



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

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

**PLANO MACRORREGIONAL INTEGRADO - MACRORREGIÃO II**

**RONDÔNIA  
2024**

**GOVERNADOR**

Marcos José Rocha Dos Santos

**VICE-GOVERNADOR**

Sergio Gonçalves da Silva

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Jefferson Ribeiro Da Rocha

**SECRETÁRIO-ADJUNTO**

Elcio Barony de Oliveira

**SECRETÁRIA EXECUTIVA**

Michelle Dahiane Dutra

**DIRETORA EXECUTIVA**

Amanda Diniz Del castilho

**DIRETOR GERAL DA AGEVISA**

Cel. Bm Gilvander Gregório De Lima

**SUBDIRETORA TÉCNICA EM SAÚDE**

Mariana Aguiar Prado

**COORDENADORA DO SISTEMA DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO**

Marta Maria Oliveira Duarte

**I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE JI-PARANÁ**

Nair Ferreira de Souza Barreto

**II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACOAL**

Solange Pereira Vieira Tavares

**III GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VILHENA**

Sinelma Penha de Souza

**IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE ARIQUEMES**

Rosicléa da Silva

**V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE ROLIM DE MOURA**

Nerdilei Aparecida Pereira

**VI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PORTO VELHO**

Sachanna Mychelly Morais Torres

**HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ**

PROADI-SUS

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>3. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO</b>	<b>14</b>
2.1. Organização do território	15
<b>4. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE</b>	<b>18</b>
3.1. Análise Situacional	18
3.2. Perfil epidemiológico	22
3.3. Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita	25
3.4. Óbitos maternos	26
3.5. Mortalidade materna	27
3.6. Mortalidade Infantil por componente (neonatal precoce, tardio e pós neonatal)	29
3.7. Mortalidade Infantil	33
3.8. Mortalidade em crianças de 1 a 5 anos	35
3.9. Principais causas de mortalidade em crianças de 1 a 5 anos	36
3.10. Principais causas de morbidade por internação	38
3.11. Principais causas de mortalidade, por faixa etária e sexo	40
3.12. Óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônica não transmissíveis - DCNT	42
3.13. Vacinas para crianças menores de dois anos de idade	44
3.14. Cobertura Vacinal da vacina contra COVID-19	45
3.15. Incidência de tuberculose	46
3.16. Hanseníase na população geral e em menores de 15 anos	47
<b>5. EIXO 2 - DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE: DIMENSÃO TERRITORIAL, DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS</b>	<b>49</b>
<b>6. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)</b>	<b>50</b>
5.1. Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária	51
5.2. Cobertura de Saúde Bucal	53
5.3. Internações por Condições Sensíveis	55
5.4. Exames Citopatológico do Colo do Útero	59
5.5. Exames de Mamografia de Rastreamento	60
<b>7. ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE)</b>	<b>62</b>
6.1. Estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS	63
6.2. Estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	64
6.3. Profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS	66
6.4. Consultas realizadas na AAE de maior demanda	67
6.5. Valores financeiros para pagamento do total das consultas realizadas na AAE	68

<b>8. ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)</b>	<b>71</b>
7.1. Hospitais que prestam atendimento ao SUS	72
7.2. Hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão	73
7.3. Hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência	75
7.4. Hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência para a RAS, nas linhas de cuidado	76
7.5. Leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados para o SUS	77
7.6. Profissionais de nível médio da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS	78
7.7. Internações hospitalares – total, enfermaria, UTI na macrorregião II	80
7.8. Taxa de ocupação dos leitos – total, enfermaria, UTI na macrorregião II	81
7.9. Média de dias de permanência dos leitos – total, enfermaria, UTI	82
7.10. Valores financeiros para pagamento das internações – total, enfermaria, UTI	84
7.11. Salas cirúrgicas disponibilizadas o SUS	85
<b>9. EIXO 3 - SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICA</b>	<b>87</b>
8.1. Sistemas de Apoio	87
8.2. Sistemas de Logística	93
<b>10. EIXO 4 – PLANEJAMENTO, GESTÃO E GOVERNANÇA</b>	<b>96</b>
9.1. Eixo Gestão	96
9.1.1. Conselhos instituídos e atuantes	96
9.1.2. Participação dos Gestores	98
9.1.3. Planos Municipais de Saúde (2022-2025) homologado no DigiSUS	99
9.2. Eixo Governança	100
9.2.1. A Comissão Intergestores Regional (CIR)	101
9.3. Eixo Planejamento	102
9.3.1. Reuniões Técnicas Macrorregionais de Grupos Condutores	102
<b>11. MATRIZ DE PROBLEMAS/NECESSIDADES EM SAÚDE E PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIÃO II</b>	<b>103</b>
<b>12. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA PESSOA USUÁRIA NAS REDES PRIORITÁRIAS</b>	<b>106</b>
<b>13. NECESSIDADES DE SAÚDE E PRIORIDADES SANITÁRIAS</b>	<b>111</b>
<b>14. IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL DA MACRORREGIÃO II</b>	<b>114</b>
<b>15. COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE</b>	<b>116</b>
14.1. Nível Primário - Atenção Primária à Saúde (APS)	116
14.2. Nível secundário - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	121
14.3. Nível terciário – Atenção Hospitalar	126
<b>16. SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICO - (FARMACÊUTICO, LABORATORIAL E DIAGNÓSTICO E REGULAÇÃO)</b>	<b>128</b>
<b>17. MATRIZ DE FORTALEZAS E FRAGILIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE</b>	<b>131</b>

<b>18. PARÂMETROS E PROGRAMAÇÃO ESTIMADA E REGISTRADA NA ASSISTÊNCIA, POR REGIÃO DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO II</b>	<b>2</b>
<b>19. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DA SÍNTESE DOS PARÂMETROS</b>	<b>9</b>
<b>20. MATRIZ DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)</b>	<b>11</b>
<b>21. IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS (GOB)</b>	<b>16</b>
<b>22. INDICADORES DE SAÚDE</b>	<b>1</b>
<b>23. PAINEL DE MONITORAMENTO E O MONITORAMENTO</b>	<b>45</b>
<b>24. REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>62</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Demonstrativo da frequência de recém-nascidos com as principais causas de morbidade, segundo região de saúde, no período de 2012 a 2021.	22
<b>Tabela 2:</b> Número e percentual de recém-nascidos com as cinco principais causas de morbidade por Macrorregião de Saúde/Rondônia – 2012, 2016 e 2021.	22
<b>Tabela 3:</b> Número de casos e taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, por ano de diagnóstico. Macrorregião de Saúde II e I de Rondônia. 2012 – 2021.	23
<b>Tabela 4:</b> Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Região de Saúde (CIR), e causas obstétricas direta e indireta, período: 2011-2020	24
<b>Tabela 5:</b> Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Categoria CID-10	26
<b>Tabela 6:</b> Frequência e Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos e componente (neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós Neonatal), das regiões de saúde da macrorregião II, Rondônia. Período 2011 a 2020	27
<b>Tabela 7:</b> Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos e componente (neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós Neonatal), das macrorregiões de Saúde de Rondônia. Período 2011 a 2020.	28
<b>Tabela 8:</b> Número absoluto e percentual das principais causas de mortalidade infantil, por Macrorregião de Saúde, Rondônia, 2011, 2016 e 2020.	30
<b>Tabela 9:</b> Número absoluto e taxa de mortalidade infantil em crianças de 1 a 5 anos de idade (por mil), Macrorregião II - Rondônia, 2011-2020.	32
<b>Tabela 10:</b> Número absoluto e percentual das principais causas de morbidade por Internação do Capítulo CID 10, na Macrorregião II nos anos de 2012, 2016 e 2021.	35
<b>Tabela 11:</b> Cobertura Vacinal da vacina contra COVID-19, por Região de Saúde da Macrorregião II/Rondônia Ano 2022.	41
<b>Tabela 12:</b> Cobertura das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	46
<b>Tabela 13:</b> Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	47
<b>Tabela 14:</b> Cobertura atual de equipes de Saúde Bucal (ESB) na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	48
<b>Tabela 15:</b> Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária da população em residentes, Rondônia, 2011-2021	50
<b>Tabela 16:</b> Percentual de internações por condições sensíveis à APS na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	52
<b>Tabela 17:</b> Razão entre o número de exames Citopatológico em residentes do sexo feminino de 25 a 64 anos e um terço da população do sexo feminino na mesma faixa etária da Macrorregião II – Rondônia /Brasil, 2012-2021.	53
<b>Tabela 18:</b> Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária, na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	55

<b>Tabela 19:</b> Número absoluto de estabelecimento de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica	57
<b>Tabela 20:</b> Número absoluto de estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	58
<b>Tabela 21:</b> As 11 principais especialidades de maior demanda estratificada por número absoluto de atendimento	60
<b>Tabela 22:</b> Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento do total das consultas realizadas na AAE	62
<b>Tabela 23:</b> Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	65
<b>Tabela 24:</b> Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência municipal, regional, macrorregional e estadual na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	68
<b>Tabela 25:</b> Número absoluto de leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados para o SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	70
<b>Tabela 26:</b> Número absoluto de profissionais de nível médio da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	71
<b>Tabela 27:</b> Número absoluto de profissionais de nível superior da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	71
<b>Tabela 28:</b> Série histórica dos últimos 5 anos da taxa de ocupação dos leitos – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	74
<b>Tabela 29:</b> Série histórica dos últimos 5 anos da média de dias de permanência dos leitos – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	75
<b>Tabela 30:</b> Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das internações – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	76
<b>Tabela 31:</b> Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias eletivas realizadas na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	77
<b>Tabela 32:</b> Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias de emergência realizadas na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	78
<b>Tabela 33:</b> Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das cirurgias - total, eletivas, de emergência na macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	78
<b>Tabela 34:</b> Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS	81
<b>Tabela 35:</b> Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal, filantrópicos ou privados.	82
<b>Tabela 36:</b> Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento dos exames de imagem - total e os exames de maior demanda	83

<b>Tabela 37:</b> Número absoluto de farmácias que realizam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal.	84
<b>Tabela 38:</b> Número absoluto de farmácias que realizam atendimento ao SUS	84
<b>Tabela 39:</b> Número absoluto de veículos que realizam transporte eletivo de pacientes no SUS	85
<b>Tabela 40:</b> Regiões de Saúde com municípios que possuem CMS de Saúde e percentual de reuniões realizadas na Macrorregião II, Rondônia, 2022.	87
<b>Tabela 41:</b> Participação dos Gestores em reuniões do CMS, Macrorregião II, Rondônia, 2022.	88
<b>Tabela 42:</b> Planos Municipais de Saúde homologados no DigiSUS na II Macrorregião.	89
<b>Tabela 43:</b> A CIR instituída e atuante nas Regiões de Saúde	91
<b>Tabela 44:</b> Reuniões técnicas macrorregionais realizadas (Considerar Câmara Técnicas, Grupo Condutor, CIR) exceto as reuniões do PRI.	92
<b>Tabela 45:</b> Demonstrativo da atenção hospitalar por região de saúde, que realiza parto de risco habitual.	97
<b>Tabela 46:</b> Demonstrativo da rede hospitalar referência em Leitos de Unidade de Terapia Intensiva	98
<b>Tabela 47:</b> Demonstrativo das prioridades sanitárias, com base nas necessidades de saúde, bem como as estratégias para melhorias.	101
<b>Tabela 48:</b> Quadro de Estimativas populacionais para assistência materno infantil	3
<b>Tabela 49:</b> Quadro de Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames a gestante, na Atenção Primária à Saúde e Especializada	3
<b>Tabela 50:</b> Quadro de Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames para a gestante, na Atenção Primária à Saúde (APS).	4
<b>Tabela 51:</b> Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames a gestante, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	5
<b>Tabela 52:</b> Estimativa da Necessidade e Produção na assistência a crianças de 0 a 12 meses, na Atenção Básica e na Atenção Ambulatorial Especializada.	6
<b>Tabela 53:</b> Estimativa da Necessidade e Produção na assistência a crianças de 12 a 24 meses, na Atenção Básica e na Atenção Ambulatorial Especializada.	7
<b>Tabela 54:</b> Infraestrutura de Leitos para assistência às gestantes e Crianças (neonatologia)	8

