

SUBDIRETORIA TÉCNICA DE SAÚDE

COORDENADORIA ESTADUAL REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE RONDÔNIA
2024-2027

PORTO VELHO - RO

2026

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA
SUBDIRETORIA TÉCNICA DE SAÚDE
COORDENADORIA ESTADUAL REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE
RONDÔNIA 2024-2027

PORTO VELHO - RO

Março/2026

CORONEL MARCOS JOSÉ ROCHA DOS SANTOS

GOVERNADOR DO ESTADO DE RONDÔNIA

SÉRGIO GONÇALVES

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DE RONDÔNIA

CORONEL JEFFERSON RIBEIRO DA ROCHA

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA

MARIANA AYRES HENRIQUE BRAGANÇA

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA

ELOIA DUARTE RODRIGUES

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ESTADO DA SAÚDE DE RONDÔNIA

CAROLINE KOHARA MELCHIOR

DIRETORA EXECUTIVA/SESAU

KATIANE MAIA DOS SANTOS

COORDENADORA DA ASSESSORIA TÉCNICA - ASTEC/SESAU

ANNELISE SOARES CAMPOS LINS DE MEDEIROS

SUBDIRETORA TÉCNICA EM SAÚDE/SDTECS/SESAU

LUCIENE CARVALHO PIEDADE ALMEIDA

COORDENADORA ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

WAGNER WASCZUK BORGES

PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE

SAÚDE-COSEMS

Equipe de elaboração:

Ana Cláudia Pereira Pires

Enfermeira/Referência Técnica
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Carla Louise de Almeida Silva Amaral

Técnico Administrativo/Referência Técnica
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Daniessa Nunes Moya

Enfermeira/Referência Técnica
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Luciene Carvalho Piedade Almeida

Enfermeira/Coordenadora
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Maria Diene Aguiar

Técnico em Enfermagem/Referência Técnica
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Walessa Roberta de Brito

Farmacêutica/Referência Técnica
Rede de Atenção às Urgências/ SESAU

Revisão

Anelise Soares Campos Lins de Medeiros

Subdiretoria Técnica em Saúde - SDTECS/SESAU/RO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACCR – Acolhimento com classificação de risco
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AD – Atenção Domiciliar
AMIB - Associação Medicina Intensiva Brasileira
ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS – Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRU – Central de Regulação de Urgência
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio
HEURO – Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal
HPP – Hospitais de Pequeno Porte
HPS JP II – Hospital e Pronto Socorro João Paulo II
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
LC – Linhas de cuidado
MS - Ministério da Saúde
SNIS - Sistema Nacional de Informação de Saneamento
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PA – Pronto Atendimento
PAR – Plano de Ação Regional
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAMD - Serviço de Assistência Multidisciplinar Domiciliar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USA - Unidade de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da RUE e suas interfaces	15
Figura 2 - Mapa do Brasil	20
Figura 3 - Malha viária do estado de Rondônia, 2024.	21
Figura 4 - Regiões de saúde do estado de Rondônia.....	22
Figura 5 - Macrorregiões de saúde e os hospitais de referência, Rondônia, 2019.	22
Figura 6 - Pirâmide Etária, população residente, 2022.....	26
Figura 7: Idade mediana por unidade da federação, 2022	27
Figura 8 - Cobertura de atenção primária à saúde no estado de Rondônia no ano de 2023.	33
Figura 09 - Coordenadoria de Regulação de Acesso ao Serviço de Saúde, 2024.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Consumo de água no estado de Rondônia, 2024.....	24
Tabela 2 - Coleta de Esgoto e Tratamento no estado de Rondônia, 2024....	24
Tabela 3 - Coleta de Resíduos Sólidos no estado de Rondônia, 2024	25
Tabela 4 - Características sociodemográficas por regiões de saúde, Rondônia, 2023. 28	
Tabela 5 - Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e causas externas por regiões de saúde, Rondônia, 2021- 2022.	29
Tabela 6 - Taxa de mortalidade por IAM, AVC e causas externas, segundo a população estimada por regiões de saúde, Rondônia, 2022.	30
Tabela 7 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), Rondônia, 2023.	34
Tabela 8 - Internações por condições sensíveis, primeiro quadrimestre de 2024.	35
Tabela 9 - Unidade de Pronto Atendimento em Rondônia.....	37
Tabela 10 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Rondônia, habilitados junto ao Ministério da Saúde.....	38
Tabela 11 - Classificação dos portes dos estabelecimentos hospitalares segundo regiões de saúde, Rondônia. 2023.	40
Tabela 12 - Quantidade de leitos complementares (UTI) existente, por Região de saúde no estado de Rondônia.	41
Tabela 13 - Leitos existentes por especialidades, conforme Região de Saúde.	41
Tabela 14 - Leito hospitalar geral existente e recomendado por Região de Saúde no estado de Rondônia.....	42
Tabela 15 - Média de permanência em leitos por ano atendimento segundo Região de Saúde de Rondônia.	43
Tabela 16 - Média de permanência em leitos de alta complexidade por ano atendimento segundo Região de Saúde	44
Tabela 17 - Quantidade de EMAD por região de saúde, 2024	46
Tabela 18 - Escalonamento de Porta de Entradas de Urgência Hospitalar 2024-2027.....	49
Tabela 19 - Escalonamento de Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia 2024-2027.....	50
Tabela 20 - Escalonamento de Unidade de Pronto Atendimento de Urgência	

UPA 24H 2024-2027.....	51
Tabela 21 - Escalonamento de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 2024-2027	52
Tabela 22 - Escalonamento de Leitos de Retaguarda Clínica 2024-2027.	54
Tabela 23 - Escalonamento de Leitos Unidade de Terapia Intensiva-UTI 2024-2027.....	56
Tabela 24 - Escalonamento de Serviço de Atenção Domiciliar 2024-2027.	57
Tabela 25 - Escalonamento de Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) 2024-2027	58
Tabela 26 - Escalonamento de equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos 2024-2027.....	60
Tabela 27 - Escalonamento de Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) 2024-2027.	62
Tabela 28 - Escalonamento de Centros de Atendimento de Urgência Tipo I/AVC 2024-2027.....	64
Tabela 29 - Escalonamento de Salas de Estabilização - SE 2024-2027	66
Tabela 30 - Escalonamento de Serviço Aeromédico 2024-2027.	69

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Redes de Atenção à Saúde	12
1.2. Rede de Atenção Às Urgências.....	13
1.3. Plano de Ação Regional (PAR).....	17
2. OBJETIVOS	19
2.1. Objetivo geral.....	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE RONDÔNIA.....	20
3.1 Caracterização do Território	20
3.1.1 Saneamento Básico	23
3.1.2 Dados Demográficos.....	25
3.1.2.1 Dados sociodemográficos	27
3.1.2.2 Dados epidemiológicos	28
4. DIMENSIONAMENTO DAS DEMANDAS DAS URGÊNCIAS	32
4.1 Serviços de Urgência e Emergência existentes no estado de Rondônia.....	32
4.1.2 Atenção Primária.....	33
4.1.2 Atenção Secundária.....	37
4.1.2.1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).....	37
4.1.2.2 Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).....	38
5. COMPONENTE HOSPITALAR.....	39
6. ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)	44
7. REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA	46
8. PROPOSTA DE PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	48
8.1 - Porta De Entrada Hospitalar:	48
8.2 - Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Traumato-Ortopedia:.....	49
8.3 - Unidade De Pronto Atendimento (Upa) 24h.....	50
8.4 - Serviço De Atendimento Móvel De Urgência (Samu) 192	51
8.5 - Leitos De Retaguarda Clínica:.....	54
8.6 - Leitos De Unidade De Terapia Intensiva	55
8.7 - Atenção Domiciliar	56
Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)	58
8.8 - Cuidados Paliativos.....	60
8.9 - Leitos De Unidade Coronariana:.....	61
8.10 - Centro De Atendimento De Urgência Tipo I/Avc:.....	62
8.11 - Sala De Estabilização	65
8.12 - Serviço Aeromédico.....	69
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	71
ANEXO A - Resoluções das Comissões Intergestoras Regionais - CIR´s	73

1. INTRODUÇÃO

A partir do movimento da Reforma Sanitária, na década de 70, a visão limitada de saúde definida como unicamente a ausência de doença, proposto pelo modelo curativista, foi substituída então por uma nova proposta, denominada modelo de promoção de saúde (LAUER, 2018).

A VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja finalidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e igualitário, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e controle social (LAUER, 2018).

No Brasil, o SUS foi concebido sendo organizado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações, cujo objetivo é garantir a saúde como um direito constitucional (Tofani et al., 2021).

Assim, as ações e os serviços de saúde devem ser organizados para funcionarem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde de forma segregada e isolada, desconsiderando o contexto epidemiológico da população e as condições sociodemográficas da região (Brasil, 2013).

1.1. Redes de Atenção à Saúde

O Pacto pela Saúde/2006 destacou a necessidade de aprofundar a regionalização e a organização do sistema de saúde por meio de redes, fundamentais para solidificar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu um documento oficial propondo a implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como solução para superar a fragmentação dos sistemas de saúde em muitos países (Ouverney, 2013).

As redes de atenção à saúde são estruturas organizadas cujo objetivo é coordenar e integrar os serviços de saúde nos diferentes níveis, a fim de oferecer um atendimento mais eficaz e eficiente à população. Essas redes são constituídas por diversos elementos, como hospitais, clínicas, centros de saúde, profissionais de saúde e serviços de apoio, todos interligados por sistemas de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011).

Essas redes de atenção à saúde variam conforme a estrutura e as necessidades de cada país ou região. É importante haver uma boa articulação entre os diversos atores envolvidos, além de investimentos adequados em infraestrutura, tecnologia e capacitação profissional, para que essas redes funcionem efetivamente e atendam às demandas da população (BRASIL, 2011.)

O principal objetivo das redes de atenção à saúde é garantir uma abordagem integral e contínua dos pacientes, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os níveis mais especializados de atenção. Isso envolve promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos quando necessário. Além disso, as redes de atenção à saúde também buscam otimizar o uso dos recursos disponíveis, evitando a duplicidade de serviços e promovendo uma gestão eficiente dos pacientes. São essenciais para enfrentar os desafios da complexidade e fragmentação do sistema de saúde, buscando melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços.

Apesar dos progressos alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, incluindo o desenvolvimento de um sistema público de saúde de extrema importância para o país, ainda há muito a ser feito para assegurar os princípios de universalidade, integralidade e a oferta de serviços de qualidade (Ouverney, 2013).

1. 2. Rede de Atenção Às Urgências

Dentre as RAS, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) instituída a partir da portaria n.º 1600/2011, trata-se de uma rede complexa que atende a variadas condições que visa coordenar e unir os diferentes recursos de saúde, para melhorar e aprimorar o acesso humanizado e abrangente para os indivíduos em situações de urgência e emergência nos serviços de saúde, de maneira rápida e oportuna (Mendes, 2011).

A estruturação da RAU tem como propósito a articulação e integração no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência e emergência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, necessitando ser implementada progressivamente em todo território nacional. Os fluxos assistenciais integralmente da RAU, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, são requisitos que devem estar presentes em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- **Promoção, prevenção e vigilância:** cujo objetivo é estimular e fomentar os municípios da Região a desenvolverem ações de saúde e educação permanente voltada às vigilâncias sanitárias, ambientais e epidemiológicas; prevenir as violências e acidentes, lesões e morte no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

- **Atenção Básica à Saúde:** tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência e encaminhamentos a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidade.

- **SAMU 192 e Central de Regulação de Urgência:** tem por objetivo chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

- **Sala de Estabilização:** ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção pela central de regulação das urgências.

- **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs)** e o conjunto de Serviços de Urgência 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. As UPAS 24hs e o conjunto de Serviços de Urgência 24hs não hospitalar, devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

- **Componente Hospitalar** é constituído por: portas hospitalares de urgência e emergência; enfermaria de retaguarda clínica; unidades de cuidados prolongados e

hospitais especializados em cuidados prolongados; leitos de terapia intensiva; organização das linhas de cuidado (LC) prioritárias: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM); LC do acidente vascular cerebral (AVC); LC da traumatologia.

• **Atenção Domiciliar (AD):** compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. O atendimento e a internação domiciliar só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Figura 1 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: Brasil, 2011.

Ainda conforme Portaria MS/GM N.º 1.600, de 7 de julho de 2011, constituem-se diretrizes da RAU:

I - Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II – Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

1.3. Plano de Ação Regional (PAR)

O Plano de Ação Regional (PAR) caracteriza-se como um documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores públicos de saúde.

Este PAR foi elaborado pela coordenadoria estadual da Rede de Atenção às Urgências, com a contribuição dos técnicos da rede supramencionada, contemplando todos os municípios do Estado. Este documento aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação da Rede de Atenção às Urgências.

O PAR da RAU do estado de Rondônia está fundamentado pelos seguintes instrumentos normativos:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que Instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que dispõe sobre as Redes de Atenção à Saúde;
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde do SUS;
- Portaria 3.992/GM, de 28 de dezembro de 2017, que altera a portaria de consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de

Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

- Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017 que estabelece as diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Resolução CIB/RO nº 574 de 21 de outubro de 2022 que pactua as Prioridades Sanitárias da Macrorregião de Saúde I, validadas pelos gestores estadual e municipais, no Planejamento Regional Integrado – PRI;
- Resolução CIB/RO nº 575 de 21 de outubro de 2022 que pactua as Prioridades Sanitárias da Macrorregião de Saúde II, validadas pelos gestores estadual e municipais, no Planejamento Regional Integrado – PRI;
- Termo de Compromisso de Gestão Municipal e Estadual referente ao processo de elaboração do Plano Regional Integrado- PRI em Rondônia de 18 de novembro de 2022;
- Considerando a Resolução CIB/RO nº 415 de 17 de novembro de 2023 que pactuou os Produtos da Fase 5 do PRI da Macrorregião I, validados pelos gestores municipais e estaduais.
- Resolução CIB/RO nº 416/2023/SESAU-CIB de 15 de novembro de 2023 que pactuou os Produtos da Fase 5 do PRI da Macrorregião II, validados pelos gestores municipais e estaduais.
- Nota Informativa nº 1/2019 CGUE/DAHU/SAS/MS a qual dispõe as diretrizes para elaboração do PAR da Rede de Atenção às Urgências.

Dessa forma, o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências (PAR/RAU) do Estado de Rondônia tem como eixo central a garantia de acesso oportuno e equânime aos pontos de atenção à saúde, conforme as necessidades da população em todo o território estadual. A proposta de organização da RAU parte do princípio de que o cuidado em urgência deve ser acessível, resolutivo e integrado, assegurando a continuidade do atendimento em todos os níveis da rede, com foco na regionalização, na eficiência dos fluxos assistenciais e na qualificação do tempo-resposta.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Ampliar e qualificar o acesso humanizado, integral e resolutivo dos usuários em situações de urgência e emergência, por meio da organização e integração dos componentes da Rede de Atenção às Urgências.

2.2. Objetivos específicos

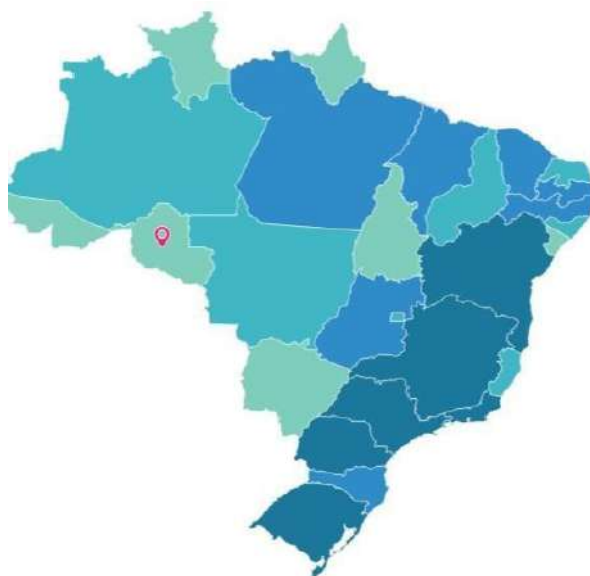
- Garantir acesso dos usuários aos serviços de saúde;
- Seguir o processo de reorganização da atenção à urgência e emergência por meio da ampliação da qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Organizar os fluxos de atendimento às urgências e emergências no Estado;
- Ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE RONDÔNIA.

3.1 Caracterização do Território.

O estado de Rondônia é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado na região Norte e tem como limites: a leste - o estado de Mato Grosso, a norte - o estado do Amazonas, a oeste - o estado do Acre e o país, Bolívia, e ao sul - parte do território boliviano.

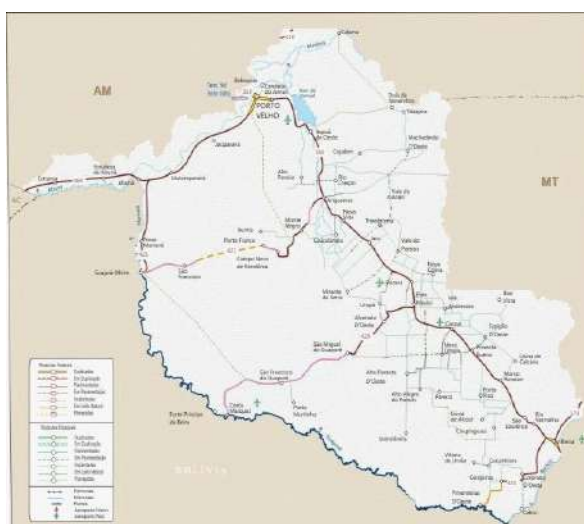
Figura 2 - Mapa do Brasil.



Fonte: IBGE, 2023.

O Estado possui 52 municípios, ocupa uma área de 237.754,172 km² e uma população estimada em 1.581.016 pessoas (IBGE, 2022). Sua capital é Porto Velho, sendo o município mais populoso.

Figura 3 - Malha viária do estado de Rondônia, 2024.



Fonte: IBGE, 2024.

Em atenção ao Decreto no 7.508/2011, publicado em 28 de junho de 20 o qual estabelece a organização e o funcionamento do SUS, o planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências, o Governo do Estado de Rondônia, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, em 2014, instituiu as sete

também a pacientes oriundos de estados vizinhos e países fronteiriços, reafirmando sua relevância regional.

Para a Macrorregião II, a referência é o HEURO, Hospital Estadual de Urgência e Emergência sediado em Cacoal. Inaugurado em dezembro de 2015, o HEURO disponibiliza atendimento 24 horas em especialidades como neurocirurgia, ortopedia, clínica médica geral e diversas outras. Segundo os dados mais recentes divulgados pelo estado, a unidade realizou cerca de 66.598 atendimentos entre janeiro e agosto de 2024, reafirmando seu papel de polo regional de média e alta complexidade para 34 municípios da região. Em relação à sua capacidade física, o HEURO está passando por reforma e ampliação de leitos nas áreas de Clínica Cirúrgica/Ortopédica, Clínica Geral A e B e Clínica Médica, uma ação que visa melhorar a infraestrutura e a qualidade do atendimento ofertado. Dessa forma, o HEURO consolidou-se como estrutura essencial para a Rede Estadual de Urgência e Emergência, contribuindo para a regionalização da atenção hospitalar, desafogando unidades de referência da capital e garantindo acesso mais próximo e oportuno a serviços críticos de saúde à população da macrorregião.

