGAF - Coordenadoria de Gestão e Assistência Farmacêutica CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF II	18		

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

O sistema de Apoio no nível terciário da Macrorregião I, no que diz respeito ao diagnóstico laboratorial é padrão para todos os municípios que compõem a macro, sendo assim todos têm acesso e utilizam os serviços ofertados pelos laboratórios LACEN que realiza a complementação diagnóstica e avaliação de patologias de interesse epidemiológico, descentralizando diagnósticos das sub-redes, através de capacitação e monitoramento dos serviços, contribuindo com a promoção das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e coordenando, supervisionando e capacitando os profissionais das unidades laboratoriais públicas da rede estadual. O LEPAC/RO que é o Laboratório de Patologia e Análises Clínicas do Estado de Rondônia uma instituição pública estadual, com única e exclusiva finalidade de dar o apoio diagnóstico laboratorial de média e alta complexidade às unidades hospitalares

do estado de Rondônia. O atendimento ambulatorial do LEPAC/RO, somente é realizado aos usuários consultados nos ambulatórios da Policlínica Oswaldo Cruz – POC, com consultas já pré-programadas na unidade. Exames complementares: Exames laboratoriais hematologia e hemostasia, urinálise, bioquímica, imunologia, hormonais e alergologia, imunossupressores, marcadores tumorais, drogas terapêuticas e drogas de abuso, autoimunidade. E por fim o LAFFRONT/RO que é o Laboratório de Fronteira do Estado de Rondônia sendo uma extensão do LACEN/RO atuando como Laboratório de Referência Estadual em região de fronteira. O LAFFRONT/RO, é peça importante ao apoio ao diagnóstico junto às Vigilâncias Epidemiológicas, ambiental e sanitária de toda a área fronteira do estado de Rondônia. os serviços oferecidos por esta unidade é indiretamente, através das unidades hospitalares e unidades básicas de saúde do município de Guajará-Mirim e adjacências, onde os pacientes realizam as coletas de exames nas unidades de saúde de seu município.

Na subdivisão diagnóstico por imagem os municípios por agendamento tem acesso ao CDI do Estado de Rondônia onde a unidade oferta os seguintes exames: ressonância magnética, tomografia, mamografia, ultrassonografia, radiografia, endoscopia, broncoscopia – eletivos.

No tocante à assistência farmacêutica os municípios da macrorregião tem acesso a CGAF - que dispõe da farmácia especializada, que é um o serviço de atendimento presencial realizado em Porto Velho. Assim que chega ao atendimento, o paciente representante e/ou responsável previamente cadastrado se dirige ao guichê de senhas onde retira sua senha correspondente ao atendimento ao qual estará agendado (dispensação de renovação) e será atendido por um farmacêutico. E a CAF II que possui como principais atribuições: licitação, gerenciamento de compras, estocagem, conservação e distribuição de produtos médicos e outros insumos hospitalares médicos, destinados ao funcionamento da Secretaria de Estado da Saúde/SESAU.

O sistema logístico da macrorregião I a nível terciário, no que diz respeito ao cartão de identificação, todos os municípios utilizam o Cartão Nacional de Saúde-CNS do SUS que é gerado pelo CADSUS.

No quesito acesso regulado temos três acessos no nível terciários: a CRUE é responsável pelos encaminhamentos (acessos) dos pacientes de urgência e emergência das unidades de saúde da baixa complexidade dos 52 (cinquenta e dois)

municípios para as unidades de saúde da alta complexidade do nosso estado de Rondônia, objetivando assistir ao cidadão de forma integralizada em suas necessidades de saúde, como também é responsável pelo transporte aeromédico de pacientes críticos. A CEREL é responsável pelo monitoramento e regulação dos leitos de gestão estadual. E por fim a CERAE que é responsável pela regulação dos usuários dos 52 (cinquenta e dois) municípios do estado de Rondônia para consultas com médicos especialistas e exames da média e alta complexidade da rede estadual. Já para transporte dos pacientes a atenção terciária possui uma frota de 4 aeronaves e 1 helicóptero.

11 PARÂMETROS E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

De acordo com a Portaria nº 1631 - artigo 3º, de 01 de outubro de 2015, podemos definir parâmetros assistenciais como

[...] referenciais quantitativos que servem para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde de forma a orientar os gestores do SUS nas três esferas a realizar o planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação dos serviços de saúde, adequando o planejamento a realidade epidemiológica e a disponibilidade de recursos tanto orçamentários como financeiros.

As necessidades de saúde devem ser o grande balizador para a reorganização dos modelos de atenção e dos sistemas municipais e regionais de saúde, e em sua estimativa deve desafiar permanentemente os gestores, conselhos, entidades e a sociedade civil em geral na construção de progressivos consensos sobre a organização do sistema de saúde e dos serviços que ele deve prover. As recomendações baseadas em necessidades de saúde reafirmam nossa certeza em um futuro do sistema público de saúde equânime, com oferta suficiente de serviços em todo o território rondoniense da macrorregião I (BRASIL, 2015).

A programação assistencial consiste na definição dos quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde resultantes de um processo de negociação e pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, buscando a otimização dos recursos físicos e financeiros, por meio da pactuação de fluxos assistenciais, tendo por objetivo o acesso da população aos serviços de que necessita, independentemente da disponibilidade no seu município de residência.

Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de

acesso, a integralidade e harmonização progressiva dos perfis da oferta de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Neste trabalho foi utilizado como referência os parâmetros da ferramenta EstimaSUS. Teve como base a população estimada de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e alguns parâmetros assistenciais do Previne Brasil já utilizados pelos municípios. Por exemplo, pactuação de no mínimo de seis consultas de pré-natal para que fique em conformidade ao já utilizado pelos municípios, considerando que pelo EstimaSUS o quantitativo mínimo é de três consultas.

Pela diferença no perfil epidemiológico e geográfico e até pelas dimensões e peculiaridades de cada região, a parametrização da macrorregião I foi feita de forma a dividir as regiões Madeira-Mamoré, Vale do Jamari e os quatro municípios que pertencem à Região Central. Essa divisão foi necessária para poder ter uma dimensão real do perfil assistencial de cada região, considerando que alguns municípios possuem mais disponibilidade de serviços e também de profissionais em detrimento de outros onde se observa um vazio assistencial.

Os parâmetros assistenciais aqui percorridos tratam-se das seguintes seções do EstimaSUS:

1. **Seção I. Atenção à gravidez, parto e puerpério - Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha)** - Esta seção indica a quantidade de consulta de pré-natal, consulta puerperal, teste não treponêmico de sífilis, número de ultrassom obstétrica e obstétrica com doppler.
2. **Seção IV. Atenção Especializada: Parâmetros de necessidade de médicos especialistas-** Indica o número de profissionais médicos pediatras e obstetras necessários para cada região e também avaliamos por município na parte de suficiência quantitativa.
3. **Seção VI. Equipamentos de Apoio Diagnóstico. Parâmetros para a oferta de ultrassonografia obstétrica** - quantidade de exames- indica a necessidade de equipamentos de ultrassom para cada região

Os parâmetros supracitados subsidiarão o conhecimento da real estrutura física, equipamentos e de equipes para o trabalho mínimo em atenção ao pré-natal e atendimento à criança. Conforme posto anteriormente, o EstimaSUS utiliza como parâmetro três consultas de pré-natal, porém neste trabalho utilizaremos como referência as metas do Previne Brasil que são de no mínimo 6 consultas. Dessa forma, deve-se realizar uma consulta puerperal de fechamento do ciclo gravídico. Para

o exame de VDRL, o ideal seria a realização de dois exames. Em relação a ultrassom obstétrica convencional, o ideal seriam três exames por gestante e a ultrassom com *doppler* é uma por gestante de alto risco.

A seguir analisaremos os parâmetros ideais para as regiões Madeira Mamoré, Vale do Jamari e os quatro municípios que compõem a região central.

Tabela 39 - Procedimentos e Parâmetros propostos de atenção à saúde gestacional.

Procedimento	Parâmetro Proposto	Quant. conforme parâmetro Madeira Mamoré	Quant. conforme parâmetro Região Vale do Jamari	Quant. Conforme parâmetro Região central (Jaru, Theobroma, Jorge Teixeira e Vale do Anari)	Quant. parâmetro Macro I
0301010110 - Consulta pré-natal	6 consultas/gestante	52.626	17.172	6.906	76.704
0301010129 - Consulta puerperal	1 consulta/gestante	8.771	3.995	1.245	14.011
02.02.03.117-9 Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes	2 exames/gestante	17.542	7.991	2.658	28.191
0205020143- Ultrassonografia obstétrica	3 exame/gestante (identificar pactuação estadual)	26.313	3.995	1.331	31.639
02.05.02.015-1 - Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado	1 exame/gestante de alto risco	1.315	599	199	2.113

Fonte: EstimaSUS, População IBGE, 2022.

De acordo com o parâmetro número de consultas de pré-natal considerando a quantidade mínima de seis consultas, seriam necessárias na Região Madeira Mamoré realizar uma média de 52.626 consultas ao ano. No entanto, a população de Porto Velho é a maior da região, observa-se a necessidade de parametrizar a região

também por município, considerando que o perfil epidemiológico, demográfico e de recursos humanos da capital difere dos outros municípios que compõem a região.

Ao observar a região do Vale do Jamari, a média estimada de consultas seria de 17.172 pré-natais e 3.995 puerperais. O município de Ariquemes compreende o maior número de nascimentos, o que mostra a necessidade de estimativa de parâmetro por município, conforme será expresso também nesse trabalho.

A região central compreendendo os quatro municípios (Jaru, Governador Jorge Teixeira, Vale do Anary e Theobroma) tem a média estimada de 6.906 consultas de pré-natal e 1.245 consultas puerperais e 2.658 exames de VDRL.

No que concerne ao número de especialistas em ginecologia/obstetrícia e pediatria necessários na Macrorregião I dividido pelas três regiões de saúde a tabela abaixo traz essas informações

Tabela 40 - Atenção Especializada: Parâmetros de necessidade de médicos especialistas

Especialidade	Razão especialista/ 100 mil habitantes	Razão Nº de habitantes/especialista	Nº estimado Especialista a Região Nova Mamoré	Nº estimado Especialista Região Vale do Jamari	Nº estimado Especialista Região Central 4 municípios	Nº estimado Especialista na Macrorregião I
Ginecologista/obstetra	21,75	4.595	121	47	17	185
Pediatra	27,65	3.610	154	59	20	233

Fonte: EstimaSUS, População IBGE, 2022.

De acordo com o Parâmetro Razão Número de especialista, para cada 4.595 habitantes é necessário uma média de 21,75 médicos obstetras e 27,65 médicos pediatras.

A estimativa de necessidade de profissionais para a região do MACRO I aponta que são necessários 233 médicos pediatras, em consulta ao cadastrado no CNES verificou-se que na Macrorregião I temos cadastrados 150 pediatras numa cobertura de 54,34%. Com relação aos profissionais GO a estimativa é de que precisamos de 185 médicos, porém, temos 90 cadastrados no CNES que nos dá uma cobertura de 41,47%.

A tabela abaixo traz informações sobre oferta dos parâmetros, equipamentos necessários e quantidades de equipamentos necessários.

Tabela 41 - Equipamentos de Apoio Diagnóstico. Parâmetros para a oferta de ultrassonografia obstétrica - quantidade de exames.

Parâmetro	Base de cálculo	Equipamentos Necessários Madeira-Mamoré	Quant. exames por equipamento Madeira - Mamoré	Equipamentos Necessários Vale do Jamari	Quant. exames por equipamento Vale do Jamari	Equipamentos Necessários Central	Quant. exames por equipamento Central	Equipamentos Necessários Macro I	Quant. exame na Macro I
Ultrassonografia convencional	(número de nascidos vivos x 1,05) x 0,85	28	83.405,85	11	32.207	4	11.174	43	126.786,85
Ultrassonografia convencional para gestante de alto risco	[(número de nascidos vivos x 1,05) x 0,15] x 3	1,37	4.144	0,66	2.025	0,18	545	2,21	6.714
ultrassonografia obstétrica com Doppler para gestantes de alto risco	(Número de nascidos vivos X 1,05) X 0,15	0,45	1.381	0,22	675	0,06	182	0,73	2.238

Fonte: EstimaSUS, 2023.

O ultrassom obstétrico é realizado para se obter biometria (medição) fetal, o que facilita a estimativa da idade gestacional, principalmente quando é feito um exame bem no início da gravidez. A avaliação acurada e precisa da idade gestacional é a base para intervenções que dependem do tempo durante a gravidez e o manejo das complicações na gravidez, em especial a pré-eclâmpsia e parto e nascimento pré-termo. O exame diagnóstico de ultrassom também pode ser usado em situações específicas durante a gestação para lidar com preocupações sobre o crescimento fetal ou avaliar complicações clínicas, como restrição de crescimento fetal intra-uterino ou investigação do bem-estar fetal (MATERNAL AND CHILD SURVIVAL PROGRAM, 2018).

Neste sentido, em conformidade com o parâmetro de oferta de ultrassonografia convencional, seriam necessários 43 aparelhos de US para a macrorregião I, para a realização de 1 ultrassom por gestante com risco habitual. Assim, cada equipamento realizaria de acordo com a base de cálculo, 83.405,85 exames na região de Nova

Mamoré, 32.207 exames na região do Vale do Jamari e 11.174 exames para a região Central.

Para gestantes de alto risco, são ofertados 3 ultrassom convencional durante o acompanhamento de pré natal, neste sentido, seriam necessários 2,21 equipamentos para atender a macrorregião I. Perfazendo, um quantitativo de exames por equipamentos de 4.144 para região de Nova Mamoré, 2.025 para região do Vale do Jamari e 545 exames para a região Central.

A US obstétrica com Doppler para gestante de alto risco, o parâmetro de oferta é de um 1 exame durante o acompanhamento de pré-natal, assim seriam necessários 0,75 equipamentos para a macrorregião I. Dessa forma, cada equipamento, realizaria 1.381 exames na região de Nova Mamoré, 675 exames na região do Vale do Jamari e 182 exames para a região Central.

Em resumo na Macrorregião I a necessidade é do quantitativo médio de 46 aparelhos para a realização de ultrassom obstétrico.

11 AVALIAÇÃO DA SUFICIÊNCIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS COMPONENTES DAS RAS

Para assegurar a resolutividade na rede de atenção alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos (Brasil 2015).

A Suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade (Brasil, 2015).