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Demonstrativo populacional por região de saúde, no período de 2012, 2016 e 2021, Rondônia, 2022.	17
<b>Gráfico 2:</b> Demonstrativo do percentual da população analfabeta com 15 anos ou mais, por Região de Saúde, no período de 2000-2010.	19
<b>Gráfico 3:</b> Demonstrativo da taxa de natalidade, segundo região de saúde, no período de 2011 a 2020.	21
<b>Gráfico 4:</b> Mortalidade por capítulo do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade, Macrorregião de saúde II de Rondônia. Período 2011, 2016 e 2020.	33
<b>Gráfico 5:</b> Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por 100 mil/hab., Macrorregião II e I, Rondônia, Brasil, 2017 - 2021.	38
<b>Gráfico 6:</b> Cobertura Vacinal por ano segundo Imunobiológico, Macrorregião de Saúde II/RO, 2012-2021.	40
<b>Gráfico 7:</b> Taxa de incidência de Tuberculose, segundo a Macrorregião de Saúde de residência, Rondônia. Período 2012 a 2021	41
<b>Gráfico 8:</b> Taxa de incidência de hanseníase, segundo Região de Saúde de residência da Macrorregião II, Rondônia. Período 2012 a 2021.	42
<b>Gráfico 9:</b> Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022.	51
<b>Gráfico 10:</b> Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou Intergestores, federal, filantrópicos ou privados na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	66
<b>Gráfico 11:</b> Número absoluto de salas cirúrgicas disponibilizadas no SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022.	76

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Demonstrativo das sete regiões de saúde de Rondônia.	14
<b>Figura 2:</b> Demonstrativo das duas macrorregiões de saúde de Rondônia	15
<b>Figura 3:</b> Demonstrativo da delimitação da área indígena.	16
<b>Figura 4:</b> Representação gráfica da distribuição da população por região de saúde, segundo o sexo e faixa etária, 2020.	18
<b>Figura 5:</b> Itinerário terapêutico na Rede de Atenção Materno e Infantil.	96
<b>Figura 6:</b> Itinerário terapêutico do usuário na Rede de Atenção às Urgências.	99

## **1. APRESENTAÇÃO**

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

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

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

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

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

**Jefferson Ribeiro da Rocha**

**Secretário de Estado da Saúde**

## 2. INTRODUÇÃO

A lógica de ascendência do planejamento e do orçamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está estabelecida desde a promulgação da Lei nº 8.080/1990, em que há a definição de que os planos de saúde municipais devem embasar os planos a nível estadual e federal. Esta proposta de integração entre os níveis de gestão torna-se desafiador e ao mesmo tempo busca destacar a necessidade de haver sinergia das ações planejadas.

Desse modo, a homologação do Decreto 7.508/2011 foi uma das principais estratégias para fortalecer a descentralização, que legitimou no Brasil as regiões de saúde e seu respectivo espaço de gestão regional formadas pelo ente estadual e os municípios limítrofes definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Considerando esse cenário, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) de Rondônia coordenou os trabalhos que culminaram na pactuação da Resolução CIB/RO nº 87, de 08 de maio de 2014, que instituiu as sete Regiões de Saúde e duas macrorregiões com polos em Porto Velho (capital do estado) e Cacoal. Este último município é referência para a Macrorregião II que possui em sua configuração cinco regiões de saúde (Café, Central, Cone Sul, Vale do Guaporé e Zona da Mata).

A partir desse decreto são estabelecidas nacionalmente e também em Rondônia as discussões em torno do Planejamento Regional Integrado (PRI). Este que estabelece as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns entre os gestores das Regiões de Saúde e deve ser coordenado pela gestão estadual, envolvendo a participação de todos os municípios que compõem as Regiões de Saúde do estado.

Neste sentido, com a intenção de construção participativa e ascendente do PRI entre 2018 a 2023, com contribuições e engajamento de toda a equipe da SESAU de Rondônia, tanto no nível central quanto regional, somado com o suporte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI SUS) que ofertou ao estado o “Projeto de fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização”, coordenado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) foi possível o avanço do

processo para as duas Redes de Atenção, sendo a materno-infantil e a de atenção às Urgências.

Contudo, este documento é o produto elaborado por um coletivo de servidores/profissionais da SESAU de Rondônia e representantes das mais variadas áreas técnicas e dos diferentes níveis de complexidades dos municípios, incluindo também integrantes do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) e sob a coordenação da Coordenadoria do Sistema de Apoio à Descentralização (COSAD) e apoio das Gerências Regionais de Saúde (GRS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado de Rondônia (COSEMS/RO) e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS).

Por fim, espera-se que esse material possa auxiliar os gestores e facilitar, de algum modo, suas ações, com o intuito de garantir os princípios doutrinários do SUS, a eficiência nos gastos. Além disso, a otimização dos recursos utilizados na manutenção e no Sistema Público de Saúde.

### 3. CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO REGIONAL AMPLIADO

#### 3.1. Organização do território

Rondônia localiza-se na região norte do Brasil e tem como limites os estados de Amazonas a norte, Mato Grosso a leste, Acre a Oeste e o Estado Plurinacional da Bolívia a oeste e sul. Rondônia possui 52 municípios, com estimativa populacional de 1.815.278 habitantes, sendo que a cidade mais populosa é Porto Velho-capital com 548.952 pessoas, seguida dos demais que possuem população acima de 100 mil habitantes, como Ji-Paraná (131.026 habitantes), Ariquemes (111.148 habitantes) e Vilhena (104.517 habitantes). Possui ainda, uma área territorial de 237.765,347 km<sup>2</sup> e o clima predominante é equatorial quente e úmido, com temperatura variando de 18° a 33°C (IBGE, 2021).

**Figura 1:** Demonstrativo das sete regiões de saúde de Rondônia.



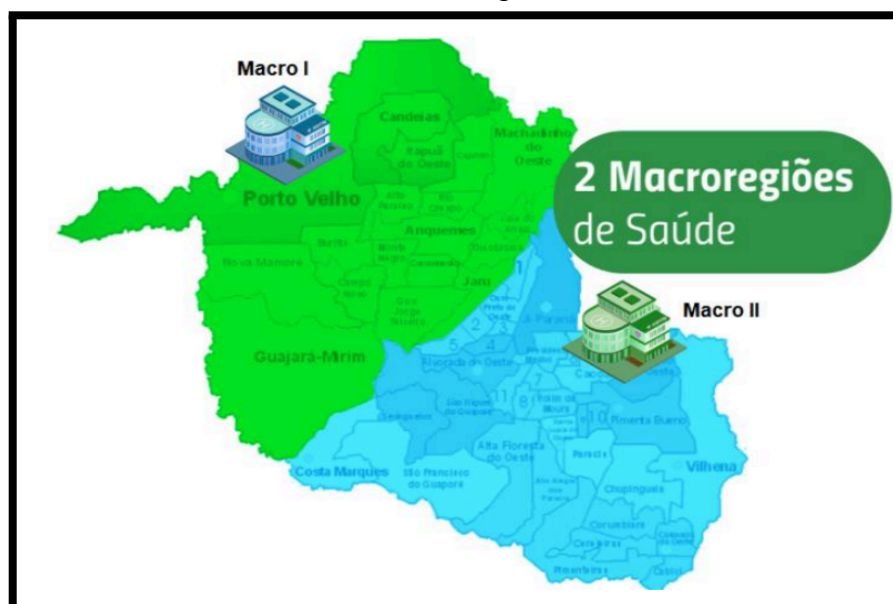
Fonte: Resolução CIB/RO 087, de 08 de maio de 2014.

Para melhor operacionalização do sistema local, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) conta na sua estrutura organizacional com seis Gerências Regionais de Saúde (GRS), sedes administrativas sob a articulação da Coordenadoria do Sistema de Apoio à Descentralização (COSAD). Outrossim, convém destacar que o estado está dividido em sete regiões de saúde (Figura 1), conforme Resolução CIB/RO nº. 87, de 08 de maio de 2014, ou seja, os serviços

foram organizados considerando a capacidade técnica e tecnológica nos diferentes territórios, permitindo a otimização de recursos físicos, humanos, financeiros e aumento da capacidade de execução da atenção à saúde da população.

A partir da Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37 de 22 de março de 2018 o processo de regionalização foi avançando mais ainda no Brasil. Em Rondônia, foram instituídas as duas macrorregiões de saúde (Figura 2), formada por uma ou mais regiões de saúde, sendo que devem ser organizadas no intuito de atender a demanda da média e alta complexidade tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar.

**Figura 2:** Demonstrativo das duas macrorregiões de saúde de Rondônia<sup>1</sup>



Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

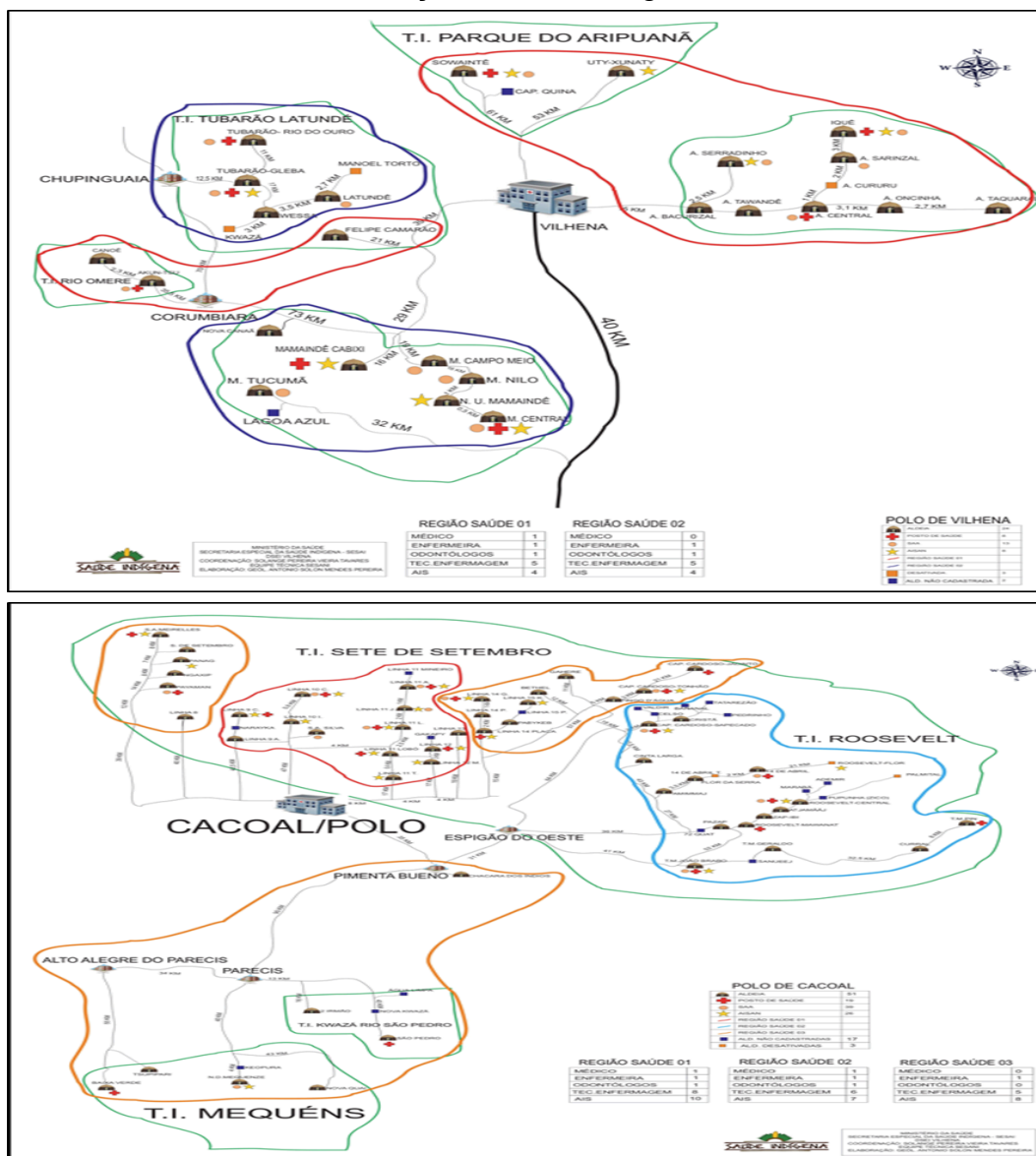
O espaço regional abrangido pelo presente plano é a Macrorregião II, que compreende cinco regiões de saúde (Café, Central, Cone Sul, Zona da Mata e Vale do Guaporé) com 34 municípios, representando cerca de 65,4% do total de cidades do estado. Estima-se uma população correspondente a 781.170 pessoas. Convém destacar que, um dos desafios apontados pelos municípios é a distância entre os municípios e as cidades sedes de região e, sobretudo da macrorregião, as que possuem maior capacidade instalada e os serviços de referência regional, como por exemplo, Vilhena, cidade polo para os municípios da região do Cone Sul, localizada

<sup>1</sup> Fonte: Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/Relatorio-11.11.-2022..pdf>

a aproximadamente 227 km do município de Cacoal, referência para os municípios da Macrorregião de saúde II e a 700 km da capital – Macrorregião de saúde I.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Assim, o DSEI Vilhena é a autoridade sanitária responsável pela saúde dessa população. Atualmente o Distrito tem uma abrangência territorial de 156.226,96 km<sup>2</sup> com 5.914 povos indígenas de 43 etnias, sendo 144 aldeias, tendo como estrutura física quatro polos bases. É importante conhecer a delimitação da área indígena, bem como os polos, conforme Figura 3.