3.1.1 Saneamento Básico

O saneamento básico é composto por quatro eixos essenciais: abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, manejo adequado de resíduos sólidos e drenagem urbana. Em Rondônia, a oferta desses serviços é predominantemente concentrada em áreas urbanas, ainda que não de forma universalizada. Já nas zonas rurais, observa-se cobertura extremamente limitada ou, em muitos casos, inexistente. Esse cenário decorre de múltiplos fatores, como a escassez de infraestrutura adequada, a ampla extensão territorial com predomínio rural e o crescimento populacional acelerado nos últimos anos, que sobrecarrega os sistemas existentes.

No que se refere ao consumo de água, dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2024) apontam que o estado possui 77,21% de hidrometração nas redes de distribuição urbana, o que demonstra um nível razoável de controle do consumo. Contudo, a perda de água no sistema de distribuição atinge 59,81%, índice bastante elevado que evidencia ineficiências estruturais e desperdício de recursos públicos. O consumo per capita médio registrado é de 142,36 litros por

habitante/dia, valor compatível com os parâmetros de referência nacionais, mas que deve ser interpretado com cautela diante das desigualdades regionais

Tabela 1 - Consumo de água no estado de Rondônia, 2024.

INDICADOR ESTADUAL DE CONSUMO DE ÁGUA		
Hidrometração	Perda distribuição	Consumo per capita
77,21%	59,81%	142,36/hab/dia

Fonte: Indicador SNIS, 2024.

A insuficiência de cobertura de saneamento e o alto índice de perdas na distribuição de água impactam diretamente a saúde da população rondoniense, especialmente nas áreas mais vulneráveis. A ausência de acesso contínuo à água segura e ao tratamento de esgoto está diretamente relacionada à maior incidência de doenças de veiculação hídrica, como diarreias, hepatites, parasitoses e arboviroses. Nesse sentido, ampliar os investimentos em saneamento básico e qualificar a gestão dos sistemas de abastecimento são estratégias fundamentais para promover saúde, reduzir desigualdades e garantir condições dignas de vida à população do estado.

De acordo com dados do SNIS (2024), apenas 12,46% da população do estado é contemplada com coleta de esgoto, e, do total coletado, 80,10% recebe tratamento adequado, o que representa uma cobertura efetiva de esgotamento sanitário para apenas 8,99% da população total. Esse índice é significativamente inferior à média nacional e revela uma grave lacuna na proteção ambiental e na prevenção de doenças associadas à exposição a efluentes não tratados, conforme demonstra a tabela 2.

Tabela 2 - Coleta de Esgoto e Tratamento no estado de Rondônia, 2024.

INDICADOR ESTADUAL DE COLETA DE ESGOTO E TRATAMENTO		
Coleta de esgoto	Tratamento do esgoto coletado	Atendimento total da população
12,46%	80,10%	8,99 %

Fonte: Indicador SNIS, 2024.

A precariedade na coleta e tratamento de esgoto está diretamente relacionada ao aumento de doenças infecciosas, especialmente em comunidades de baixa renda e

periferias urbanas, onde a ausência de saneamento básico adequado favorece a disseminação de agravos como hepatites virais, diarreias, verminoses e leptospirose. Essa realidade impõe desafios importantes ao sistema de saúde e evidencia a necessidade de políticas públicas integradas entre as áreas de saneamento e saúde.

No que diz respeito à gestão de resíduos sólidos, a cobertura no estado é de 82,13%, concentrando-se majoritariamente nas zonas urbanas, enquanto em áreas rurais a coleta é restrita ou inexistente. A geração per capita de resíduos sólidos é de 0,77 kg/habitante/dia, com uma taxa de reciclagem de apenas 2,57%, segundo dados do SNIS (2024). A baixa efetividade na coleta seletiva e no reaproveitamento dos resíduos impacta negativamente o meio ambiente e aumenta os riscos à saúde pública, sobretudo quando o descarte irregular resulta em acúmulo de lixo, proliferação de vetores (como mosquitos, roedores e escorpiões) e contaminação de corpos d'água, conforme demonstra a tabela 3.

Tabela 3 - Coleta de Resíduos Sólidos no estado de Rondônia, 2024.

INDICADOR ESTADUAL DE COLETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS		
Cobertura total	Massa coletada total	Taxa recuperação
82,13%	0,77 kg/hab/dia	2,57 %

Fonte: Indicador SNIS, 2024.

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade urgente de implementação de estratégias eficazes para reverter o atual cenário de precariedade no saneamento básico e no manejo de resíduos sólidos em Rondônia. Essa realidade impacta diretamente no processo de adoecimento da população, sobretudo das parcelas mais vulneráveis, configurando-se como um dos principais determinantes sociais da saúde no estado. O déficit estrutural nesses serviços essenciais contribui para o agravamento das iniquidades em saúde, ampliando a exposição da população a riscos ambientais e sanitários, além de sobrecarregar o sistema público de saúde com doenças evitáveis.

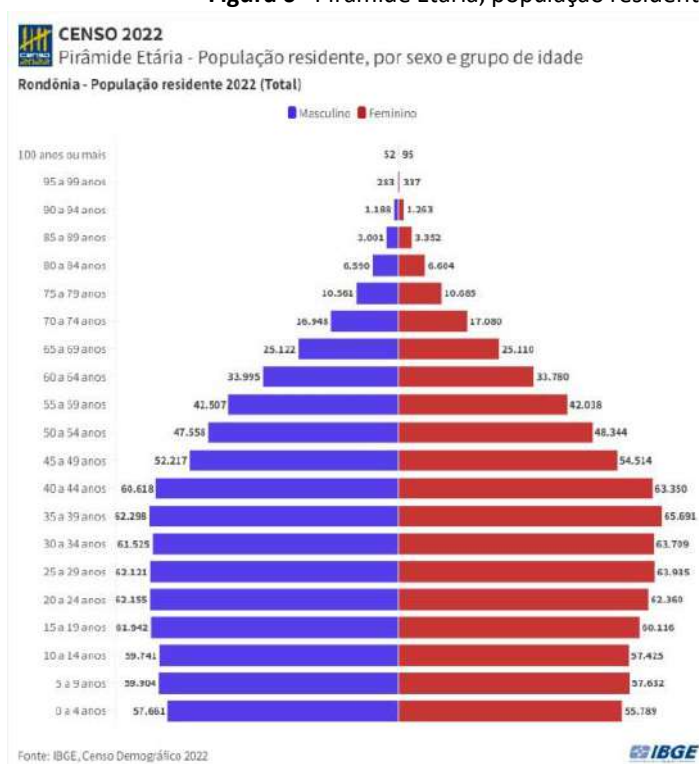
Assim, a ampliação da cobertura, a qualificação da infraestrutura e a integração das políticas de saneamento com as ações de saúde pública devem ser tratadas como

prioridades estratégicas para a promoção da saúde coletiva, a prevenção de agravos e o fortalecimento do desenvolvimento sustentável em Rondônia.

3.1.2 Dados Demográficos

De acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2022), o estado de Rondônia possui uma população total de 1.581.196 habitantes. A densidade demográfica é de 6,65 habitantes por km², refletindo a distribuição populacional em um território predominantemente rural e com áreas de baixa ocupação. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estadual é de 0,700, classificando Rondônia na faixa de desenvolvimento humano alto, embora ainda existam importantes desigualdades regionais que impactam o acesso a direitos sociais, especialmente saúde, educação e saneamento básico. Esses dados são fundamentais para orientar o planejamento de políticas públicas mais equitativas e territorialmente adequadas.

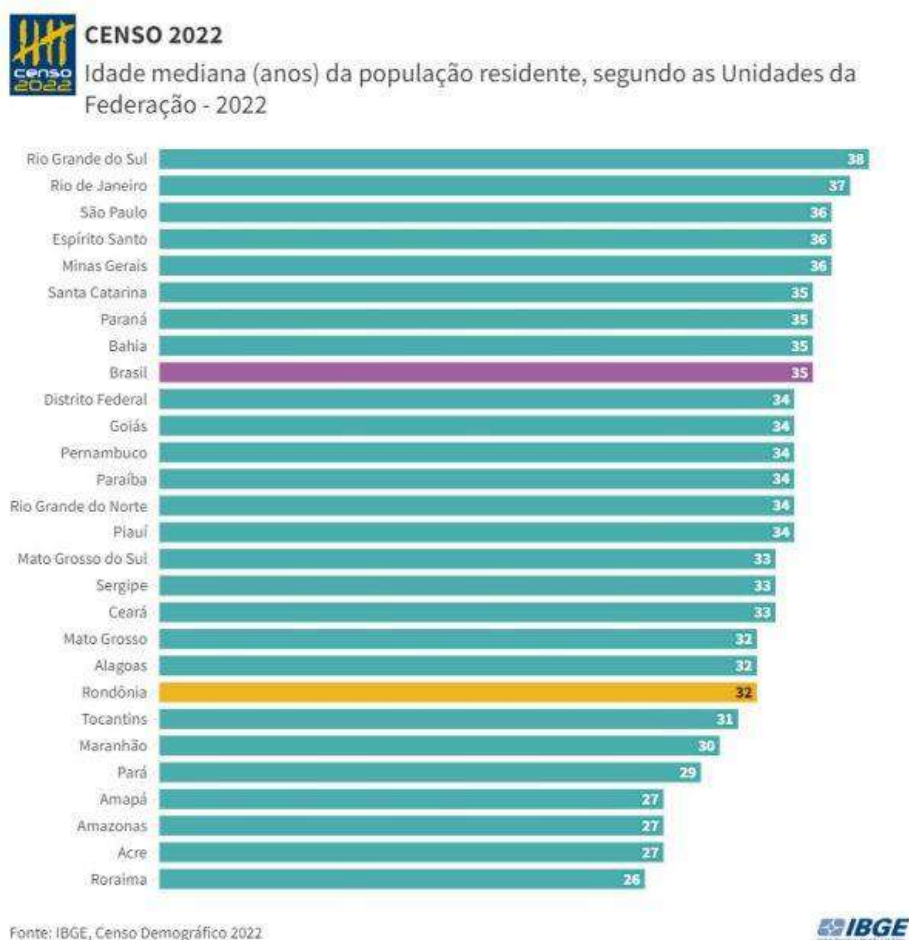
Figura 6 - Pirâmide Etária, população residente, 2022.



Os dados do Censo Demográfico 2022 apontam que Rondônia tem idade mediana de 32 anos, sendo a maior da Região Norte, mas inferior à idade mediana brasileira (35 anos). Os dados do Censo, divulgados pelo IBGE, contribuem para uma compreensão mais precisa da composição demográfica da população de Rondônia, revelando especificidades relevantes dentro do contexto regional da Amazônia Legal. A razão de sexo, que expressa o número de homens para cada 100 mulheres, apresenta variações significativas entre os municípios rondonienses. Observa-se predomínio masculino em localidades como Rio Crespo, Campo Novo de Rondônia, Parecis, Machadinho d'Oeste, Vale do Anari e Itapuã do Oeste, municípios com forte presença de atividades econômicas associadas ao setor primário, como agropecuária, manejo florestal e mineração, historicamente marcadas pela concentração de mão de obra masculina. Em contrapartida, municípios de maior urbanização e oferta de serviços, como Cacoal, Porto Velho, Ji-Paraná, Ariquemes e Vilhena, apresentam predominância feminina, o que pode estar relacionado à migração em busca de oportunidades em áreas como saúde, educação e comércio.

Além disso, Rondônia apresenta uma idade mediana de 32 anos, a mais elevada da Região Norte, o que indica um processo moderado de transição demográfica. Embora inferior à idade mediana nacional (35 anos), esse dado revela um envelhecimento progressivo da população estadual, com implicações diretas para a estrutura de oferta dos serviços públicos, especialmente nas áreas de saúde e previdência social. A leitura desses indicadores, dentro do contexto amazônico, reforça a importância de políticas públicas regionalizadas que considerem as dinâmicas sociodemográficas locais, respeitando as singularidades da população rondoniense.

Figura 7: Idade mediana por unidade da federação, 2022.



3.1.2.1 Dados sociodemográficos

A análise dos dados sociodemográficos apresentados na Tabela 4, com recorte por Regiões de Saúde do estado de Rondônia, permite identificar elementos estruturantes dos determinantes sociais da saúde no território. Esses fatores, como escolaridade, renda e distribuição populacional, influenciam diretamente o acesso, a qualidade e a efetividade das ações e serviços de saúde. A Região Madeira-Mamoré, que compreende municípios de maior porte como Porto Velho, destaca-se por abrigar a maior população (620.294 habitantes) e apresentar a maior renda média (2,2 salários mínimos). Essa concentração populacional e econômica tende a atrair mais oferta de serviços públicos e privados, infraestrutura e profissionais de saúde, o que pode refletir em melhores indicadores de acesso. No entanto, também impõe desafios relacionados à sobrecarga da rede assistencial e à desigualdade de acesso.

Tabela 4 - Características sociodemográficas por regiões de saúde, Rondônia, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO ESTIMADA TOTAL (2024)	TAXA DE ALFABETIZAÇÃO (6 a 14 anos) %	RENDA MÉDIA (salário mínimo)
REGIÃO DO CAFÉ	184.948	97,3	1,8
MADEIRA-MAMORÉ	620.294	94,5	2,2
VALE DO JAMARI	236.275	94,8	2,1
CENTRAL	354.543	97,1	1,8
ZONA DA MATA	137.958	96,8	1,9
CONE SUL	168.222	97,1	2,0
VALE DO GUAPORÉ	43.987	96,4	1,8

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

Já a Região do Café, apesar de ter uma população menor (184.948 habitantes), apresenta a maior taxa de alfabetização na faixa etária de 6 a 14 anos (97,3%). Esse dado sugere políticas educacionais mais eficazes no território, o que, sob a ótica da saúde pública, representa um fator protetor a longo prazo, dado o impacto da escolaridade sobre a adoção de práticas de autocuidado, adesão a tratamentos e uso adequado dos serviços de saúde.

Regiões como o Vale do Guaporé, com menor população (43.987) e renda média (1,8 salários mínimos), refletem vulnerabilidades importantes, muitas vezes associadas ao isolamento geográfico, baixa cobertura de políticas públicas e acesso limitado à saúde, educação e saneamento. Esse cenário configura um perfil de risco ampliado para doenças negligenciadas, agravos evitáveis e exclusão social. Portanto, compreender essas disparidades regionais à luz dos determinantes sociais é essencial para a formulação de políticas de saúde equitativas, que respeitem as especificidades territoriais e priorizem os territórios com maior vulnerabilidade socioeconômica.

3.1.2.2 Dados epidemiológicos

O serviço hospitalar de emergência caracteriza-se pela alta demanda de atendimentos de origem clínicas e traumáticas, sendo o **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**, o **Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)** e o **Traumatismo Cranioencefálico (TCE)** as principais causas de procura por essas unidades (Junior et al., 2020). Com base nos dados da Tabela 6, observa-se um importante panorama epidemiológico sobre as principais causas de mortalidade no estado de Rondônia, destacando-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as causas externas. Esses agravos configuram-se como relevantes problemas de saúde pública, especialmente por seu alto impacto na morbimortalidade, na sobrecarga dos serviços hospitalares e nos custos sociais e econômicos.

A Região de Saúde Madeira-Mamoré apresenta as maiores taxas de mortalidade tanto por IAM (169 óbitos por 100 mil habitantes) quanto por AVC (199/100 mil), evidenciando uma elevada carga de doenças cardiovasculares. Este dado é particularmente alarmante, considerando que boa parte desses agravos é passível de prevenção e manejo adequado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa elevada mortalidade pode indicar falhas na identificação precoce dos fatores de risco, no controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, e na organização da rede assistencial para o cuidado contínuo. A Região Central também apresenta taxas expressivas de mortalidade por IAM (135) e AVC (168), reforçando a necessidade de fortalecimento da linha de cuidado cardiovascular e da integração entre os pontos de atenção. Por outro lado, regiões como Vale do Guaporé e Cone Sul apresentam taxas relativamente mais baixas, o que pode refletir menor densidade populacional, subnotificação ou dificuldade de acesso aos serviços e diagnósticos.

No que tange às causas externas, que incluem acidentes, homicídios, suicídios e outras situações de natureza não natural, a Região Madeira-Mamoré novamente lidera com 48 óbitos por 100 mil habitantes, seguida pela Região Central (26). Esses dados reforçam a complexidade dos determinantes sociais da saúde e a necessidade de ações intersectoriais voltadas à prevenção da violência, dos acidentes de trânsito, além de políticas de promoção da saúde mental.

A análise dessas taxas, portanto, reforça a importância de intervenções estratégicas em dois eixos principais: a qualificação da APS como porta de entrada preferencial do sistema, com capacidade de prevenção, vigilância e manejo clínico oportuno; e a organização eficiente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), garantindo resposta rápida e resolutiva aos eventos agudos cardiovasculares e traumáticos. Além disso, evidencia-se a urgência de políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais e promovam ambientes seguros e saudáveis, reduzindo o impacto das causas externas sobre a saúde da população rondoniense. Com base nos dados Vide demonstrativo dessas informações na tabela abaixo.

Tabela 6 - Taxa de mortalidade por IAM, AVC e causas externas, segundo a população estimada por regiões de saúde, Rondônia.

REGIÃO DE SAÚDE	TAXA POR IAM (2024)	TAXA POR AVC (2024)	TAXA POR CAUSAS EXTERNAS (2024)
REGIÃO DO CAFÉ	63	84	13
MADEIRA-MAMORÉ	169	199	48
VALE DO JAMARI	108	89	18
CENTRAL	135	168	26
ZONA DA MATA	47	56	5
CONE SUL	36	57	8
VALE DO GUAPORÉ	12	16	3

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, com base no SIM/NASS/GTVEP/AGEVISA-RO.

*Vale do Guaporé, possui uma população menor que 100.000 habitantes, portanto não há cálculo para taxa de mortalidade, permanecendo apenas o valor absoluto de mortes.

O perfil das unidades hospitalares de emergência no Brasil é marcado por uma elevada demanda de atendimentos clínicos e traumáticos, refletindo a complexidade e a sobrecarga desses serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo estudo de Júnior et al. (2020), as principais causas de procura pelos serviços de urgência e emergência são o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Traumatismo Cranioencefálico (TCE), condições que exigem resposta rápida e especializada, com infraestrutura adequada para diagnóstico e intervenção imediata.