Tabela 42 - Atenção à gravidez, parto e puerpério - Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Cegonha)

Município	Nascidos Vivos	Consulta puerperal			
		Parâmetro 1 consulta por gestante			
	Ano 2022	Quant. Parâmetro	Quant. Realizada	Produção SIA	% Cobertura
Alto Paraíso	202	202	110 (PEC)	Sem	54,45

				informação	
Ariquemes	1504	1504	748 (PEC)	Sem informação	49,73
Buritis	521	521	30 (GMUS)	241	46,25
Cacaulândia	64	64	49 (PEC)	Sem informação	76,56
Campo Novo	137	137	59 (PEC)	66	48,17
Cujubim	208	208	110 (PEC)	70	48,07
Jaru	888	888	762 (PEC)	135	85,81
Machadinho D' oeste	475	475	216 (PEC)	14	44,4
Monte Negro	164	164	121 (GMUS)	121	73,78
Theobroma	90	87	118 (PEC)	Sem informação	90,8
Rio crespó	34	34	47 (PEC)	Sem informação	Sem informação
Vale do Anari	81	81	65 (PEC)	Sem informação	80,24
Candeias do Jamari	325	325	15 (PEC)	7	4,61
Governador Jorge Teixeira	95	95	61 (PEC)	Sem informação	64,21
Guajará Mirim	748	748	Sem informação	Sem informação	
Itapuã D' oeste	105	105	Sem informação	Sem informação	
Nova Mamoré	466	466	74 (SISAB) JUNHO Á DEZEMBRO	35 (SIA SUS) ATÉ MAIO	15,87
Porto Velho	7127	7.127	1927	Sem informação	27,0
Vale do Jamari	4287	4.287	1.490	NI	34,75
Madeira Mamoré	8.771	8.771	2.016*	NI	22,98
Central	1154	1.154	1.006	NI	87,17
MACRO I	13.760	13.237	4.512	685	34,08

Município	Nascidos Vivos	Consulta de pré-natal
-----------	----------------	-----------------------

	Ano 2022	Parâmetro 6 consultas/gestante			
		Quant. Parâmetro consultas	Quant. Realizada	Produção SIA	% Cobertura Média de consultas
Alto Paraíso	202	1.212	1.517 (PEC)	Sem informação	6,7
Ariquemes	1504	6.342	6.774 (PEC)	Sem informação	106
Buritiz	521	3.126	2.623 (Gmus)	4.031	5,03
Cacaulândia	64	384	474 (PEC)	Sem informação	7,4
Campo Novo	137	822	1.152 (PEC)	1.090	8,4
Cujubim	208	1.248	1.852 (PEC)	1.561	7,5
Jaru	888	5.328	6.633 (PEC)	1.234	7,5
Machadinho D' oeste	475	2.850	3.019 (PEC)	1.215	6,6
Monte Negro	164	984	1371 (Gmus)	1.371	8,3
Theobroma	90	522	800 (PEC)	Sem informação	9,1
Rio cresco	34	204	271 (PEC)	Sem informação	7,9
Vale do Anari	81	486	976 (PEC)	Sem informação	12
Candeias do Jamari	325	1.950	181 (PEC)	254	1,27
Governador Jorge Teixeira	95	570	524 (PEC)	00	5,5
Guajará Mirim	748	4.488	1.099 (PEC)	Sem informação	1,4
Itapuã D' oeste	105	630	sem informação	Sem informação	5,7
Nova Mamoré	466	2.796	2970 (PEC)	840	6,3
Porto Velho	7127	42.762	25506	4.957	3,5

			(PEC)		
Vale do Jamari	4287	23022	19.014	NI	7,38
Madeira Mamoré	8.771	52.626	29.756	NI	4,46
Central	1154	6.906	8.927	NI	5,4
MACRO I	13.760	83.124	36.712	16.553	5,74

Fonte: PEC e Sistema Local GMUS. Acesso em junho de 2023. Legenda- NI- Não Identificado.

O atendimento de pré-natal da Macrorregião I foi indicado em decorrência dos números baixos de consulta por gestante, sendo que para toda a Macrorregião no ano de 2022 foram realizadas 5,74 consultas de pré-natal por gestante. A região do Vale do Jamari conseguiu alcançar a razão de 7,38 consultas.

De acordo com o Ministério da Saúde, o pré-natal deve começar assim que a mulher descobre que está grávida. No Brasil, recomenda-se que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas é indicada uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas semanais até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode ocorrer até 41 semanas e seis dias (Brasil, 2022)

Em relação ao atendimento de consulta puerperal verificam-se grandes falhas nos registros de informação, tendo em vista que os números disponíveis para acesso indicam um quantitativo baixo de consultas de fechamento de pré-natal. Os quatro municípios que compõem a região central apresentaram melhores resultados com o percentual de cobertura de 87,17% de consultas realizadas. O total da Macro I foi de 34,08% de atendimento puerperal.

Os resultados alcançados na Macrorregião I expressam preocupação tendo em vista a importância do fechamento do ciclo gravídico. O puerpério é um período importante na recuperação pós-parto e merece atenção qualificada a fim de garantir adequada estabilização na saúde das mulheres. Inúmeras complicações podem surgir durante esse período, tais como hemorragias, infecções, alterações emocionais, desregulação da pressão arterial, entre outras. A adequada monitorização intra-hospitalar é imprescindível, mas a continuidade do cuidado, alicerçada na sua longitudinalidade por meio da consulta puerperal é fundamental para assegurar o bem-estar das puérperas (Baratieri et al., 2022).

No que se relaciona ao número de consultas de pré-natal e puerperal observa-se insuficiência de dados por falhas nos registros do PEC E-sus na maioria dos municípios. Isso é uma fragilidade encontrada tendo em vista que observou-se que ao invés de utilizarem o código do SIGTAP no PEC, é lançado somente o código do procedimento CIAP.

Para dar início ao acompanhamento do pré-natal, é necessário que o profissional registre a condição de gravidez da cidadã por meio do campo Problema\Condição Avaliada no atendimento, obrigatoriamente o campo Pré-natal ou os CIAP2/CID10 correspondentes. Códigos CIAP 2: W03; W05; W 71; W 78; W79; W80;W81; W84; W85. Os códigos CIAP W78 Gravidez, W84 Gravidez de alto risco foram utilizados aqui no relatório para avaliar comparativamente se os municípios tinham registro de atendimento de pré-natal já que no CIAP não constavam registro ou identificou-se registro subnotificado.

Tabela 43 - Avaliação da produção de consulta de pré-natal e puerperal considerando os lançamentos no e-SUS SIGTAP ou por Código de Procedimento SIGTAP.

Município	CONSULTA PRÉ-NATAL			CONSULTA PUERPERAL				
	SIGTAP	CIAP		SIGTA P	CIAP			
		W78	W84		W90	W91	W92	W93
Alto Paraíso	0	1521	19	0	189	2	47	0
Ariquemes	0	6774	87	0	567	7	181	3
Buritis	0	2.623-Gmus	0	0	241 Gmus	0	0	0
Cacaulândia	0	489	0	0	45	0	0	0
Campo Novo	0	1105	04	0	53	0	06	0
Cujubim	0	1852	21	0	54	1	56	2
Jaru	0	6517	71	0	338	02	365	09
Machadinho	0	2.996	23	0	120	03	90	03
Monte Negro	1.371	1.395	06	121	06	0	04	0
Theobroma	0	792	15	0	23	0	45	03
Rio Crespo	0	271	0	0	28	0	19	0
Vale do anari	0	1048	02	0	42	00	42	04
Candeias	0	181	0	0	13	0	2	0

Governador Jorge Teixeira	0	517	7	0	29	0	31	1
Guajará	2.654	03	03	0	0	0	0	0
Nova Mamoré		1446	27		122	2	6	1
Porto Velho	3068	26455	723	186	1984	38	389	19
Itapuã	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Fonte- PEC municipal, acesso em julho de 2023.

Em relação ao SIGTAP Consulta Puerperal também não foi informado e observa-se sub-registro nos relatórios do PEC para esse procedimento na maioria dos municípios, porém, ao avaliar os códigos CIAP W90 parto sem complicações de nascido vivo, W91 parto sem complicações de natimorto, w92 parto com complicações de nascido vivo e w93 parto com complicações de natimorto identificou-se lançamento de produção.

Através da análise da tabela é possível observar registro inexistente ou sub-registro das consultas de pré-natal e puerperal que são parâmetros essenciais para avaliação da qualidade de atendimento realizado no componente materno.

A tabela a seguir traz um demonstrativo da quantidade de parâmetro e de cobertura dos municípios pertencentes a Macro I em relação aos procedimentos ultrassom obstétricos, com doppler e exame de VDRL em gestante.

Tabela 44 - Número de procedimento em atenção a gravidez

Município	Nº de Ultrassom com Doppler				Nº de VDRL anual			
	1 exame por gestante de alto risco				Parâmetro: 2 exames por gestante			
	Quant. Parâmetro estimasus	Quant. Programada por município	Produção SIA OU PEC	% Cobertura	Quant. Parâmetro Estimasus	Quant. Programa da por município	Produção SIA OU PEC	Razão de Cobertura média de exames
Alto Paraíso	34	0	0	0	460	SP	182 (PEC)	0,39
Ariquemes	265	SP	264	100%	3008	SP	0 não foi lançado código gestante	-
Buritis	97	sSP	0	0	1296	498	2	0,38
Cacaulândia	13	SP	0	0	168	396	0	2,35
Campo Novo	31	0	0	0	410	272	0	0,66
Cujubim	36	não realiza	0	0	480	SP	0	0
Jaru	143	SP	0	0	1914	2076 (PEC)	171	1,08
Machadinho D'oeste	81	-	-	-	1086	950 (PEC)	0	0,87
Monte Negro	35	SP	0	0	462	SP	5	0,01
Theobromina	21	Não realiza	0	0	276	48	66 PEC	0,17
Rio crespó	07	sem programação	0	0	96	sem informação	0	0
Vale do Anari	14	Não realiza	0	0	192	Não foi lançado código de gestante e sim população geral desta forma não tem informação . (865 população geral).	0	-

Candeias do Jamari	66	SP	0	0	884	sem informação	0	0
Governador Jorge Teixeira	21	SP	0	0	280	420	0	1,5
Guajará Mirim	146	SP	0	0	1944	1178	0	-
Itapuã D' oeste	14	SO	0	0	194	sem informação	0	
Nova Mamoré	76	76	0	00	1012	1398	1242	1,38
Porto Velho	1378	0	0	0	18380	4262	12149	0,66
VALE DO JAMARI	599	0	0	0	7466	1.222	189	0,02
MADEIRA MAMORÉ	1681	00	00	0	22414	6.838	13.391	0,59
CENTRAL	199	00	00	0	2662	2.544	237	0,08
MACRO I	2479	00	00	0	33066	10.604	13.817	0,41

Município	Nº de Ultrassom Obstétrica Convencional*			
	1 exame por gestante			
	Quant. Parâmetro estimado	Quant. Programada por município	Produção SIA OU PEC	% Cobertura
Alto Paraíso	202	222	22 (SIA)	10,89
Ariquemes	1504	768 (64 mês)	2358 (SIA)	156,78
Buritis	521	351	285 (SIA) 351 (GMUS)	67,37
Cacaulândia	64	144	26	40,62
Campo Novo	137	0	0	não realiza
Cujubim	208	SP	0	
Jaru	888	948	599	67,45
Machadinho D' oeste	475	480	73 (SIA)	15,36
Monte Negro	164	SP	96	58,53
Theobroma	90	912	0	90,8
Rio crosso	34	SP	0	
Vale do Anari	81	SP	106 PEC	76,41
Candeias do Jamari	325	SP	73	22,46
Governador Jorge	95	SP	0	-

Teixeira				
Guajará Mirim	748	SP	113	15,10
Itapuã D' oeste	105	Sem informação	0	-
Nova Mamoré	466	SP	00	
Porto Velho	7127	SP	4559	63,96
VALE DO JAMARI	3312	1.965	2.860	86,35
MADEIRA MAMORÉ	8771	Não informou	4.745	54,09
CENTRAL	1154	1.860	705	61,09
MACRO I	13237	3.825	8.310	62,77

Fonte: PEC, Sistemas Locais dos Municípios, junho de 2023.

No que relaciona ao número dos procedimentos ultrassom e exames de VDRL observa-se um vazio assistencial por falta de informações ou sub-informações, a maior parte dos municípios não tem uma programação estabelecida e não constam as produções no SIA-SUS. Outra falha identificada em relação ao lançamento de VDRL em gestante que alguns municípios lançaram como VDRL geral e não especificando o código gestante.

A tabela abaixo traz informações a respeito da suficiência quantitativa em relação à cobertura de médicos pediatras e obstetras na Macro I. Frisa-se que a tabela foi confeccionada por município pertencente às regiões e não somente por consolidado porque observou-se distinções entre as ofertas de especialidades entre os municípios de maior porte e os menores.

Tabela 45 - Número de especialistas pediatras e obstetras estimado e cobertura existente na Macrorregião I.

Município	População estimada 2022 IBGE	Médico Obstetra		
		ESTIMA	CNES	% DE COBERTURA EXISTENTE
Alto Paraíso	16.320	3	0	0
Ariquemes	96.823	21	9	42,85
Buritis	27.992	6	2	33,33
Cacaulândia	4.150	1	0	0
Campo Novo	8.844	2	0	0
Cujubim	14.863	5	0	0
Machadinho D' oeste	30.707	7	1	0
Monte Negro	11.548	2	0	0
Jaru	50.591	11	5	45,45
Theobroma	8.113	2	0	0

Rio cresco	3.471	1	0	0
Vale do Anari	7.788	2	0	0
Candeias do Jamari	22.238	5	0	0
Governador Jorge Teixeira	8.001	2	0	0
Guajará Mirim	39.386	9	2	22,22
Itapuã D' oeste	8.541	2	0	0
Nova Mamoré	25.444	6	1	16,66
Porto Velho	460.430	100	73	73
VALE DO JAMARI	214.718	48	12	25
MADEIRA MAMORÉ	556.039	117	76	64,95
CENTRAL	74.493	17	5	29,41
MACRO I	845.250	182	93	39,78

Município	População estimada 2022 IBGE	Médica Pediatra		
		Estima	CNES	% DE COBERTURA EXISTENTE
Alto Paraíso	16.320	4	0	0
Ariquemes	96.823	27	9	33,33
Buritis	27.992	8	2	25
Cacaulândia	4.150	1	0	0
Campo Novo	8.844	2	0	0
Cujubim	14.863	4	0	0
Machadinho D' oeste	30.707	8	0	0
Monte Negro	11.548	3	0	0
Jaru	50.591	14	1	7,14
Theobroma	8.113	2	0	0
Rio cresco	3.471	1	0	0
Vale do Anari	7.788	2	0	0
Candeias do Jamari	22.238	6	0	0
Governador Jorge Teixeira	8.001	2	0	0
Guajará Mirim	39.386	10	3	30
Itapuã D' oeste	8.541	2	0	0
Nova Mamoré	25.444	7	0	0
Porto Velho	460.430	123	136	110,56

VALE DO JAMARI	214.718	58	11	18,96
MADEIRA MAMORÉ	556.039	142	139	97,88
CENTRAL	74.493	20	1	5
MACRO I	845.250	220	151	40,61

Fonte: Datasus e informações municipais, junho 2023.

Em análise do número de especialistas médicos obstetras e pediatras verifica-se uma carência desses profissionais na Macrorregião I. Na região do Vale do Jamari a necessidade seria de 58 pediatras e são 11 profissionais cadastrados na totalidade, sendo que destes 09 estão cadastrados no município de Ariquemes. No total da região do vale do Jamari a cobertura de pediatria está em 18,96%. Entre os quatro municípios da Região Central a cobertura de pediatria está em 5%, com cadastro de pediatra somente no município de Jaru. Já em relação a Região Nova Mamoré está concentrado o maior número de pediatras no município de Porto Velho com o Cadastro de 136 profissionais, dos 139 cadastrados no CNES, sendo que os outros 3 estão cadastrados no município de Guajará- Mirim, os demais municípios não dispõe desse profissional.