**Figura 3:** Demonstrativo da delimitação da área indígena



Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

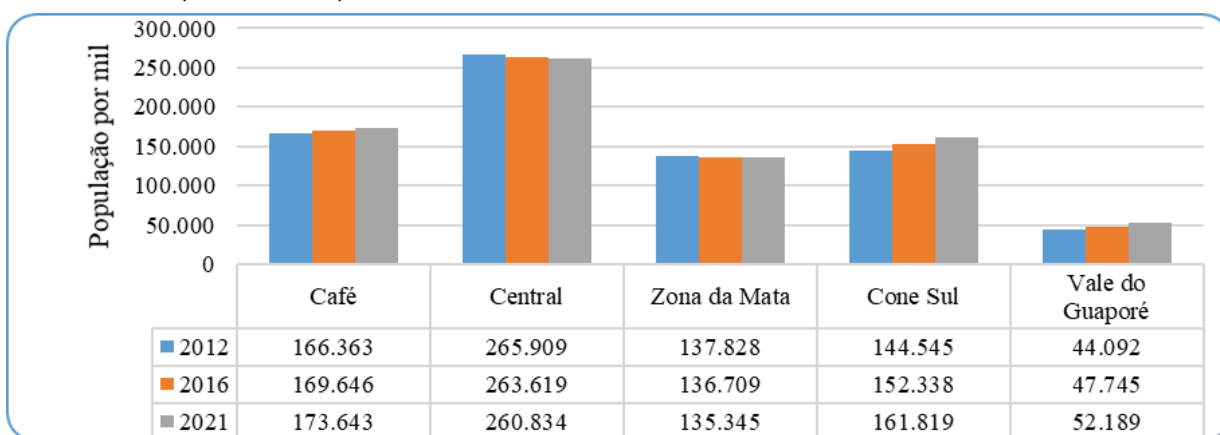
Outro ponto importante é a pactuação interestadual envolvendo os estados de Rondônia e Mato Grosso e, particularmente, os municípios de Cacoal, Ji-Paraná e Rondolândia formalizado durante a 89ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite Estadual/MT de 2005. Além desse documento houve também a aprovação da Resolução da CIB N.º 74, de 16/12/2005, que dispõe sobre o repasse de recurso financeiro da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar para garantia das referências interestaduais pactuadas. Tais pactuações deverão ser acompanhadas e revisadas semestralmente pelos técnicos da área de Programação, Controle e Avaliação dos Estados e Municípios envolvidos, sendo que no caso de descumprimento dos atendimentos firmados, o pacto poderá ser denunciado de pleno direito.

#### 4. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

##### 4.1. Análise Situacional

A projeção populacional pode ser utilizada no planejamento e monitoramento de políticas e ações nos setores públicos e privados. Além disso, podem ser utilizadas no cálculo de diversos indicadores socioeconômicos. Neste sentido, para análise populacional da Macrorregião II de Rondônia, foi realizado levantamento da série histórica dos últimos 10 anos da população residente por região de saúde (Gráfico 1), a partir de recorte a cada cinco anos.

**Gráfico 1:** Demonstrativo populacional por região de saúde, no período de 2012, 2016 e 2021, Rondônia, 2022



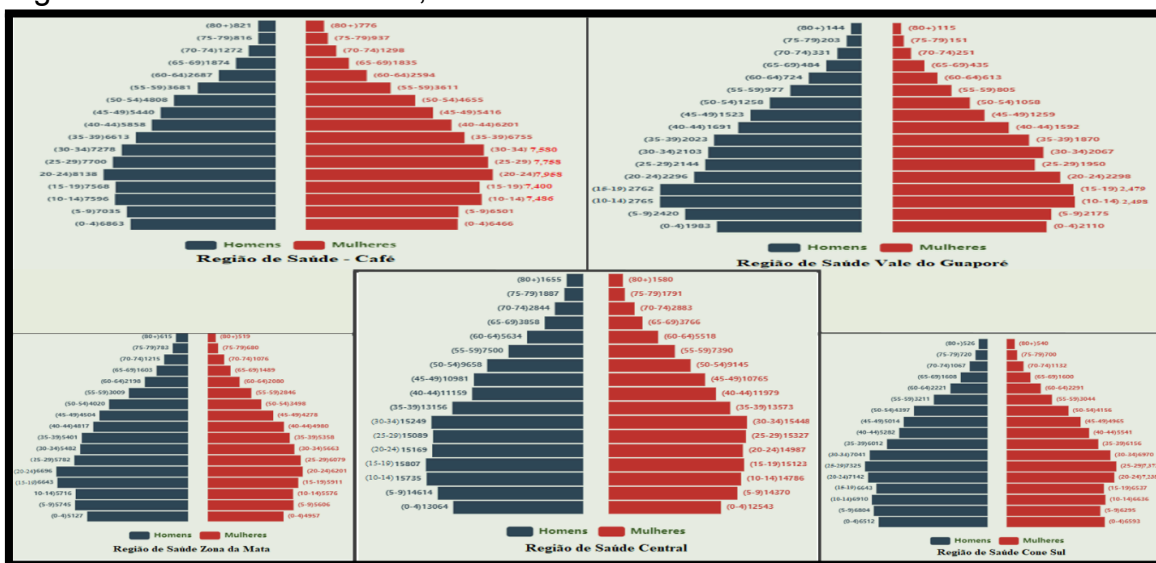
**Fonte:** Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE-2000-2021.

Pode-se observar o crescimento populacional nas regiões Vale do Guaporé (18%), Cone Sul (12%) e Café (4%). Esse aumento populacional do Estado deve-se, principalmente, ao fluxo migratório com destino à Rondônia e por isso apresenta grande diversidade em sua população, ou seja, pessoas procedentes de Minas Gerais, Mato Grosso do Sul entre outros. No entanto, as demais regiões apresentam declínio do crescimento populacional, sendo respectivamente região Central e Zona da Mata (2%) as mais evidentes.

Quanto a densidade demográfica da macrorregião II, nos últimos 10 anos (2012-2021), passou de 8,3 para 7,9 hab/km<sup>2</sup>, sendo que a maior concentração populacional se encontra nas regiões de saúde do Café e Zona da Mata, com média de 10,8 hab/km<sup>2</sup> e região Central com 10,5 hab/km<sup>2</sup>. Deve-se ressaltar que todas as regiões apresentam municípios com características rurais, com concentração populacional nas cidades sede de região. Portanto, os dados sugerem a necessidade de aplicação de políticas públicas que garantam o acesso aos serviços de saúde para toda a população, respeitando as características locais.

A estrutura etária de uma população em um determinado território torna-se uma maneira de conhecer suas características. Além disso, é fundamental a identificação da idade predominante para o planejamento de ações. Desta forma, retrata-se por meio da pirâmide (Figura 4) a faixa etária dos habitantes da Macrorregião II.

**Figura 4:** Representação gráfica da distribuição da população por região de saúde, segundo o sexo e faixa etária, 2020



Fonte: PROADESS/FIOCRUZ, 2022.

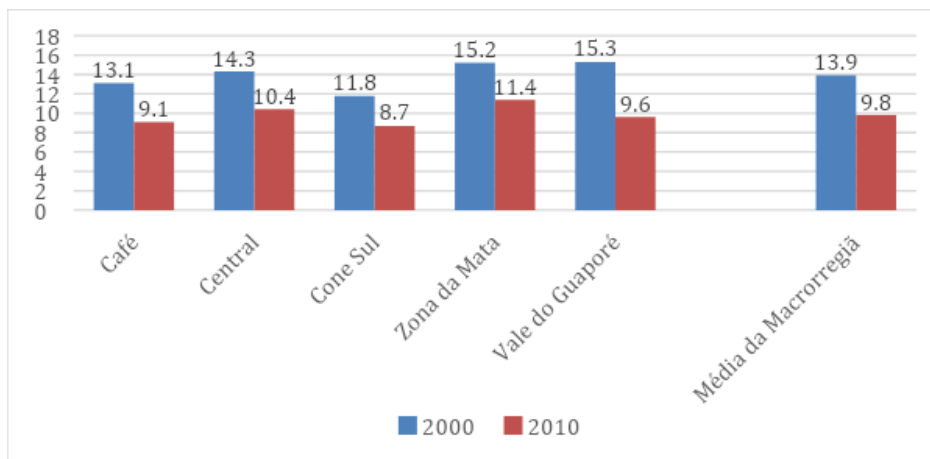
A pirâmide acima mostra que, o maior percentual da população encontra-se no grupo etário de 20 a 29 anos, independente do sexo tanto para as regiões de saúde do Café, Zona da Mata, Cone Sul, para a região Central o maior número foi na idade de 30 a 34 anos. No entanto, destaca-se que o Vale do Guaporé possui a população mais jovem da Macrorregião II, sendo a idade 10 a 19 anos. Percebe-se que a diferença entre homens e mulheres é muito próxima.

No que se refere a renda média domiciliar per capita das pessoas residentes na Macrorregião II, no período de 2000 a 2010, o maior rendimento foi observado nas regiões do Café (R\$ 655,45) e Cone Sul (R\$ 641,51), ambas maiores que a média da Macro II (R\$ 556,34) e próximas à média nacional (R\$ 668,00). Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para a Macrorregião II foi de 0,65 enquanto para o estado 0,69 e, atualmente com 0,7 (IBGE, 2010). A desigualdade de renda ainda é muito acentuada no Brasil, apesar da tendência de redução observada nos últimos anos, devido ao relativo crescimento econômico, mas isso ainda não provocou grandes transformações sociais no país e, sobretudo na Macrorregião II de Rondônia.

Outrossim, a taxa de analfabetismo reflete as desigualdades regionais, na medida em que as regiões de saúde Vale do Guaporé e Zona da Mata apresentaram as taxas elevadas - 15,3% e 15,2%, respectivamente, em 2000 entre as pessoas com 15 anos ou mais de idade enquanto taxas bem mais baixas no Cone Sul e

região do Café (Gráfico 3). Convém mencionar que em 2010, a proporção de analfabetos com 15 anos ou mais teve queda em todas as regiões de saúde.

**Gráfico 2:** Demonstrativo do percentual da população analfabeta com 15 anos ou mais, por Região de Saúde, no período de 2000-2010



Fonte: Censo demográfico/IBGE, 2010.

Destaca-se que o Plano Nacional de Educação (PNE), instituído pela Lei n. 13.005, de 25 de junho de 2014, determinou, na Meta nove, a redução da taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais para 6,5%, em 2015, e a erradicação do analfabetismo ao final da vigência do Plano, em 2024<sup>2</sup>. Esse último é considerado um desafio tanto para a região Norte quanto para o estado de Rondônia e, sobretudo para a Macrorregião II.

Quanto aos determinantes de saúde ambientais à população da macrorregião II, entende-se que as baixas coberturas dos serviços estão associadas a condições favoráveis à proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental. O serviço regular de coleta de lixo domiciliar ocorre em 63,9% dos domicílios. No que se refere ao abastecimento adequado de água e disposição adequada de esgoto sanitário foi de 39,8% e 15,9%, respectivamente (IBGE, 2010). As regiões de saúde no período de 2000-2010, apresentaram aumento considerável, mas ainda necessitam de ampliação, pois são fundamentais para a melhoria das condições de vida e saúde da população e, conseqüentemente, contribui para

<sup>2</sup> Fonte:

<https://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014>.

reduzir as taxas de mortalidade e morbidade das doenças de veiculação hídrica e demais formas de transmissão.