Esse padrão de demanda está diretamente relacionado à alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes e

dislipidemias, que representam as principais causas de mortalidade no país e no mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), as DCNT geram um expressivo número de mortes prematuras e impactam negativamente a qualidade de vida da população, ocasionando limitações nas atividades laborais, sociais e de lazer, além de provocar elevados custos econômicos e sociais. Esses efeitos são ainda mais severos entre as populações mais vulneráveis, ampliando as desigualdades sociais em saúde. Essas enfermidades estão fortemente associadas a fatores de risco modificáveis, como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso nocivo de álcool e estresse crônico.

Dessa forma, compreender o perfil dos atendimentos nas portas de entrada da rede de urgência e emergência é fundamental para o planejamento de estratégias que integrem a atenção especializada e o cuidado contínuo das condições crônicas. Isso reforça a importância da articulação entre os níveis de atenção, a organização dos fluxos assistenciais e o fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde no território.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as doenças cardiovasculares, que integram o grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), figuram entre as principais causas de morte no mundo. Esse grupo engloba diversas condições que afetam o coração e os vasos sanguíneos e incluem:

- Doença coronariana (doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco);
- Doença cerebrovascular (doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro);
- Doença arterial periférica (doença dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores);
- Doença cardíaca reumática (danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas);
- Cardiopatia congênita (malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento);
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar (coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões);

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares configuram-se como importantes causas de mortalidade em âmbito global. De acordo com a Organização

Mundial da Saúde (WHO, 2021), estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram em decorrência dessas enfermidades em 2016, representando aproximadamente 31% de todos os óbitos mundiais. Desse total, cerca de 85% são atribuídos especificamente ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Ambos os agravos pertencem ao grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cuja incidência está fortemente associada a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, obesidade e consumo nocivo de álcool.

A relevância desses dados é ainda mais acentuada quando analisada sob a perspectiva da Rede de Atenção às Urgências (RAU), uma vez que essas condições representam parte significativa das causas de internação e morte nas portas hospitalares de emergência. No contexto do estado de Rondônia, por exemplo, observa-se elevada taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares em regiões como Madeira-Mamoré e Central, refletindo possíveis fragilidades tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto na capacidade de resposta oportuna e resolutiva da rede hospitalar.

Paralelamente, as causas externas, conforme definidas pelo capítulo XX (V01-Y98) da CID-10, também se configuram como graves agravos à saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Essas causas incluem lesões e traumatismos decorrentes de eventos como quedas, acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, afogamentos e envenenamentos. No estado de Rondônia, observa-se concentração significativa de óbitos por causas externas nas regiões com maior densidade populacional, destacando-se, novamente, Madeira-Mamoré.

Tais eventos apresentam elevado potencial de impacto na demanda por atendimentos de urgência e emergência, muitas vezes exigindo recursos de alta complexidade como suporte avançado de vida, intervenções cirúrgicas imediatas e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além dos impactos clínicos, as causas externas geram profundas repercussões sociais e econômicas, com custos significativos para o sistema de saúde e para as famílias atingidas.

Diante desse cenário, torna-se imperativo adotar estratégias intersetoriais e ações coordenadas na RAS que integrem vigilância em saúde, prevenção de fatores de risco, fortalecimento da APS, qualificação da resposta das portas de urgência e investimentos em segurança viária e políticas de enfrentamento à violência. O

enfrentamento qualificado das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e causas externas é essencial para a redução das iniquidades em saúde, melhoria dos indicadores de morbimortalidade e fortalecimento da efetividade do sistema de saúde.

4. DIMENSIONAMENTO DAS DEMANDAS DAS URGÊNCIAS

O dimensionamento das demandas por atendimentos de urgência e emergência é uma etapa estratégica e indispensável para a organização eficiente da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Estado de Rondônia. Esse processo envolve a análise qualificada de dados epidemiológicos, séries históricas de atendimentos, perfil sociodemográfico da população e características regionais, permitindo identificar padrões de ocorrência de agravos agudos e orientar a estruturação dos serviços conforme a realidade territorial.

Com base nesse diagnóstico situacional, torna-se possível planejar de forma racional a alocação de recursos humanos, logísticos e estruturais, como equipes multiprofissionais, ambulâncias do SAMU, leitos de retaguarda e serviços hospitalares de referência, garantindo maior resolutividade e celeridade na resposta às urgências clínicas, traumáticas e obstétricas. Essa capacidade de planejamento se traduz diretamente na redução de tempos de espera, qualificação do cuidado, diminuição da mortalidade evitável e otimização dos fluxos assistenciais entre os pontos de atenção.

No contexto rondoniense, marcado por desafios como a ampla dispersão geográfica, baixa densidade populacional em regiões remotas e fragilidades na cobertura de serviços, o dimensionamento adequado das demandas se apresenta como ferramenta essencial para o fortalecimento da regionalização da RAU. Além disso, sustenta decisões gerenciais baseadas em evidências e permite ajustes dinâmicos na rede, assegurando a continuidade do cuidado e a equidade no acesso para toda a população.

Posto isto, o dimensionamento das demandas de urgência no Estado de Rondônia foi estabelecido com base no Planejamento Regional Integrado (PRI), instrumento norteador da organização da Rede de Atenção à Saúde. Como parte desse

processo, foram pactuadas as Prioridades Sanitárias das Macrorregiões de Saúde I e II, por meio das Resoluções CIB/RO nº 574 e nº 575, de 21 de outubro de 2022. Essas definições foram validadas em instância colegiada pelos gestores estaduais e municipais, reforçando o compromisso com a regionalização, a equidade no acesso e a efetividade da Rede de Atenção às Urgências no território rondoniense.

Considerando que o processo de planejamento em saúde é dinâmico e deve acompanhar a constante evolução dos cenários epidemiológicos, demográficos e socioassistenciais, em dezembro de 2025 foram incorporadas atualizações aos Planos Regionais de Saúde, com base nas necessidades emergentes identificadas nos territórios. Essas atualizações fortaleceram o alinhamento entre o planejamento estratégico e a realidade operacional das regiões de saúde, tornando as propostas mais responsivas e efetivas. Ressalta-se que o planejamento é uma etapa essencial para transformar diretrizes e intenções em ações concretas, viabilizando a organização racional dos recursos, a definição de prioridades e o monitoramento de resultados. É a partir dele que se constrói uma rede de atenção resolutive, equitativa e centrada nas reais necessidades da população.

4.1 Serviços de Urgência e Emergência existentes no estado de Rondônia

Analisar os serviços disponíveis no território, é uma oportunidade para conhecer o cenário da assistência à saúde, refletindo não apenas na análise da infraestrutura de saúde de uma região, mas também nas possibilidades de atendimento eficaz e oportuno às urgências e emergências. A complexidade e a abrangência desses serviços variam amplamente, desde unidades básicas de saúde, pronto atendimento até hospitais de referência emergências clínicas e cirúrgicas, cada um desempenhando um papel fundamental na rede de assistência à saúde.

A disponibilidade e acessibilidade desses serviços, aliadas à sua qualidade e capacidade de resposta, desempenham um papel determinante na proteção e preservação da vida humana em situações críticas, demonstrando a importância contínua de investimentos e aprimoramentos nessa área vital da medicina contemporânea.

4.1.2 Atenção Primária

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção primária à saúde (APS) é a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde. Desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, atuando como ponto inicial e central para a prestação de cuidados médicos. A presença e efetividade de uma APS representa não apenas a base do sistema de saúde de uma comunidade, mas também um indicador vital de sua capacidade de fornecer assistência médica abrangente e acessível a todos os seus cidadãos. Por meio de serviços de saúde preventivos, educacionais e curativos, a APS não apenas aborda as necessidades de saúde imediatas, mas também trabalha para promover estilos de vida saudáveis e comunidades resilientes, contribuindo assim para o bem-estar geral e a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade na totalidade.

No estado de Rondônia a cobertura de atenção primária à saúde é de 78,8%. A cobertura da (APS) em Rondônia tem apresentado avanços significativos nos últimos anos, impulsionada por políticas de expansão e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). Embora os dados oficiais mais recentes ainda não estejam completamente atualizados nos sistemas do Ministério da Saúde, como o e-Gestor AB e o SISAB, é possível observar, com base em fontes institucionais e estimativas técnicas, uma trajetória de crescimento. Estudos apontam que a cobertura da ESF no estado evoluiu de 58,12% em 2009 para aproximadamente 78,8% em 2023, revelando esforços contínuos de ampliação do acesso à APS.

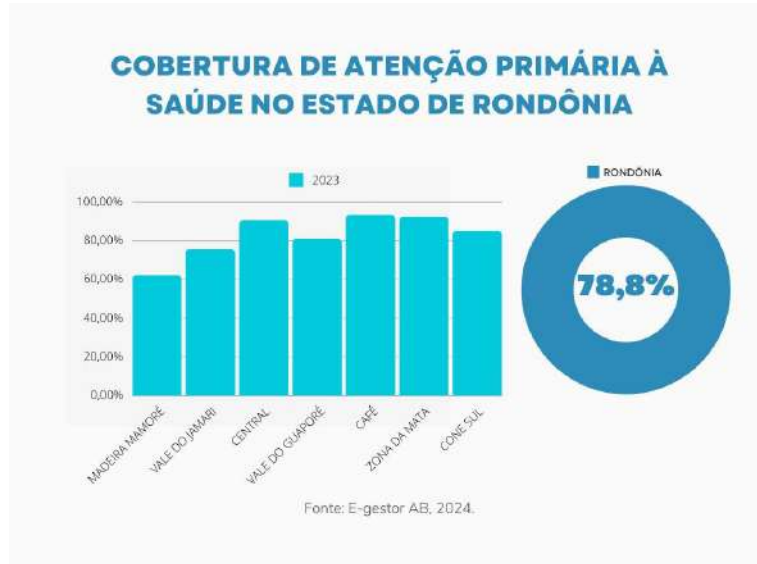
Apesar desses avanços, é importante destacar que os dados mais atualizados sobre a cobertura efetiva da APS em Rondônia ainda não constam nos painéis públicos e bancos de dados consolidados do Ministério da Saúde. Por isso, as análises disponíveis baseiam-se em estimativas e projeções a partir dos investimentos realizados e das habilitações publicadas. Essa limitação evidencia a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação, para garantir maior transparência e monitoramento da efetividade das ações de saúde.

Nesse contexto, a APS segue sendo a principal porta de entrada do SUS e pilar estruturante das Redes de Atenção à Saúde, inclusive no estado de Rondônia, onde sua

ampliação é estratégica para a superação de desigualdades regionais, fortalecimento da atenção contínua e qualificação da resposta às necessidades da população.

Abaixo os dados:

Figura 8 - Cobertura de atenção primária à saúde no estado de Rondônia no ano de 2023.



Ao estratificar por região de saúde, temos a seguinte distribuição:

Tabela 7 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), Rondônia, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	% COBERTURA DA APS
REGIÃO DO CAFÉ	93,47
MADEIRA- MAMORÉ	62,19
VALE DO JAMARI	75,7
CENTRAL	90,55
ZONA DA MATA	92,57
CONE SUL	85,28
VALE DO GUAPORÉ	80,97

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, com base no E-GESTOR, 2024.

A análise da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado de Rondônia, conforme os dados de 2023 extraídos do sistema e-Gestor AB, evidencia importantes disparidades regionais no acesso aos serviços essenciais de saúde. A cobertura da APS é um dos principais indicadores da capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em ofertar cuidados contínuos, integrais e resolutivos, especialmente no âmbito da prevenção, promoção da saúde e controle das condições crônicas. Os dados revelam que cinco das sete Regiões de Saúde do estado apresentam cobertura superior a 80%, sendo que três delas ultrapassam 90%: Região do Café (93,47%), Zona da Mata (92,57%) e Região Central (90,55%). Esses índices refletem um esforço consistente de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como da adesão de gestores locais às políticas de fortalecimento da APS.

Entretanto, duas regiões permanecem com cobertura abaixo do patamar ideal de 80% preconizado pelo Ministério da Saúde: a Região Madeira-Mamoré, com apenas 62,19%, e o Vale do Jamari, com 75,7%. A baixa cobertura na Região Madeira-Mamoré, por exemplo, é particularmente preocupante, considerando que esta é a mais populosa do estado e concentra a capital Porto Velho, um importante polo de serviços de média e alta complexidade. A lacuna na cobertura da APS nessa região compromete a ordenação do cuidado, favorece a procura direta por unidades hospitalares e contribui para a sobrecarga das portas de urgência e emergência, fenômeno já identificado em outros estudos e relatórios de avaliação da Rede de Atenção às Urgências.

O fortalecimento da APS é, portanto, estratégico para reduzir interações por condições sensíveis à atenção primária, garantir o cuidado longitudinal e otimizar o funcionamento das redes regionais de saúde. Esses dados reforçam a necessidade de políticas específicas de indução e financiamento para regiões com cobertura insuficiente, bem como o monitoramento contínuo das ações implementadas. A qualificação da APS, por meio de investimentos em infraestrutura, força de trabalho e sistemas de informação, é essencial para a efetividade da Rede de Atenção à Saúde em Rondônia.

As interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), são definidas como os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode se mitigar por uma atenção primária resolutiva e eficiente.

Em Rondônia, em 2025 até o momento, foram registradas 20.099 internações por condições sensíveis (ou seja, adoecimentos/prevenções que, em muitos casos, poderiam ser evitados ou tratados precocemente fora do hospital, atenção primária, atenção domiciliar, vigilância, etc.). A elevada quantidade de internações por essas causas revela fragilidades na atenção primária, vigilância em saúde e no cuidado contínuo, pois patologias que deveriam ser manejadas antes da necessidade de internação acabam consumindo recursos hospitalares.

Tabela 8 - Internações por condições sensíveis, primeiro semestre de 2025.

Região de Saúde (CIR) de Resid	Vale do Jamari	Café	Central	Madeira Mamoré	Zona da Mata	Cone Sul	Vale do Guaporé	Total
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	1	1	3	211	2	0	0	218
2.Gastroenterites Infecciosas e complicações	158	118	128	95	84	33	31	647
3. Anemia	55	72	194	70	53	45	12	501
4.Deficiências nutricionais	0	2	1	1	0	1	0	5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	52	109	49	56	100	21	12	399
6.Pneumonia	622	707	1.759	654	536	424	175	4.877
7. Asma	49	122	113	88	63	15	11	461
8. Doenças pulmonares	87	160	189	207	87	70	13	813
9.Hipertensão	41	52	94	33	70	240	17	547
10. Doenças isquêmicas do coração	38	195	209	502	3	55	2	1.004
11.Insuficiência cardíaca	106	189	254	238	58	73	18	936
12. Doenças cerebrovasculares	50	212	191	247	22	54	5	781
13. Diabetes mellitus	169	199	223	115	66	144	10	926
14. Epilepsias	36	101	30	160	29	39	3	398
15. Insuficiência renal	57	120	169	144	12	75	4	581
16. Infecção da pele e do tecido subcutâneo	125	122	213	177	40	47	35	759
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	15	13	43	30	13	5	1	120
18. Úlcera gastrointestinal	8	7	39	11	3	3	1	72
19. Complicações da gravidez e do parto	580	828	1.660	1.358	883	596	149	6.054
Total	2.249	3.329	5.561	4.397	2.124	1.940	499	20.099

Fonte: Tabwin, 2025.

A análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Estado de Rondônia, no primeiro semestre de 2025, revela importantes padrões epidemiológicos e assistenciais que refletem a efetividade e os desafios da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território. Esses agravos, por definição, são condições que, se adequadamente acompanhadas e gerenciadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), poderiam ser evitadas ou, ao menos, controladas sem a necessidade de internação hospitalar.

O total de 20.099 internações distribuídas entre as sete regiões de saúde evidencia uma sobrecarga dos serviços hospitalares, com predomínio de agravos agudos e crônicos que poderiam ser manejados de forma resolutiva nos níveis primários de atenção. As principais causas de internação foram pneumonia (4.877 casos), complicações da gravidez e parto (6.054 casos), diabetes mellitus (926 casos), doenças isquêmicas do coração (1.004 casos) e insuficiência cardíaca (936 casos), todos agravos com forte relação com a organização da atenção básica e a vigilância em saúde.

Regiões com menor densidade populacional, como o Vale do Guaporé, apesar de apresentarem menor volume absoluto de internações, mantêm o mesmo padrão epidemiológico, reforçando a homogeneidade dos desafios em saúde pública enfrentados no território estadual. A alta prevalência de agravos evitáveis indica fragilidades no acesso, continuidade e resolutividade da APS, e também evidencia desigualdades regionais que impactam a organização e o desempenho da RAS.

Dessa forma, o cenário apresentado reafirma a necessidade estratégica de fortalecer a Atenção Primária, com ampliação da cobertura, qualificação das equipes e estruturação das linhas de cuidado. Além disso, aponta para a urgência de integração entre os pontos de atenção, planejamento regionalizado com base em evidências e investimento em ações intersetoriais que abordem os determinantes sociais da saúde. O enfrentamento efetivo das ICSAP é um passo crucial para qualificar a gestão do cuidado, reduzir internações evitáveis e promover maior eficiência no uso dos recursos do SUS em Rondônia.

Em todas as regiões, observa-se a relevância das doenças respiratórias agudas e das condições obstétricas como principais causas de hospitalização. Na Região Central,

por exemplo, a pneumonia e as complicações da gravidez lideram os registros, apontando para a necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde da mulher e da criança, além da ampliação das estratégias de imunização e prevenção de infecções respiratórias.

A Região Madeira-Mamoré, que concentra a maior população do estado, também apresenta altos índices de internações por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, o que reforça a importância da qualificação das linhas de cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sobretudo na APS, com foco no controle da hipertensão, diabetes e acompanhamento dos fatores de risco. Situação semelhante é identificada nas regiões do Café e Cone Sul, onde as doenças crônicas se somam aos agravos respiratórios e às condições obstétricas como principais causas de internação.

Conforme destaca Eugênio Vilaça Mendes (2012), a baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) contribui significativamente para o deslocamento inadequado de usuários para os serviços de média e alta complexidade, inclusive em situações clínicas que poderiam ser eficientemente manejadas no âmbito da atenção básica. Esse fluxo desordenado impacta diretamente a rede de urgência e emergência, agravando a superlotação das portas hospitalares, aumentando as filas de espera e promovendo a utilização inadequada dos recursos de maior complexidade.