No que concerne à parte a suficiência de especialidade médico obstetra a cobertura da região Vale do Jamari está em 25% com cadastro de somente 12 profissionais no CNES. Na região central dentre os 4 municípios são 5 profissionais cadastrados, com uma cobertura de 29,41%. Na região Nova Mamoré a cobertura para essa especialidade está em 64,95, sendo que dos 76 médicos cadastrados na região, 73 estão no município de Porto Velho.

Tabela 46 - Número de aparelhos de ultrassom convencional e doppler em uso na Macrorregião I

Município	Nº de aparelho de Ultrassom convencional			Nº de aparelho de Ultrassom doppler em uso		
	Equipamentos necessários	Cadastrados CNES	Em uso	Equipamentos necessários	Cadastrados CNES	Em uso
Alto Paraíso	01	02	01	0	0	0
Ariquemes	05	04	03	1	0	03
Buritis	02	06	03	0	0	03
Cacaulândia	01	01	01	0	0	01

Campo Novo	01	0	0	0	0	0
Cujubim	01	01	01	0	0	0
Jaru	03	03	02	1	0	02
Machadinho D' oeste	02	02	02	0	0	0
Monte Negro	01	02	02	0	0	0
Theobroma	01	01	01	0	0	0
Rio crespo	0	0	0	0	0	0
Vale do Anari	0	0	0	0	01	01
Candeias do Jamari	01	0	0	0	0	0
Governador Jorge Teixeira	0	02	0	0	0	0
Guajará Mirim	02	01	02	0	0	02
Itapuã D' oeste	01	0	NI	0	0	NI
Nova Mamoré	01	01	01	0	0	0
Porto Velho	26	04*	04	01	02*	02
Vale do Jamari	14	18	13	1	1	07
Madeira Mamoré	31	06	07	1	02	04
Central	04	06	03	1	1	03
MACRO I	49	30	23	3	4	14

NI- Não informado

* Não foram contabilizados os aparelhos da rede Estadual cadastrado em Porto Velho

A análise de suficiência de equipamento de ultrassom convencional obstétrica na Macrorregião I aponta a necessidade de 49 equipamentos no total.

Na Região do Vale do Jamari a estimativa é de 14 equipamentos e dispõe de 18 cadastrados no CNES e de 13 em uso pelos municípios. O município de Buritis possui dois aparelhos no Hospital Regional e um no Hospital Municipal.

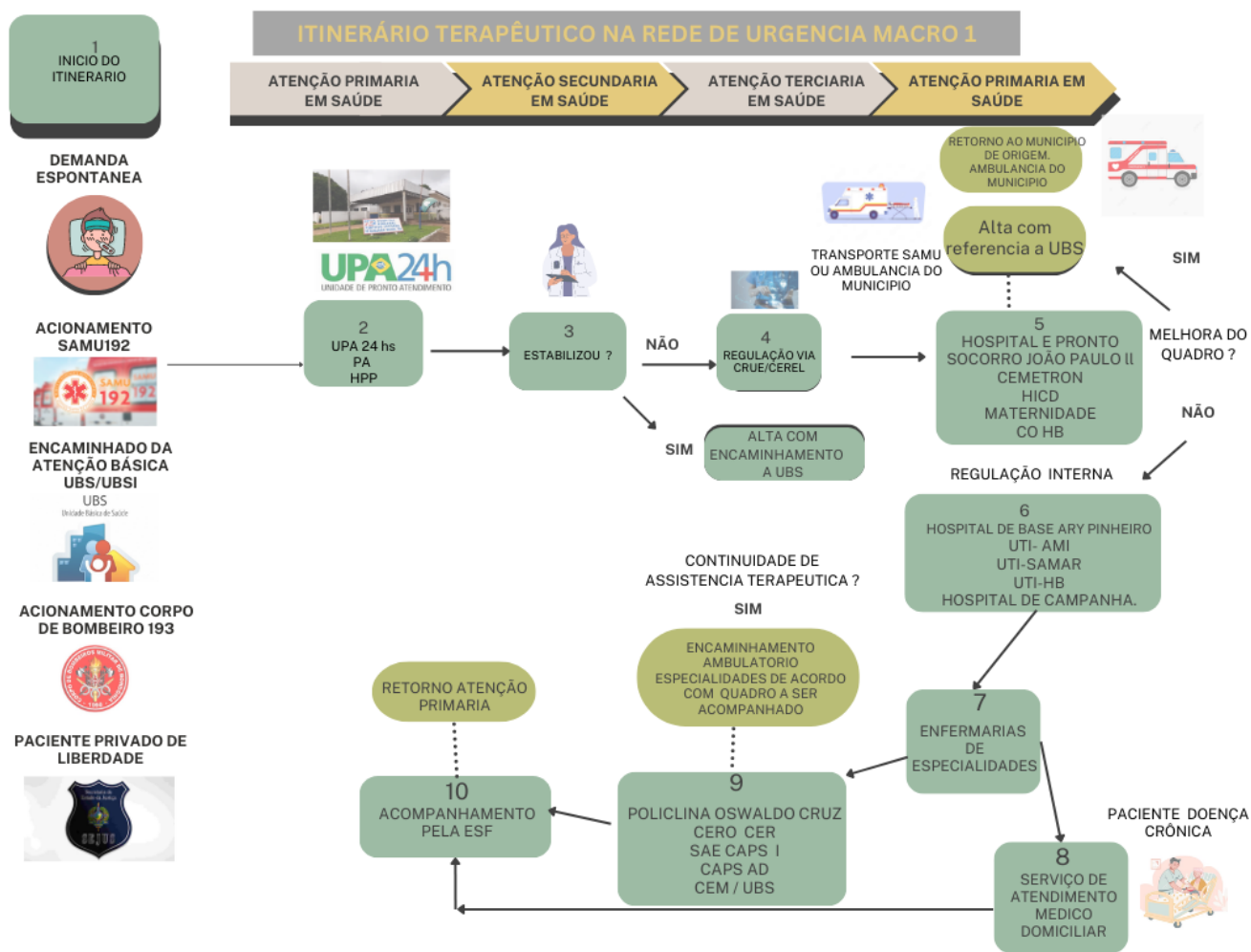
Já na Região Madeira-Mamoré existe 06 equipamentos de gestão municipal cadastrados, quando a necessidade estimada seria de 30 equipamentos de ultrassom convencional. Porto Velho dispõe de 71 equipamentos cadastrados no CNES, no entanto, apenas quatro são geridos pela gestão municipal.

Na região central o número estimado seria 04 equipamentos, consta 6 cadastrados no CNES, mas somente 03 em uso. Só no município de Governador

Jorge Teixeira existe o cadastro de 2 equipamentos, porém, estão com defeito e nenhum em uso no momento.

12 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Figura 49 - Itinerário Terapêutico - Urgência e Emergência



Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2017). Para isso, o acolhimento com classificação do risco, a qualificação profissional, a resolutividade, a informação e a regulação do acesso são requisitos de todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência. Na rede de atenção às urgências possuímos Unidades de Pronto atendimento UPA (24hs), pronto

atendimento - PA Sala de estabilização e Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Hospital Municipal e Hospital de Pequeno Porte - HPP.

1º Porta Aberta: A porta de entrada se dá por demanda espontânea e também através de Atendimento pré-hospitalar do SAMU, em alguns municípios esse serviço é realizado apenas pelo Corpo de Bombeiros, outros ainda sem o atendimento pré-hospitalar móvel, acontece ainda a entrada na rede por encaminhamento da Atenção Primária, e da rede de serviço à justiça a pessoas privadas de liberdade.

Fluxo de Entrada nas Unidades de PA, Hospital Regional, Hospital Municipal e ou HPP, UPAs, Hospital Regional, atuam como retaguarda das unidades de atenção primária à saúde, cujo objetivo principal é acolher a população, prestar um atendimento de qualidade e de forma resolutiva, redirecionar queixas avaliadas como não urgentes à atenção primária e ou ambulatório especializado, garantindo a inserção do usuário no sistema único de saúde, para regular os casos de emergências ou urgências que requerem internação através da central de regulação de leitos do estado a CRUE.

2º Em Período de Estabilização em UPA e ou HPP: Caso o paciente necessite de elucidação maior dos casos clínicos ou tratamentos cirúrgicos, avaliação de especialistas, intervenção intensiva ou outros será encaminhado para atenção terciária após regulação com CRUE/CEREL.

3ª Central de regulação de Urgência e Emergência: A Regulação Médica dos pacientes da Macro 1 é operacionalizada pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e Emergências, é um processo de trabalho por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todas as solicitações que ocorrem à CRUE, bem como o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema. Os hospitais com possibilidades para serem regulados são: Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, CEMETRON, Hospital Infantil Cosme e Damião, Maternidade, Centro Obstétrico - HB. Em algumas cidades da Macro 1, como Ariquemes e Jaru, eles possuem unidades de terapia intensiva, sendo realizado regulação interna, não sendo encaminhado paciente para Porto Velho RO.

4º Na atenção Terciária em Saúde: O hospital porta de entrada das UPAS, PA, HPP, Hospital Municipal, Hospital Regional é o **Hospital Pronto Socorro João Paulo II**. O Hospital de Pronto Socorro João Paulo II foi inaugurado em 1984, com o intuito de atender aos funcionários da Eletronorte, encarregados da construção da usina hidrelétrica de Samuel. Por ser um hospital particular, de uso restrito, dispunha de apenas 50 leitos e equipamentos focados no atendimento de emergência e urgência, sendo então um hospital destinado ao atendimento prioritário dos barrageiros de Samuel, tendo como principal missão o cuidado de fraturas ósseas. Atualmente o Pronto Socorro João Paulo II dispõe de leitos de internação, atende a média e alta complexidade e conta com uma equipe de profissionais de enfermagem especializada, ortopedistas, cirurgiões, clínicos geral, médicos intensivistas, anesthesiologistas, além dos médicos residentes e mais de 15 médicos especialistas que ficam de sobreaviso. A unidade realiza em média, mais de seis mil atendimentos ao mês. De janeiro a outubro de 2023, já foram realizados 44.743 atendimentos, sendo 7.867 a pacientes vítimas de acidente de trânsito.

5º Serviço Assistencial Multidisciplinar e Domiciliar: Os municípios de Ariquemes e Porto Velho têm o serviço de atendimento domiciliar - Cada equipe de atendimento é composta por médico, enfermeiro, e técnicos de enfermagem. Já a equipe de apoio é formada por assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Os municípios que não dispõe desse serviço atendem os usuários de cuidado domiciliar pelas equipes de saúde da família.

13 IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

Para que se tenha uma rede de urgência e emergência eficiente deve se observar a organização dos pontos de atenção, as RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (PORTER; TEISBERG, 2007), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária.

A Organização dos Pontos de Atenção da RUE a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes pontos de atenção:

Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde- O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o

desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde. A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção do cuidado, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2013).

Nível Primário

- A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

O sistema de apoio a nível de Atenção Primária à Saúde na Macro 1 na RAU, é composta por 72 Unidades Básicas de Saúde localizadas na área urbana, 58 Unidades localizadas em zona rural e 13 Unidades Básicas de Saúde Indígena - UBSI, sendo que apenas 24 Unidades possuem telemedicina.

Nível Secundário

- **Samu 192** – Desempenha papel importante no atendimento primário e secundário em situações de Urgência e Emergência, tendo a Regulação das Urgências como elemento transversal do processo, de forma que o componente móvel mantenha interação com os demais componentes da rede, a fim de proporcionar o encaminhamento adequado aos pacientes após sua estabilização.

Tabela 47 - Pontos de Atenção da Rede de Urgência e Emergência da Macro I

Nível de atenção	Tipo de Estabelecimento	Município	Quantidade
Primária	UBS	Ariquemes	1
Intermediário	UPA	Porto Velho	5
Intermediário	UPA	Ariquemes	1
Intermediário	SAD	Ariquemes	1

Intermediário	SAD	PVH	1
Secundário	SAMU	PVH	7USB 1 USA 1USA 2USB (reserva)
Secundário	SAMU	Ariquemes	4 USB 1USA
Secundário	SAMU	Campo Novo	2 USB
Secundário	SAMU	Machadinho	2 USB
Secundário	SAMU	Cujubim	2USB
Secundário	SAMU	Buritis	2USB
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Ariquemes	2 (1 infantil)
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Porto Velho	3 (infantil, JP, CEMETRON)
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Buritis	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Guajará Mirim	2
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Nova Mamoré	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Machadinho do Oeste	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Cujubim	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	MonteNegro	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Alto Paraíso	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Cacaulândia	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Rio Crespo	1

Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Campo Novo	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Itapuã	1
Terciário	Porta de entrada Hospitalar	Candeias	1

Fonte: SCNES/MS

Tabela 48 - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Macro I

TIPO DE ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO	VEÍCULO/UNIDADE DE SUPORTE
Central de Regulação de Urgências	Ariquemes	04 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB 01 ambulância/unidade de suporte avançado-USA
	Porto Velho	07 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB 01 ambulâncias/unidade de suporte avançado-USA
Base Descentralizada (Central de Regulação de Urgências-Ariquemes)	Campo Novo	02 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB
	Buritis	02 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB
	Machadinho D'Oeste	02 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB
	Cujubim	02 ambulâncias/unidade de suporte básico-USB

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

- **Central de Regulação das Urgências** - Estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção, que cumprem determinados requisitos estabelecidos pelas normativas do Ministério da Saúde,

tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros, tanto para investimento quanto para custeio (BRASIL, 2013).

- **Bases Descentralizadas** - Define-se como uma infraestrutura que garante tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 Estadual, Regional ou sediado no Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das unidades móveis (BRASIL, 2013).

- **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h** – é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a Atenção Básica de Saúde (ABS) e a Atenção Hospitalar e articula-se com a ABS, Samu 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013s).

- **Atenção/Internação Domiciliar** – A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006).

14 COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAU, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO.

Tabela 49 – Pontos de apoio, competências e carteiras de serviços do Sistema de Apoio da Rede de urgência a nível primário na Macrorregião I.

Competências e carteiras de Serviços Nível Primária		
Pontos de apoio	Competências	Carteiras de Serviços

Domicílio	<p>1) Acionar 192; 2) Primeiros atendimentos de assistência sob orientação central do SAMU; 3) Assistência Domiciliar Pós alta;</p>	<p>Não existe carteira específica. Ele identifica a situação e aciona os primeiros socorros</p>
UBS	<p>1) Classificar risco; 2) Primeiro atendimento das urgências; 3) Assistência resolutive para pacientes; 4) Acionar SAMU 192.</p>	<p>1) Manejo básico de vias aéreas; 2) Eletrocardiograma; 3) Desfibrilador externo DEA; 4) Medicação de emergência tipo I (analgésico, anticonvulsivante, glicose, corticoide, antiarrítmico e anti-hipertensivo); 5) Triagem antropométrica com estratificação de risco; 6) solução parenteral (Sg 55, NaCl 0,5%) 7) Assistência Farmacêutica 8) Sistema de Informação para registro do atendimento e encaminhamento; 9) Oferta de O₂.</p>
SAMU	<p>1) Primeiro atendimento 2) Estabilização de vermelhos/laranja e amarelos</p>	<p>Realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;</p> <p>Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências.</p>

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 50 - Pontos de apoio, competências e Carteiras de Serviços Atenção Secundária, na RAU na Macro 1.