## 4.2. Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico é um indicador de fundamental importância observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento de uma determinada população. Para compreender as necessidades de saúde na rede pública se tornou uma ação necessária para o gerenciamento, programação e sobretudo, o planejamento em saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Desse modo, realizou-se o levantamento do indicador que auxilia na análise do desenvolvimento humano e crescimento populacional, ou seja, a taxa de natalidade por região de saúde da Macrorregião II (Gráfico 3).

**Gráfico 3** - Demonstrativo da taxa de natalidade, segundo região de saúde, no período de 2011 a 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE e MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2020.

Observa-se uma queda na taxa de natalidade em todas as regiões de saúde da Macrorregião II no período apresentado, sobretudo no ano de 2020 em que a taxa reduziu de forma considerável. Isso torna-se preocupante, uma vez que a taxa de natalidade é o principal dado usado na previsão de envelhecimento populacional e é sem dúvidas um desafio para a elaboração de políticas públicas, por ser um ciclo de vida considerado prioritário, devido ao surgimento de doenças crônicas.

Para a análise das principais causas de morbidade em recém-nascidos foi realizado levantamento na base de dados. Esse indicador permite conhecer como as doenças atuam e o agravo à saúde e dessa forma, é possível (re)conhecer o perfil do adoecimento bem como auxiliar os profissionais e gestores na elaboração de políticas públicas a fim de atuar em tempo oportuno.

**Tabela 1:** Demonstrativo da frequência de recém-nascidos com as principais causas de morbidade, segundo região de saúde, no período de 2012 a 2021

LISTA MORBIDADE CID-10	CAFÉ			CENTRAL			ZONA DA MATA			CONE SUL			VALE DO GUAPORÉ		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Restrição do crescimento fetal, desnutrição fetal e transtornos relacionados à gestação curta e baixo peso ao nascer	31	35	37	48	77	79	23	22	11	36	38	55	8	16	11
Outros transtornos respiratórios origem perinatal	17	30	17	12	30	22	6	13	5	2	22	16	1	7	8
Doenças infecciosas e parasitárias congênicas	5	9	14	18	17	37	5	1	9	1	8	10	1	5	1
Outras infecções específicas do período perinatal	5	3	2	29	19	2	1	1	0	30	29	10	2	1	0

Outras afecções no período perinatal (Fatores maternos por complicações da gravidez)	21 28 94			39 64 11 2			7 5 14			5 15 16			1 3 6		

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021.

**Tabela 2:** Número e percentual de recém-nascidos com as cinco principais causas de morbidade por Macrorregião de Saúde/Rondônia – 2012, 2016 e 2021

LISTA MORB CID-10	2012				2016				2021			
	MACRO II		MACRO I		MACRO II		MACRO I		MACRO II		MACRO I	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Restrição do crescimento fetal, desnutrição fetal e transtornos relacionados à gestação curta e baixo peso ao nascer	134	19,76	410	29,04	172	22,54	323	21,68	178	24,38	281	20,65
Outros transtornos respiratórios origem perinatal	33	4,87	244	17,28	94	12,32	308	20,67	62	8,49	219	16,09
Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	30	4,42	137	9,70	34	4,46	126	8,46	67	9,18	380	27,92
Outras infecções específicas do período perinatal	344	50,74	394	27,90	319	41,81	290	19,46	104	14,25	34	2,50
Outras afecções originadas no período perinatal	71	10,47	199	14,09	105	13,76	415	27,85	235	32,19	394	28,95
<b>Total</b>	<b>678</b>		<b>1412</b>		<b>763</b>		<b>1490</b>		<b>730</b>		<b>1361</b>	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em 05/09/2022.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que as cinco principais causas de morbidade em RN ocorridas nos anos de 2012, 2016 e 2021 nas macrorregiões de saúde foram relacionadas às infecções específicas do período perinatal.

Assim, a macrorregião II representou em 2012 (50,73%) e 2016 (41,80%), sendo essas com maior frequência na região de saúde Cone Sul. Em 2021 (32,19%) foram representadas pelas afecções originadas no período perinatal.

Já na macrorregião I, em 2012 as causas estavam relacionadas a crescimento fetal retardado e baixo peso (29,04%), porém nos anos subsequentes a maior incidência de morbidade foi relacionada as afecções originadas do período perinatal, sendo em 2016 (27,85%) e 2021 (28,95%).

### 4.3. Número de crianças menores de 1 ano com sífilis congênita

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de grande relevância, tratando-se de uma doença infecciosa crônica sistêmica causada por uma bactéria espiroqueta, a *Treponema pallidum*, que pode ser transmitida sexualmente, em casos de sífilis adquirida, e nos casos de sífilis congênita por transmissão vertical. Apesar do baixo custo do tratamento e da ampla disponibilidade de tecnologias simples de prevenção, a doença ainda é uma causa significativa de morbidade infantil e morte perinatal. Portanto, as intervenções destinadas a aumentar a cobertura de triagem, tratamento e prevenção da sífilis durante a gravidez devem ser priorizadas, além de se recomendar a abordagem interdisciplinar das famílias para garantir o seguimento dos casos, a adesão ao tratamento e controle da circulação do *Treponema pallidum* (BONI; PAGLIARI, 2017)

**Tabela 3:** Número de casos e taxa de detecção de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, por ano de diagnóstico. Macrorregião de Saúde II e I de Rondônia. 2012 – 2021

REGIÃO DE SAÚDE – MACRORREGIÃO II	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Café	3	3	6	5	3	5	4	4	2	1
Central	2	1	3	3	7	7	3	5	1	4
Zona da Mata	-	-	1	3	2	3	1	2	1	-
Cone Sul	2	2	1	3	-	5	4	2	1	-
Vale do Guaporé	-	-	-	-	1	1	-	3	-	-
<b>Nº Casos Macrorregião II</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>Taxa detecção Macrorregião II</b>	<b>0,61</b>	<b>0,52</b>	<b>0,94</b>	<b>1,15</b>	<b>1,13</b>	<b>1,7</b>	<b>0,97</b>	<b>1,33</b>	<b>0,43</b>	<b>0,40</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Para o cálculo da taxa de detecção da sífilis congênita, foi utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de nascidos vivos do mesmo ano/local e multiplicado por 1.000.

No período de 2012 a 2021 foram notificados 112 casos de sífilis congênita na Macrorregião II, os quais concentraram-se na região Café (32,14%) e Central (32,14%) respectivamente. O Cone Sul registrou (17,85%), seguido da Zona da Mata (11,60%) e por último Vale do Guaporé (4,46%).

Nesse mesmo período, quando comparamos as duas macrorregiões do estado de Rondônia, observa-se que a macrorregião II possui a menor taxa de detecção em todos os anos analisados, sendo a maior incidência de 1,33 casos novos de sífilis em menores de 1 ano de idade a cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2019. A maior incidência foi observada na macrorregião I, com 6,67 casos novos/1.000 nascidos vivos em 2018.

Os dados apresentados remetem a importância de avaliar a assistência ao pré-natal oferecida à mulher no ciclo gravídico, envolvendo o parceiro, com manejo terapêutico adequado para o controle da sífilis congênita a partir da atenção primária.

#### 4.4. Óbitos maternos

A morte materna é definida como o óbito que ocorreu entre a gestação e o 42º dia de pós-parto, e cuja causa se deve a uma complicação da gestação, do parto ou do puerpério, sendo morte materna obstétrica direta a que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério e morte materna indireta, aquela resultante de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante este período e que não foram provocadas por causas obstétricas diretas (TEDOLDI CL, *et al.* 2009)

**Tabela 4:** Óbitos maternos por ano do óbito segundo Região de Saúde (CIR), e causas obstétricas direta e indireta, período: 2011-2020

ANO	TIPO CAUSA OBSTÉTRICA	REGIÃO DE SAÚDE (CIR)					TOTAL MACRO II	TOTAL MACRO I
		CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ		
2011	Direta	-	1	-	-	-	1	12

	Indireta	-	-	-	1	-	1	2
2012	Direta	1	1	1	1	1	5	8
	Indireta	-	-	-	1	-	1	3
2013	Direta	1	-	-	4	-	5	7
	Indireta	-	-	-	-	1	1	5
2014	Direta	1	3	-	3	1	8	9
	Indireta	-	1	-	-	-	1	4
2015	Direta	-	2	-	1	1	4	5
	Indireta	-		3	-	-	3	2
2016	Direta	1	1	1	2	-	5	7
	Indireta	-	-	-	-		-	3
2017	Direta	-	4	1	2		7	8
	Indireta	-	3	-	-	-	3	1
2018	Direta	1	3	-	1	-	5	3
	Indireta	-	-	-	-		-	2
2019	Direta	-	2	-	-	1	3	5
	Indireta	-	-	-	1	1	2	1
2020	Direta	1	2	-	-	-	3	5
	Indireta	1	-	-	1	-	2	5
							60	97

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

No período de 2011 a 2020, foram registrados 60 casos de mortalidade materna na macrorregião II, distribuídos nas regiões de saúde Café (07), Central (23), Zona da Mata (06), Cone Sul (18) e Guaporé (06), sendo a Central (38,33%) e a Cone Sul (30%) às regiões com maior número de casos.

As duas macrorregiões de saúde apresentam maior incidência de mortes obstétricas por causas diretas, com registro de 76,67% na macrorregião II e 71,3% na macrorregião I.

Em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, podem ser prevenidas com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados. Isto é fundamental para maior conhecimento do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério (RIQUINHO et al., 2006).

#### 4.5. Mortalidade materna

As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas de saúde materna e perinatal. Hoje, graças a esse desenvolvimento,

tornou-se inadmissível que o processo da reprodução cause danos às mulheres, levando-as à morte.

Ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde (BITTENCOURT, 2013) vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, incluindo a atenção obstétrica. Uma estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno é a criação e o fortalecimento de comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.

**Tabela 5:** Óbitos maternos por ano do óbito segundo categoria CID-10

<b>Categoria CID-10</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
O06 Aborto NE	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2	3,6
O14 Hipertensão gestacional c/ proteinúria signif.	-	-	1	1	-	1	1	-	-	4	7,3
O15 Eclampsia	1	3	1	-	-	1	-	1	-	7	12,7
O23 Infecção do trato geniturinário na gravidez	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	3,6
O41 Outra transt membranas e líquido amniótico	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1,8
O44 Placenta previa	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1,8
O45 Descolamento prematuro da placenta	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,8
O62 Anormalidades da contração uterina	-	-	-	1	1	-	1	-	-	3	5,4
O67 Trab. parto compl. hemorr intrapart NCOP	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1,8
O71 Outro trauma obstétrico	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2	3,6
O72 Hemorragia pós-parto	-	-	1	-	1	-	-	1	-	3	5,4
O75 Outra complic do trab. parto e do parto NCOP	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1,8
O85 Infecção puerperal	4	-	2	1	-	1	-	-	-	8	14,5
O87 Complic venosas no puerpério	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1,8
O88 Embolia orig obstétrica	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2	3,6
O90 Complic do puerpério NCOP	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	3,6
O95 Morte obstétrica de causa NE	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	3,6

O98 Doen inf paras mat COP compl. grav part puerp	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1,8
O99 Outra doença mat COP compl. grav parto puerp	1	1	1	2	-	2	-	2	2	11	20,0
Total	6	6	9	7	5	8	4	5	5	55	

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Conforme apresentado na Tabela 5, seguem as principais causas de óbitos maternos por ano do óbito, segundo a categoria CID-10. A principal causa de morte materna são outras doenças da mãe, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério (CID 10 - O99), corresponde a 20%, sendo que essas causas poderiam ser identificadas na assistência pré-natal.

A infecção puerperal (14,5%), considerada causa evitável, pode estar relacionada com assistência ao parto e puerpério, assim como eclâmpsia (12,7%) e hipertensão gestacional (7,3%). Em consonância, de acordo com a OMS (2014) a maior parte das mortes devido à pré-eclâmpsia e eclâmpsia é evitável por meio da prestação de cuidados em tempo hábil e eficaz às mulheres que apresentem essas complicações. A otimização dos cuidados de saúde para prevenir e tratar distúrbios hipertensivos em mulheres é uma etapa necessária para a redução da morte materna.