Essa situação se evidencia nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que representam um importante indicador da efetividade da APS. A elevada ocorrência dessas internações revela falhas no acesso oportuno, no seguimento clínico contínuo e na capacidade resolutiva dos serviços de atenção básica. Segundo Silva et al. (2020), a superlotação dos serviços de urgência e emergência gera consequências relevantes, como aumento da morbimortalidade, elevação do risco de eventos adversos e crescimento dos custos hospitalares. Além disso, compromete a qualidade da assistência, gerando insegurança para os usuários e sobrecarga para os profissionais. Nesse contexto, reforça-se a necessidade estratégica de fortalecer a APS no território rondoniense, por meio da ampliação da cobertura, qualificação das equipes, coordenação do cuidado e integração efetiva com os demais pontos de atenção. Tal medida é essencial para a organização racional da Rede de Atenção às

Urgências (RAU), reduzindo a demanda evitável nos serviços hospitalares e promovendo maior eficiência e equidade no sistema de saúde.

4.1.2 Atenção Secundária

4.1.2.1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

As Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs 24h) constituem serviços de média complexidade, posicionando-se entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a rede hospitalar. Operam ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias por semana, e integram uma rede estruturada de atenção às urgências e emergências, com pactuação e definição clara de protocolos e fluxos assistenciais. O principal objetivo dessas unidades é proporcionar o acolhimento imediato e qualificado dos usuários, assegurando a estabilização clínica, o manejo adequado dos quadros de urgência e a regulação para níveis de complexidade superiores, conforme a gravidade e necessidade do paciente (BRASIL, 2013).

Conforme demonstrado na tabela 09 o estado de Rondônia possui 08 UPA's 24h, a saber:

Tabela 9 - Unidade de Pronto Atendimento em Rondônia.

REGIÃO DE SAÚDE	UPA	Habilitação	Qualificação
CAFÉ	Cacoal - UPA 24H	Pendente	Pendente
MADEIRA-MAMORÉ	Porto Velho - UPA 24H Zona Leste	Portaria nº 2.461/2012	Portaria nº 1.379/2023
	Porto Velho - UPA 24H Zona Sul	Portaria nº 2.460/2012	Portaria 1.377/2023
	Jaci Paraná - UPA 24H	Portaria nº 3.463/2021	Pendente
VALE DO JAMARI	Ariquemes - UPA 24H	Portaria nº 3.851/2017	Portaria 4.780/2022
CENTRAL	Ji Paraná - UPA 24H	Pendente	Pendente
ZONA DA MATA	Rolim de Moura - UPA 24H	Portaria nº 658/2012	Pendente
CONE SUL	Vilhena - UPA 24H	Portaria nº 1.811/2023	Portaria nº 3.251/2024
VALE DO GUAPORÉ	Não dispõe	-	-

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências RO, 2026.

Vale destacar que o município de Ji-Paraná encontra-se em processo de habilitação de sua Unidade de Pronto Atendimento (UPA) junto ao Ministério da Saúde, enquanto o município de Cacoal, até o momento, não iniciou os trâmites necessários para esse processo. Essa situação demanda atenção especial, pois, apesar de não estarem habilitadas, ambas as unidades seguem ofertando atendimento à população, sendo integralmente financiadas com recursos próprios dos municípios, sem a contrapartida financeira da União e do Estado.

Esse cenário evidencia uma lacuna importante na consolidação do componente pré-hospitalar fixo da Rede de Atenção às Urgências (RUE) em Rondônia, comprometendo a sustentabilidade financeira e a qualificação da oferta dos serviços. A ausência de habilitação junto ao Ministério da Saúde implica não apenas na falta de cofinanciamento federal, mas também na limitação de investimentos estruturantes, como recursos humanos, equipamentos e manutenção da capacidade operacional. Diante disso, é fundamental a articulação dos intergestores para a construção de estratégias que acelerem o processo de habilitação das UPAs em funcionamento, garantindo a regularização dos repasses financeiros e fortalecendo a integração dessas unidades à RUE estadual. Tal medida é estratégica para assegurar a continuidade, a resolutividade e a equidade do atendimento de urgência no território rondoniense.

4.1.2.2 Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências (RAU), instituído com o objetivo de prestar atendimento pré-hospitalar móvel às vítimas de agravos agudos que possam evoluir para risco de morte, sequelas ou sofrimento intenso. Sua atuação é fundamental na redução da morbimortalidade, promovendo intervenções clínicas precoces em situações de urgência de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, psiquiátrica ou traumática, por meio de unidades móveis tripuladas por equipes multiprofissionais capacitadas, acionadas via Central de Regulação das Urgências (CRU), através do número 192 (BRASIL, 2013)

No estado de Rondônia, a cobertura do SAMU ainda é limitada e concentra-se, majoritariamente, na Macrorregião de Saúde I. Atualmente, o serviço encontra-se em funcionamento em 10 municípios e um distrito: Porto Velho e o Distrito de Jaci-Paraná (Região de Saúde Madeira-Mamoré), e nos municípios de Ariquemes, Machadinho D'Oeste, Cujubim, Buritis, Alto Paraíso, Rio Crespo e Campo Novo de Rondônia (Região de Saúde Vale do Jamari). Já na Macrorregião II, a cobertura é ainda mais restrita, contando apenas com uma Central de Regulação sediada em Ji-Paraná e uma base descentralizada em Ouro Preto do Oeste, ambas sem portaria ministerial de habilitação e qualificação, o que compromete a formalização e o cofinanciamento do serviço.

Apesar da vigência do Projeto Dissemina SAMU em Rondônia, iniciativa nacional voltada à expansão qualificada do serviço em regiões com baixa cobertura, o avanço na implantação do SAMU no estado ainda enfrenta desafios significativos. A limitação na cobertura territorial representa um entrave para a integralidade do cuidado nas situações de urgência, sobretudo em áreas remotas ou de difícil acesso, comprometendo a equidade e a resposta oportuna da rede. Diante desse cenário, torna-se urgente o fortalecimento das ações de planejamento regional, com vistas à ampliação da cobertura do SAMU, à habilitação das centrais e bases existentes e à consolidação do serviço como eixo estruturante da RAU no território rondoniense. Isso permitirá maior eficiência na resposta às emergências, redução de agravos evitáveis e maior integração entre os componentes da rede de atenção à saúde.

Tabela 10 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Rondônia, habilitados junto ao Ministério da Saúde.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	PORTARIA DE HABILITAÇÃO	PORTARIA DE QUALIFICAÇÃO
Madeira Mamoré	Porto Velho	PORTARIA Nº 3.077/2008 PORTARIA Nº 1.753/2021	Pendente
	Jaci Paraná	PORTARIA Nº 1.724/2023	Pendente
Vale do Jamari	Ariquemes	PORTARIA Nº 2.928/2012	PORTARIA Nº 4.752/ 2022
	Cujubim	PORTARIA Nº	PORTARIA Nº 4.392/2022

		3.269/2016	
	Machadinho do Oeste	PORTARIA Nº 3.353/2016	PORTARIA Nº 4.752/ 2022
	Campo Novo de Rondônia	PORTARIA Nº 2.236/2017	PORTARIA Nº 5.533/2024
	Buritis	PORTARIA Nº 911/2015	Pendente
	Alto Paraíso	PORTARIA Nº 7.090/2025 PORTARIA Nº 7.138/2025	Pendente
	Rio Crespo	Pendente	Pendente
	Cacaulândia	Pendente	Pendente
Central	Ouro Preto	Pendente	Pendente
	Ji- paraná	Pendente	Pendente

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências RO, 202.

Nos municípios do Estado de Rondônia onde o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ainda não está implantado, o atendimento pré-hospitalar é realizado, predominantemente, por meio de ambulâncias hospitalares classificadas como Tipo A, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002. Esses veículos são destinados exclusivamente ao transporte em decúbito horizontal de pacientes sem risco iminente de vida, para remoções simples e eletivas. No entanto, não possuem a infraestrutura necessária para suporte básico ou avançado de vida, tampouco são tripulados por equipes treinadas em atendimento pré-hospitalar de urgência, o que limita sua capacidade de resposta em situações críticas.

Essa limitação representa um importante fator de vulnerabilidade no cuidado às urgências e emergências no território rondoniense, especialmente nas regiões mais remotas ou de difícil acesso, onde a ausência de resposta adequada pode resultar em desfechos clínicos desfavoráveis, agravamento do quadro de saúde e óbitos evitáveis. Diante desse cenário, torna-se tecnicamente imprescindível a expansão da cobertura do SAMU no estado, com implantação de novas Centrais de Regulação e bases descentralizadas habilitadas, além da qualificação das equipes assistenciais. A presença de um serviço móvel de urgência estruturado garante o atendimento imediato no local

do evento, a estabilização clínica e o transporte regulado e hierarquizado para unidades de referência, conforme critérios clínicos e logísticos definidos pela Central de Regulação Médica.

A ampliação do SAMU em Rondônia deve ser considerada uma estratégia prioritária no fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), promovendo a integralidade do cuidado, a equidade no acesso e a efetividade das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir diretamente para a redução da morbimortalidade associada a causas evitáveis.

5. COMPONENTE HOSPITALAR

O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Rondônia tem como objetivo assegurar o atendimento contínuo e integral às demandas espontâneas e referenciadas, abrangendo urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumatológicas, obstétricas e de saúde mental, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Este componente é estruturado pelas Portas Hospitalares de Urgência, que funcionam como pontos de entrada para o atendimento imediato; pelas enfermarias de retaguarda, destinadas à estabilização e continuidade do cuidado; pelos leitos de terapia intensiva, que suportam os casos críticos; além dos serviços complementares de diagnóstico por imagem e laboratorial essenciais para a definição terapêutica. Ainda, integra-se às linhas de cuidado prioritárias que direcionam o manejo clínico específico, garantindo resolutividade e eficiência na resposta hospitalar, em consonância com o planejamento regional da rede estadual de saúde de Rondônia (Brasil, 2011a).

Referente à atenção terciária, no Brasil os hospitais são divididos em quatro portes, sendo eles:

- Pequeno: tem capacidade de até 50 leitos;
- Médio: possui entre 51 e 150 leitos;
- Grande: possui entre 151 e 500 leitos;
- Porte especial: quando o hospital possui mais de 500 leitos.

O estado de Rondônia conta com um grande quantitativo de hospitais de pequeno porte (45), seguido de hospitais de médio porte (13). Além disso, o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), localizado na capital de Porto Velho, é o único hospital de porte especial presente no estado. Estas informações estão dispostas na tabela abaixo.

Tabela 11 - Classificação dos portes dos estabelecimentos hospitalares segundo regiões de saúde, Rondônia. 2025.

REGIÕES DE SAÚDE	HOSPITAIS (pequeno porte)	HOSPITAIS (médio porte)	HOSPITAIS (grande porte)	HOSPITAIS (porte especial)	UNIDADES MISTAS (pequeno)	CENTRO DE PARTO NORMAL (pequeno)
REGIÃO DO CAFÉ	4	2	1	0	1	0
MADEIRA-MAMORÉ	5	6	1	1	0	0
VALE DO JAMARI	9	1	0	0	0	1
CENTRAL	11	2	1	0	3	0
ZONA DA MATA	7	2	0	0	2	0
CONE SUL	6	0	1	0	2	1
VALE DO GUAPORÉ	3	0	0	0	1	0
TOTAL	45	13	4	1	9	2

Fonte: CNES, 2025.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2013, estabelece diretrizes fundamentais para a organização do componente hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Rondônia, essas diretrizes orientam a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade no acesso à atenção hospitalar. Além disso, reforçam a importância da regionalização da atenção hospitalar, promovendo a articulação integrada entre hospitais e os demais pontos de atenção da RAS. Essa integração visa assegurar a continuidade do cuidado centrado no usuário, por meio de fluxos definidos e modelos assistenciais organizados, capazes de responder às especificidades epidemiológicas e estruturais do estado, garantindo maior resolutividade e eficiência no atendimento hospitalar.

Leitos de Unidades de Terapia Intensiva: Os leitos de terapia intensiva (UTI) constituem um componente estratégico e imprescindível da Rede de Atenção às Urgências, configurando-se como porta de entrada para casos de alta complexidade

clínica. Devido à sua capacidade de oferecer suporte avançado às funções vitais, esses leitos são fundamentais para o manejo de pacientes em estado crítico, que requerem monitoramento contínuo, intervenções especializadas e recursos tecnológicos sofisticados. A integração das UTIs na rede permite garantir a resolutividade dos atendimentos urgentes e emergenciais, assegurando fluxos assistenciais coordenados e a continuidade do cuidado em nível especializado. No contexto da Rede de Atenção à Saúde, a disponibilidade e adequada gestão dos leitos de terapia intensiva impactam diretamente na redução da mortalidade, na prevenção de sequelas e na eficiência do sistema, sendo essencial seu alinhamento com as diretrizes de regionalização e equidade, especialmente em estados com desafios territoriais como Rondônia.

No que se refere à distribuição dos leitos hospitalares no Estado de Rondônia, destaca-se a oferta de leitos complementares de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Tipo II, nas modalidades adulto e pediátrico, essenciais para o atendimento de casos de alta complexidade. Esses leitos representam um componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências (RUE), por oferecerem suporte avançado à vida em situações clínicas graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, sepse, traumas complexos, entre outros agravos tempo-dependentes.

A seguir, apresenta-se a distribuição atual desses leitos por Região de Saúde, evidenciando a capacidade instalada do estado e os desequilíbrios regionais que impactam diretamente o acesso oportuno da população aos cuidados intensivos.

Tabela 12 - Quantidade de leitos complementares (UTI) existente, por Região de saúde no estado de Rondônia.

Região de Saúde (CIR)	UTI Adulto tipo II	UTI Pediátrica tipo II
Vale do Jamari	28	4
Café	57	7
Central	45	8
Madeira-Mamoré	150	21
Zona da Mata	0	0
Cone Sul	17	0
Vale do Guaporé	0	0
Total	297	40

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 2026.

A análise da distribuição dos leitos complementares de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrico Tipo II no Estado de Rondônia evidencia importantes desigualdades regionais que impactam diretamente a resposta do sistema de saúde frente às situações de alta complexidade. De acordo com os dados apresentados na Tabela 12, Rondônia conta atualmente com 297 leitos de UTI Adulto Tipo II e 40 leitos de UTI Pediátrica Tipo II. A maior concentração desses leitos está na Região de Saúde Madeira-Mamoré, que reúne 150 leitos adultos (51% do total estadual) e 21 pediátricos, refletindo o papel desta região como polo terciário de referência, com destaque para o município de Porto Velho. Essa centralização é coerente com a presença de unidades de alta complexidade, porém, reforça a dependência das demais regiões da estrutura instalada na capital.

Por outro lado, regiões como Zona da Mata e Vale do Guaporé não dispõem de nenhum leito de UTI, tanto adulto quanto pediátrico, evidenciando um vácuo assistencial crítico para atendimento de casos graves. Nessas regiões, pacientes com quadros de descompensações clínicas, politraumatismos ou agravos tempo-dependentes (como IAM, AVC) necessitam de transferência intermunicipal regulada, o que pode comprometer a janela terapêutica ideal, elevando o risco de morbidade, mortalidade e sequelas permanentes.

A situação da UTI Pediátrica Tipo II também é preocupante. Apesar da existência de 40 leitos no estado, a distribuição é limitada a apenas quatro regiões de saúde, sendo a Região Madeira Mamoré a que concentra o maior número (21 leitos), seguida pelas regiões do Central (8), Café (7) e Vale do Jamari (4). A ausência total de UTIs pediátricas nas demais regiões compromete a integralidade do cuidado em faixa etária mais vulnerável, demandando uma atenção prioritária por parte do planejamento regional.

A presença e distribuição adequada de leitos de UTI são elementos estruturantes da Rede de Urgência e Emergência, pois garantem o suporte avançado necessário ao tratamento de pacientes em situação crítica. Essa capacidade instalada também é essencial para o funcionamento eficaz dos sistemas de regulação, evitando sobrecargas nos hospitais de referência e possibilitando a continuidade do cuidado hospitalar pós-

estabilização nas portas de entrada da urgência. Dessa forma, a análise evidencia a necessidade estratégica de ampliação e regionalização dos leitos de UTI, com prioridade para regiões atualmente descobertas. Tal ação deve estar articulada com o fortalecimento da atenção primária, do pré-hospitalar móvel (SAMU) e da porta hospitalar, promovendo equidade no acesso à alta complexidade e efetividade do sistema de saúde em Rondônia.

Leitos por Especialidade: A análise da disponibilidade de leitos hospitalares por especialidade no Estado de Rondônia revela um panorama essencial para o planejamento e fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Conforme apresentado na Tabela 13, Rondônia conta com um total de 4.866 leitos do SUS, distribuídos entre as especialidades cirúrgica, clínica, obstétrica, pediátrica e outras. Essa distribuição apresenta disparidades regionais significativas, refletindo diretamente na capacidade de resposta da rede hospitalar frente às demandas de média e alta complexidade.

A Região de Saúde Madeira-Mamoré concentra a maior parte dos leitos existentes (2.075), representando aproximadamente 43% do total estadual, sendo destaque tanto em leitos clínicos (866) quanto cirúrgicos (717). Essa concentração é compatível com o perfil da região, que abriga o maior número populacional e o principal polo hospitalar do estado, incluindo o município de Porto Velho, onde estão localizadas unidades de referência como o Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro e o Hospital de Pronto-Socorro João Paulo II.

Em contrapartida, regiões como Vale do Guaporé (109 leitos) e Zona da Mata (262 leitos) apresentam números significativamente inferiores, o que pode indicar restrição de acesso a serviços especializados, especialmente em situações de urgência e emergência, forçando a população a deslocamentos intermunicipais prolongados para acesso a atendimento adequado.

Dentre os tipos de leitos, observa-se que os leitos clínicos (2.093) representam a maior parcela (43% do total), seguidos pelos leitos cirúrgicos (1.372) e obstétricos (633). Os leitos pediátricos (613) também possuem relevância, mas sua distribuição desigual pode comprometer a assistência integral em algumas regiões. Já os leitos classificados

como outras especialidades, como leitos de psiquiatria, queimados, cuidados prolongados, entre outros, representam apenas 3,1% do total, o que evidencia uma lacuna importante na diversidade e resolutividade da rede hospitalar. Vejamos os dados na tabela abaixo:

Tabela 13 - Leitos existentes por especialidades, conforme Região de Saúde.

REGIÃO DE SAÚDE (CIR)	CIRÚRGICOS	CLÍNICOS	OBSTÉTRICOS	PEDIÁTRICOS	OUTRAS ESPECIALIDADES	TOTAL
VALE DO JAMARI	170	221	68	94	2	555
CAFÉ	163	289	84	90	6	632
CENTRAL	177	350	157	136	16	836
MADEIRA-MAMORÉ	717	866	200	178	114	2.075
ZONA DA MATA	20	146	49	49	8	262
CONE SUL	107	167	56	48	9	387
VALE DO GUAPORÉ	18	54	19	18	-	109
TOTAL	1.372	2.093	633	613	155	4.866

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES - 06/2025

Do ponto de vista da Rede de Urgência e Emergência, a adequada disponibilidade e distribuição de leitos por especialidade é fator estratégico para a garantia do fluxo assistencial, especialmente em casos de regulação inter-hospitalar. A falta de leitos nas regiões de menor porte compromete a efetividade do atendimento, sobrecarrega as unidades de referência regional e estadual, e pode impactar negativamente nos desfechos clínicos, principalmente em agravos tempo-dependentes, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e politraumatismos.