Competências e carteiras de Serviços Nível Secundário		
Serviço	Competências	Carteiras de Serviços

<p>HPP</p>	<p>I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para:</p> <p>a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica);</p> <p>b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas;</p> <p>c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes;</p> <p>d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes;</p>	<p>Realiza-se: -Acolhimento; - Estabilização; - Regulação e Encaminhamento a Unidade especializada conforme indicação da regulação realizada pela Central de Urgência e Emergência - CRUE).</p>
<p>Hospital Municipal/ Ariquemes, Jaru, Machadinho D'Oeste, Monte Negro, Nova Mamore, Guajara Mirim</p> <p>Hospital Geral Estadual (Buritis)</p>	<p>1- Serviço de emergência, porta aberta, médico generalista</p> <p>2-Especialidades básicas na internação</p> <p>3- Classificar risco / Primeiro atendimento para todos os graus de urgência</p> <p>4- Assistência resolutiva para o amarelo mediante protocolo</p> <p>5- Assistência resolutiva para verdes e azuis fora do horário de funcionamento das unidades</p> <p>6- Acionar 192</p>	
<p>UPA</p>	<p>1) Possuir equipe multiprofissional para atendimento de média complexidade, sendo o intermédio entre a atenção primária e atenção terciária</p> <p>2) Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;</p> <p>3) Contrarreferência para os demais serviços de atenção integrantes da RUE, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no</p>	<p>*Porto Velho - classificação de risco e acolhimento; estrutura diagnóstica de imagem (RX); suporte avançado de vida (obtenção de vias aéreas avançadas - ventilação mecânica); encaminhamento para alta complexidade via central de regulação de urgência e emergência (CRUE). Obtenção diagnóstica laboratorial;</p>

	quadro de saúde individual e coletivo	
SAMD (Porto Velho Estadual) (CID Ariquemes)	Conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados realizados por equipe multiprofissional. É um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar no domicílio.	Demandas hospitalares de pacientes internados, demanda espontânea de domiciliados que atendam os critérios da portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

A rede de apoio e logística tanto a nível primário como secundária serão descritas de forma única da rede RAU considerando que as unidades de saúde realizam a estabilização inicial, porém, os atendimentos se darão a nível secundário, sejam eles HPP, hospitais municipais ou gerais como exemplo de Buritis e Guajará Mirim, além de encaminhamento para UPA como no caso do município de Ariquemes, Porto Velho.

O diagnóstico laboratorial na rede de apoio logístico a nível primário da Rede RAU é realizado na UPA pelos municípios de Ariquemes e Porto Velho, os demais municípios realizam coleta laboratorial nos HPP e Hospital Municipal.

Em relação ao atendimento de Nível Terciário na RAU destacam-se as seguintes unidades como apoio, com suas competências e carteiras de serviços:

14.1 HOSPITAL ESTADUAL E PRONTO SOCORRO JOÃO PAULO II - HEPSJP II

O HEPSJP II oferece serviços de assistência médica e hospitalar geral e especializada, clínica e cirúrgica, com suporte de equipe multidisciplinar (serviço de psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia), cirurgias de média e alta complexidade, exames diagnósticos e complementares. Internação hospitalar e Unidade de Terapia Intensiva - UTI, inclusive com transporte em ambulância tipo UTI.

Exames laboratoriais e de imagem (radiografia digital, tomografia computadorizada, angiografia, ultrassonografia, eletrocardiograma).

A Unidade de internação é composta por equipes multiprofissionais que realizam o atendimento aos usuários, em diversas especialidades.

São realizadas cirurgias nas seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia buco-maxilo, cirurgia do trauma, cirurgia plástica, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia e urologia.

O perfil assistencial da unidade é o de urgência e emergência, sendo especializado em situações que impliquem em risco iminente de morte, sofrimento intenso, ou ocorrência imprevista, de agravo à saúde com ou sem risco potencial.

14.2 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA MÉDICA INTENSIVA - AMI

Assistência Médica Intensiva - AMI, foi criada em 17 de maio de 2013, é uma instituição anexa ao Hospital e Pronto-Socorro João Paulo - II.

Assistência hospitalar de pacientes com médio e alto índice de gravidade, com necessidade de vigilância intensiva e monitoração das funções vitais com demanda regulada.

Os atendimentos são destinados a pacientes de média e alta complexidade.

14.3 HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO - HBAP

O Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro é uma instituição integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). É um hospital geral de grande porte disponibilizando atendimento de média e alta complexidade, ininterruptamente, durante 24 horas, em regime de plantão, nas diversas especialidades médicas.

São oferecidos atendimentos ambulatoriais especializados com realização de consultas e procedimentos. Internação hospitalar em leitos clínicos, cirúrgicos e de isolamento, Internação hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal. Internação hospitalar em unidade de saúde mental, realização de procedimentos cirúrgicos de alta, média e baixa complexidade, transplante de córnea e renal, serviço de urgência e emergência ginecológica e obstétrica, serviço de diagnóstico por imagem e laboratorial, cartório de registros, Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), serviço de pulsoterapia, serviço de atendimento ao paciente renal crônico, organização de procura de órgãos e tecidos (OPO), capela para fins religiosos, banco de leite humano, lactário, comitê de humanização hospitalar, realização continuada de capacitação dos servidores.

São realizados exames laboratoriais em geral, hematológicos, bioquímicos, imunológicos, coagulação, microbiológicos, parasitológicos, urinálise, marcadores tumorais, dosagem de drogas terapêuticas e perfis alérgenos, autoimunidade, exames sorológicos.

Executam atendimentos ambulatoriais em pediatria, cirurgia plástica, cardiologia, ginecologia, clínica geral (ambulatório do Servidor), centro de referência de doença trofoblástica de Rondônia (Centrogesta), Programa de Atendimento Especializado ao Paciente Obeso (Paepo); Unidade de Assistência de Alta Complexidade Oncológica-Unacon, Ambulatório de Alta Complexidade (AAC), banco de ossos, transplante hepático pré e pós-operatório, Núcleo de Fissurados (Nufis).

Os usuários/pacientes são internados nesta unidade hospitalar através do Núcleo Interno de Regulação- NIR e aos usuários que necessitam da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, a regulação é realizada através do Crue/Cerel. Esses trâmites são realizados diretamente entre as unidades hospitalares.

Os procedimentos cirúrgicos realizados são em endoscopia digestiva, colonoscopia, retossigmoidoscopia, eletrocardiograma, ecocardiograma e broncoscopia, angiografia, ultrassonografias em geral, ultrassonografia vascular, escleroterapia por espuma, espirometria, biópsia de mama, hepática, tireoide, renal, próstata, pulmonares e etc; ambulatórios para realização de procedimentos como paracentese e toracocentese.

Os usuários atendidos são pacientes encaminhados pelo Núcleo Interno de Regulação- NIR e aos usuários que necessitam da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, a regulação é realizada através do Crue/Cerel.

O Hospital de Base Drº Ary Pinheiro - HBAP dispõe dos seguintes números de leitos:

Tabela 51 - Descrição da linha de cuidado e número de leitos Hospital de Base

Descrição da linha de cuidado	Número de leitos
Leitos de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru	06
Leitos unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	35
Leitos de UTI Neonatal Tipo II	26
Leitos de UTI Pediátrica	09
Leitos de Pediatria Cirúrgica	05
Leitos de Pediatria Clínica	10
11 leitos de Obstetrícia Cirúrgica	11

14.4 HOSPITAL INFANTIL COSME E DAMIÃO - HICD

O HICD constitui-se no único hospital pediátrico no Estado. Atua como hospital de média e alta complexidade, atendendo aos 52 municípios do estado de Rondônia e áreas fronteiriças. Oferece serviços médicos hospitalares nas diversas especialidades, abrangendo desde o diagnóstico à terapêutica, através de procedimentos de assistência ao tratamento clínico e cirúrgico.

O Hospital Infantil Cosme e Damião é um hospital de referência no atendimento a pacientes pediátricos. Dispõe de serviços de atendimento ambulatorial para egressos, cirurgias eletivas e de emergência, clínica cirúrgica (ortopedia, cardiologia, neurologia, e cirurgia geral), clínica médica (doenças respiratórias, doenças diversas, observação, neonatologia, isolamento), emergência, CIP, UTI, hemodiálise, laboratório de análises clínicas, serviço de radiologia, serviço de psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Avaliação prévia de oncologia com emissão de pareceres e encaminhamentos de pacientes para tratamento em hospital de referência.

São realizados exames laboratoriais em geral, exames de imagem e broncoscopias.

Os atendimentos ambulatoriais iniciam com a triagem com avaliação da enfermagem dos sinais vitais com a utilização de classificação de risco. Após triagem o paciente é encaminhado ao ambulatório, podendo posteriormente à observação (sala de decisão médica).

A Unidade de internação é composta por equipe multiprofissional que realiza atendimentos aos pacientes pediátricos e seus acompanhantes.

São realizadas pequenas cirurgias e cirurgias de média e alta complexidade que são realizadas nas dependências do centro cirúrgico do hospital de Base Ary Pinheiro.

O público atendido são crianças de 0 a 12 anos de idade. Possuem 143 leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

14.5 CENTRO DE MEDICINA TROPICAL DE RONDÔNIA - CEMETRON

O Centro de Medicina Tropical de Rondônia é uma instituição integrante do sistema único de saúde (SUS), e da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Rondônia – RUE.

O Cemetron é referência no atendimento às doenças infectocontagiosas e tropicais, tais como: tuberculose, HIV/Aids, blastomicoses, leishmanioses, malária, leptospirose, dengue, acidentes por animais peçonhentos, dengue e outras patologias relacionadas à saúde pública, como na atualidade, atendendo também aos casos graves de Covid-19. Dispõe de assistência médica, laboratório de análises clínicas, serviço de psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapeutas, internação hospitalar e unidade de terapia intensiva, inclusive com transporte em ambulância tipo UTI.

São realizados exames laboratoriais em geral, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites b e c, teste rápido para tuberculose, testes rápidos para covid, pesquisa para leishmaniose, derivado proteico tuberculínico (PPD), biópsias, radiografias, ultrassonografia, eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico.

Os atendimentos ambulatoriais conferem as seguintes especialidades: infectologia, dermatologia, cardiologia, pneumologia e microcirurgias/biópsias, com ênfase em doenças infecciosas.

Realizam pequenas cirurgias como biópsias de pele e linfonodo, outros procedimentos como: paracentese, totacocentese, punção lombar, traqueostomia e aspirado de medula óssea.

O perfil assistencial da unidade é o atendimento aos casos de doenças infectocontagiosas

14.6 UTI ADULTO: ATENDIMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

As Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Macrorregião I, possuem as seguintes cartas de serviço: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência clínica vascular e cardiovascular; assistência clínica neurológica; assistência clínica ortopédica; assistência clínica urológica; assistência clínica; assistência clínica hematológica; assistência clínica hemoterápica; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; serviço de radiografia móvel; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; serviço de fibrobroncoscopia; serviço de

diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica e serviço de eletroencefalografia.

A Nível Terciário, a Macrorregião I possui Unidades de Terapia Intensiva, dispostas nas seguintes instituições:

Tabela 52- Quantidade de leitos por hospital na Macrorregião I

INSTITUIÇÃO	CNES	QUANTIDADE DE LEITOS
Hospital de Base Ary Pinheiro	4001303	13
Hospital João Paulo II/ Assistência Médica Intensiva-AMI	2493888	45
Hospital Municipal Sandoval de Araújo Dantas	2808609	10
CEMETRON	2493853	22

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 53- Instituição com leitos de UTI adulto contratualizados com o Estado

INSTITUIÇÃO	CNES	LEITOS Existentes	Leitos SUS
Hospital SAMAR PVH	2515369	70	30
Hospital São Francisco SF Serviços Médicos Intensivos (Ariquemes)	9502432	10	0
Hospital Regional Ariquemes	2494299	20	20
Hospital Master Plástica Monte Sinai (Ariquemes)	0145378	10	7
Hospital do Amor da Amazonia (Porto Velho)	7068336	20	20
Total	-	130	77

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Os municípios de Ariquemes e Jaru possuem leitos de UTI que foram criados na pandemia pela Covid-19 e posteriormente habilitados como leitos de UTI gerais e hoje podem dar suporte de cuidados intensivos aos seus munícipes, totalizando 130

leitos existentes sendo 77 leitos SUS de Unidade de Terapia Intensiva Adulto na Macrorregião I.

A Nível Terciário, a Macrorregião I possui Unidades de Terapia Intensiva PED/NEO, dispostas nas seguintes instituições:

Indicadores - Leitos				
Estado - Todos				
Tipo Leito - Complementar - UTI PEDIATRICA - TIPO I				
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
7808488	UNIDADE MATERNO INFANTIL HCR	JI-PARANA	10	0
6205224	HOSPITAL UNIMED	PORTO VELHO	2	0
			12	0
Total de Estabelecimentos				2

Indicadores - Leitos				
Estado - Todos				
Tipo Leito - Complementar - UTI PEDIATRICA - TIPO II				
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2515598	CLINICAS MASTERPLASTICA MONTE SINAI	ARIQUEMES	5	0
6599877	HOSPITAL REGIONAL DE CACOAL HRC	CACOAL	9	9
7068336	HOSPITAL DE AMOR AMAZONIA	PORTO VELHO	4	0
4001303	HOSPITAL DE BASE PORTO VELHO	PORTO VELHO	9	9
2493896	HOSPITAL INFANTIL COSME E DAMIAO PORTO VELHO	PORTO VELHO	9	0
2515369	HOSPITAL SAMAR	PORTO VELHO	16	0
			52	18
Total de Estabelecimentos				6

Indicadores - Leitos				
Estado - Todos				
Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO I				
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
6205224	HOSPITAL UNIMED	PORTO VELHO	6	0
			6	0
Total de Estabelecimentos				1

Indicadores - Leitos				
Estado - Todos				
Tipo Leito - Complementar - UTI NEONATAL - TIPO II				
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2515598	CLINICAS MASTERPLASTICA MONTE SINAI	ARIQUEMES	8	0
2820293	HOSPITAL SAMAR JIPA	JI-PARANA	12	0
7808488	UNIDADE MATERNO INFANTIL HCR	JI-PARANA	8	0
2516276	HOSPITAL SAO LUCAS DE OURO PRETO	OURO PRETO DO OESTE	18	0
4001303	HOSPITAL DE BASE PORTO VELHO	PORTO VELHO	26	26
2515369	HOSPITAL SAMAR	PORTO VELHO	20	5
			92	31
Total de Estabelecimentos				6

15 REDE DE APOIO E LOGÍSTICA TERCIÁRIA DA RAU NA MACRORREGIÃO I

A rede de apoio para diagnóstico laboratorial estadual para a Macrorregião I compreende as instituições descritas abaixo.

15.1 LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE RONDÔNIA - LACEN/RO

O Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Rondônia – Lacen/RO é uma unidade técnica da Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia, que atua como Laboratório de Referência Estadual, coordenando tecnicamente mais de 200 (duzentos) entre públicos, privados, privados conveniados e filantrópicos, exclusivamente no âmbito da vigilância epidemiológica. É integrante da Rede Brasileira de Laboratórios de Saúde Pública – Reblas/MS.