A anormalidade da contração uterina (5,5%) e a hemorragia pós-parto (5,5%) são algumas das principais causas de mortalidade e morbidade materna no mundo. Acredita-se que muitas dessas mortes poderiam ser evitadas através da implantação de medidas de complexidade variável, propostas desde o pré-natal até o período puerperal, pois uma usuária sem pré-natal é uma paciente com maior risco para hemorragia (FEBRASGO, 2018).

#### **4.6. Mortalidade Infantil por componente (neonatal precoce, tardio e pós neonatal)**

A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias até antes de 1 ano de idade), sendo um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população.

Com o cálculo da sua taxa, estima-se o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida, considerando que os valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde e baixo nível de desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2021).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento (FRANÇA, 2009).

**Tabela 6:** Frequência e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por mil nascidos vivos e componente (neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós Neonatal), das regiões de saúde da macrorregião II, Rondônia no período 2011 a 2020

ANO	TIPO COMPONENTE DE	REGIÃO DE SAÚDE (CIR)									
		CAFÉ		CENTRAL		ZONA DA MATA		CONE SUL		VALE DO GUAPORÉ	
		(N)	TAXA	(N)	TAXA	(N)	TAXA	(N)	TAXA	(N)	TAXA
2011	Neonatal Precoce	24	9,19	37	6,85	11	5,11	19	8,35	6	8,59
	Neonatal Tardio	3	1,14	12	2,22	3	1,39	3	1,35	4	5,73
	Pós Neonatal	9	3,44	30	5,55	9	4,18	14	6,15	5	7,16
	Total	36	13,79	79	14,60	23	10,68	36	15,83	15	21,48
2012	Neonatal Precoce	19	7,79	38	7,36	14	6,56	21	10,11	4	5,73
	Neonatal Tardio	2	0,82	9	1,74	5	2,34	8	3,85	0	0
	Pós Neonatal	16	6,56	23	4,45	1	0,46	7	3,37	4	5,97
	Total	37	15,18	70	13,56	20	9,38	36	17,33	8	11,94
2013	Neonatal Precoce	25	10,27	27	5,18	17	8,44	11	4,77	6	8,77
	Neonatal Tardio	5	2,05	12	2,30	1	0,49	8	3,47	0	0
	Pós Neonatal	12	4,93	33	6,33	13	6,45	9	3,90	2	2,92
	Total	42	17,26	72	13,82	31	15,39	28	12,14	8	11,69
2014	Neonatal Precoce	25	9,56	32	6,14	14	6,98	16	6,84	8	10,73
	Neonatal Tardio	9	3,44	6	1,14	4	1,99	6	2,56	1	1,34
	Pós Neonatal	19	7,27	17	3,24	11	5,48	12	5,13	5	6,71
	Total	53	20,28	55	10,49	29	14,46	34	14,55	14	18,79
2015	Neonatal Precoce	22	8,12	38	7,18	17	8,34	15	6,08	6	7,97
	Neonatal Tardio	8	2,95	15	2,83	7	3,43	6	2,43	1	1,32
	Pós Neonatal	15	5,53	28	5,29	10	4,90	9	3,64	5	6,64
	Total	45	16,61	81	15,30	34	16,68	30	12,16	12	15,95
2016	Neonatal Precoce	17	6,46	28	5,55	11	5,67	17	7,35	6	8,70
	Neonatal Tardio	4	1,52	11	2,18	2	1,03	3	1,29	0	0

	Pós Neonatal	9	3,42	17	3,37	6	3,09	10	4,32	3	4,35
	Total	30	11,41	56	11,10	19	9,79	30	12,97	9	13,06
2017	Neonatal Precoce	18	6,34	34	6,54	6	2,99	13	5,50	8	10,85
	Neonatal Tardio	5	1,76	10	1,92	1	0,49	8	3,38	2	2,71
	Pós Neonatal	7	2,46	17	3,27	8	3,98	11	4,66	3	4,07
	Total	30	11,37	61	11,75	15	7,47	32	13,55	13	17,63
2018	Neonatal Precoce	17	6,16	39	7,03	8	3,84	13	5,20	7	9,62
	Neonatal Tardio	5	1,81	10	1,80	3	1,44	7	2,80	1	1,37
	Pós Neonatal	14	5,07	24	4,32	9	4,32	7	2,80	2	2,75
	Total	36	13,05	73	13,16	20	9,61	27	10,80	10	13,75
2019	Neonatal Precoce	13	4,95	28	5,14	10	5,04	12	4,89	8	11,36
	Neonatal Tardio	3	1,14	11	2,02	0	0	5	2,04	2	2,84
	Pós Neonatal	11	4,19	24	4,41	10	5,04	5	2,04	2	2,84
	Total	27	10,30	63	11,57	20	10,09	22	8,97	12	17,04
2020	Neonatal Precoce	20	7,83	36	6,61	10	5,37	16	6,66	8	12,94
	Neonatal Tardio	6	2,35	3	0,57	4	2,15	2	0,83	2	3,23
	Pós Neonatal	11	4,31	14	2,67	2	1,07	8	3,33	1	1,61
	Total	37	14,49	53	10,13	16	8,60	26	10,82	11	17,79

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

A Tabela 6 apresenta a frequência e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) por componente neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal das regiões de saúde da macrorregião II de Rondônia.

A TMI por mil nascidos vivos nas regiões de saúde da macrorregião II de Rondônia, com exceção da região do Café, apresenta declínio no período de 2011 a 2020, passando de 14,6 para 10,1 na região Central; 10,7 para 8,6 na região Zona da Mata; de 15,8 para 10,8 na região Cone Sul; de 21,5 para 18,8 na região Vale do Guaporé.

Em 2011, a região do Café apresentou uma taxa de 13,8 passando para 14,50 em 2020. No entanto, quando analisamos toda série histórica, observa-se que a região Vale do Guaporé exibe as taxas mais elevadas na macrorregião.

**Tabela 7:** Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos e componente (neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós Neonatal), das macrorregiões de Saúde de Rondônia no período 2011 a 2020

ANO DO ÓBITO	MACRORREGIÃO DE SAÚDE	COMPONENTE		
		NEONATAL PRECOCE	NEONATAL TARDIO	PÓS NEONATAL
2011	II	7,38	1,9	5,1
	I	5,99	1,85	4,47
2012	II	7,69	1,92	4,08
	I	6,84	1,49	5,41
2013	II	6,8	2,05	5,45
	I	5,88	2,42	5,12
2014	II	7,34	2	4,94
	I	6,56	2,46	5,33
2015	II	7,99	2,79	5,05
	I	7,29	2,31	4,16
2016	II	6,26	1,58	3,56
	I	8	2,5	4,71
2017	II	6,01	1,97	3,5
	I	6,33	2,36	5,35
2018	II	6,17	1,91	4,11
	I	6,14	2,07	4,97
2019	II	5,37	1,59	3,94
	I	5,27	2,45	4,33
2020	II	7,1	1,34	2,84
	I	6,85	2,81	5,02

**Fonte:** MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

De acordo com o período analisado (2011-2020), as maiores taxas de mortalidade neonatal precoce se concentram na macrorregião II (7,38/2011 e 7,1/2020, por mil nascidos vivos), com exceção dos anos 2016 e 2017. O componente neonatal tardio apresenta maior frequência na macro I (2,42/2013 e 2,81/2020), com exceção dos anos 2011 e 2012, enquanto os óbitos o pós neonatal tem frequência variável entre as duas macrorregiões.

Importante destacar que a macrorregião II não oferece assistência materno-infantil de alto risco e que a oferta desse serviço ainda constitui um grande desafio, seja eles estruturais, por escassez de especialistas, e até mesmo governamental.

Embora a macrorregião II apresente taxas elevadas de mortalidade no componente neonatal precoce, a macrorregião de saúde que apresentou maior taxa de mortalidade infantil foi a macrorregião I.

A análise dos componentes da mortalidade na infância evidencia que os óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0 a 6 dias) e pós-neonatal tardio (28 a 364 dias) são essencialmente determinados por ações sensíveis às condições assistenciais, como acesso ao cuidado, pré-natal, tecnologias de suporte à vida, suficiência de leitos neonatais e pediátricos, e protocolos assistenciais (BRASIL, 2009).

Um estudo realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, no ano de 2019, aponta que após anos de declínio o Brasil registrou, pela primeira vez em 2016, aumento na TMI. Em 2016 ocorreram 14,0 mortes de crianças com menos de 1 ano de idade a cada 1.000 nascidos vivos, um aumento de 4,8% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2019).

#### **4.7. Mortalidade Infantil**

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população, sendo possível, com o cálculo da sua taxa, estimar o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida.

Os valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde e baixo nível de desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2021) e as principais causas de óbitos, segundo a literatura, são a prematuridade, a malformação congênita, a

asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde.

**Tabela 8:** Número absoluto e percentual das principais causas de mortalidade infantil, por Macrorregião de Saúde, Rondônia, 2011, 2016 e 2020

CAPÍTULO CID-10	MACRORREGIÃO II						MACRORREGIÃO I					
	2011		2016		2020		2011		2016		2020	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	6,25	8	6,25	8	6,20	16	8,47	12	5,38	15	7,25
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	2,27	2	1,56	2	1,55	1	0,53	6	2,69	0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0,57	1	0,78	2	1,55	3	1,59	0	0,0	1	0,48
X. Doenças do aparelho respiratório	14	7,95	10	7,81	4	3,10	10	5,29	4	1,79	5	2,42
XI. Doenças do aparelho digestivo	5	2,84	1	0,78	1	0,78	3	1,59	2	0,90	2	0,97
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	0,57	2	1,56	1	0,78	0	0,0	8	3,59	1	0,48
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	93	52,84	59	46,09	80	62,02	92	48,68	117	52,47	113	54,59
XVII. Malf. cong. deformid e anomalias cromossômicas	37	21,02	42	32,81	31	24,03	53	28,04	67	30,04	47	22,71
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	3	1,70	3	2,34	0	0,0	7	3,70	5	2,24	10	4,83
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	3,98	0	0,0	0	0,0	4	2,12	2	0,90	7	3,38
Total	176		128		129		189		223		207	

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ro.def>. Acesso em 05/09/2022. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Nota-se na Tabela 8 que a principal causa de mortalidade infantil nas macrorregiões I e II, por capítulo CID 10, apresentam maior concentração no capítulo XVI (algumas afecções originadas no período perinatal).

Os resultados presentes na macrorregião II de 93 (52,84%) em 2011, 59 (46,09%) em 2016 e 80 (62,02%) em 2020, e na macrorregião I evidenciam 92 (48,64%) em 2011, 117 (52,47%) em 2016 e 113 (54,59%) no mesmo ano.

Compreende-se, em relação à causa dos óbitos que a maioria ocorreu por algumas afecções originadas no período perinatal, o que foi encontrado em 19 hospitais brasileiros corroborando com os encontrados nas macrorregiões I e II (SILVA; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

A segunda maior causa está representada no capítulo XVII (malformações congênitas e anomalias), com maior incidência na macrorregião I nos anos de 2011 e 2016 (28,04% e 30,04%) respectivamente. Já no ano de 2020, a maior incidência foi registrada na macrorregião II (24,03%).

Define-se que o objetivo da APS é proporcionar uma efetiva articulação entre a assistência pré-natal, o nascimento e o período pós-natal. Além disso, deve ser o elo entre a família e a rede social de apoio, favorecendo e proporcionando condições para que a família se desenvolva de maneira satisfatória à saúde, considerando-se o seu contexto e as suas vivências, e oferecendo à criança o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, faz-se necessário rever o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência no pré-natal e, também, as condições de assistência ao parto e aos cuidados imediatos ao recém-nascido.

#### **4.8. Mortalidade em crianças de 1 a 5 anos**

De acordo com a OPAS (2008), a taxa de mortalidade em menores de cinco anos estima o risco de morte dos nascidos vivos (NV) durante os cinco primeiros anos de vida. De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções associadas, sendo, também, o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Há uma consistente tendência de redução da mortalidade na infância em todas as regiões brasileiras, decorrente do declínio da fecundidade nas últimas décadas e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde. Em consonância, analisou-se a variação percentual, em relação aos anos 2011, 2016 e 2020 da quantidade de óbitos de 1 a 5 anos por mil nascidos vivos.