Dessa forma, os dados apresentados reforçam a necessidade de ações estruturantes e planejadas para a regionalização da assistência hospitalar, com foco na ampliação da capacidade instalada de leitos nas regiões mais deficitárias, garantindo maior equidade no acesso, integralidade da atenção e sustentabilidade do sistema de saúde no estado de Rondônia. A articulação entre os níveis de atenção, a ampliação do

SAMU e a qualificação da porta hospitalar são medidas essenciais para a consolidação da RUE em sua plenitude.

Distribuição e Disponibilidade de Leitos Hospitalares: O quantitativo de leitos hospitalares representa um indicador crucial para mensurar a capacidade instalada do sistema de saúde, refletindo diretamente os recursos disponíveis para o atendimento à população em níveis de média e alta complexidade (DIEESE, 2020). Conforme parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a recomendação ideal é de 2,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes, padrão que orienta o planejamento e dimensionamento das redes hospitalares.

Neste contexto, torna-se imprescindível realizar uma análise detalhada da distribuição e disponibilidade dos leitos hospitalares no estado de Rondônia. Tal avaliação é fundamental para compreender a estrutura assistencial vigente, identificar desequilíbrios territoriais e garantir a otimização dos recursos existentes. Além disso, esta análise contribui para o aprimoramento da capacidade de resposta do sistema de saúde, sobretudo nos serviços de média e alta complexidade, promovendo a equidade no acesso e fortalecendo a rede hospitalar estadual frente às demandas assistenciais da população

Tabela 14 - Leito hospitalar geral existente e recomendado por Região de Saúde no estado de Rondônia.

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO (IBGE, 2022)	LEITO HOSPITALAR SUS EXISTENTE	LEITO HOSPITALAR RECOMENDADO PELO MS	DÉFICIT
CENTRAL	324.844	863	812	0
CONE SUL	151.747	365	379	-14
MADEIRA-MAMORÉ	556.022	2.041	1.390	0
CAFÉ	166.088	578	415	0
VALE DO GUAPORÉ	40.084	80	100	20
VALE DO JAMARI	214.728	529	537	-8
ZONA DA MATA	127.503	271	320	-49
TOTAL	1.581.016	4.727	3.953	91

Fonte: CNES, 2025.

A análise da distribuição de leitos hospitalares gerais no estado de Rondônia, com base na população estimada pelo IBGE (2022) e nas recomendações do Ministério da Saúde (2,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes), revela um panorama misto entre excedentes e déficits regionais, o que tem implicações diretas na equidade de acesso aos serviços hospitalares e na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no componente da média e alta complexidade.

Conforme a tabela, o estado dispõe de um total de 4.727 leitos hospitalares gerais SUS, número superior à recomendação mínima de 3.953 leitos para a população atual. No entanto, a análise por Região de Saúde mostra desigualdades significativas. As regiões Central, Café e Madeira-Mamoré apresentam quantitativos superiores ao parâmetro recomendado, sendo a Região Madeira-Mamoré o maior destaque, com 2.041 leitos disponíveis para uma população de 556.022 habitantes, frente à recomendação de 1.390 leitos. Essa concentração pode estar relacionada ao fato de a região abrigar a capital Porto Velho, sede de importantes unidades hospitalares de referência estadual. Em contrapartida, outras regiões enfrentam déficit de leitos.

A Região Zona da Mata apresenta a maior insuficiência relativa, com 49 leitos a menos que o mínimo recomendado. A Região do Vale do Guaporé, apesar de sua menor população, também apresenta um déficit proporcionalmente expressivo de 20 leitos. A Região do Cone Sul e o Vale do Jamari demonstram déficits menores, de 14 e 8 leitos respectivamente, porém igualmente significativos em contextos locais onde a rede hospitalar é mais limitada.

Essas disparidades revelam a necessidade de planejamento regionalizado da oferta hospitalar, visando garantir acesso equitativo e reduzir a sobrecarga de determinadas regiões, sobretudo aquelas que hoje concentram serviços de referência. A adequada alocação dos leitos hospitalares é um dos fatores estratégicos para o funcionamento eficiente da RAU, pois influencia diretamente na capacidade de resposta dos serviços diante da demanda por internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas.

Tempo de Permanência em Leitos: A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece que o tempo ideal de permanência do paciente em leitos hospitalares é de até 7 dias. Ultrapassar esse prazo está associado a um aumento significativo do

risco de complicações, especialmente infecções hospitalares, que comprometem a segurança e a recuperação do paciente.

A análise do tempo de permanência é fundamental para a gestão hospitalar, pois permite avaliar a eficiência dos processos assistenciais, identificar gargalos no fluxo de internação e alta, além de subsidiar estratégias para otimização do uso dos leitos. Essa avaliação contribui diretamente para a melhoria da qualidade do cuidado, redução de custos hospitalares e mitigação de riscos associados a internações prolongadas, garantindo maior segurança e efetividade no atendimento à população.

Desta forma, segue descrito na tabela abaixo o cenário de Rondônia em se tratando de tempo de permanência por Região de Saúde.

Tabela 15 - Média de permanência em leitos por ano atendimento segundo Região de Saúde de Rondônia.

Região de Saúde (CIR)	2022	2023
Vale do Jamari	3,9	2,7
Café	7,4	4,3
Central	6,4	3,4
Madeira-Mamoré	8,4	6,3
Zona da Mata	3,5	2,7
Cone Sul	6,2	4,1
Vale do Guaporé	2,2	2,5

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

A Tabela 15 apresenta a média de permanência hospitalar por Região de Saúde do estado de Rondônia nos anos de 2022 e 2023, com base nos dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Destaca-se que, até o momento, não foram identificadas publicações oficiais com dados mais atualizados, o que impõe um lapso temporal na análise e reforça a necessidade de aprimoramento na alimentação e disponibilização das bases de dados oficiais, especialmente para subsidiar decisões estratégicas no âmbito da gestão do cuidado.

A média de permanência hospitalar é um indicador relevante de eficiência dos serviços de saúde, refletindo tanto a complexidade clínica dos pacientes quanto a

organização dos fluxos assistenciais. Parâmetros técnicos, como os preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), consideram como aceitável uma média de permanência entre 4,5 e 5,3 dias em unidades de internação, especialmente em UTIs.

No ano de 2022, observa-se que as Regiões de Saúde Café (7,4 dias) e Madeira-Mamoré (8,4 dias) apresentaram tempo médio de internação superior ao padrão recomendado, o que pode estar relacionado à sobrecarga hospitalar, à ausência de retaguarda adequada em unidades de menor complexidade, ou ainda à demora na alta hospitalar por fragilidades na rede de apoio (como atenção domiciliar e cuidados continuados). A Região Central também ultrapassou o limite recomendado, com média de 6,4 dias. Já em 2023, todas as regiões apresentaram redução na média de permanência, com destaque para as regiões Café (de 7,4 para 4,3 dias) e Central (de 6,4 para 3,4 dias), demonstrando possível melhoria na gestão dos leitos, reorganização dos fluxos assistenciais e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada qualificada. Regiões como Vale do Guaporé e Zona da Mata mantiveram médias baixas nos dois anos, o que pode indicar boa resolutividade ou, alternativamente, limitações na capacidade de internação e necessidade de transferências para outras regiões.

Assim, embora os dados utilizados sejam limitados ao período de 2022-2023, eles permitem observar uma tendência de melhoria nos indicadores de permanência hospitalar, o que representa um avanço importante na organização da Rede de Atenção à Saúde. A consolidação desses resultados depende da continuidade de ações de governança regional, qualificação da rede de serviços e investimentos no fortalecimento da RAU e demais componentes do SUS em Rondônia.

Tempo de Permanência em Leitos de Terapia Intensiva: Considerando os leitos de UTI disponíveis pelo SUS, distribuídos por regiões de saúde, a média de permanência na UTI adulto é um indicador essencial de eficiência hospitalar, pois reflete o tempo médio de internação dos pacientes nessas unidades. Esse indicador é calculado pela razão entre o total de pacientes-dia na UTI adulto e o número total de saídas internas (transferências para unidades intermediárias, enfermarias ou quartos) somado às saídas

hospitalares (altas, transferências para outras instituições e óbitos). A média de permanência na UTI adulto é fundamental para o dimensionamento da capacidade instalada, permitindo estimar a necessidade de abertura de novos leitos e avaliar a efetividade e qualidade do atendimento prestado. Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o tempo médio ideal de permanência varia entre 4,5 e 5,3 dias.

Dessa forma, a análise da média de permanência nos leitos de UTI por região de saúde, conforme demonstrado na tabela a seguir, oferece subsídios técnicos imprescindíveis para o planejamento estratégico da rede hospitalar de urgência e emergência do estado de Rondônia, contribuindo para a otimização dos recursos e a melhoria dos indicadores de saúde no âmbito estadual.

Tabela 16 - Média de permanência em leitos de alta complexidade por ano atendimento segundo Região de Saúde.

Região de Saúde	2022	2023
Vale do Jamari	2,5	2
Café	9	5,1
Central	8,9	12,6
Madeira Mamoré	6,3	7,2
Cone Sul	10,2	7,5
Zona da Mata	-	-
Vale do Guaporé	-	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

A Tabela 16, traz uma análise da média de permanência em leitos de alta complexidade (UTI) nas Regiões de Saúde de Rondônia nos anos de 2022 e 2023, com base nos registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Esses dados permitem avaliar a dinâmica de utilização dos leitos críticos, embora se reconheça uma limitação importante: a ausência de informações atualizadas em bases oficiais, o que restringe uma leitura mais precisa do cenário atual e dificulta o monitoramento em tempo oportuno de indicadores essenciais à Rede de Atenção às Urgências (RAU).

A permanência prolongada em leitos de UTI pode refletir fatores diversos, como a complexidade clínica dos casos, a escassez de leitos de retaguarda para continuidade

do cuidado ou falhas na articulação entre os pontos da rede. Assim, este indicador deve ser analisado de forma integrada à capacidade regional instalada e à organização dos fluxos assistenciais. A comparação entre os dois anos revela variações significativas entre as regiões, evidenciando tanto avanços na eficiência do uso dos leitos quanto a persistência de desafios relacionados à gestão e à oferta de serviços de suporte pós-UTI.

A ausência de dados em algumas regiões também aponta para disparidades na distribuição de serviços de alta complexidade, o que reforça a necessidade de ampliar o acesso e a transparência das informações, além de fortalecer os mecanismos de governança e planejamento regionalizado do cuidado intensivo em Rondônia.

A média de permanência em leitos de UTI é um indicador sensível da qualidade e eficiência da atenção hospitalar. De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), o tempo médio ideal de permanência em UTI gira entre 4,5 a 5,3 dias. Permanências prolongadas podem indicar entraves na retaguarda assistencial, agravamento do quadro clínico dos pacientes, desorganização dos fluxos ou fragilidade nos serviços de transição do cuidado, como atenção domiciliar e unidades de cuidados prolongados.

Em 2022, apenas a Região de Saúde Vale do Jamari apresentou média (2,5 dias) abaixo do padrão estabelecido, o que pode refletir boa capacidade de resposta clínica e eficiência na rotatividade dos leitos, embora também possa ser resultado de limitações na manutenção de pacientes com quadros mais graves. Já regiões como Café (9 dias), Central (8,9 dias) e Cone Sul (10,2 dias) apresentaram médias muito acima do recomendado, sugerindo maior complexidade clínica, retaguarda insuficiente ou dificuldades no processo de alta. No ano de 2023, observa-se uma redução importante nas médias nas regiões Café (de 9 para 5,1 dias) e Cone Sul (de 10,2 para 7,5 dias), o que pode indicar avanços na gestão de leitos, reorganização dos fluxos intra-hospitalares e integração com os demais pontos da rede. Por outro lado, a Região Central apresentou elevação expressiva, atingindo 12,6 dias em 2023, o que merece atenção especial da gestão, considerando o impacto na ocupação prolongada dos leitos e no acesso de novos pacientes. Madeira-Mamoré também apresentou aumento na média, passando de 6,3 para 7,2 dias.

As Regiões de Saúde Zona da Mata e Vale do Guaporé não apresentaram dados nos dois anos analisados, o que pode estar relacionado à inexistência de leitos de UTI instalados nesses territórios ou falhas na notificação, evidenciando desigualdades no acesso a serviços de alta complexidade. Diante disso, é fundamental que os gestores estaduais e regionais promovam a qualificação dos fluxos assistenciais, o fortalecimento da retaguarda hospitalar e a expansão da oferta de leitos especializados em regiões desassistidas, de modo a garantir maior equidade, eficiência e integralidade no cuidado prestado pela rede de saúde de Rondônia.

6. ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

Este componente consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. A Atenção Domiciliar (AD) é demarcada pela Portaria do MS nº 3005, de janeiro de 2024, a qual enuncia que é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

A Atenção Domiciliar (AD) configura-se como um componente estratégico da Rede de Atenção às Urgências (RAU), ampliando a capacidade de resposta do sistema de saúde ao oferecer cuidados contínuos, seguros e humanizados no ambiente domiciliar. Inserida no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a AD visa reduzir a sobrecarga das unidades hospitalares, promover a desospitalização segura, prevenir internações evitáveis e garantir a continuidade do cuidado aos pacientes com condições agudas, crônicas agudizadas ou em cuidados paliativos.

Sua atuação é especialmente relevante para a RAU ao possibilitar o manejo de agravos que não exigem a permanência hospitalar, mas que demandam monitoramento

e intervenções multiprofissionais qualificadas. Além disso, a AD contribui para a redução de riscos associados ao ambiente hospitalar, como infecções, e favorece o protagonismo do usuário e de sua família no cuidado, fortalecendo o vínculo com os serviços de saúde. Em Rondônia, sua incorporação como componente da RAU representa um avanço na regionalização e na integralidade do cuidado, garantindo maior resolutividade assistencial e racionalidade no uso dos recursos da média e alta complexidade.

6.1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma modalidade estratégica da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com papel complementar e/ou substitutivo à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, voltada à ampliação do cuidado em ambiente domiciliar de forma segura, humanizada e eficiente. No âmbito da RAU, o SAD atua como importante eixo de desospitalização e continuidade do cuidado, especialmente para usuários em condições clínicas estáveis que, ainda assim, demandam acompanhamento multiprofissional e intervenções regulares.

Neste contexto o SAD é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que prestam atendimento direto no domicílio, e pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que oferecem suporte especializado complementar às EMADs. A atuação conjunta dessas equipes viabiliza o cuidado longitudinal, reduz internações desnecessárias, otimiza a ocupação de leitos hospitalares e qualifica a transição do cuidado, sendo particularmente relevante em cenários com alta demanda por leitos e escassez de oferta hospitalar, como identificado em diversas regiões de Rondônia.

6.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é a unidade operacional central do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, assistência social, entre outros, conforme a realidade local, a EMAD tem como principal função a prestação direta e contínua de cuidados integrais ao paciente no ambiente domiciliar.

A importância da EMAD reside na sua capacidade de ofertar cuidado humanizado, seguro e resolutivo fora do ambiente hospitalar, respeitando as necessidades e especificidades do usuário e sua rede de apoio familiar. Atua na continuidade do cuidado pós-alta, no controle de condições crônicas, na reabilitação e na prevenção de agravos, contribuindo significativamente para a redução da sobrecarga das unidades hospitalares e de urgência, ao evitar internações desnecessárias e promover a desospitalização segura

A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente, nas modalidades AD2 e AD3. A composição da equipe profissional deverá conter, minimamente:

- 1 ou 2 profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas.
- 1 ou 2 profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 60 (quarenta) horas.
- Técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas.
- Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas.

6.3 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) é um componente do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), cuja função é complementar e ampliar a capacidade de cuidado da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD). A EMAP é formada por profissionais de diversas especialidades, conforme as demandas clínicas e funcionais dos usuários atendidos, podendo incluir, por exemplo, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, entre outros. Sua atuação é pontual e especializada, sendo acionada pela EMAD quando há necessidade de intervenções específicas que extrapolam a rotina da equipe base. Dessa forma, a EMAP contribui para qualificar o cuidado domiciliar, oferecendo suporte técnico-científico para condutas terapêuticas complexas, promovendo a integralidade e a resolutividade da atenção.

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações:

- Assistente social;
- II. Fisioterapeuta;
- III. Fonoaudiólogo;
- IV. Nutricionista;
- V. Odontólogo;
- VI. Psicólogo;
- VII. Farmacêutico; e
- VIII. Terapeuta ocupacional

6.4 Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)

A Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) é uma modalidade especializada dentro do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), voltada especificamente para o cuidado e acompanhamento de usuários com necessidades relacionadas à reabilitação física, funcional, sensorial ou cognitiva, no contexto do domicílio. Constituída por profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros, a EMAP-R atua de forma integrada às Equipes EMAD, com o objetivo de promover a recuperação da autonomia, prevenir incapacidades, melhorar a funcionalidade e contribuir para a reinserção social do paciente.

A importância da EMAP-R reside na sua capacidade de ampliar o escopo da atenção domiciliar para além do cuidado clínico, incorporando ações especializadas de reabilitação contínua, o que reduz complicações, previne hospitalizações evitáveis e melhora a qualidade de vida dos usuários. No âmbito da Rede de Atenção às Urgências (RAU), sua atuação é estratégica para a desospitalização segura de pacientes com sequelas ou condições crônicas, garantindo a continuidade do cuidado em ambiente domiciliar e a reabilitação de forma humanizada, oportuna e integral.

A EMAP-R será composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as ocupações a seguir:

- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Terapeuta ocupacional;
- Psicólogo; e
- Enfermeiro.

Tabela 17 - Quantidade de EMAD por região de saúde, 2025.

Região de Saúde	Município	EMAP	EMAD1	EMAD2
Central	Ji-Paraná	1		
	Jaru			1
	Vale do Anari		1	
Vale do Jamari	Ariquemes	1	1	
Cone Sul	Vilhena	1	1	
Madeira Mamoré	Porto Velho	1	4	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

A Tabela 17 apresenta a distribuição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) por Região de Saúde no estado de Rondônia, com dados de 2025 atualizados pela Coordenadoria de Atenção às Urgências. Esses serviços integram o componente da Atenção Domiciliar (AD) da Rede de Atenção às Urgências (RAU), desempenhando papel estratégico na continuidade do cuidado, na desospitalização segura e na redução da demanda por serviços hospitalares e de urgência.