Os serviços ofertados são de complementação diagnóstica e avaliação de patologias de interesse epidemiológico, descentralizando diagnósticos das sub-redes, através de capacitação e monitoramento dos serviços, contribuindo com a promoção das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e coordenando, supervisionando e capacitando os profissionais das unidades laboratoriais públicas da rede estadual. Recebimento de demandas através das unidades de saúde, incluindo as de importância de saúde pública oriundas de todo o Estado de Rondônia, são devidamente identificadas, e registradas no sistema Gal (sistema de Gerenciamento Laboratorial, participação em investigações de surtos e emergências em saúde. Promove capacitação de recursos humanos no diagnóstico laboratorial de saúde pública, visita técnica e supervisão aos laboratórios públicos, privados e conveniados, encaminhamento de amostras aos laboratórios de referência, controlar a qualidade das análises na rede de laboratórios.

A nível ambulatorial realiza exames imunológicos, sorológicos, hormonais e marcadores tumorais, controle de qualidade analítico, biologia molecular, microbiológicos e físico-químico de águas e alimentos, diagnóstico e complementação de diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública, análise ambiental e toxicológicas em saúde, análises de produtos de interesse de vigilância sanitária, análises de monitoramento em unidades de saúde.

Dentre os exames realizados estão os imunológicos, sorológicos, hormonais e marcadores tumorais, controle de qualidade analítico, biologia molecular,

microbiológicos e físico - químico de águas e alimentos, diagnóstico e complementação de diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública, análises ambiental e toxicológicas em saúde, análises de produtos de interesse de vigilância sanitária, análises de monitoramento em unidades de saúde, análises entomológicas de vetores.

15.2 LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E ANÁLISES CLÍNICAS DO ESTADO DE RONDÔNIA - LEPAC/RO

O Laboratório de Patologia e Análises Clínicas do Estado de Rondônia – LEPAC/RO, é uma instituição pública estadual, com única e exclusiva finalidade de dar o apoio diagnóstico laboratorial de média e alta complexidade às unidades hospitalares do estado de Rondônia. É um laboratório de grande porte, possuindo equipamentos de altíssima tecnologia para a realização dos mais diversos tipos de análises laboratoriais, além de contar com uma equipe totalmente especializada na realização dos mesmos.

O atendimento ambulatorial do LEPAC/RO, somente é realizado aos usuários consultados nos ambulatórios da Policlínica Oswaldo Cruz – POC, com consultas já pré-programadas na unidade.

Os exames complementares realizados são exames laboratoriais hematologia e hemostasia, urinálise, bioquímica, imunologia, hormônios e alergologia, imunossupressores, marcadores tumorais, drogas terapêuticas e drogas de abuso, autoimunidade.

15.3 LABORATÓRIO DE FRONTEIRA DO ESTADO DE RONDÔNIA - LAFRON/RO

O Laboratório de Fronteira do Estado de Rondônia – LAFRON/RO é uma extensão do LACEN/RO atuando como Laboratório de Referência Estadual em região de fronteira. O LAFRON/RO, figura como peça importante ao apoio ao diagnóstico junto às Vigilâncias Epidemiológicas, ambiental e sanitária de toda a área fronteira do estado de Rondônia, apoio diagnóstico às emergências de saúde pública de importância regional do estado, cooperação com os municípios e áreas fronteiriças.

Os serviços oferecidos são Indiretamente, através das unidades hospitalares e unidades básicas de saúde do município de Guajará-Mirim e adjacências, onde os pacientes realizam as coletas de exames nas unidades de saúde de seu município.

Realizam exames laboratoriais em geral, hematológicos, bioquímicos, imunológicos e biologia médica humana.

O LAFRON/RO não realiza atendimento direto ao paciente/usuário, recebe as amostras através das unidades de saúde oriundas do município de Guajará- Mirim e adjacências que encaminham suas demandas para serem realizadas.

Os exames complementares realizados são: imunológicos, sorológicos, hormonais e marcadores tumorais, controle de qualidade analítico, microbiológicos de águas, capacitação de recursos humanos no diagnóstico laboratorial de saúde pública, Encaminhamento de amostras ao Laboratório de Referência (LACEN/RO).

16 APOIO LOGÍSTICO FARMACÊUTICO

16.1 CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF II

Possui como principais atribuições: licitação, gerenciamento de compras, estocagem, conservação e distribuição de produtos médicos e outros insumos hospitalares médicos, destinados ao funcionamento da Secretaria de Estado da Saúde/Sesau. Possui total dedicação para solucionar os recorrentes problemas de logística, de adequação quanto ao controle de materiais, estoque, separação e distribuição. Tudo com a finalidade de garantir um correto atendimento das necessidades das unidades hospitalares e laboratoriais, bem como atender as determinações dos órgãos de controle do estado. Acompanha, monitora e atesta as notas fiscais dos produtos e/ou serviços de segurança predial e patrimonial. Recebimento de insumos hospitalares: É realizada conferência minuciosa dos medicamentos, e de suas notas fiscais, observando as informações contidas nas embalagens dos produtos, bem como seu documento de solicitação. O recebimento deve seguir a rotina descrita no manual de farmácia.

Organização dos medicamentos em espaço pré-estabelecido, a fim de obter segurança e rapidez na retirada, Segurança: Proteção do medicamento armazenado, em especial contra danos físicos, furtos e roubos.

Mantém a estabilidade dos insumos hospitalares a fim de preservar as características físico-químicas.

Registro de entrada, saída e estocagem dos insumos hospitalares, com elaboração de relatórios gerenciais.

Os insumos hospitalares devem ser entregues às unidades hospitalares com a garantia de condições adequadas de acordo com a necessidade de cada item armazenado através de requisições das unidades assistenciais e de dispensação promovendo a separação, distribuição e registro de saídas.

Público atendido: Unidades hospitalares do Estado de Rondônia.

16.2 COORDENADORIA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF

A CGAF é um órgão ambulatorial e administrativo público estadual integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), subordinado à Secretaria de Estado da Saúde (Sesau/RO). Dentro da Cgaf está presente o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - Ceaf, que realiza o atendimento ambulatorial de pacientes que necessitam de medicamentos de uso contínuo que são estabelecidos pela Portaria 1554/2013 do Ministério da Saúde (MS) e a Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF - I, que administra e centraliza a aquisição de medicamentos a todas as instituições que fazem parte da Sesau/RO.

Oferecem os serviços de planejamento e aquisições de medicamentos às unidades de saúde de responsabilidade do Estado de Rondônia. Planejamento e aquisições de medicamentos do CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Grupo 1B e 2), portaria nº 1.554/2013 do Ministério da Saúde, junto ao CEAF. Atendimento Ambulatorial de pacientes cadastrados junto ao CEAF. Gerência a Assistência Farmacêutica Estadual. Interface com as Políticas Públicas relacionadas à Assistência Farmacêutica Estadual. Manifestações a Órgãos Públicos Fiscalizadores e de controle. Todas as atividades da CAF I, que são diretamente subordinadas à CGAF. Todas as atividades da CEAF, que são diretamente subordinadas à CGAF.

Dispõe da Farmácia Especializada, que é um o serviço de atendimento presencial realizado em Porto Velho. Assim que chega ao atendimento, o paciente representante e/ou responsável previamente cadastrado se dirige ao guichê de senhas onde retira sua senha correspondente ao atendimento ao qual estará agendado (dispensação ou renovação) e será atendido por um farmacêutico.

Para cada protocolo possui sua especificidade, devendo o usuário proponente apresentar-se à Farmácia Especializada do Estado para obtenção da informação específica para o tratamento pretendido. Para o CAF I, as solicitações das unidades de saúde de responsabilidade do Estado, são enviadas por e-mail.

O público atendido corresponde aos usuários do SUS do Estado de Rondônia cadastrados no CEAF. Unidades de saúde de responsabilidade do Estado de Rondônia.

17 APOIO LOGÍSTICO POR IMAGEM

17.1 CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO ESTADO DE RONDÔNIA - CDI

Tem finalidade de apoio diagnóstico laboratorial de média e alta complexidade as unidades hospitalares do estado de Rondônia, realizando os diagnósticos e exames de imagem e ofertar aos profissionais médicos e seus pacientes atendimento personalizado, mesclando a mais avançada tecnologia em diagnóstico e imagem, a experiência dos profissionais e a humanização no atendimento, assegurando aos usuários diagnósticos rápidos e precisos.

São ofertados exames de ressonância magnética, tomografia, mamografia, ultrassonografia, radiografia, endoscopia, broncoscopia.

O público atendido são os usuários do Sistema Único de Saúde/SUS/MS, agendados pelo SISREG.

18 APOIO LOGÍSTICO-REGULAÇÃO NÍVEL TERCIÁRIO

18.1 GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DO ESTADO - GERREG

A Gerência de Regulação do Estado está integrada à Rede de Urgência e Emergência do Estado de Rondônia - RUE, subordinada à Secretaria de Estado de Saúde. Atualmente, organiza-se em três centrais de regulação assistenciais as quais são: Central de Regulação de Urgência e Emergência - Crue (dividido em três núcleos, são eles: clínico/cirúrgico; UTI pediatria/neonatologia e ginecologia e obstetrícia), Central de Regulação de Leitos - Cerel, Regulação Ambulatorial e de Exames - Cerae.

A CRUE é responsável pelos encaminhamentos (acessos) dos pacientes de urgência e emergência das unidades de saúde da baixa complexidade dos 52 (cinquenta e dois) municípios para as unidades de saúde da alta complexidade do nosso estado de Rondônia, objetivando assistir ao cidadão de forma integralizada em suas necessidades de saúde, como também é responsável pelo transporte aeromédico de pacientes críticos.

A CEREL é responsável pelo monitoramento e regulação dos leitos de gestão estadual.

A CERAE é responsável pela regulação dos usuários dos 52 (cinquenta e dois) municípios do estado de Rondônia para consultas com médicos especialistas e exames da média e alta complexidade da rede estadual.

A Gerreg atua como ponte entre unidade solicitante e unidade executante no que tange às chaves de autorização dos atendimentos ambulatoriais através do Sistema Nacional de Regulação - Sisreg.

O público atendido são todos os usuários do Sistema Único de Saúde do estado de Rondônia que necessitem dos serviços da Média e Alta Complexidade.

18.2 APOIO LOGÍSTICO- PRONTUÁRIO CLÍNICO

A Rede de Atenção à Saúde Estadual não dispõe de prontuário clínico do paciente unificado, impossibilitando assim uma assistência integrada.

18.3 APOIO LOGÍSTICO- CARTÃO DE INFORMAÇÃO

Todos os municípios da Macrorregião I utilizam o sistema CadWeb, assim, o Cartão Nacional de Saúde é o documento de identificação do usuário no sistema de saúde.

19 PARÂMETROS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de atenção às urgências de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico da Região e de morbimortalidade. A tabela abaixo traz informações sobre o quantitativo de internações hospitalares dos municípios da Macro I entre os anos de 2018 a 2022, considerando a Lista de Morbidades CID-10.

Tabela 54 - Internações por Ano processamento na Macro I segundo Capítulo CID-10, entre os períodos 2018 a 2022.

Capítulo CID-10	2018	2019	2020	2021	2022	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5572	6339	7982	12084	7558	39535
II. Neoplasias (tumores)	3025	3802	4025	4738	5134	20724

III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	578	593	556	580	686	2993
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	843	886	1002	1186	943	4860
V. Transtornos mentais e comportamentais	1182	897	1092	1091	1135	5397
VI. Doenças do sistema nervoso	862	969	1105	1237	1132	5305
VII. Doenças do olho e anexos	1033	1135	257	91	160	2676
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	87	131	60	51	78	407
IX. Doenças do aparelho circulatório	2952	3343	3783	4106	4238	18422
X. Doenças do aparelho respiratório	5450	5784	3324	3593	6400	24551
XI. Doenças do aparelho digestivo	4537	4580	3710	4306	5456	22589
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1722	1843	1347	1296	1075	7283
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	947	870	591	603	537	3548
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4513	5249	4115	4260	4699	22836
XV. Gravidez, parto e puerpério	15084	14565	13643	13112	13019	69423
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2029	2247	1894	1677	1573	9420
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	650	784	515	400	552	2901
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1155	1104	844	1437	1212	5752
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	8294	9142	9522	11177	8733	46868
XXI. Contatos com serviços de saúde	2293	1497	928	966	1734	7418
Total	62808	65760	60295	67991	66054	322908

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A principal causa de internações na Macrorregião I entre os períodos de 2018 a 2022 foram os atendimentos relacionados a gravidez, parto puerpério, seguido dos atendimentos por lesões de envenenamento e outras causas externas e em terceiro lugar os atendimentos em decorrência de algumas doenças infecciosas e parasitárias, no qual está inserido a Covid-19. Observou-se que foram também expressivos os números de atendimentos relacionados às doenças do aparelho respiratório, digestivo e circulatório.

O número de óbito é um parâmetro importante para avaliar quais os agravos com maior perfil de mortalidade entre a população. A tabela abaixo traz informações sobre a mortalidade na Macro I, segundo a Causa do CID-10.

Tabela 55 - Ocorrência de óbito por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10, no período: 2017-2021

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	405	396	342	2249	5256	8648
II. Neoplasias (tumores)	1260	1323	1471	1387	1472	6913
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	44	41	38	43	50	216
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	549	492	574	664	713	2992
V. Transtornos mentais e comportamentais	60	44	59	61	71	295
VI. Doenças do sistema nervoso	191	193	205	231	206	1026
VII. Doenças do olho e anexos	3	1	1	-	-	5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	2	2	2	8
IX. Doenças do aparelho circulatório	1978	2088	1981	2044	2233	10324
X. Doenças do aparelho respiratório	854	881	909	708	778	4130
XI. Doenças do aparelho digestivo	353	329	354	363	356	1755
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	10	17	17	14	72
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	19	21	26	21	42	129
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	245	266	260	266	306	1343
XV. Gravidez parto e puerpério	24	13	14	18	46	115
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	163	166	169	197	170	865
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	108	109	82	88	75	462
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	470	510	519	618	712	2829
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1460	1267	1276	1358	1446	6807
Total	8201	8151	8299	10335	13948	48934

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Dentre as principais causas de óbitos na Macrorregião I no período de 2017 a 2021 destaca-se em primeiro lugar as Doenças do Aparelho Circulatório com 10.324 óbitos no período avaliado em uma progressão ascendente de óbitos. As Doenças infectocontagiosas e parasitárias ocuparam o segundo lugar de óbitos no período avaliado em decorrência da COVID-19 ter sido inserida dentro dessa categoria de CID-10, com incremento de óbitos especialmente nos anos de 2020 e 2021. As neoplasias ocupam o terceiro lugar e o quarto as causas externas de morbidade e mortalidade.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, evidencia –se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados à alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e o Acidente Vascular Cerebral – AVC, além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito. Desta forma, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2021) .

20 ANÁLISE DA SUFICIÊNCIA QUANTI E QUALITATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A RAU como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A RAU tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.



Fonte: SAS/MS, 2011.

As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégias para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap);
- Articulação entre os seus componentes.