**Tabela 9:** Número absoluto e taxa de mortalidade infantil em crianças de 1 a 5 anos de idade (por mil), Macrorregião II - Rondônia, 2011 - 2020

Ano do Óbito	(N)	Taxa de mortalidade (por mil)
2011	31	2,61
2012	25	2,20
2013	22	1,93
2014	24	2,05
2015	12	0,99
2016	34	2,97
2017	22	1,84
2018	19	1,54
2019	25	2,08
2020	20	1,74
<b>Total</b>	<b>234</b>	

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

Conforme a Tabela 9, a taxa de mortalidade em crianças de 1 a 5 anos na macrorregião II apresentou declínio no período de 2011 a 2015, passando de 2,61 para 0,99 óbitos por mil NV. Em 2016, observou-se um aumento da taxa, passando para 2,97 óbitos por mil NV. De 2017 a 2020, voltou ao patamar próximo ao de 2017, com 1,74 óbitos por mil NV.

#### **4.9. Principais causas de mortalidade em crianças de 1 a 5 anos**

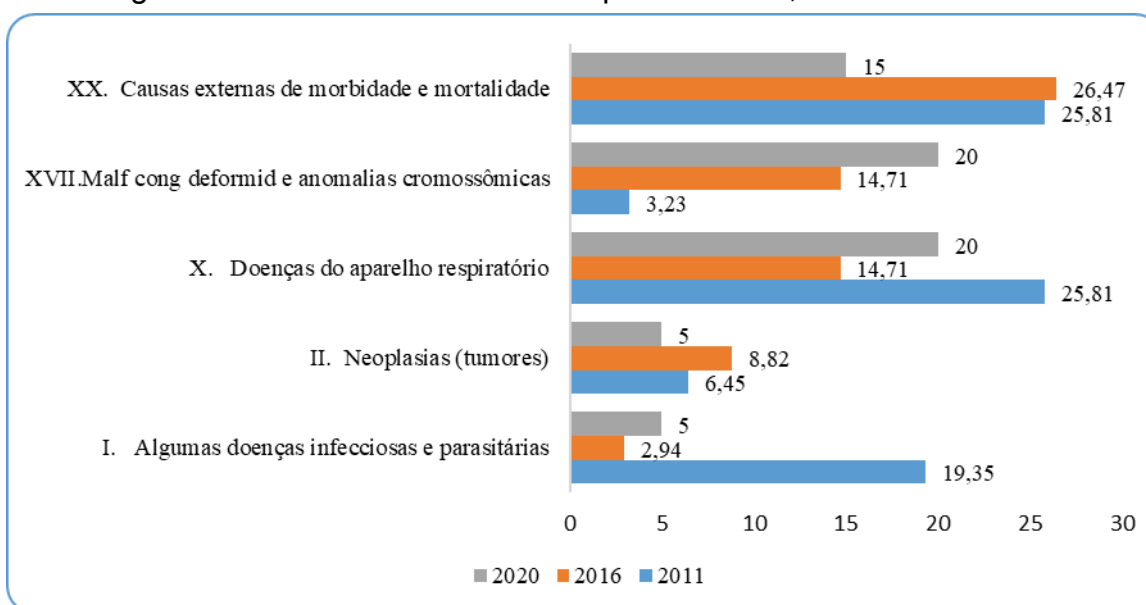
A mortalidade em menores de cinco anos - ou mortalidade na infância - constitui um indicador chave na avaliação da situação de saúde da população. Sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o período 1990-2015 e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o período posterior até 2030 atesta a sua importância.

Nesse sentido, o acompanhamento das taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas

direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde das crianças (FRANÇA, et. al, 2017).

No Brasil, para conseguir alcançar estes objetivos, foi elaborado o Pacto pela Saúde, o qual foi dividido em Pacto pela Vida; Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Nos objetivos do Pacto pela Vida, encontra-se o de reduzir a taxa de mortalidade infantil do país.

**Gráfico 4:** Mortalidade por capítulo do CID-10 para crianças de 1 a 4 anos de idade, Macrorregião de saúde II de Rondônia no período 2011, 2016 e 2020



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Na análise do Gráfico 4, é apontada uma redução de 74% dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo I) quando comparado 2011 com 2020, onde em 2011 representava a segunda maior causa de mortalidade nessa faixa etária.

Os óbitos por doenças do aparelho respiratório e causas externas (Capítulo X e XX), que antes figuravam na primeira posição respectivamente, sofreram também importante redução de 23% e 42% respectivamente. Já os óbitos por neoplasias apresentaram um decréscimo mais discreto. Apesar dessa importante redução de óbitos, os óbitos por malformações congênitas não acompanharam essa tendência, demonstrando um acréscimo de 84% entre os anos de 2011 e 2020.

Importante destacar que o impacto na redução das taxas de mortalidade por doenças do Capítulo I podem ser atribuídos ao Programa Nacional de Imunização

(PNI), com aumento da cobertura vacinal e introdução de novos imunobiológicos no período (FRANÇA et al., 2017).

Observa-se que apesar da queda nas taxas de mortalidade infantil ao longo dos anos, ainda há um longo caminho para percorrer em relação a diminuição dos casos de óbitos em crianças entre 1 a 4 anos, uma vez que se destaca a expressiva participação das causas de mortes evitáveis, como as causas externas (afogamentos e acidentes de trânsito), tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade.

Quanto ao acréscimo nos óbitos por anomalias congênitas, achados semelhantes foram encontrados no estudo de França et al. (2017), realizado no período entre 1990 a 2015, com o objetivo de analisar as principais causas da mortalidade na infância no Brasil, no qual os autores relatam que as anomalias congênitas, com taxas relativamente estáveis no Brasil no período observado, já ocupam o primeiro posto entre as causas de morte em quase metade dos estados, principalmente entre aqueles que apresentavam menores taxas de mortalidade, aproximando-se do perfil encontrado em países de alta renda.

#### **4.10. Principais causas de morbidade por internação**

Ao avaliar a internação hospitalar se faz necessário ter conhecimento a respeito do envelhecimento da população, já que os dados de internação estão diretamente relacionados à mudança demográfica e epidemiológica do país. Associado a isso, a redução na taxa de fecundidade devido às mudanças na sociedade e nas próprias estruturas familiares, contribui ainda mais para a modificação das causas de internação (BARBOSA TC et al., 2019 apud MATOS; CORREIA, 2021).

Até 1980 o Brasil vivenciou o padrão de internação hospitalar com prevalência em doenças infectocontagiosas, dando ênfase para a malária, tuberculose e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Com a endemia de doenças como a malária na maior parte do país e diversos programas nacionais de saúde entrando em vigor, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), a Lei Orgânica de Saúde e a implantação do SUS, começou a preconizar políticas de caráter preventivo e curativo, dando início a modificação das causas de internação no país (GOMES HG et al., 2018 apud MATOS; CORREIA, 2021).

A partir de então, houve a diminuição de doenças infecciosas, dando espaço para doenças crônicas de caráter progressivo, como as doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, dentre outras, representando, portanto, a atual transição epidemiológica vivida pelo Brasil (MARTINS AA, 2018 apud MATOS; CORREIA, 2021).

A Tabela 10 apresenta as principais causas de morbidade hospitalar da II macrorregião na última década, sendo os dados oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, processado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

**Tabela 10:** Número absoluto e percentual das principais causas de morbidade por Internação do Capítulo CID 10, na Macrorregião II nos anos de 2012, 2016 e 2021

CAPÍTULO CID-10	2012		2016		2021	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8676	16,08	6951	12,23	10371	19,88
IX. Doenças do aparelho circulatório	4915	9,11	4397	7,73	3463	6,64
X. Doenças do aparelho respiratório	7586	14,06	7610	13,39	3214	6,16
XI. Doenças do aparelho digestivo	4359	8,08	4091	7,2	4100	7,86
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6047	11,21	5512	9,7	4039	7,74
XV. Gravidez parto e puerpério	8171	15,15	9975	17,55	10146	19,45
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	5184	9,61	6575	11,57	6044	11,59
Total de todos os Grupos por Capítulo CID -10	53946	100	56848	100	52164	100

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

Para análise das principais causas de morbidade na macrorregião II, selecionou-se os capítulos CID-10 com maior frequência de internações, seus respectivos números absolutos e porcentagem de internação. Dos sete grupos selecionados, observou-se maior prevalência no “Capítulo I – das doenças infecciosas e parasitárias”, com aproximadamente 16,08% (2012), 12,23% (2016) e 19,88% (2021), em sua maioria devido a gastroenterites e outras doenças virais, sendo essa última relacionado ao coronavírus (COVID-19).

As internações no “Capítulo XV - gravidez parto e puerpério”, apresentaram valores aproximados ao capítulo I, alcançando cerca de 15,15% (2012), 17,55% (2016) e 19,45% (2021), sendo estas principalmente devido a complicações na gravidez e parto. Esse cenário evidencia a necessidade de implementação da linha de cuidado materno-infantil na macrorregião II.

As internações pelo “Capítulo XX - por causas externas” apresentam resultados crescentes nos anos analisados: 9,61% (2012), 11,57% (2016) e 11,59% (2021), estando relacionadas a fraturas e traumatismos proveniente de acidentes de trânsito.

Quanto às internações do “Capítulo X – doenças do aparelho respiratório”, observa-se que houve redução entre os anos de 2012 e 2021, passando de 14,06% para 6,16% respectivamente, sendo estas principalmente por pneumonia e bronquite. Já as internações do “Capítulo XIV - doenças do aparelho geniturinário”, também apresentam tendência de redução com 11,21% (2012), 9,70% (2016) e 7,74% (2021).

As internações do “Capítulo IX - aparelho circulatório” representam 9,99% (2012), 7,73% (2016) e 6,64% (2021). Mesmo com uma tendência de redução, chama atenção a hipertensão essencial - primária - ser uma das principais causas, uma vez que é um agravado de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, a qual deve oferecer efetivamente acesso, diagnóstico, tratamento e controle da HAS, a fim de reduzir o risco de internações.

Nas internações por doenças do “Capítulo XI – aparelho digestivo”, observa-se uma pequena variação nos anos analisados: 8,08% (2012), 7,20% (2016) e 7,86% (2021), sendo maior ocorrência por colelitíase/colecistite e hérnia inguinal.

#### **4.11. Principais causas de mortalidade, por faixa etária e sexo**

O indicador representa a distribuição percentual dos óbitos informados por idade e faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2000).

De acordo com Oliveira et al. (2013), às doenças cardiovasculares apresentam-se como a principal causa de mortalidade no Brasil, cerca de 29,4% de

óbitos por ano, inserindo o país entre os 10 países com maiores taxas de óbitos cardiovasculares, corroborando com os dados evidenciados

Quando se relaciona a macrorregião de saúde II e I, observa-se que a principal causa de mortalidade na macrorregião II está relacionada às doenças do aparelho circulatório, onde apresentou nos anos de 2011 (27,10%), 2016 (27,70%) e 2020 (23,24%).

Já na Macrorregião I, a maior prevalência no ano de 2011 está relacionada às mortes por causas externas (24,51%), em 2016 por doenças do aparelho circulatório (20,33%) e em 2020, pelas doenças infecciosas e parasitárias (27,37%).

Observa-se ainda que, no ano de 2020, em ambas macrorregiões de saúde, a mortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório tiveram um declínio quando comparado ao ano de 2011, passando de 27,10% para 23,24% na macrorregião II e 22,01% para 17,35% na macrorregião I, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias tiveram um aumento significativo.

Em relação a distribuição por faixa etária e sexo na macrorregião II identifica-se que a maior porcentagem de mortalidade relacionadas ao Capítulo I (doenças infecciosas e parasitárias) ocorreram no ano de 2020, na faixa etária 70 a 79 anos (13,88%) no sexo masculino. As mortes pelas causas relacionadas ao Capítulo II (neoplasias) tiveram maior frequência na faixa etária entre 60 a 79 anos, no sexo masculinos, sendo em 2011 (15,21%) 2012 (15,44%) e 2020 (14,38%).

Os óbitos referentes ao Capítulo IX (doenças do aparelho circulatório), se concentram na faixa etária de 70 anos acima, no sexo masculino, sendo em 2011 (17,69%) 2016 (16,83%) e 2020 (15,31%), representando uma breve redução de 2,387%. As mortes indicativas no capítulo X (doenças do aparelho respiratório), ocorreram na faixa etária de 80 anos e mais, em ambos os sexos, passando de 15,91% em 2011 para 24,165 em 2020.