A análise evidencia uma concentração das equipes na Região de Saúde Madeira-Mamoré, com destaque para o município de Porto Velho, que conta com 4 EMADs e 1 EMAP, configurando-se como o território com maior capacidade instalada para atenção domiciliar no estado. Em contrapartida, regiões como Central e Cone Sul apresentam cobertura pontual, com uma ou duas equipes distribuídas entre municípios como Ji-

Paraná, Jaru e Vilhena. Já em outras regiões do estado, observa-se ausência ou sub-representação das equipes, o que pode comprometer a efetividade da RAU nesses territórios.

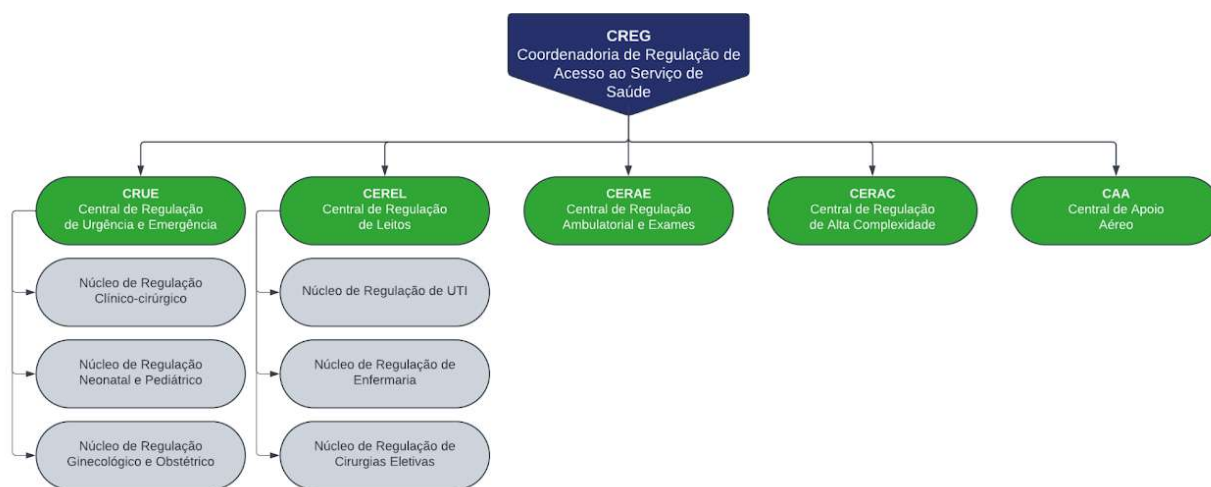
Essa distribuição desigual evidencia desafios importantes relacionados à expansão, financiamento e regulação da atenção domiciliar em Rondônia. A baixa cobertura pode resultar em prolongamento desnecessário de internações hospitalares, uso inadequado de leitos de média e alta complexidade e aumento da sobrecarga sobre os serviços de urgência e emergência. Nesse contexto, fortalecer a AD por meio da ampliação das EMADs e EMAPs, com base em critérios epidemiológicos e de necessidade assistencial, é essencial para consolidar uma rede resolutiva, humanizada e regionalizada, que atenda de forma adequada e oportuna as necessidades da população, especialmente nos territórios com menor oferta de serviços hospitalares. Além disso, a institucionalização da AD deve ser acompanhada do fortalecimento da governança regional e do apoio técnico e financeiro para os municípios, visando à equidade e à integralidade do cuidado no SUS.

7. REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RONDÔNIA

A Coordenadoria de Regulação de Acesso ao Serviço de Saúde (CREG) é um setor de gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) que tem a finalidade de regular e/ou intermediar acesso aos serviços do (SUS).

Tal coordenadoria, não faz regulação e resgate de paciente, regula apenas o acesso aos serviços de saúde, para tal é subdividida em:

Figura 09 - Coordenadoria de Regulação de Acesso ao Serviço de Saúde, 2024.



Fonte: CREG, 2024

Em se tratando das demandas de urgência e emergência, a CRUE foi criada através da Resolução CIB (Comissão Intergestores Bipartite) - Nº 018/CIB/RO, Porto Velho, 17 de março de 2016 e tem como objetivo principal dar respostas às necessidades dos usuários nos municípios quanto aos casos que superam a complexidade de saúde local, fazendo o caminho do paciente no sistema de maior complexidade para proporcionar uma maior resolutividade com qualidade, dignidade, humanidade e otimização de recursos públicos.

O fluxo geral de regulação, executado pela CRUE, está baseado na Resolução 017/CIB/RO de 19 de março de 2015, que divide o estado em duas macrorregiões de saúde: Macrorregião de Porto Velho (macro 1) e Macrorregião de Cacoal (macro 2). As unidades estaduais de alta complexidade referência para a regulação de urgência e emergência são:

1. Macrorregião I Porto Velho: Hospital e Pronto Socorro João Paulo II (HEPSJP), Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD) e o Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON).
2. Macrorregião II Cacoal: Hospital de Urgências de Rondônia (HEURO-Cacoal) e Hospital Regional de Cacoal (HRC).

O Hospital e Pronto Socorro Infantil Cosme e Damião - HICD e Hospital Regional de Cacoal são as unidades de referência estadual de alta complexidade às urgências e emergências pediátricas, exceto os traumas infantis que são referenciados para o Hospital e Pronto Socorro João Paulo II e HEURO-Cacoal. O CEMETRON, em Porto Velho, é referência para o tratamento de alta complexidade às doenças tropicais e infectocontagiosas.

8. PROPOSTA DE PLANO ESTADUAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Conforme a necessidade sanitária do estado de Rondônia e baseando-se nas portarias do Ministério da Saúde-MS, o presente Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência, de Rondônia vem pleitear os seguintes componentes:

8.1 - Porta de entrada hospitalar:

Conforme Portaria Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, São Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I - Ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II - Ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES);

III - Estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

a) Cardiovascular;

b) Neurologia/neurocirurgia;

c) Pediatria; e

d) Traumato-ortopedia.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação de Porta de Entradas de Urgência Hospitalar:

Tabela 18 - Escalonamento de Porta de Entradas de Urgência Hospitalar 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CLASSIFICAÇÃO	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA			
						20 24	20 25	20 26	20 27
Jaru	HM SANDOVAL DE ARAÚJO DANTAS	280809	Geral	X			X		
Cacoal	HEURO	7704364	Geral	X			X		
Rolim de Moura	HOSPITAL MUNICIPAL AMELIO JOAO DA SILVA	2495228	Geral	X			X		
Ji Paraná	HOSPITAL DR. CLAUDION OR COUTO RORIZ	2495279	Geral	X			X		
Nova Mamoré	Hospital Antônio Luiz de Macêdo	4001958	Geral	X	X		X		
Guajará-Mirim	Hospital regional do Perpétuo Socorro	2497468	Geral	X	X		X		

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

8.2 - Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia:

Em conformidade com a PORTARIA Nº 221, de 15 de fevereiro de 2005, que Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia e dá outras providências e Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, ANEXO XXXIV, que institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005).

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia:

Tabela 19 - Escalonamento de Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	TIPO	HABILITAR	QUALIFICAR	2024	2025	2026	2027
Ariquemes	HOSPITAL REGIONAL DE ARIQUEMES	24942 99	Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência	x				x	
Ji-Paraná	HOSPITAL DR CLAUDIONOR COUTO RORIZ	24952 79	Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência	x				x	
Cacoal	HEURO	77043 64	Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência	x				x	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

8.3 - Unidade de pronto atendimento (UPA) 24h

Conforme Portaria Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017, UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU.

Art. 3º São diretrizes da UPA 24h:

I - Funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;

II - Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

III - Acolhimento;

IV - Classificação de risco

Art. 4º As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação de UPA 24H:

Tabela 20 - Escalonamento de Unidade de Pronto Atendimento de Urgência UPA 24H 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	PORTE	HABILITAR	QUALIFICAR	INVESTIMENTO	CRONOGRAMA			
						2024	2025	2026	2027
Porto Velho	UPA José Adelino	Porte II –	X				X		

	24H	Opção V							
Porto Velho	UPA Ana Adelaide 24H	Porte II – Opção V	X						X
Porto Velho (Distrito de Jaci Paraná)	UPA 24H	Porte I – Opção III		X				X	
Porto Velho	UPA Sul	Porte III	X					X	
Porto Velho	UPA Leste	Porte III	X					X	
Ji-Paraná	UPA 24H	Porte II	X					X	
Cacoal	UPA 24H	Porte III	X					X	
Rolim de Moura	UPA 24H	Porte II		X				X	
Ariquemes	UPA 24 h	Porte I			X				
Vilhena	UPA 24h	Porte II	X	X				X	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2026.

8.4 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192:

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, o SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)

Não possuindo requisitos mínimos para implantação nos municípios, sendo assim, após levantamento das solicitações dos gestores municipais, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação e qualificação do SAMU 192:

Tabela 21 - Escalonamento de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192
2024-2027. Municípios contemplados no novo PAC 2025

MUNICÍPIO	Base Descen- traliza- da	CRU	USA	USB	Ambulancha	Equipe Aeromédica	Motolâncias	VIR	CRONOGRAMA
-----------	--------------------------------	-----	-----	-----	------------	----------------------	-------------	-----	------------

Primavera de Rondônia					2	2												X
Rolim de Moura	1			1	1	2	2											X
Alta Floresta D'Oeste	1			1	1	1	1	1	1									X
Alto Alegre do Parecis	1					1	1											X
Castanheiras	1					2	2											X
Nova Brasilândia D'Oeste	1					2	2											X
Novo Horizonte D'Oeste	1			1	1	1	1											X
Parecis	1			1	1	1	1											X
Santa Luzia D'Oeste	1					2	2											
Vilhena		1	1	1	1	1	1											X
Cabixi	1					1	1											X
Cerejeiras	1					1	1											X
Chupinguaia	1					1	1											X
Colorado do Oeste	1					1	1											X
Corumbiara	1					1	1											X
Pimenteiras do Oeste	1					1	1											X X

Fonte: RESOLUÇÃO N. 113/2025/SESAU-CIB

Tabela 21 - Escalonamento de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 2024-2027.Novo PAC 2025

REGIÃO DE SAÚDE	Município	Ambulância-SAMU	QUANTIDADE
	Candeias do Jamari	USB	2
	Guajará - Mirim	USB	2
	Porto Velho	USB	3
		USA	1
	Nova Mamoré	USB	2

	Itapuã d'Oeste	USB	2	
VALE DO JAMARI	Alto Paraíso	USB	4	
	Buritis	USB	2	
	Rio Crespo	USB	2	
	Cacaulândia	USB	3	
	Campo Novo	USB	2	
	Cujubim	USB	3	
	Machadinho D'Oeste	USB	3	
	Monte Negro	USB	2	
	CENTRAL	Alvorada D'Oeste	USB	2
Mirante da Serra		USB	1	
Nova União		USB	1	
Ji-Paraná		USA	1	
		USB	2	
Presidente Médici		USB	1	
Jaru		USB	2	
Gov. Jorge Teixeira		USB	2	
		USA	1	
Teixeirópolis		USB	1	
		USA	1	
Theobroma		USB	1	
São Miguel do Guaporé		USB	1	
		USA	1	
Ouro Preto do Oeste		USB	1	
Vale do Paraíso		USB	1	
Vale do Anari		USB	2	
Urupá		USB	2	
VALE DO GUAPORÉ		Costa Marques	USB	2
		Seringueiras	USB	2
	São Francisco do	USA	1	

	Guaporé		
ZONA DA MATA	Nova Brasilândia D'Oeste	USB	2
	Alto Alegre dos Parecis	USB	1
	Santa Luzia	USB	2
	Rolim de Moura	USB	2
		USA	1
	Alta Floresta D'Oeste	USB	1
		USA	1
		AMBULANCHA	1
	Castanheiras	USB	2
	Novo Horizonte	USB	1
		USA	1
	Parecis	USB	1
		USA	1
CAFÉ	São Felipe D'Oeste	USB	2
	Cacoal	USB	4
		USA	1
		MOTOLÂNCIA	2
		CRU	1
	Primavera de Rondônia	USB	2
	Espigão D'Oeste	USB	2
	Ministro Andreaza	USB	2
Pimenta Bueno	USB	2	
CONE SUL	Vilhena	USB	1
		USA	1
	Cerejeiras	USB	1
	Colorado D'Oeste	USB	1
	Corumbiara	USB	1
	Pimenteiras D'Oeste	USB	1

	Cabixi	USB	1
	Chupinguaia	USB	1

Fonte: RESOLUÇÃO N. 113/2025/SESAU-CIB

8.5 - Leitos de retaguarda clínica

Considerando a Portaria PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, Seção I Das Enfermarias Clínicas de Retaguarda, na qual trata sobre os leitos de enfermaria de retaguarda, segue os requisitos expostos no Art. 13. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - Apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - Solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";

III - Deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e

IV - Início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação dos leitos de retaguarda clínica:

Tabela 22 - Escalonamento de Leitos de Retaguarda Clínica 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA
-----------	---------	--------	-----------	------------	------------

					20 24	20 25	20 26	20 27
Porto Velho	Hospital Universitário de Porto Velho	100	X	X				X
Ariquemes	Hospital Regional de Ariquemes	2	X	X			X	
	Hospital Regional de Ariquemes - Leitos para cirurgia eletiva	5	X	X			X	
Ariquemes	Hospital da Criança	2	X	X			X	
Ji-Paraná	HM DR Claudionor Couto Roriz	30	X				X	
Jaru	HM Sandoval de Araújo Dantas	30	X				X	
Buritis	Hospital regional de Buritis Dr. Silvano Valério Firmiano	32	X	X			X	
Porto Velho - Extrema	Hospital regional de Extrema	33	X	X			X	
São Francisco do Guaporé	Hospital regional de São Francisco do Guaporé	30	X	X			X	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2026.

8.6 - Leitos de unidade de terapia intensiva (UTI)

Considerando a Portaria Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, Seção III Dos Leitos de Terapia Intensiva, As instituições hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS, que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência poderão apresentar ao Ministério da Saúde, incentivo financeiro.

Conforme o art. 20 da portaria supramencionada os requisitos seguem abaixo:

I - Apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura de novos leitos de terapia intensiva, de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e

II - Apresentação de proposta no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as normas de cooperação técnica e financeira por meio de convênios ou contratos de repasse.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva-UTI:

Tabela 23 - Escalonamento de Leitos Unidade de Terapia Intensiva-UTI 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - ADULTO	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA		
					2024	2025	2026
Jaru	HM Sandoval de Araújo Dantas	10	X			X	
Ji-Paraná programa vida	Hospital Dr.Claudionor	10	X				X
Rolim de Moura	H.M Amelio Joao da Silva	10	X				
Cacoal	Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal -HEURO	10	X				X
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - PEDIÁTRICO							
Ariquemes	Hospital Materno Infantil	20	X			X	
Ji- paraná	Hospital HCR (SSY HOLDING	8	X				

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2026.

Tabela 23 - Proposta para implantação de Unidade de Pronto Atendimento Infantil na Região de Saúde Zona da Mata no Município Sede de Região – Rolim de Moura

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS	HABILITADOR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA			
					2024	2025	2026	2027
Rolim de Moura	Unidade de Pronto Atendimento Infantil	20	X	X				X

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2026.

8.7 - Atenção Domiciliar

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que possui o condão de proporcionar a redução da demanda por atendimento hospitalar, bem como a redução do período de permanência de usuários internados de modo a promover a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. Oportunizando a humanização da atenção à saúde através da ampliação da autonomia dos usuários e maior participação da família na recuperação dos entes.

8.7.1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente, nas modalidades AD2 e AD3. A composição da equipe profissional não poderá ter nenhum profissional com carga horária menor que 20 (vinte) horas de trabalho e deverá conter, minimamente:

Para EMAD Tipo 1:

- Profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 60 (sessenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissionais técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas;
- Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe.

Para EMAD Tipo 2:

- Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- Profissionais técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

8.7.2 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho, não sendo permitido a nenhum profissional ter CHS inferior a 20 (vinte) horas, escolhidos entre oito diferentes ocupações:

- Assistente social;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;
- Terapeuta ocupacional

8.7.3 Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)

A EMAP-R será composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior no qual a soma das cargas horárias semanais será de no mínimo 60 (sessenta) horas, dentre as ocupações a seguir:

- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Terapeuta ocupacional;
- Psicólogo;
- Enfermeiro.

Tabela 24 - Quantidade de EMAD por região de saúde, 2024.

Região de Saúde	Município	EMAP	EMAD1	EMAD2
Central	Ji-Paraná	1		
	Jaru			1
	Vale do Anari		1	
Vale do Jamari	Ariquemes	1	1	
	Buritis	1	1	
Cone Sul	Vilhena	1	1	
Madeira Mamoré	Porto Velho	1	4	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

Considerando a Portaria Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 e sua atualização PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024, bem como a PORTARIA GM/MS Nº 1.450, DE 29 DE SETEMBRO DE 2023, define Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

Art. 25. (Art. 555) São requisitos para habilitação do SAD:

I - População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - Hospital de referência no Município ou região a qual integra; e

III - Cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

IV - Possuir cobertura mínima de 60% (sessenta por cento) da APS, considerando a cobertura de saúde suplementar.

Art. 556. Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) e inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo I." (NR)

"Art. 557. Municípios ou agrupamentos com população superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de uma EMAD tipo II. " (NR)

As EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência. Excepcionalmente, a EMAD e a EMAP poderão estar localizadas em outros estabelecimentos. As EMAP-R deverão estar vinculadas, preferencialmente, a estabelecimentos da APS, sendo dispensada a exigência de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas. O SAD deverá garantir continuidade e regularidade, inclusive aos finais de semana e feriados.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação de equipe da Atenção Domiciliar:

Tabela 24 - Escalonamento de Serviço de Atenção Domiciliar 2024-2027.

Atenção Domiciliar	EMAD 01: Sua composição deverá conter Médico 40 horas semanais, Enfermeiro 60 horas semanais, Fisioterapeuta ou Assistente Social somatório de mínimo 30 horas semanais.
	EMAD 02: Sua composição deverá conter médico mínimo de 20 horas semanais, enfermeiro mínimo de 30 horas semanais, fisioterapeuta ou Assistente Social somatório de 30 horas semanais e Técnicos de Enfermagem 120 horas semanais.
	EMAP: Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta ocupacional.