Para avaliação da suficiência da RAU na Macro I não foram estabelecidos parâmetros quantitativos. A análise se deu de forma qualitativa através da sinalização dos pontos da rede e verificação se existe ou cumpre as competências estabelecidas nas Portarias.

Tabela 56 - Análise da suficiência da atenção primária no contexto geral em relação ao atendimento em urgências.

ANÁLISE DA SUFICIÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAU		
PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE E CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
Atenção Primária	<p>Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Neste sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde: Ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado.</p>	<p>As unidades básicas de saúde da Macro I estão passando pelo processo de Planificação. Neste sentido a classificação de risco é realizada na triagem. Situações de emergência são acionadas pelo SAMU para os municípios que dispõem desse serviço. O que não tem é feito através dos bombeiros.</p> <p>Ser base: na macro I a atenção primária tem uma cobertura de 75,57%. Como base deve ser responsável pelo maior número de atividades preventivas com abrangência a um maior número de pessoas para poder prevenir agravos. No que tange a prevenção das urgências deve realizar todos os exames preventivos para rastreamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Disponibilizar de todos exames laboratoriais e medicações necessárias para prevenção e agudização de doenças crônicas. Pelo perfil de mortalidade da Macro expresso no quadro, observa-se que as doenças infecciosas e parasitárias, como circulatória e causas externas são responsáveis pelo maior número de adoecimento da população o que pode indicar a necessidade de maior fortalecimento dessa rede que é a ordenadora do cuidado básico à população.</p> <p>Ser resolutiva: esse é um fator de grande desafio na atenção primária, considerando que nos municípios que têm UPA o número de pacientes triados como amarelo representam um grande percentual. Demandas de internações na rede MAC são muitas vezes relacionadas a baixa resolutividade da atenção primária. Para ser resolutivo é necessário dispor de equipe suficiente e capacitada, além recursos como diagnóstico, medicações e suporte necessários para os agravos atendidos.</p> <p>Ser coordenador do cuidado- deve acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS a fim de se ter uma gestão compartilhada do cuidado. Identificar o usuário que pertence e que necessita de atenção especializada e dar acesso assim como acompanhar o seguimento. As UBS estão qualificadas para atender IAM, AVC e trauma?</p> <p>Ordenar as redes: a Atenção Básica está conseguindo reconhecer as necessidades de sua população? As necessidades da população tem que ser o ponto focal para a programação dos serviços de saúde. No que se refere ao processo de trabalho das equipes com foco na urgência/emergência, os</p>

		<p>profissionais devem realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidades, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.</p> <p>O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e estabelece o novo modelo de financiamento. Tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que</p> <p>Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre Dois indicadores estão diretamente ligados à prevenção de Linha de cuidado IAM e AVC que são:</p> <p>Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre: No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a hipertensão arterial atinge 23,9% dos indivíduos entrevistados. Além de ser uma condição comumente assintomática, a hipertensão arterial evolui com alterações importantes em órgãos-alvo, como cérebro, coração e vasos. Somado a isso, o aumento da pressão arterial é o principal fator modificável que apresenta associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura, ocasionando grande impacto nos custos de saúde e socioeconômicos do país (Brasil, 2022). Na região Norte esse indicador no ano de 2022 alcançou o percentual de 23% (SISAB)</p> <p>Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre: No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, o diabetes (DM) atinge 7,7% dos indivíduos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (8,4%) do que entre os homens (6,9%). A frequência tende a ser maior com o aumento da idade, com 19,9% entre pessoas com 60 a 74 anos e 21,1% entre as pessoas com 75 anos ou mais. Uma das medidas mais efetivas para redução da morbimortalidade em pessoas com diabetes consiste na redução e controle dos níveis glicêmicos e a Atenção Primária à Saúde (APS) é um ponto de atenção à saúde eficaz e oportuno para realização dessas medidas. Entretanto, a proporção de diagnóstico encontra-se distante do esperado e o acompanhamento das pessoas com essa comorbidade apresenta cenário preocupante (Brasil, 2022). Em 2022 esse indicador na região Norte alcançou a média de 19,33% (SISAB).</p>
--	--	--

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 57 - Análise da atenção às urgências segundo classificação de risco

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE E CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
PRIMÁRIA	Unidades básicas Financiamento Previne Brasil	Atendimento para verde e azul 1º atendimento para vermelho e amarelo Chamar SAMU Classificação – Caderno 28	As unidades básicas de saúde estão passando pelo processo de Planificação. Neste sentido a classificação de risco é realizada na triagem. Situações de emergência são acionadas pelo SAMU para os municípios que dispõem desse serviço. O que não tem é feito através dos bombeiros.
SECUNDÁRIA	UPA	1º atendimento para vermelho- Atendimento para laranja e amarelo- Acolhimento para verde e azul com encaminhamento para UBS- Classificação Manchester	<p>Parâmetro: Número de municípios que possuem UPA Utilização do Protocolo de Manchester pela UPA Os municípios de Ariquemes e Porto Velho dispõem de UPA. É realizada classificação de risco conforme o protocolo. Verifica-se como problemática o alto número de pacientes verdes e azuis que poderiam ser atendidos nas UBS e que geram fluxo para as UPAS.</p> <p>Somente os municípios de Ariquemes e Porto Velho dispõem de UPA. É realizada classificação de risco conforme o protocolo. Verifica-se como problemática alto número de pacientes verdes e azuis que poderiam ser atendidos nas UBS e que geram fluxo para as UPAS</p>

	Hospital de Pequeno Porte	1º atendimento para vermelho e laranja- Atendimento para amarelo e verde- Acolhimento para azul e encaminhamento de acordo com pactuado- Atendimento referenciado conforme protocolo	<p>Todos os Hospitais de Pequeno Porte tem estrutura adequada e recursos humanos suficientes e qualificados para o atendimento das urgências e emergências?</p> <p>11 municípios da Macro tem Hospital de Pequeno Porte. O primeiro atendimento ocorre nesses hospitais, com estabilização. Encaminhamento regulado via CRUE das demandas não resolutivas.</p> <p>Observa-se que falta estrutura básica como ultrassom, qualificação profissional para melhor qualificação do atendimento. Alta rotatividade profissional que compromete a execução da rotina e protocolos assistenciais.</p>
	SAMU	1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo	<p>Número de municípios que dispõe de atendimento do SAMU</p> <p>6 municípios tem SAMU e prestam serviço para os atendimentos vermelho, laranja e amarelo.</p>

TERCIÁRIA	João Paulo II Hospital de Base Hospital Cemetron Hospital Cosme e Damião	Até Atendimento para vermelho, laranja e amarelo. · Acolhimento para verde e azul, encaminhamento pactuado.	Número de Hospitais para atendimento de emergência a nível terciário são suficientes conforme Portaria RUE? Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou trauma-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular e ou pediatria. Na Macro I a referência para neurocirurgia, cardiovascular é o Hospital de Base; Para atendimento de trauma-ortopedia o Hospital João Paulo II; Para atendimento de pediatria o Hospital Cosme Damião; Para atendimento de Doenças infecciosas o Cemetron; O número de unidades é insuficiente para atender toda demanda. Sendo necessária a implantação de um Hospital na Macro I para atender os municípios mais próximos do Vale do Jamari.
-----------	---	---	--

Tabela 58 - competência dos pontos de atenção no atendimento ao iam

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE E CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
PRIMÁRIA	UNIDADES BÁSICAS	O2 AAS, Nitrato; Chamar SAMU	As UBS estão estruturadas para atendimento inicial de IAM com oferta de O2, AAS e Nitrato? O2 temos a bala mas sem os dispositivos necessários para utilização AAS- tem disponível Nitrato- não temos

SECUNDÁRIA	UPA	Avaliação diagnóstica (ECG); O2 AAS, Nitrato; Chamar SAMU.	Existem insumos necessários para o atendimento do IAM
	SAMU	Regulação primária de urgência; Regulação secundária de urgência; Transporte qualificado de alta complexidade; Primeiro atendimento em via pública.	Sim. Cumpre essas prerrogativas
TERCIÁRIA	Hospital Josão Paulo II	Trombolítico;	A unidade terciária consegue prestar atendimento oportuno para os pacientes IAM? Existe um protocolo de dor torácica pactuado em CIB desde 2016, aplicado na unidade.
	Hospital de Base Ary Pinheiro	IAM angioplastia em tempo preconizado; Assistência em leitos de UTI (Cardiovascular, Geral, Unidade de Dor Torácica).	É realizado, no entanto, p há necessidade de complementação do serviço com a contratualização de procedimentos hemodinâmica

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 59 - Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência para os cidadãos com acidente vascular cerebral na Macrorregião I

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE E CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
------------------	------------------	---------------------------------	---------------------------------

PRIMÁRIA	UNIDADES BÁSICAS	Suspeita diagnóstica; Chamar SAMU.	Todas as Unidades estão habilitadas para o rastreamento de um AVC em paciente agudo que procura atendimento de emergência. Competência insuficiente
SECUNDÁRIA	UPA	Suspeita diagnóstica; Tratamento clínico inicial e solicitar TC e parecer da neurologia; Se AVC na janela para trombolítico; Chamar SAMU.	Existe disponibilidade da realização de Tomografia oportuna nos pacientes suspeitos de AVC? Consegue reconhecer o paciente com suspeito de quadro AVC e solicitar a transferência do mesmo dentro da janela terapêutica de 4 horas e meia. Tomografia em Porto só no H. Joao Paulo para esta situação. Na região Vale do Jamaria é feita em Ariquemes (tomógrafo municipal).
	HOSPITAL DE RETAGUARDA	<ul style="list-style-type: none"> · Cuidado continuado · Reabilitação · Suporte de paciente 	Quantos leitos retaguardas para pacientes pós AVC existe na Macro I
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> · Regulação Primária de urgência · Regulação secundária de urgência · Primeiro atendimento em via pública · Transporte Qualificado de alta complexidade 	O SAMU está qualificado para o primeiro atendimento em via pública de paciente suspeita de AVC?
TERCIÁRIA	HOSPITAL DE BASE	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento do AVE · Assistência em leitos de UTI · Assistência em unidades de AVC. 	Os números de leitos clínicos e de UTI são suficientes para assistência de paciente AVE e AVC?

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 60 - Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência e Emergência para os cidadãos com trauma na Macrorregião I

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE E CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
PRIMÁRIA	UNIDADE BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento ao trauma de muito baixo adensamento tecnológico (contusão, sutura simples) · Chamar SAMU 	As unidades de saúde realizam suturas simples e atendimento para contusões?
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento trauma que requer menor densidade tecnológica (raio x) · Paciente com perfil traumatológico é encaminhado para serviço especializado. · Chamar SAMU, se paciente vítima de trauma grave. 	As UPAs tem serviço de Raio X 24 horas para casos de traumas com menor densidade tecnológica?
	HOSPITAL MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento ao trauma de média complexidade · Cirurgias traumato-ortopédicas de média complexidade 	Os Hospitais Municipais realizam atendimento para traumas de média complexidade?
	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> · Regulação Primária de urgência · Regulação secundária de urgência · Primeiro atendimento em via pública · Transporte Qualificado de alta complexidade 	O SAMU está estruturado para atendimento de trauma de alta complexidade?
TERCIÁRIA	HOSPITAL JOÃO PAULO II	<ul style="list-style-type: none"> · Assistência em leitos de UTI · Atendimento ao trauma de alta complexidade inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades 	O Hospital João Paulo tem leitos suficientes para atender os traumas de alta complexidade?

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 61 - Competência dos pontos de Atenção à Urgência e Emergência para urgências pediátricas na Macrorregião I

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
PRIMÁRIA	UNIDADE BÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> -Atendimento para verde e azul -1º atendimento para vermelho e amarelo - Chamar SAMU - Classificação – Caderno 28 	As UBS atendem situações de emergência pediátrica?
SECUNDÁRIA	UPA	<ul style="list-style-type: none"> -Atendimento geral do eixo infantil. -Necessidade de internação ou avaliação especializada, a criança é encaminhada. 	As UPAS atendem emergência pediátrica, sendo tal consulta realizada por clínico geral.
	HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA DE ARIQUEMES	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado continuado Reabilitação - Suporte de paciente 	A estrutura e equipe do Hospital Municipal é adequada para atendimento das emergências pediátricas?
TERCIÁRIA	HOSPITAL COSME E DAMIÃO	-Atendimento em alta complexidade, subespecialidades e cirurgia pediátrica exceto trauma	O número de serviços ofertados, profissionais e leitos são suficientes para a Macro I?
	HOSPITAL DE BASE	-Assistência em leitos de UTI -Atendimento ao trauma em alta complexidade, inclusive neurocirúrgico, vascular e de especialidades.	Os números de leitos pediátricos Para atendimento de trauma entre eles neurológico e vascular são suficientes na Macrorregião I

Fonte: Grupo Técnico Macrorregional I, 2023.

Tabela 61 - Competência dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgências Psiquiátricas na Macrorregião I

	NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	EXISTE/CUMPRE AS COMPETÊNCIAS
	PRIMÁRIA	UNIDADES BÁSICAS	<p>Azul (Não Aguda)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Escuta qualificada abordando a história, vulnerabilidade e quadro clínico da queixa do usuário/família e encaminhamentos utilizando os recursos comunitários, do NASF e da própria Unidade) Verde (Aguda ou Crônica Agudizada) <ul style="list-style-type: none"> · Situação a ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação do risco biopsicossocial e encaminhamentos (plano de cuidado) utilizando os recursos comunitários, Centro de Convivência, NASF e da própria Unidade) Amarelo (Aguda ou Crônica Agudizada) <ul style="list-style-type: none"> · Atendimento prioritário, no mesmo turno, acolhimento pela equipe de enfermagem e utilização de protocolos. · Formulação de plano de cuidado utilizando recursos comunitários, NASF e CAPS, caso necessário. · Agendar retorno breve para acompanhamento do caso. Vermelho (Aguda ou Crônica Agudizada) <ul style="list-style-type: none"> · Atendimento imediato. · Acolhimento e estabilização de pacientes com sofrimento mental agudo. · Acionar o SAMU. 	As Unidades Básicas de Saúde estão qualificadas para o acolhimento e estabilização de pacientes com sofrimento mental agudo?

	SECUNDÁRIA	CAPS	<p>Acompanhamento longitudinal de usuários com transtornos mentais graves e persistentes e uso problemático de álcool e outras drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento e estabilização de crises (utilização de protocolos) Leitos de desintoxicação <p>Encaminhamento para UPA, Leitos SOPAI, Leitos psicossociais, Leitos de desintoxicação, Hospitais Gerais, de casos específicos.</p>	Os CAPS estão estruturados para atender os pacientes com transtorno mental e persistente em uso de álcool e drogas?
		UPA	<p>Acolhimentos de Overdose ou Envenenamento</p> <ul style="list-style-type: none"> Acolhimento e estabilização de Crises Psicóticas/Quadros Agudos (alteração do nível de consciência, agitação psicomotora, confusão mental, agressividade) e encaminhamentos necessários (utilização de protocolos): UAPS, CAPS, leitos psicossociais, Hospitais Gerais) 	A UPA está estruturada e qualificada para atender crises psicóticas e quadros agudos de alteração do nível de consciência?
		SAMU	<p>Abordagem biopsicossocial e transporte para ponto de atenção adequado às necessidades do usuário (utilização de protocolos)</p> <ul style="list-style-type: none"> Notificar equipe de referência (UAPS) 	O SAMU utiliza os protocolos adequados para atendimento inicial da abordagem biopsicossocial?
	TERCIÁRIA	HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO	<p>Tratamento de pacientes com quadros psiquiátricos agudos ou com episódios de reagudização de quadros crônicos (provisório)</p>	Qual a capacidade instalada de número de leitos psiquiátricos? É suficiente o número de leitos para a demanda encaminhada?