Quanto aos óbitos relacionados ao “Capítulo XX - causas externas de morbidade e mortalidade”, esses estão concentradas no grupo etário jovem do sexo masculino, entre 29 a 39 anos, onde em 2011 representou 18,36% dos obtidos, em 2016 passou para 19,10% e em 2020 alcançou 18,27%, conforme expresso na tabela abaixo. Observa-se que a maior ocorrência de óbitos, de acordo com os capítulos selecionados e anos analisados, tem predominância pelo sexo masculino, sendo verificada em todos os grandes grupos de causa básica.

As doenças que mais acometem os homens, segundo o DATASUS, são doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias malignas (NM), doenças do aparelho respiratório (DAR) e as causas externas (CE), doenças essas que poderiam ser evitadas na grande maioria dos casos ao ser descoberta no início, se o homem cuidasse mais do seu corpo e procurasse atendimento médico primário com maior frequência (Batista et al., 2017). Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), veio para inserir essa parcela da população na APS e, assim, reduzir o índice de morbimortalidade masculina, considerado alto em relação ao feminino.

#### **4.12. Óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônica não transmissíveis - DCNT**

As doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) são divididas em: doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estas, são consideradas na taxa de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT, sendo um indicador que contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco (BRASIL, 2014).

No Brasil, os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco da população ao desenvolvimento de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

As taxas de mortalidade prematura pelo grupo das DCNT por 100 mil habitantes por região de saúde da macrorregião II do estado de Rondônia, no período de 2017 a 2021.

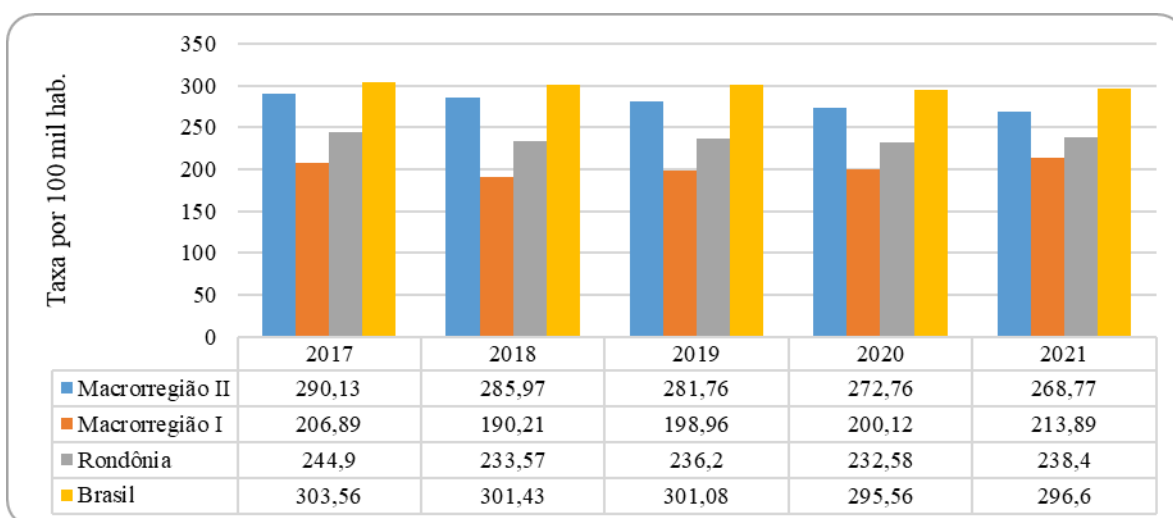
Em todos os anos analisados, a região do Café apresentou as taxas mais elevadas (308,08/2017 – 287,68/2021), seguido da região Central (268,67/2017 - 246,66/2021), Vale do Guaporé (262,06/2017 – 190,80/2021)), Zona da Mata (231,39/2017 – 215,71/2021) e Cone Sul (225,46/2017 – 229,48/2021). As menores taxas foram encontradas nas regiões Cone Sul em 2017 e nos anos subsequentes na região do Vale do Guaporé.

De acordo com Brasil (2013), o papel dos pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar no cuidado às pessoas com doenças

crônicas deve ser complementar e integrar a APS, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje.

Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS. No caso da relação entre os profissionais da atenção primária e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção básica.

**Gráfico 5:** Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por 100 mil/hab., Macrorregião II e I, Rondônia, Brasil, 2017 - 2021



**Fonte:** <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>. Acesso em 06/09/2022.

Ao analisar as taxas de mortalidade prematura no Gráfico 6 por DCNT das macrorregiões I e II, observa-se que a macrorregião II expressa taxas mais elevadas que a macrorregião I e até mesmo ao estado, sendo essa mais próxima das taxas do país. Contudo, entre os anos analisados (2017 e 2021), observa-se que a macrorregião II apresenta redução de 21,36% na taxa de mortalidade por DCNT.

Como nos outros países, no Brasil as doenças crônicas não transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

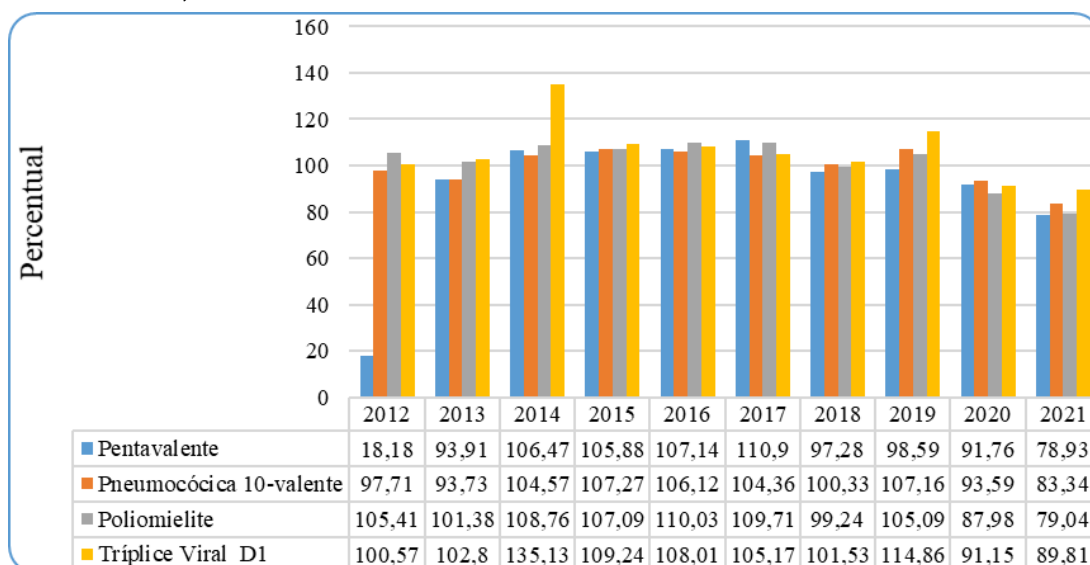
Para o enfrentamento das DCNT, além da organização do setor saúde para garantir acesso às ações de assistência, promoção, prevenção e vigilância, torna-se essencial articular ações intersetoriais, em especial buscando a redução das iniquidades ou disparidades em saúde. As políticas para o enfrentamento das DCNT devem ser ainda harmonizadas e alinhadas buscando ações integradas e cooperativas. Nesse sentido, parcerias entre diferentes setores são fundamentais para apoiar as políticas de prevenção de DCNT, seja na captação de recursos financeiros, fortalecimento de capacidades, como no apoio à pesquisa e defesa de ações de prevenção e controle de doenças não transmissíveis (MALTA et al., 2014).

#### 4.13. Vacinas para crianças menores de dois anos de idade

Os imunobiológicos para análise de coberturas vacinais em menores de 2 anos de idade foram aqueles estabelecidos em pactuações interfederativas, sendo esses a vacina pentavalente (que inclui DTP, HB e Hib) que foi incluída no calendário de vacinação infantil no ano de 2012 e a vacina VIP (pólio inativada).

Para cobertura vacinal preconizada, deve-se considerar 3ª dose para ambas, e para pneumocócica 10-valente, considera-se a 2ª dose. Já a tríplice viral para crianças a partir de 1 ano de idade considera-se a 1ª dose.

**Gráfico 6:** Cobertura Vacinal por ano segundo Imunobiológico, Macrorregião de Saúde II/RO, 2012-2021



**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS). Acesso em: 10/10/2022.

O Gráfico 6 apresenta a situação das coberturas vacinais desses imunobiológicos na macrorregião II de Rondônia, nos anos de 2012 a 2021, onde em 2012 somente a vacina pentavalente não apresentou cobertura preconizada (95%). No entanto, deve-se considerar que essa só entrou no calendário de vacinação no segundo semestre de 2012.

Entre 2014 a 2019, as coberturas desses imunobiológicos mantiveram-se acima de 95%, contudo, nos anos de 2020 e 2021 essas coberturas apresentaram queda relacionadas ao panorama dos dois anos seguidos de Pandemia da Covid-19, onde observou-se que o comparecimento presencial aos serviços de saúde para rotina de imunização caiu a partir do início da pandemia, devido às medidas de distanciamento social (SATO, 2020).

#### 4.14. Cobertura Vacinal da vacina contra COVID-19

A vacina contra Covid-19 foi iniciada no Brasil em janeiro de 2021, no formato de campanha para grupos prioritários. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que as operações nacionais de vacinação contra a Covid-19 continuem com esforços intensificados para atingir pelo menos 70% da população total.

**Tabela 11:** Cobertura Vacinal da vacina contra COVID-19, por Região de Saúde da Macrorregião II/Rondônia, ano 2022

Região de Saúde (CIR)	Pop. < 12 anos	Nº de Vacinados	Cobertura (%)
Café	143.955	125.902	87,46
Central	(282.378) 216.213	230.697	(81,69) 106,70
Zona da Mata	112.251	97.035	86,44
Cone Sul	132.840	111.565	83,98
Vale do Guaporé	41.299	24.035	58,20
<b>Total da Macrorregião</b>	<b>646.558</b>	<b>534.666</b>	<b>82,69</b>

**Fonte:** [https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html). Acesso em 07/10/2022 às 9:00hs.

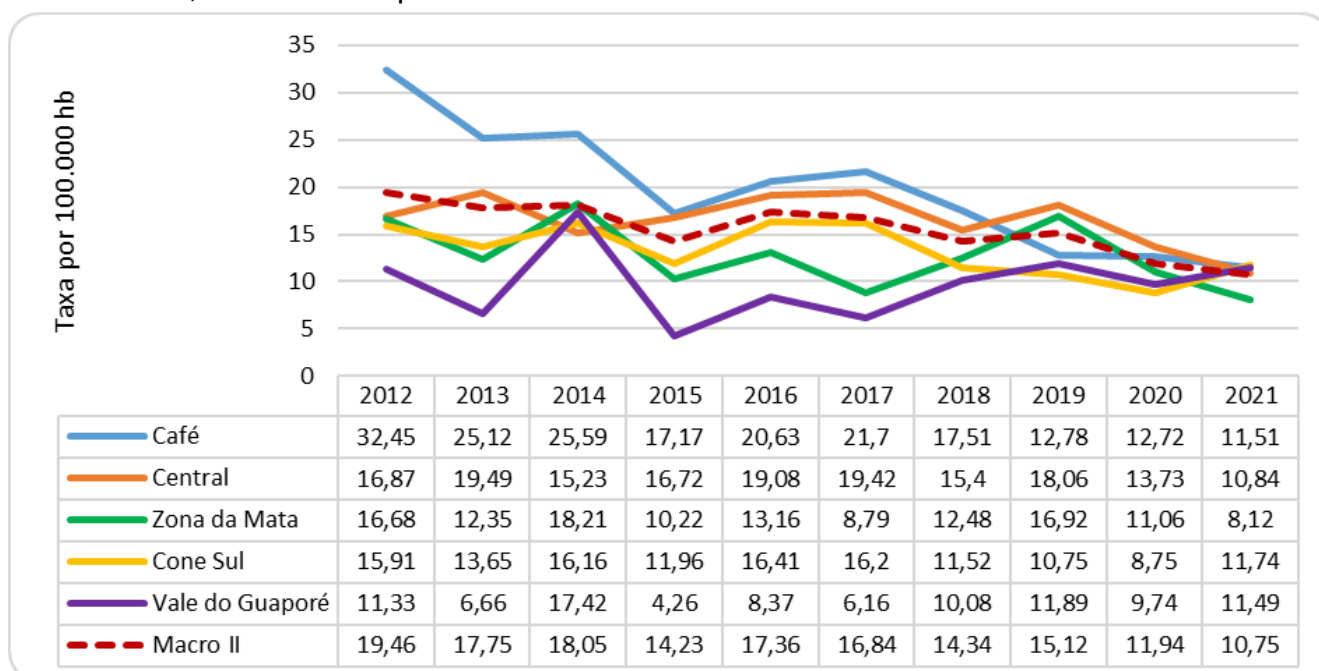
A cobertura vacinal na macrorregião II tem como referência a população maior de 12 anos de idade que receberam duas doses das vacinas Coronavac,

Astrazeneca ou Pfizer, ou uma dose da vacina Jansen. De acordo com os dados disponíveis no Painel Vacinômetro Covid-19, a região de saúde Vale do Guaporé apresenta o menor percentual de cobertura com base na meta proposta (58,20%). A região Central apresenta o maior percentual (106,70), no entanto, o Painel do Vacinômetro traz a inclusão de quatro municípios que atualmente não fazem parte da região de saúde, assim, se considerarmos o total de vacinados com a inclusão da população desses quatro municípios, a cobertura da região central seria de 81,69% e não 106.7% (Tabela 11).