MUNICÍPIO	EQUIPE	HABILITAR	CRONOGRAMA			
			2024	2025	2026	2027
Porto Velho	EMAD 01	X			X	
Candeias do Jamari	EMAD 02 + EMAP	X			X	
Guajará Mirim	EMAD 02 + EMAP	X			X	
Nova Mamoré	EMAP	X		X		

Cacoal	EMAD 01 + EMAP	X				X
Buritis	EMAD 02 + EMAP	X		X		
Monte Negro	EMAD 02	X			X	
Rio Crespo	EMAD 02	X			X	
Alto Paraíso e Rio Crespo	EMAP	X			X	
Rio Crespo	EMAP-R				X	
Machadinho D'Oeste	EMAD 02 + EMAP	X			X	X
Ariquemes	EMAD I	X				
Cujubim	EMAP-R					
Ji-Paraná	EMAP	X		X		
Jaru	EMAP	X		X		
Ouro Preto D'Oeste	EMAD 02 + EMAP	X			X	
São Miguel do Guaporé	EMAD 02 + EMAP	X			X	
Rolim de Moura	EMAD 01 + EMAP	X				X
Alta Floresta D'Oeste	EMAD 02 + EMAP	X			X	
Pimenta Bueno	EMAD 02 + EMAP	X			X	
Espigão D'Oeste	EMAD 02 + EMAP	X			X	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2024.

Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)

Tabela 25 - Escalonamento de Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) 2024-2027.

Equipe EMAP R	A EMAP-R será composta por, no mínimo, três profissionais de nível superior, dentre as ocupações a seguir: Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Enfermeiro.
----------------------	---

MUNICÍPIO	UNIDADE	TIPO	HABILITAR	CRONOGRAMA			
				2024	2025	2026	2027
Nova União	A definir	EMAP R	X			X	
Teixeirópolis	A definir	EMAP R	X			X	
Urupá	A definir	EMAP R	X			X	
Mirante da Serra	A definir	EMAP R	X			X	
São Miguel do Guaporé	A definir	EMAP R	X			X	

Alvorada d'Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Presidente Médici	A definir	EMAP R	X			X	
Governador Jorge Teixeira	A definir	EMAP R	X			X	
Theobroma	A definir	EMAP R	X			X	
Vale do Anari	A definir	EMAP R	X			X	
Costa Marques	A definir	EMAP R	X			X	
São Francisco do Guaporé	A definir	EMAP R	X			X	
Seringueiras	A definir	EMAP R	X			X	
Alto Paraíso	A definir	EMAP R	X			X	
Cacaulândia	A definir	EMAP R	X			X	
Campo Novo de Rondônia	A definir	EMAP R	X			X	
Cujubim	A definir	EMAP R	X			X	
Monte Negro	A definir	EMAP R	X			X	
Rio Crespo	A definir	EMAP R	X			X	
Cabixi	A definir	EMAP R	X			X	
Cerejeiras	A definir	EMAP R	X			X	
Chupinguaia	A definir	EMAP R	X			X	
Colorado do Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Corumbiara	A definir	EMAP R	X			X	
Pimenteiras do Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Ministro Andreazza	A definir	EMAP R	X			X	
São Felipe d'Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Primavera de Rondônia	A definir	EMAP R	X			X	
Alto Alegre dos Parecis	A definir	EMAP R	X			X	
Castanheiras	A definir	EMAP R	X			X	
Novo Horizonte do Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Nova Brasilândia d'Oeste	A definir	EMAP R	X			X	

Santa Luzia d'Oeste	A definir	EMAP R	X			X	
Parecis	A definir	EMAP R	X			X	
Itapuã do Oeste	A definir	EMAP R	X			X	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2024.

8.8 - Cuidados Paliativos

Considerando a PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024, que Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Das equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos

Art. 10. Serão implementadas equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos, distribuídas de acordo com as regiões/macrorregiões de saúde, conforme descrito nesta seção.

Parágrafo único. A PNCP contará com dois tipos de equipes de cuidados paliativos:

I - Equipe Matricial de Cuidados Paliativos - EMCP; e

II - Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos - EACP.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais e Projeto Regional Integrado-PRI, seguem as propostas de habilitação das equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos:

Tabela 26 - Escalonamento de equipes matriciais e assistenciais de cuidados paliativos 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	TIPO	EQUIPES	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA			
						20 24	20 25	20 26	20 27
Porto Velho	SAMD	EMCP	1		X			X	
Porto Velho	HOSPITAL DE BASE DR ARY PINHEIRO	EACP	1	X	X		X		

8.9 - Leitos de unidade coronariana:

Considerando a Portaria Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011, Art.5 § 1º Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

Art. 7º Para habilitação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), a instituição hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos:

I - Estar habilitada como Centro de Referência ou Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, com Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia Intervencionista, nos termos das Portarias nº 1169/GM e nº 210/SAS, de 15 de junho de 2004;

II - Possuir leito credenciado como UTI tipo II ou III, conforme Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998;

III - Participar da Linha de Cuidado do IAM na Rede de Atenção às Urgências, por indicação do gestor, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade ao paciente com síndrome coronariana aguda; e

IV - Seguir os trâmites de habilitação dispostos na Portaria GM 3.432/98 ou outra que venha a substituí-la.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO):

Tabela 27 - Escalonamento de Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA			
					2024	2025	2026	2027
Vilhena	Hospital regional de Vilhena	2	X	X			X	
Porto Velho	Hospital estadual e pronto socorro João Paulo II	2	X	X		X		
Porto Velho	Hospital de Base Dr Ary Pinheiro	2	X	X		X		
Cacoal	Hospital de urgência e emergência regional de Cacoal HEURO	2	X	X		X		
Ariquemes	Hospital São Francisco	1	X	X			x	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

8.10 - Centro de atendimento de AVC tipo I:

Considerando a Portaria Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012; que aborda sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS

Art. 5º Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento

com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos:

I - Realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

II - Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

III - Dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

IV - Disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;

V - Fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015)

VI - Possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

VII - Possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015)

VIII - Realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;

IX - Dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até duas horas, ou referenciada, disponível em até duas horas; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015).

X - Realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.(Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015).

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015)

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize: (Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015).

I - Checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; (Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015);

II - Deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e (Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015).

III - Todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. (Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015).

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo I/AVC:

Tabela 28 - Escalonamento de Centros de Atendimento de Urgência Tipo I/AVC 2024-2027.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS	HABILITAR	QUALIFICAR	CRONOGRAMA			
					2024	2025	2026	2027
Porto Velho	Hospital estadual e pronto socorro	2	X	X			X	

	João Paulo II							
Cacoal	Hospital de Urgência e Emergência regional de Cacoal HEURO	2	X	X			X	
Vilhena	Hospital regional de Vilhena	2	X	X			X	

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

8.11 - Sala de estabilização

Considerando a Portaria Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011 e NOTA TÉCNICA Nº 21/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS, que trata acerca do componente Sala de Estabilização (SE) e diretrizes para sua implantação.

REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO

I - A Sala de Estabilização deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para sua implantação:

II - Cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina.

III- Localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional. Configuração dá SE como serviço de apoio ao atendimento e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais de grande extensão territorial, de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades.

IV - Instalação dá SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, como em Hospitais de Pequeno Porte com até 50 (cinquenta) leitos e fora da área de abrangência de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas, podendo também ser instalada em

Unidade Básica de Saúde (UBS) e Ambulatório, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana.

V - Presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.

VI - Treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências.

Sendo assim, após análise dos requisitos determinados pelo Ministério da Saúde, considerando as demandas oriundas dos Planos Regionais, seguem as propostas de habilitação das Salas de Estabilização - SE:

Tabela 29 - Escalonamento de Salas de Estabilização - SE 2024-2027.

PORTARIA Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011 e NOTA TÉCNICA Nº 21/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS								
Região de Saúde	Município	Estabelecimento	CNES	Leitos de Estabilização	Habilitação	Proposta	Grau de prioridade	Pontos
Madeira Mamoré	Guajará-Mirim	Unidade Básica De Saúde Irma Maria Salete Stoff	2680734	2		X	1	22
	Nova Mamoré	Unidade Básica De Saúde Jose Carlos Medani	6231551	2		X	2	20
	Nova Mamoré	Centro De Saúde Diolirio Jose De Oliveira (Nova Dimensão)	2806819	2		X	4	19
	Porto Velho	Unidade De Saúde Da Família Vista Alegre Do Abunã	2806991	2	X		5	18
	Porto Velho	Unidade De Saúde Da Família União	3521532	2	X		6	18

		Bandeirantes						
	Nova Mamoré	Centro De Saúde Matusalém Celanti	2806800	2		X	7	16
	Itapuã D'Oeste	Hospital De Pequeno Porte José Baioco	4002768	2		X	8	15
	Candeias do Jamari	Unidade Mista De Saúde Santa Izabel	4002547	1	X		9	14
	Candeias do Jamari	UBS São Pedro	2808242	2		X		14
Vale do Jamari	Machadinho D'Oeste	Hospital Municipal Dr. Onassis Ferreira Dos Santos	2808617	2			1	19
	Cujubim	Hospital De Pequeno Porte De Cujubim	2808579	2			2	16
	Campo Novo	Hospital Municipal De Campo Novo	2369923	2			3	15
	Cacaulândia	Hospital Municipal Dr. Jorge Ernesto Simon Cueller	2807084	2			4	13
	Alto Paraíso	Hospital De Pequeno Porte Osvaldo Cruz	2808676	2			5	13
	Monte Negro	Hospital Municipal De Monte Negro	4003039	2			6	13
	Rio Crespo	Hospital Municipal Elias De Oliveira Lima	7177739	2			7	12
	Ariquemes	Centro De Saúde Do Garimpo Bom Futuro	2495996	2			8	11
	Ariquemes	Hospital Regional de Ariquemes	2494299	2			8	11
	Ariquemes	Hospital da Criança (neo)	2494280	2			8	11
	Buritis	HR de Buritis Dr.	28077076	2				

		Silvano Valério Firmiano						
Central	São Miguel do Guaporé	Hospital Municipal Massao Okamoto	2808668	2			1	23
	Mirante da Serra	Hospital de Pequeno Porte	2808625	2	X			
	Jaru	Unidade De Saúde Da Família Dif Izaltino Lopes De Andrade	2806746	2	X		4	16
	Ouro Preto	Hospital Municipal Dra. Laura Maria C Braga	2496879	2	X			
	Theobroma	Hospital De Pequeno Porte Almerindo Jose Do Rosário	4003357	2	X		5	15
	Governador Jorge Teixeira	Unidade Mista Marinici Bispo Guimarães	28085995	2	X			
	Teixeirópolis	Hospital de Pequeno Porte Daniek Hering	2744406	2	X			
	Vale do Paraíso	Hospital de Pequeno Porte Izabel Batista de Oliveira	274422	2	X			
	Urupá	Hospital Municipal De Urupá Jorge Cardoso De Sa	2743612	2	X		6	15
	Nova União	Hospital Municipal Expedito Gonçalves Ferreira	2808641	2	X		7	14

	Alvorada D'Oeste	Unidade Mista Alvorada D'Oeste	2808501	2	X		8	13
Vale do Guaporé	Costa Marques	Hospital Geral	2808560	2	X			
	Seringueiras	Hospital Municipal Fiorindo Vicensi	2744392	2	X			
Zona da Mata	Parecis	Hospital De Pequeno Porte Francisco Amaral De Brito	2806738	2	X		1	14
	Nova Brasilândia D'Oeste	Hospital Municipal Ancelmo Bianchini	2808633	2	X		2	14
	Novo Horizonte D'Oeste	Hospital Municipal de Novo Horizonte	4002385	2	X			
	Santa Luzia D'Oeste	Hospital Municipal Maria Verli Pinheiro	2679191	2	X			
	Alto Alegre dos Parecis	Hospital De Pequeno Porte Enfermeira Ana Neri	2806681	1	X		3	13
	Alta Floresta D'Oeste	Hospital Municipal Vanessa E Vânia Fuzarri	2679477	2			4	13
	Castanheiras	Unidade Mista De Castanheiras	2808536	1			5	12
Cone Sul	Pimenteiras D'Oeste	Hospital De Pequeno Porte João Cancio Fernandes Leite	2806754	2			1	19
	Cabixi	Hospital De Pequeno Porte	2808528	2			2	16
	Chupinguiã	Unidade Mista De Saúde Jose Ivaldo De Souza	2806711	2			3	18

	Aeronave asa rotativa	X	X			X	
--	-----------------------	---	---	--	--	---	--

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências, 2025.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente plano de ação foi elaborado com base nos preceitos estabelecidos no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), de 2013, e na Resolução CIT nº 23/2017, que define as diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado e governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Tais normativas orientam a construção de políticas públicas pautadas em critérios técnicos, sanitários e territoriais, assegurando a coerência entre planejamento e execução das ações em saúde.

Com foco na universalidade, integralidade e equidade do acesso, além da transparência na alocação dos recursos públicos, esta proposta estadual busca qualificar a organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) por meio da estruturação e ampliação de pontos de atenção estratégicos. A ação está alinhada com os princípios da regionalização, reforçando a importância da pactuação interfederativa e da construção ascendente das prioridades em saúde.

A análise situacional evidencia fragilidades relevantes, como deficiências no saneamento básico, limitações no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), componente essencial como ordenadora do cuidado, além da presença de vazios assistenciais que comprometem a continuidade e a resolutividade do cuidado, especialmente para condições crônicas. Tais lacunas acentuam a fragmentação da rede e comprometem a efetividade das ações em saúde.

Nesse contexto, o planejamento regionalizado emerge como uma ferramenta essencial para a identificação de necessidades específicas de cada território, orientando a alocação racional de recursos e a definição de estratégias que garantam a ampliação do acesso e a qualificação da atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade.

As propostas aqui apresentadas buscam, portanto, enfrentar os principais desafios sanitários do estado, fortalecer a organização da RUE e integrar os serviços da

média e alta complexidade à lógica das redes, com foco na superação das iniquidades, na integralidade do cuidado e no fortalecimento da governança regional do SUS.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ficha Estabelecimento: Competência Julho 2023 [Internet]. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

Rondônia. **Resolução nº 087/CIB/RO de 08 de maio de 2014**. Aprova a conformação das 7 (sete) Regiões de Saúde do Estado de Rondônia. Porto Velho: Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia, 2014.

_____. **Resolução nº 017/CIB/RO, de 19 de março de 2015**. Aprova a pactuação de duas (02) macrorregiões de atenção à urgência e emergência hospitalar no Estado de Rondônia, sendo: Macrorregião 1 (Porto Velho) e Macrorregião 2 (Cacoal). Porto Velho: Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia, 2014.

Sesau. Secretaria de Estado da Saúde. **Construído para atender barrageiros e funcionários da Usina de Samuel, Hospital João Paulo II fez e continua fazendo história**. Governo do estado de Rondônia, publicado em 06 de julho de 2021. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/construido-para-atender-barrageiros-e-funcionarios-da-usina-de-samuel-hospital-joao-paulo-ii-fez-e-continua-fazendo-historia/>. Acesso em: 06 nov. 2023.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Heuro de Cacoal realizou mais de 43 mil atendimentos em 2017, ajudando a desafogar unidades de Porto Velho**. Governo do estado de Rondônia, publicado em 26 de janeiro de 2018a. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/heuro-de-cacoal-realizou-mais-de-43-mil-atendimentos-e-2017-ajudando-a-desafogar-unidades-de-porto-velho/>. Acesso em: 06 nov. 2023.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal contará com 10 leitos de UTI**. Governo do estado de Rondônia, publicado em 03 de julho de 2018b. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/hospital-de-urgencia-e-emergencia-regional-de-cacoal-contara-com-10-leitos-de-uti/>. Acesso em: 06 nov. 2023.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 de novembro de 2023.

Ouverney, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

ANEXO A - Resolução CIB - Aprovação do plano de ação estadual da rede de atenção às urgências.



Diário Oficial do Estado de Rondônia nº 195
Disponibilização: 16/10/2024
Publicação: 16/10/2024

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

RESOLUÇÃO N. 544/2024/SESAU-CIB

Porto Velho, 10 de outubro de 2024.

Pactua o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção às Urgências 2024-2027.

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E COORDENADORA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/RO, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo art. 4º do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RO e conforme registro em ATA da 9ª Reunião Ordinária CIB realizada em 10 de outubro de 2024 no município de Porto Velho.

Considerando o processo de regionalização contemplado pelo Decreto nº 7.508/2011;

Considerando a Resolução CIT n.º 23 MS/GM, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Nota Informativa nº 1/2019 CGUE/DAHU/SAS/MS a qual dispõe as diretrizes para elaboração do PAR da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 10 de 3 de janeiro MS/GM de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, título II do componente do serviço de atendimento móvel de urgência (samu 192), capítulo I das diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (samu 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências, Art. 39. Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

Considerando a Portaria 3.992/MS/GM, de 28 de dezembro de 2017, que altera a portaria de consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, Seção I Das Enfermarias Clínicas de Retaguarda, na qual trata sobre os leitos de enfermaria de retaguarda;

Considerando a Portaria Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011, Seção III Dos Leitos de Terapia Intensiva;

Considerando a Portaria Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 e PORTARIA GM/MS Nº 1.450, DE 29 DE SETEMBRO DE 2023, define Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Considerando a PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024, Altera as

Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMcC).

Considerando a Portaria Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011, Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Considerando a Portaria Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012, Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Considerando a Portaria Nº 2.338, DE 3 DE OUTUBRO DE 2011 e NOTA TÉCNICA Nº 21/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS, que trata acerca do componente Sala de Estabilização (SE) e diretrizes para sua implantação

Considerando a PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024, que Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano Estadual da Rede de Atenção às Urgências (2024-2027), conforme anexo disponível no endereço eletrônico https://rondonia.ro.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/Plano_Estadual_Pactuado_2aversao-1.pdf.

Art. 2º Revogar e tornar sem efeito a Resolução N. 453/2024/SESAU-CIB de 11 de julho de 2024.

Art. 3º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Lorena Pereira Fiorenzani Turco
Presidente do COSEMS

Michelle Dahiane Dutra
Secretária Executiva da SESAU
Decreto de 11/04/2023 - DIOF/RO



Documento assinado eletronicamente por **Lorena Pereira Fiorenzani Turco**, **Presidente**, em 15/10/2024, às 09:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE DAHIANE DUTRA**, **Secretário(a) Executivo(a)**, em 15/10/2024, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0053464266** e o código CRC **B90B6B12**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.046867/2024-80

SEI nº 0053464266

ANEXO B - Resoluções das Comissões Intergestoras Regionais - CIR's

Aprovação dos Planos de Ação Regional das Regiões de Saúde de Rondônia.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Estado da Saúde - SESAU
3ª Gerência Regional de Saúde - Vilhena - SESAU-GRS3

RESOLUÇÃO N. 09/2026/SESAU-GRS3

Vilhena, 03 de março de 2026

A **COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO CONE SUL**, no uso de suas atribuições legais e em consonância com o Registro em Ata da 2ª. Reunião Ordinária, realizada em 03 de março de 2026, no município de Vilhena;

Considerando a Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e Articulação Interfederativa e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução nº572, de 28 de fevereiro de 2024, da Comissão Inetergestores Regional;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências (RAU), da Região de Saúde do Cone Sul do estado de Rondônia.