SECRETARIA DE SAÚDE	GESTÃO	<p>O Financiamento do MAC é suficiente para a adequação de estrutura física e manutenção da capacidade instalada dos municípios?</p> <p>Os municípios têm informado a produção ambulatorial de seus procedimentos conforme códigos e procedimentos do SIA?</p>	
---------------------	--------	--	--

Nível de atenção	Ponto de atenção	Parâmetros norteadores	Existe/cumpre as competências
Gestão federal	Financiamento MAC	O financiamento do MAC é suficiente para a adequação de estrutura física e manutenção da capacidade instalada dos municípios?	
Gestão Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	Os municípios têm informado a produção ambulatorial de seus procedimentos conforme códigos e procedimentos do SIA?	Conforme avaliado nas produções do componente RAMI e de disponibilização de equipamento verificou-se inconsistências do número de produções realizadas e equipamentos disponíveis nos municípios o que compromete a justificativa de maior orçamento para o MAC.

Gestão Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	Os municípios possuem profissionais suficientes para atendimento da rede de emergência?	Os municípios da Macro I foram consensuais em informar o número insuficiente de profissionais para atender as demandas. Inclusive municípios regulam pacientes sem equipe composta por médica ou que quando necessário o encaminhamento acaba deixando o HPP descoberto de profissional para realizar o transporte.
Gestão Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	Existe rotatividade de profissionais na rede de urgência e emergência	A rotatividade de profissionais compromete o fechamento das escalas de plantões como também na continuidade da aplicação dos protocolos institucionais e que reflete diretamente na assistência prestada ao usuário, tempo de espera maior para atendimento.
Gestão Municipal	Secretarias Municipais de Saúde	Existe Núcleo de educação permanente para treinamento na linhas de cuidado da urgência: trauma, AVC, IAM entre outros	Alguns municípios a exemplo de Ariquemes, tem o núcleo de educação permanente e tem realizado frequentemente atualização dos profissionais nas diferentes linhas de cuidado.

CONSIDERAÇÕES

No cenário atual da regionalização do SUS, vale destacar que o presente Planejamento Regional Integrado - PRI em Rondônia, coordenado e conduzido pela SESA/COSAD, instituído nacionalmente pelas Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT nº 23/2017; Nº 37/2018 que estabelecem as diretrizes para os processos de regionalização e planejamento, foi elaborado de forma ascendente, almejando a governança de Rede de Atenção à Saúde - RAS e um dos

princípios do SUS, que é a integralidade da atenção à saúde, preconizando que a assistência seja o mais próximo da residência do usuário, identificadas as necessidades da população e serviços de saúde, visando garantir os cuidados em saúde.

21 MATRIZ DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Diretriz 01 : Estruturação da RAU considerando a APS como Ordenadora da RAS

Objetivos:

D01O1 - Integrar a APS e AE Ambulatorial e Hospitalar na rede atenção às urgências na Macrorregião I.

D01O2 - Criar e implantar o itinerário terapêutico/fluxo da RAS de Urgência e Emergência por linha de cuidado em todos os níveis de atenção à saúde na macrorregião I.

D01O3 - Qualificar APS e AAE no processo assistencial da Urgência e Emergência.

D01O4 - Implantar a governança regionalizada e integrada da RAU.

D01O5 - Garantir estrutura laboratorial e de imagens em tempo oportuno na rede atenção às urgências na Macrorregião I.

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
D01O1	Aprimorar o sistema de regulação focado na referência e contrarreferência em todos os níveis de atenção em 20 unidades de saúde, na macrorregião I.	Número de unidades de saúde com sistema de regulação aprimorado. Número de AAE/total de AAE.	0	2023	Número absoluto	20	Número	2	4	7	7

D01O2	Implementar Protocolos Assistenciais em 100% dos municípios da macrorregião I, integrando a APS à AAE e AH para as linhas de cuidado IAM, AVE e Trauma, na macrorregião I.	Percentual de municípios com protocolos assistenciais implementados/Número total de municípios da macrorregião I.	0%	2023	Percentual	100%	Percentual	15%	25%	50%	75%
D01O3	Instituir o serviço de acolhimento com classificação de risco em 100% das unidades de saúde da Macro I.	Número de unidades de saúde com serviço de acolhimento com classificação de risco implantados.	0%	2023	Número de unidades básicas de cada município		180 unidades	25%	50%	75%	100%
D01O3	Suprir em 100% das salas de procedimentos das Unidades Básicas de Saúde com insumos e materiais para os atendimentos de primeiros socorros, na macrorregião I.	Percentual de unidades equipadas com insumos de primeiros socorros.	0%	2024	Número de unidades básicas de cada município		180 unidades	25%	50%	75%	100%
D01O3	Ampliar o transporte tipo B para atender as urgências	Número de municípios com transporte tipo B ampliados em urgências básicas.	0	2024	número	18	número	5	5	4	4

	básicas dos 18 municípios da na macrorregião I.										
	Implantar transporte sanitário eletivo nos em 100% dos municípios que não dispõem deste serviço na macrorregião I.	Número de municípios com implantação/ implementação de transporte eletivo na macrorregião I.	6	2023	número absoluto	18	número absoluto	4	4	3	3
D01O3	Implantar Salas de Estabilização em 100% dos Hospitais de Pequeno Porte/Unidades Mista/unidade de Saúde na Macrorregião I.	Número de SE implantadas e estruturadas nos municípios da macrorregião I.		2023			Número	3	3	3	4
D01O3	Incluir o Hospital Municipal de Porto Velho na RAS após seu credenciamento e habilitação, como parte da rede de Atenção às Urgências, com perfil de clínica médica e pediatria, na Macrorregião I.	Número de Unidade Hospitalar construída, credenciada e habilitada na rede de Atenção às Urgências, com perfil de clínica médica e pediatria, na Macrorregião I.	0	2023	Número absoluto	1	Número absoluto	1	1	1	1

D01O3	Fomentar a adesão de bases descentralizadas do SAMU em 100% dos municípios que não dispõem desse serviço, na macrorregião I.	Número de municípios com adesão de bases descentralizadas do SAMU, na macrorregião I.	4	2023	Número absoluto	12	Número	3	3	3	3
D01O4	Instituir o Comitê Executivo de Governança Regional da Rede de Atenção às Urgências (CEGRAS) na macrorregião I de saúde até 2024 para instrumentalizar a RAS, na macrorregião I.	Número de comitê macrorregional instituído.	0	2023	Número absoluto	1	Número absoluto	1	0	0	0
D01O5	Aumentar a oferta de exames laboratoriais e de imagem para atendimento em urgências e emergências em 100% dos municípios, na macrorregião I.	Número de municípios da macrorregião I com oferta de exames laboratoriais e de imagem para atendimento de urgências e emergências.	0	2023	Número absoluto	18	Número	4	4	5	5

Diretriz 02: Organizar a rede de atenção às urgências e seus arranjos loco regionais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Objetivos:

D02O1: Qualificar a Rede de Atenção às Urgências (RAU) em toda Macrorregião I garantindo acesso em tempo e local oportuno nas linhas de cuidado Trauma, AVE e IAM.

D02O2: Ampliar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar.

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
D02O1	Habilitar 1 unidade de saúde de referência às linhas de cuidado prioritárias da RAU até 2027, na macrorregião I.	Número de unidade de saúde de referência habilitada na linha de cuidado prioritária na macrorregião I.	0	2023	Número absoluto	1	Número absoluto	0	0	0	1

D02 O2	Instituir 2 unidades de referência para leitos retaguarda na RAU macrorregião I.	Número de Regiões de Saúde da Macrorregião I com hospitais de retaguarda para referências das urgências e emergências.	1	2023	Número absoluto	2	Número absoluto	0	0	1	1
-----------	--	--	---	------	-----------------	---	-----------------	---	---	---	---

OBJETIVO 01: Qualificar a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura em todos os níveis das redes de atenção à saúde.

N ^o	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
1	Ampliar em 10% a Cobertura de ESF nos municípios da macro I até 2027	Cobertura populacional por número de equipes da ESF	75,59 %	2023	%	85,59 %	percentual	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
2	Atingir no mínimo 70% dos municípios com oferta de todos os exames laboratoriais e de imagem preconizados na diretriz da Rede Cegonha.	Nº de municípios que ofertam todos os exames laboratoriais e de imagem preconizados na rede cegonha.		2023	%		percentual				

3	Promover a capacitação de 100% da força de trabalho atual da categoria enfermeiros, odontólogos e médicos da APS em pré-natal de risco habitual , intermediário e consulta puerperal até 2024.	N° de profissionais participantes de capacitações ofertadas no período	100%	2023	%	100%	percentual	25%	25%	25%	25%
---	--	--	------	------	---	------	------------	-----	-----	-----	-----

4	Implementar a estratificação de risco gestacional em 100% das ESF dos municípios da macro I.	Número de equipes de ESF realizando estratificação de risco gestacional	100%	2023	%	100%	percentual	25%	25%	25%	25%
5	Realizar qualificação profissional para oferta de métodos contraceptivos de longa duração em 100% dos municípios.	Número de equipes qualificadas para oferta de planejamento familiar	0	2023	número		número				
OBJETIVO 2: Assegurar a vinculação de profissionais de saúde nos serviços de assistência à saúde materna e infantil em todos os níveis de atenção.											

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
9	Criar os Planos de Carreira, Cargos e Salários de profissionais de saúde nos municípios da macro I até 2027.	Número de municípios com plano de cargo e carreiras criados	9	2023	número absoluto	9	número absoluto	3	3	3	4
10	Atualizar os Planos de Carreira, Cargos e Salários de profissionais de saúde nos municípios da macro I até 2027.	Número de municípios com plano de cargo e carreiras atualizados	9	2023	Número absoluto	9	Número absoluto	3	3	3	4
OBJETIVO 3: Descentralizar a assistência ambulatorial especializada e implantar equipamentos de saúde para oferta de serviços da rede materno-infantil na macro região I											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do	Unidade	Meta prevista			

						PRM S					
			Valor	An o	Unid ade			2024	2025	2026	2027
1 1	Implantar 01 Casa Mãe e bebê no município de Porto Velho até 2025 vinculada ao HBAP.	Número de casa mãe e bebê implantada.	0	2023	número	1	número	0	1	0	0
1 2	Implantar 01 CREAMI na região Vale do Jamari e 01 CREAMI na região Madeira-Mamoré até 2025.	Número de CREAMI implantados	0	2023	número	2	número	0	2	0	0
OBJETIVO 4: Garantir o acesso aos serviços de apoio e logístico na assistência à gestante e ao neonato.											
N º	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRM S	Unidade	Meta prevista			
			Valor	An o	Unid ade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
1 3	Implantar prontuário	Nº de municípios	17			1	Número	1	0	0	0

	eletrônico em todos os municípios da Macro 1.	com prontuário eletrônico implantado		2023	número						
14	Adquirir em 100% dos municípios todos os medicamentos preconizados no pré-natal de risco habitual, contidas no Caderno 32.	Percentual de municípios com oferta de todas as medicações do pré-natal de risco habitual.	?	2023	%	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

Objetivo 5: Melhorar o acesso dos povos indígenas à atenção especializada na RAU e RAMI											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
	Instituir comissão técnica para macrorregião de saúde 1 para acompanhamento e monitoramen	Indicador 1.1.1.1 Número de comissão técnica macrorregional instituída.	1	2024	número	1	número	1	1	1	1

to do acesso à Atenção Especializada dos Povos Indígenas cadastrados nos DSEI Porto Velho e Vilhena, com referências regionais, representantes municipais até 2027										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 6: Criar um processo organizado e equânime para que a população indígena tenha acesso aos serviços de atenção especializada na RAU e RAMI											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
	Estabelecer um fluxo com critérios diferenciados e equânimes de acesso da população indígena à atenção	Indicador 1.2.2.2 Número de fluxo da atenção especializada com critérios diferenciados	0	2023	número	1	número	1	1	1	1

especializada, garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde em rede	os e equânimes elaborados na RAU e RAMI									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 7: Estruturar coordenação que promova uma abordagem técnica e eficaz para a saúde indígena.											
N ^o	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
	Definir 4 articuladores Inter federativos até 2024 com os estados limítrofe para atuarem como referências técnicas para a saúde indígena, visando monitorar	Número de articulador inter federativo para os Estados definidos em CIB.	0	2023	número	4	número	4	4	4	4

quali-quantitativamente e avaliar os atendimentos referenciados para os Estados até 2027.										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 8: Criar procedimentos e diretrizes que facilitem o acesso às Redes de Atenção às Urgências (RAU) e às Redes de Atenção às Maternidades de Referência para a Atenção Integral à Saúde da Mulher (RAMI) na Macrorregião I											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
	Meta 1.4.4 Estabelecer Fluxos interfederativos de acesso às RAU e RAMI da Macro I até 2027.	Indicador 1.4.4.4 Número de fluxos interferativos estabelecidos de acesso às redes de RAMI e RAU.	0	2023	Unidade número	1	número	1	1	1	1

Objetivo 9: Promover e garantir a participação de todos os municípios que possuem equipamentos que atendam aos critérios estabelecidos na Portaria n.º 2.663/2017 – IA EPI.	
--	--

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
	Fomentar a adesão de 100% dos municípios que possuem os equipamentos que atendam os critérios da Portaria n.º 2.663/2017 – IA EPI.	Percentual de municípios que realizaram a adesão a Portaria n.º 2663/2017 – IA EPI.	0	2023	%	100%	percentual	25%	25%	25%	25%

Objetivo 10: Estabelecer processo organizado e eficiente para o atendimento nas Redes de Atenção às Maternidades de Referência para a Atenção Integral à Saúde da Mulher (RAMI) e nas Redes de Atenção às Urgências (RAU) em cada equipamento de saúde na macrorregião que tenha aderido à Portaria n.º 2.663/2017 – IAE-PI.											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			Ano 1 2024	Ano 2 2025	Ano 3 2026	Ano 4 2027
	Implementar fluxo de atendimento da RAMI e RAU a cada equipamento	Implementar fluxo de atendimento da RAMI e RAU a cada equipament	0	2023		1	Número	1	1	1	1

	de saúde da macrorregião que realizaram a adesão a PT 2663/2017 – IAE-PI até 2027.	o de saúde da macrorregião que realizaram a adesão a PT 2663/2017 – IAE-PI.			Número						
--	--	---	--	--	--------	--	--	--	--	--	--

22 RECURSOS FINANCEIROS E INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Figura 51- Recursos Financeiros e Investimentos em saúde por Região de Saúde e por Municípios da Macrorregião I ano 2022.