Clenilda Aparecida dos Santos

Coordenador da CIR

Sinelma Penha de Souza

Vice Coordenador da CIR



Documento assinado eletronicamente por **Clenilda Aparecida dos Santos**, **Gerente**, em 04/03/2026, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **69772391** e o código CRC **B24CA542**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.004875/2026-11

SEI nº 69772391



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

4ª Gerência Regional de Saúde - Ariquemes - SESAU-GRS4

RESOLUÇÃO N. 01/2026/SESAU-GRS4

A PLENÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL VALE DO JAMARI, no uso de suas atribuições legais, conforme o registro em ATA da 1ª Reunião Ordinária CIR/RO realizada no dia 02 de Fevereiro de 2025, no município de Ariquemes/RO;

Considerando a Portaria GM/MS N° 1.604, de 18 de outubro de 2023, que Instituiu a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde; Portaria de Consolidação GM/MS n° 3/2017, que dispõe sobre as Redes de Atenção à Saúde; Portaria de Consolidação n° 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e os serviços de saúde do SUS; Portaria 3.992/GM, de 28 de dezembro de 2017, que altera a portaria de consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Aprovar a Alteração no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências- PAR da Região Vale do Jamari.

ROSCLEIA DA SILVA

Coordenadora CIR



Documento assinado eletronicamente por **Rosecleia da Silva, Gerente**, em 05/02/2026, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **68916704** e o código CRC **A76AFBDB**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.005261/2026-56

SEI nº 68916704



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

5ª Gerência Regional de Saúde - Rolim de Moura - SESAU-GRS5

RESOLUÇÃO N. 08 CIRZM/2026/SESAU-GRS5

Rolim
de
Moura,05
de
março
de
2026.

A PLENÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL ZONA DA MATA no uso de suas competências regimentais;

RESOLVE :

Art. 1º **APROVAR** a Atualização do Plano de Ação Regional - PAR, da Rede de Urgência e Emergência na Região de Saúde Zona da Mata.

Art. 2º Esta Resolução revoga e torna sem efeito a Resolução nº 23/CIRZM, datada de 30 de abril de 2025.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Nerdilei Aparecida Pereira
Coordenadora da CIR Zona da Mata



Documento assinado eletronicamente por **NERDILEI APARECIDA PEREIRA**, **Gerente**, em 05/03/2026, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **69809286** e o código CRC **067B0E5E**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.008099/2026-28

SEI nº 69809286



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Estado da Saúde - SESAU
1ª Gerência Regional de Saúde - Ji-Paraná - SESAU-GRS1

RESOLUÇÃO N. 215/2025/SESAU-GRS1

Ji-Paraná, 02 de dezembro de 2025.

Dispõe de Aprovar a atualização do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências 2024-2027, bem como dos componentes SAMU nas regiões de saúde Central e Vale do Guaporé.

A Comissão Intergestores Regional Região Central no uso de suas atribuições legais e conforme o registro em Ata da 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional da Região Central realizada em 02 de dezembro de 2025 no município de Ji-Paraná;

Considerando o processo de regionalização contemplado pelo Decreto nº 7.508/2011;

Considerando a Resolução CIT nº 23 MS/GM, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU);

Considerando a Portaria GM/ nº 958, de 17 de Julho de 2023, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis e Centrais de Regulação das Urgências efetivamente implantadas do SAMU 192;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e define as diretrizes para o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;

Considerando a Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando o Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em Municípios e regiões do território nacional;

Considerando normativas regionais obrigatórias para implantação e funcionamento das Bases Descentralizadas do SAMU 192 na Região Central e Vale do Guaporé;

Considerando que as Bases Descentralizadas deverão adotar integralmente os requisitos técnicos e operacionais definidos nas Portarias GM/MS nº 2.048/2002, nº 1.010/2012 e demais normativas vigentes relativas à habilitação e qualificação, financiamento do SAMU 192;

Considerando Resolução nº 0079/ CMS de 24 de novembro de 2025, município de Ji-Paraná– RO;

Considerando AD Resolução A nº 022/ CMS de 17 de novembro de 2025, município de Jaru– RO;

Considerando AD Resolução nº 014/ CMS de 01 de dezembro de 2025, município de Ouro Preto do Oeste– RO;

Considerando Resolução nº 95/ CMS de 14 de novembro de 2025, município de Presidente Médici– RO;

Considerando Resolução nº 77/ CMS de 26 de novembro de 2025, município de Mirante da Serra– RO;

Considerando Resolução nº 021/ CMS de 24 de setembro de 2025, município de Theobroma – RO;

Considerando AD Resolução nº 01/ CMS de 12 de novembro de 2025, município de Unupá– RO;

Considerando Resolução nº 031/ CMS de 17 de novembro de 2025, município de Alvorada do Oeste– RO;

Considerando Resolução nº 0036/ CMS de 7 de novembro de 2025, município de Governador Jorge Teixeira – RO;

Considerando Resolução nº 0032/ CMS de 13 de novembro de 2025, município de Teixeiraópolis – RO;

Considerando Resolução nº 025/ CMS de 13 de novembro de 2025, município de Nova União – RO;

Considerando Resolução nº 036/ CMS de 11 de novembro de 2025, município de Vale do Paraíso – RO;

Considerando Resolução nº 036/ CMS de 02 de dezembro de 2025, município de São Miguel do Guaporé – RO;

Considerando Resolução nº 028/ CMS de 13 de novembro de 2025, município de Costa Marques – RO;

Considerando Resolução nº 023/ CMS de 13 de novembro de 2025, município de Seringueiras – RO;

Considerando Termo de Adesão ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

Resolve:

Aprovar a Atualização do Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências (2024- 2027) do componente SAMU nas Regiões de Saúde Central e Vale do Guaporé, com suas Bases Descentralizadas na forma de integração regional com sede na Central de Regulação de Urgência (CRU) no município de Ji-Paraná:

Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - 192			
Região de Saúde	Município	Proposta	Quantidade
Central	Ji-Paraná	Central de Regulação	01
		Base Descentralizada	01
		VIR	01
		USA	02
		Motolância	03
		USB	06
	Jaru	USB	02
	Mirante da Serra	USB	02
	Ouro preto do Oeste	USB	02
	Presidente Médici	USB	02
	Theobroma	USB	01

	Urupá	USB	01
	Governador Jorge Teixeira	USB	02
	Teixeiropolis	USB	02
	Nova União	USB	02
	São Miguel do Guaporé	USB	02
	Vale do Paraíso	USB	02
	Alvorada	USB	02
Vale do Guaporé	Costa Marques	USB	02
	Seringueiras	USB	02

REGISTRA-SE

Nair Ferreira de Souza Barreto
 Coordenadora da CIR Central
 Gerente Regional de Saúde
 IGRS

Francielle Luiza Silva Malaquias
 Subcoordenadora da CIR Central
 Secretária de Saúde de Ouro Preto do Oeste



Documento assinado eletronicamente por **Nair Ferreira de Souza Barreto**, **Gerente**, em 05/12/2025, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **FRANCIELLI LUIZA SILVA MALAQUIAS**, **Usuário Externo**, em 05/12/2025, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0067148127** e o código CRC **948E1C0F**.



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria de Estado da Saúde - SESAU
1ª Gerência Regional de Saúde - Ji-Paraná - SESAU-GRS1

RESOLUÇÃO N. 216/2025/SESAU-GRS1

Ji-Paraná, 02 de dezembro de 2025.

Dispõe de Aprovação das Salas de Estabilização nas Regiões
de Saúde Central e Vale do Guaporé.

A Comissão Intergestores Regional Região Central no uso de suas atribuições legais e conforme o registro em Ata da 11ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional da Região Central realizada em 02 de dezembro de 2025 no município de Ji-Paraná;

Considerando o processo de regionalização contemplado pelo Decreto nº 7.508/2011;

Considerando a Resolução CIT nº 23 MS/GM, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Nota Técnica Nº 21/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS fundamenta-se em Portarias de Consolidação GM/MS nº 03 e nº 06/2017, atualizadas pela Portaria GM/MS nº 1.997/2023,;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017;

Considerando Resolução nº 026/ CMS de 01 de julho de 2024, município de Alvorada do Oeste– RO;

Considerando Resolução nº 101/ CMS de 22 de novembro de 2025, município de Jaru– RO;

Considerando Resolução nº 77/ CMS de 26 de novembro de 2025, município de Mirante da Serra– RO;

Considerando Resolução nº 26/ CMS de 28 de agosto de 2025, município de São Miguel do Guaporé– RO;

Considerando Resolução nº 27/ CMS de 01 de dezembro de 2025, município de Theobroma– RO;

Considerando Resolução nº 27/ CMS de 26 de novembro de 2025, município de Nova União– RO;

Considerando Resolução nº 037/ CMS de 10 de novembro de 2025, município de Governador Jorge Teixeira– RO;

Considerando Resolução nº 033/ CMS de 27 de novembro de 2025, município de Teixeirópolis– RO;

Considerando Resolução nº 006/ CMS de 16 de abril de 2025, município de Ouro Preto do Oeste– RO;

Considerando AD Resolução nº 02/ CMS de 12 de novembro de 2025, município de Unupá– RO;

Considerando AD Resolução nº 03/ CMS de 03 de dezembro de 2025, município de Vale do Paraíso– RO;

Considerando Resolução nº 31/ CMS de 26 de novembro de 2025, município de Costa Marques– RO;

Considerando Resolução nº 25/ CMS de 28 de novembro de 2025, município de Seringueiras– RO;

Considerando os Planos de Trabalhos da Salas de Estabilização dos municípios da Região Central e Vale do Guaporé.

Resolve:

Aprovar as Salas de Estabilização nas Regiões de Saúde Central e Vale do Guaporé:

Sala de Estabilização		
Região de Saúde	Município	Nº de leitos
Central	Jaru	02
	Ouro Preto do Oeste	02
	Theobroma	02
	Governador Jorge Teixeira	02
	Nova União	02
	São Miguel do Guaporé	02
	Urupá	02
	Alvorada do Oeste	02
	Mirante da Serra	02
	Teixeirópolis	02
	Vale do Paraíso	02
Vale do Guaporé	Costa Marques	02
	Seringueiras	02

REGISTRA-SE

Nair Ferreira de Souza Barreto
Coordenadora da CIR Central
Gerente Regional de Saúde
IGRS

Francielle Luiza Silva Malaquias
Subcoordenadora da CIR Central
Secretária de Saúde de Ouro Preto do Oeste



Documento assinado eletronicamente por **Nair Ferreira de Souza Barreto, Gerente**, em 05/12/2025, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **FRANCIELLI LUIZA SILVA MALAQUIAS**, Usuário Externo, em 05/12/2025, às 10:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0067150042** e o código CRC **7DE051A8**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.053582/2025-86

SEI nº 0067150042



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

6ª Gerência Regional de Saúde - Porto Velho - SESAU-GRS6

RESOLUÇÃO N. 002/2026/SESAU-GRS6

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL MADEIRA MAMORÉ

VI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA

A **COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL MADEIRA MAMORÉ**, no uso de suas atribuições legais e conforme o registro em Ata da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional Madeira Mamoré, realizada em 06 de março de 2026.

Considerando a necessidade de Pactuar e Atualizar o Plano da Região de Saúde Madeira-Mamoré.

RESOLVE:

Aprovar a pactuação e atualização do Plano Regional da Rede de Atenção Às Urgências 2024-2027, da Região Madeira -Mamoré.

ÉLEN SAMPAIO ROCHA DA LUZ

COORDENADORA DA CIR

MÁRCIO BRUNER CHRISTO

SUB-COORDENADOR DA CIR



Documento assinado eletronicamente por **ELEN SAMPAIO ROCHA DA LUZ**, **Gerente**, em 09/03/2026, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **69810009** e o código CRC **1E48D3A6**.

Referência: Caso responda esta Resolução, indicar expressamente o Processo nº 0036.000174/2026-11

SEI nº 69810009



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACOAL.
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL - CIR

RESOLUÇÃO CIR Nº 027 /2025

Cacoal, 24 de abril de 2025.

Aprovar a atualização do PAR – Plano de Ação Regional – Região do Café

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA REGIÃO DO CAFÉ, no âmbito das suas competências, em reunião ordinária realizada em 24 de abril de 2025;

CONSIDERANDO a Resolução nº 012/CIR/2024, de 11 de abril que aprovou o PAR - Plano de Atenção às Urgências da Região do Café;

CONSIDERANDO o Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Municípios e regiões do território nacional;

CONSIDERANDO que a área de Urgência e Emergência se constitui em um importante componente da assistência à saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica das Urgências, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria nº 356/SAS/MS, de 22 de setembro de 2000;

CONSIDERANDO o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004 que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192);

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.600, DE 7 de Julho de 2011 que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSIDERANDO que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACOAL
COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL - CIR

CONSIDERANDO a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências no âmbito municipal, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERANDO Portaria Ministerial nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 a qual aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência.

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.010 GM/MS de 21 de maio de 2012, a qual redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências e suas alterações através da Portaria nº 1.473 de 18 de julho de 2013.


CONSIDERANDO a necessidade de atualização do Plano De Ação Regional de Atenção As Urgências da Região de Saúde Café.


RESOLVE:

Art.1º – Aprovar a atualização do PAR – Plano de Atenção às Urgências da Região do Café, conforme anexo.

Art.2º – Esta Resolução entra em vigor na data da sua assinatura.

Cacoal, 24 de abril de 2025.


Solange Pereira Vieira Hentges
Coord. da Comissão Intergestores
Regional Região do Café


Andreia Ferreira Sampaio
Vice Coord. da Comissão Intergestores
Regional Região do Café



Diário Oficial do Estado de Rondônia nº 91
Disponibilização: 16/05/2025
Publicação: 16/05/2025

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU
Comissão Intergestores Bipartite - SESAU-CIB

RESOLUÇÃO N. 204/2025/SESAU-CIB

Ariquemes, 09 de maio de 2025.

Pactua a atualização do Plano Estadual da Rede de Atenção às Urgências 2024-2027 do componente SAMU nas regiões de saúde Café e Zona da Mata.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E COORDENADOR DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/RO, no uso das atribuições legais, conferidas pelo Art. 4º do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RO; e conforme registro em Ata da 4ª Reunião Ordinária da CIB/RO e 1ª Reunião Itinerante realizada em 09 de maio de 2025, no município de Ariquemes.

Considerando o processo de regionalização contemplado pelo Decreto nº 7.508/2011;

Considerando a Resolução CIT n.º 23 MS/GM, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Nota Informativa nº 1/2019 CGUE/DAHU/SAS/MS a qual dispõe as diretrizes para elaboração do PAR da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, título II do componente do serviço de atendimento móvel de urgência (samu 192), capítulo I das diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (samu 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências, Art. 39. Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

Considerando a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, a qual redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, como componente da Rede de Atenção às Urgências. Ela estabelece que o SAMU 192 deve ser regionalizado para ampliar o acesso das populações municipais em todo o território nacional. Cada região deve possuir um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, utilizando como parâmetro o tempo-resposta adequado entre a ocorrência do evento e a intervenção necessária. A regionalização pode ocorrer por meio do agrupamento de centrais existentes, incorporação de novos municípios ou implantação de novas centrais regionais.

Considerando a Portaria nº 2.970/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, a qual estabelece diretrizes para a regionalização da Rede SAMU 192, priorizando projetos que agrupem centrais municipais existentes ou incorporem novos municípios, otimizando recursos e ampliando a cobertura e o acesso. Os projetos devem ser submetidos à apreciação do Colegiado de Gestão Regional e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite de cada estado.

Fundamentação Legal para a Minuta de Resolução sobre a Regionalização do SAMU 192 – Região do Café e Zona da Mata (RO)

Para embasamento da proposta de regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, com a criação da Central de Regulação em Cacoal e implantação de bases descentralizadas nos municípios da Região do Café e Zona da Mata, considera-se:

Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU):

“O SAMU 192 será estruturado por meio da regionalização e da hierarquização, com base nas macro e microrregiões de saúde, tendo como referência a Central de Regulação das Urgências.”

Portaria nº 2.970/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, Estabelece diretrizes para a regionalização da Rede SAMU 192. Prioriza projetos que agrupem municípios em torno de uma Central de Regulação Médica única, visando à ampliação da cobertura e à otimização de recursos:

“A regionalização do SAMU 192 visa à ampliação do acesso aos serviços de urgência por meio da implantação de Centrais de Regulação Médica em áreas de abrangência intermunicipal.

Portaria nº 2.338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, Dispõe sobre a implantação de Serviços de Estabilização (SE) e sua articulação com o SAMU 192, ampliando a capacidade de resposta nas regiões mais distantes ou com menor infraestrutura.

Considerando a Portaria 3.992/MS/GM, de 28 de dezembro de 2017, que altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução nº 544/2024/SESAU-CIB, que pactua o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção às Urgências 2024-2027.

Considerando a Resolução nº 159/2025/SESAU-CIB, que institui o Grupo de Trabalho para conduzir o processo de integração regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) nas Regiões de Saúde Zona da Mata e Café do Estado de Rondônia, com central de regulação no município de Cacoal, e dá outras providências.

Considerando a Resolução CIR nº 27/2025, que atualiza o Plano de Ação Regional (PAR) de Atenção às Urgências da Região Café.

Considerando a Resolução CIR nº 23/2025, que atualiza o Plano de Ação Regional (PAR) de Atenção às Urgências da Região Zona da Mata.

RESOLVE :

Art. 1º - Aprovar a atualização do Plano Estadual da Rede de Atenção às Urgências (2024-2027) do componente SAMU nas regiões de saúde Café e Zona da Mata, na forma de integração regional com sede da Central de Regulação de Urgência (CRU) no município de Cacoal:

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192			
Região de Saúde	Município	Proposta	Quantidade
	Cacoal	Central de Regulação	01
		USA	01
		USB	04
		VIR (Viatura de Intervenção rápida)	01
		Motolancia	02

Café		SAAV (Suporte Aéreo)	01
	Espigão D'Oeste	USB	02
	Pimenta Bueno	USB	02
	Ministro Andreazza	USB	02
	São Felipe D'Oeste	USB	02
	Primavera de Rondônia	USB	02
Zona da Mata	Rolim de Moura	USA	01
		USB	02
	Alta Floresta D'Oeste	USB	02
		Ambulacha	01
	Alto Alegre do Parecis	USB	01
	Castanheiras	USB	02
	Nova Brasilândia D'OESTE	USB	02
	Novo Horizonte D'Oeste	USB	01
		USA	01
	Parecis	USB	01
USA		01	
Santa Luzia D'Oeste	USB	02	

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

Wagner Wasczuk Borges

Presidente do COSEMS/RO

Michelle Dahiane Dutra

**Secretária Executiva
Decreto de 11 de abril de 2023**



Documento assinado eletronicamente por **Wagner Wasczuk Borges, Presidente**, em 13/05/2025, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)



Documento assinado eletronicamente por **MICHELLE DAHIANE DUTRA, Secretário(a) Executivo(a)**, em 15/05/2025, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017.](#)