Região de Saúde	Município	Subfunções														Total	
		S01		S02		S03		S04		S05		S06		Outras subfunções		CORR.	CAPIT.
		CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.	CORR.	CAPIT.		
CENTRAL	Jaru	15.455.648,40	3.094.159,53	29.740.305,36	1.078.955,28	650.596,73	0	73.647,99	0	1.508.199,35	0	4.875,86	0	3.118.734,68	6.362,27	50.552.008,37	4.179.477,08
CENTRAL	Theobroma	11.607.289,94	2.467.620,08	699.532,90	0	0	0	0	0	276.207,34	0	0	0	0	0	12.583.030,18	2.467.620,08
CENTRAL	Governador Jorge Teixeira	3.641.647,79	416.034,50	551.917,20	424.700,00	166.747,60	0	0	0	146.267,53	0	0	0	5.528.020,18	17.370,00	10.034.600,30	858.104,50
CENTRAL	Vale do Anari	4.119.627,28	2.176.124,11	359.207,47	5.142,00	0	0	72.036,62	810.000,00	201.193,18	0	0	0	6.908.388,67	400.198,08	11.660.453,22	3.391.464,19
TOTAL POR REGIÃO		34.824.213,41	8.153.938,22	31.350.962,93	1.508.797,28	817.344,33	0,00	145.684,61	810.000,00	2.131.867,40	0,00	4.875,86	0,00	15.555.143,53	423.930,35	84.830.092,07	10.896.685,85
MADEIRA MAMORÉ	Porto Velho	43.125.749,40	2.528.585,62	45.241.559,33	3.805.919,31	7.975.241,70	251.744,60	122.863,92	0	9.777.776,34	913.439,03	0	0	314.125.818,22	1.721.278,30	420.369.008,91	9.220.966,86
MADEIRA MAMORÉ	Candeias do Jamari	16.600.583,54	33.300,00	501.372,58	155.544,64	0	0	0	0	546.429,73	106.516,00	0	0	29.620,51	0	17.678.006,36	295.360,64
MADEIRA MAMORÉ	Guajará-Mirim	7.534.830,98	1.843.836,32	7.248.878,86	1.035.460,45	0	0	0	0	685.248,65	0	0	0	24.280.267,15	0	39.749.225,64	2.879.296,77
MADEIRA MAMORÉ	Itapuã do Oeste	7.712.281,83	923.559,49	287.827,23	0	76.895,73	0	174.092,62	0	381.875,57	0	0	0	564.348,71	16.302,00	9.197.321,69	939.861,49
MADEIRA MAMORÉ	Nova Mamoré	6.015.026,33	787.000,00	2.905.799,98	334.900,00	0	0	14.978,95	0	292.624,24	0	0	0	17.946.267,17	35.846,84	27.174.696,67	1.157.746,84
TOTAL POR REGIÃO		80.988.472,08	6.116.281,43	56.185.437,98	5.331.824,40	8.052.137,43	251.744,60	311.935,49	0,00	11.683.954,53	1.019.955,03	0,00	0,00	356.946.321,76	1.773.427,14	514.168.259,27	14.493.232,60
VALE DO JAMARI	Ariquemes	16.979.607,57	2.956.985,04	59.837.113,67	3.458.669,13	0	0	2.243,79	0	2.183.725,08	0	0	0	38.847.858,25	289.744,32	117.850.548,36	6.705.398,49
VALE DO JAMARI	Machadinho D'Oeste	6.395.091,75	751.005,00	7.279.550,02	1.711.212,26	904.272,72	19.002,00	0	0	669.395,17	0	496	0	15.184.505,63	582.700,91	30.433.311,29	3.063.920,17
VALE DO JAMARI	Alto Paraíso	4.775.251,77	223.556,37	1.327.515,68	105.742,40	554.920,65	0	75.165,83	0	314.702,11	539.780,00	0	0	7.764.276,78	9.400,00	14.811.832,82	878.478,77
VALE DO JAMARI	Buritis	20.474.158,48	2.677.588,13	3.504.544,49	1.060.241,77	472.635,26	0	0	0	696.720,35	0	0	0	14.464,92	584.600,00	25.162.523,50	4.322.429,90
VALE DO JAMARI	Cacaulândia	3.104.563,23	175.377,30	608.006,63	2.399.610,71	0	0	66.484,21	0	0	0	0	0	4.866.916,00	20.436,00	8.645.970,07	2.595.424,01
VALE DO JAMARI	Campo Novo de Rondônia	4.978.433,24	1.083.392,43	8.212.256,05	725.200,00	0	0	0	0	544.839,49	9.230,64	0	0	609.184,11	90.633,33	14.344.712,89	1.908.456,40
VALE DO JAMARI	Cujubim	10.669.133,86	2.639.690,94	3.567.131,97	142.990,00	191.173,70	0	184.852,41	0	0	0	0	0	0	0	14.612.291,94	2.782.680,94
VALE DO JAMARI	Monte Negro	4.345.349,36	308.157,16	2.667.798,57	1.062.542,16	166.297,69	0	6.536,00	0	149.585,46	0	0	0	10.080.808,06	130.526,59	17.416.375,14	1.501.225,91
VALE DO JAMARI	Rio Crespo	3.122.872,77	273.332,33	4.188.738,72	74.954,22	34.850,04	0	2.489,47	0	308.055,37	0	0	0	43.807,40	0	7.700.813,77	348.286,55
TOTAL POR REGIÃO		74.844.462,03	11.089.084,70	91.192.655,80	10.741.162,65	2.324.150,06	19.002,00	337.771,71	0,00	4.867.023,03	549.010,64	496,00	0,00	77.411.821,15	1.708.041,15	250.978.379,78	24.106.301,14
TOTAL GERAL		190.657.147,52	25.359.304,35	178.729.056,71	17.581.784,33	11.193.631,82	270.746,60	795.391,81	810.000,00	18.682.844,96	1.568.965,67	5.371,86	0,00	449.913.286,44	3.905.398,64	849.976.731,12	49.496.199,59

21.1 MATRIZ PARA IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS COM O PRMS EM CADA MRS

DIRETRIZ 1:	ORGANIZAÇÃO E/ OU REESTRUTURAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO I.	RESPONSABILIDADES		
		Meta 1.1.1	Ampliar em 10% a Cobertura de ESF nos municípios da macro I até 2027	
Objetivo 1.1	Qualificar a assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura em todos os níveis das redes de atenção à saúde.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
			SIM	SIM
		União	Estado	Município
		X	X	X
		Meta 1.1.2	Atingir no mínimo 70% dos municípios com oferta de todos os exames laboratoriais e de imagem preconizados na diretriz da Rede Cegonha.	
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
			SIM	SIM
União	Estado	Município		

		X	X
	Meta 1.1.3	Promover a capacitação de 100% da força de trabalho atual da categoria enfermeiros, odontólogos e médicos da APS em pré-natal de risco habitual, intermediário e consulta puerperal até 2024.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		SIM	NÃO
	União	Estado	Município
		X	X
	Meta 1.1.4	Implementar a estratificação de risco gestacional em 100% das ESF dos municípios da macro I.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		SIM	NÃO
	União	Estado	Município
	X	X	X
	Meta 1.1.5	Realizar qualificação profissional para oferta de métodos contraceptivos de longa duração em 100% dos municípios.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		Sim	sim
	União	Estado	Município
	x	x	x
	Meta 1.1.6	Implantar Grupo Técnico ou Comitê de Vigilância do Óbito Materno-infantil em 100% dos municípios sede da macro I até 2024.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		Sim	não
	União	Estado	Município
		x	x

DIRETRIZ 1:	ORGANIZAÇÃO E/ OU REESTRUTURAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO I.	RESPONSABILIDADES	
Objetivo 1.2	Meta 1.1.7	Realizar concurso público para provisão de equipe multiprofissional de saúde em 100% dos municípios da	

		macro I para assistência na rede materno infantil até 2027	
Assegurar a vinculação de profissionais de saúde nos serviços de assistência à saúde materna e infantil em todos os níveis de atenção.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		SIM	SIM
	União	Estado	Município
	X	X	X
	Meta 1.1.10	Ampliar em 30%, o número de vagas de residência de equipe multidisciplinar de saúde focada na rede materno infantil até 2027.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		NÃO	SIM
	União	Estado	Município
	X		

DIRETRIZ 1:	ORGANIZAÇÃO E/ OU REESTRUTURAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO I.	RESPONSABILIDADES		
	Objetivo 1.3	Meta 1.1.11	Implantar atendimento em telemedicina nas sub-especialidades em cardiopediatria, nefropediatria, neuropediatria, endocrinopediatria, pneumopediatria, nos municípios da Macrorregião I até 2027.	
Descentralizar a assistência ambulatorial especializada e implantar equipamentos de saúde para oferta de serviços da rede materno-infantil na macrorregião I		Tipo de recurso	Existente	
			SIM	
		União	Estado	Município
		X	X	X
		Meta 1.1.12	Implantar um Centro de Parto Normal na Macrorregião I até 2026.	
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
			NÃO	SIM
		União	Estado	Município
		X	X	X
		Meta 1.1.13	Implantar 01 Casa Mãe e bebê na Macrorregião I até 2025	
		Tipo de recurso	Existente	Necessário
			Não	Sim
		União	Estado	Município
	X	X	X	
	Meta 1.1.14	Implantar 01 CREAMI na região Vale do Jamari e 01		

		CREAMI na região Madeira-Mamoré até 2025.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		NÃO	SIM
	União	Estado	Município
	X	X	X

DIRETRIZ 1:	ORGANIZAÇÃO E/ OU REESTRUTURAÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL NA MACRORREGIÃO I.	RESPONSABILIDADES	
Objetivo 1.4	Meta 1.1.15	Implantar prontuário eletrônico em todos os municípios da Macro 1.	
Garantir o acesso aos serviços de apoio e logístico na assistência à gestante e ao neonato.	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		SIM	SIM
	União	Estado	Município
			X
	Meta 1.1.16	Adquirir em 100% dos municípios todos os medicamentos preconizados no pré -natal de risco habitual, contidas no Caderno 32.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
		SIM	SIM
	União	Estado	Município
	X	X	X
	Meta 1.1.17	Implantar o transporte sanitário eletivo para gestantes e crianças, conforme Resolução CIT em 100% dos municípios da macro I até 2027.	
	Tipo de recurso	Existente	Necessário
	União	Estado	Município

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

MENDES, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl.J.Med*, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

CASTRO, A. L. B. de et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2353 - 2366, 2015.

ALFRADIQUE, M. A. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-49, 2009.

CASTRO, D. M. Qualidade da Atenção Primária à Saúde e internações por condições sensíveis: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2019.

Laurindo DLP, Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos em Santa Catarina: um estudo ecológico . São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(34):227-236. disponível em -POC.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Rondônia | Cidades e Estados - IBGE, disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro>, acesso em 29/09/2022, às 8:00 hs.

MIRSHAWKA, Victor. Hospital: fui bem atendido - a vez do Brasil. In: Hospital: fui bem atendido-a vez do Brasil. São Paulo; Makron Books;1994. p. 422-422

SCARPI, Marinho Jorge. Introdução. In: SCARPI, Marinho Jorge. Administração em Saúde: autogestão de consultórios e clínicas. Rio de Janeiro: Doc, 2010. p. 17-18.

CROZATTI, Jaime. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. Caderno de Estudos, São Paulo, v. 10, n. 18, p.1-20, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511998000200004 & lng= en\ nrm=iso. Acesso em: 03/10/ 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Documento preliminar.

LIEBEL, GRAZIELA & DIAS, Patrick V. et, al. Análise dos gastos com o diagnóstico por imagem no Brasil. Cader. de Saúde Coletiva 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/StHFDS8s6nrsgKrpZKtGr9x/?lang=pt>. Acesso em 13/10/22.

Graziela Liebel Patrick Vieira Dias Ione Jayce Ceola Schneider Antônio Reis de Sá Junior Agenor Hentz Clécio da Silva Ferreira Alfredo Chaoubah.

Almeida FF, Barreto SM, Couto BRGM, Starling CEF. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações pré-operatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2003;80:41-50.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1101, 12 junho de 2002. Parâmetros assistenciais do SUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>

BRASIL. Ministério da saúde, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUSS, M.O. Modelo de sistema de conhecimento para gestão de listas de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde. Dissertação (Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Regulação em Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass, 2007.

DURMUS, E.; GUNEYSU, F. Evaluation of re-hospitalized COVID-19 patients in a hospital. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 66, n. 12, p. 1690-1695, 2020.

JONES, R. A simple guide to a complex problem: maternity bed occupancy. British J. Midwifery, v. 20, n.5, p. 351-7, 2011.

JUNIOR, Krishnamurti Matos de Araujo Sarmiento. TOMITA, Shiro. KOS, Arthur Octavio de Avila. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas

em serviços públicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 71 (3) Parte 1 Maio/Junho 2005, pp. 256/262.

LOPES MIP, Matos SG, Melo JA, Amorim MA, Andrade RMG. A construção da mudança do modelo de atenção com ênfase na atenção primária. In: Magalhães Júnior HM. *Desafios e Inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. P. 127-147.

LUIGI, S., & HURST, J. (2005). Explaining Waiting-time Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. *OECD Economic Studies*, 2004(1), 95–123. Disponível em: https://doi.org/10.1787/eco_studies-v2004-art5-en. Acesso em: 22/09/2022.

MARTINS, Eliseu. *Contabilidade de custo*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, H.L.P.C.S; MACIEL.F.B.M; JUNIOR, G.M.S; MARTINS, P.C; PRADO, N.M.B.L. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:52.

TARABOULSI, F. A. Humanização: a grande conquista da hotelaria. **Administração e hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas; 2011. p. 17-29.

RANSOM S. B. et al. The effect of capitated and fee-for-service remuneration on physician decision making in gynaecology. *Obst Gynaec* 1996, 5: 707-10.

SIU AL, et al. Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care. *JAMA* 1988; 259: 1343-46.

SOUZA, Maira Oliveira. JUNIOR, Fausto Miranda. FIGUEIREDO, Luiz Francisco Poli de. PITTA, Guilherme Benjamin Brandão. ARAGÃO, José Aderval. Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). *UNCISAL – Maceió (AL), Brasil*, 2011.

WOODRUFF, Margaret. (2002). Inpatient Bed Need Planning—Back to the Future? *The Bristol Review – Perspectives in Health Care Management*. The Bristol Group Inc., Austin, TX. April 2002.

HARPER PR and SHAHANI AK (2002). Modelling for the planning and management of bed capacities in hospitals. *Journal of the Operational Research Society* (2002) 53, 11–18.

JUNIOR, K. M. A. S; TOMITA, S; KOS, A. O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 71 (3) • Jun 2005. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-72992005000300001>>

Oudhoff, J. P., Timmermans, D. R. M., Rietberg, M., Knol, D. L., & Van Der Wal, G. (2007). The acceptability of waiting times for elective general surgery and the appropriateness of prioritising patients. *BMC Health Services Research*, 7, 1–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-32>. Acesso em: 22/09/2022

Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

GREEN, L. A. et al. The ecology of medical care revisited. *New Engl.J.Med*, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

CASTRO, Ana Luisa Barros de et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 2353 - 2366, 2015.

Alfradique MA, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1337-49.

CASTRO, Dayanna Mary. Qualidade da Atenção Primária à Saúde e internações por condições sensíveis: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2019

Laurindo DLP, Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos em Santa Catarina: um estudo ecológico . *São Paulo: Rev Recien*. 2021; 11(34):227-236. disponível em <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/408/411>.