#### 4.15. Incidência de tuberculose

A tuberculose (TB) permanece sendo um desafio à saúde pública mundial. A emergência da pandemia de Covid-19 resultou na reorganização de ações, serviços e sistemas de saúde em todo o mundo, o que, segundo a OMS, retrocedeu anos de progresso no controle da TB (BRASIL, 2022). Estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado.

**Gráfico 7:** Taxa de incidência de Tuberculose, segundo a Macrorregião de Saúde de residência, Rondônia no período 2012 a 2021



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Embora tenha sido observada no Gráfico 7 uma queda constante entre os anos de 2012 e 2015, o coeficiente de incidência da TB na macrorregião II aumentou nos anos de 2016 e 2017, apresentando queda isolada em 2018 e ascendendo em 2019.

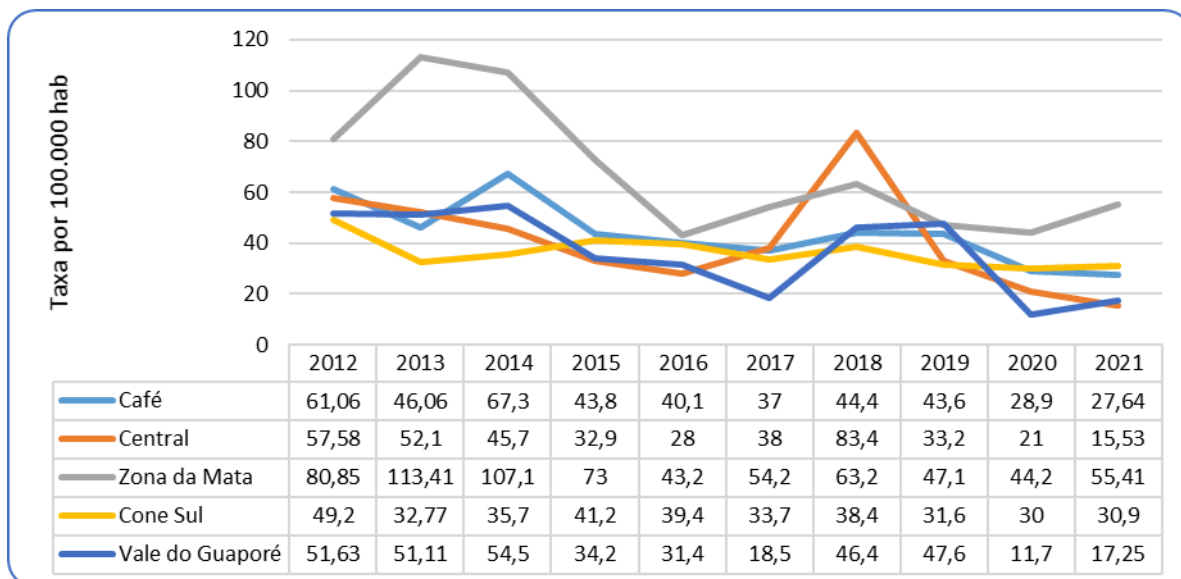
Em 2020 e 2021, ao longo da pandemia de Covid-19, observou-se uma redução na incidência em comparação com o período anterior à pandemia. Em todo o período analisado a região do Café mantém-se com as maiores taxas dentre as regiões da macro II, enquanto a região do Vale do Guaporé apresenta as menores taxas.

A intensificação da busca ativa de sintomáticos respiratórios em determinado território pode refletir no aumento da incidência pela descoberta de novos casos, assim como a baixa detecção de casos pode ser devido ao sub-registro.

#### 4.16. Hanseníase na população geral e em menores de 15 anos

A taxa de incidência é o número de novos casos de uma doença, dividido pelo número de pessoas em risco. Considerando a informação destacada, observa-se no Gráfico 9 a análise dos últimos 10 anos.

**Gráfico 8:** Taxa de incidência de hanseníase, segundo Região de Saúde de residência da Macrorregião II, Rondônia. Período 2012 a 2021



Fonte: SINAN/AGEVISA/RO – em: 09/09/2022.

O gráfico traz como destaque a média das taxas nos últimos 10 anos, sendo possível observar que, dentre as regiões de saúde da macrorregião II, existe um destaque na taxa de incidência na Zona da Mata (68,2) e, em contrapartida, a Cone Sul (36,3) apresenta a menor média da taxa. Comparando a média a nível de Rondônia, que apresenta 34,74 nos últimos 10 anos, a macro II encontra-se acima da média estadual.

Em 2012, a taxa de incidência de hanseníase na população geral da macrorregião II foi 60,34, sendo superior ao estado (51,13), classificado como hiperendêmica (maior ou igual a 40,00). No período de 2012 a 2016 apresentou um declínio significativo, sendo, comparativamente, 27,2 no estado e 35,1 na macro II. Ainda, chegou a mudar para a classificação de incidência alta e muito alta, respectivamente.

Destaca-se um pico de incidência apresentado em 2018, que se justifica pela ação da carreta Roda Hans, onde foram diagnosticados 120 casos. O declínio, apresentado a partir de 2019 e que segue até 2021, chega às taxas de 27,19 na macro II e 20,82 no estado de Rondônia, queda esta observada em nível nacional e mundial.

O ano de 2020 apresentou maior redução da taxa de detecção geral, o que pode estar relacionado aos efeitos do menor número de diagnósticos causado pela sobrecarga dos serviços de saúde e pelas restrições durante a pandemia da Covid-19.

Observa-se que, no período analisado, a macro II mantém a taxa superior a macro I e ao estado. Analisando separadamente as regiões da macro II, percebe-se que a região da Zona da Mata apresenta as maiores taxas em todo o período investigado.

Essa análise mostra a necessidade de melhorar a busca ativa de casos novos para o diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção das incapacidades e investigação dos contatos domiciliares, como forma de eliminar fontes de infecção e interromper a cadeia de transmissão da doença.

A taxa de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos é um indicador importante, pois mede a força da transmissão recente da endemia e sua tendência. O período analisado tem acompanhado a tendência da taxa na população geral no estado.

No período de 2012 a 2015, a macro II taxa se apresentou acima de 10%, o que é considerado como área hiperendêmica, com destaque para 2013 que alcançou 21,6%. Ainda, foi apresentada uma redução de 2016 a 2021 com taxas abaixo de 10%, exceto em 2018 que atingiu novamente novamente 10,8%, fato que pode estar relacionado com ação da carreta Roda Hans.

Assim como se observa na taxa de incidência de hanseníase na população geral, a taxa na população menor de 15 anos na macro II encontra-se sempre acima dos valores encontrados na macro I, bem como no estado. Chama atenção que, nos anos de 2020 e 2021, a região do Café manteve a taxa de 10,6 e 10,7 respectivamente, quando as demais regiões apresentaram queda na taxa de detecção em menores de 15 anos.

Ao longo dos anos, a situação epidemiológica da hanseníase no estado de Rondônia tem mostrado diversos desafios aos setores de saúde pública para a eliminação da doença. Cabe ressaltar que a região norte é considerada de alta endemicidade para a doença (FUJISHIMA et al., 2020), significando que, mesmo nas regiões de saúde que possuem baixas taxas de detecção, não necessariamente possuem poucos casos.

## **5. EIXO 2 - DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE: DIMENSÃO TERRITORIAL, DO ACESSO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”.

No processo de implantação das RAS, é importante que sejam observados os aspectos: Definição da população e território; Diagnóstico situacional; Superação dos vazios assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (SAS/MS, 2014).

Segundo Mendes (2011), as Redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. A assistência seja prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade.

## **6. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2021).

Isso significa dizer que a APS deve funcionar como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, onde deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Para o fortalecimento da APS no Estado foi formalizada adesão da SESAU ao projeto da Planificação da Atenção à Saúde proposto pelo CONASS e com seu apoio técnico-institucional, que vem sendo desenvolvido pela SESAU desde 2017,

integrando a Atenção Primária à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e à Atenção Hospitalar (AH), para organizar a Rede de Atenção à Saúde em Rondônia. Sendo priorizado a linha de cuidado Materno Infantil, a justificativa está expressa nos indicadores de saúde do estado e potencializa os compromissos assumidos pela gestão estadual, em face da implantação da Rede Cegonha, substituída pela Rede de Atenção Materno Infantil – RAMI, através da Portaria GM/MS nº 2.228, de 1º de julho de 2022.

### **6.1. Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

**Tabela 12:** Cobertura das Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>COBERTURA DE EQUIPE (APS)</b>
Zona Da Mata	94,5%
Cone Sul	84,3%
Central	89,2%
Vale Do Guaporé	79,0%

Café	90,3%
Macrorregião II	87,26%
Rondônia	74,83%
Norte	66,7%
Brasil	72,88%

**Fonte:** <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>, (12/09/22).

A cobertura atual de equipes de estratégia de saúde da família (ESF) nacional é de 72.88% em quanto a nível de Estado, Rondônia encontra-se com uma cobertura de 74.83%, todas as regiões de saúde da Macrorregião II, encontra-se acima da média nacional.

Demonstra-se na Tabela 12 que as regiões de saúde Zona da Mata e do Café apresentam as maiores coberturas populacionais pelas ESFs e conforme a Nota Técnica 418/2021/CGGAP/DESF/SAPS/MS, estas coberturas refletem a população cadastradas pelas equipes (BRASIL, 2021). Para que o usuário tenha acesso se faz necessário que a APS seja ordenadora do cuidado, cumprindo com seu papel e seus atributos. Não basta ter percentuais elevados de cadastros, mas uma APS que seja capaz de gerar valor para as pessoas usuárias (MENDES, 2015), como por exemplo, outros indicadores como coberturas vacinais em menores de 2 anos, percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, cobertura de exames citopatológico, captação precoce de gestantes, percentual de equipes de ESF completas, entre outros demonstram acesso de pessoas usuárias aos serviços.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) e buscava alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades, sendo implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991. O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (Ministério da Saúde, 2012).

**Tabela 13:** Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022

REGIÃO DE SAÚDE	COBERTURA DE (ACS)
Zona Da Mata	100
Cone Sul	84,34
Central	85,44
Vale Do Guaporé	95,29
Café	77,69
Macrorregião II	88,55
Rondônia	72,10
Norte	74,53
Brasil	61,03

Fonte: MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família -SESF, dez/2020

A cobertura de Agentes Comunitários de Saúde na Macrorregião II, encontra-se acima da média nacional, chegando em 100% na região da Zona da Mata. A alta cobertura dos ACS traz benefícios para a população assistida, melhorando os indicadores do Programa Previne Brasil.

## 6.2. Cobertura de Saúde Bucal

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. (Ministério da Saúde, 2002).

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incluída na ESF no ano de 2000, com a perspectiva de reorientação do processo de trabalho e da própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal, passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com

usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população (BRASIL, 2004).

**Tabela 14:** Cobertura atual de equipes de Saúde Bucal (ESB) na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022

REGIÃO DE SAÚDE	COBERTURA DE EQUIPE
Zona Da Mata	45,7%
Cone Sul	29,1%
Central	26,4%
Vale Do Guaporé	51,2%
Café	23,6%
Macrorregião II	35,2%
Rondônia	37,1%
Norte	54,51%
Brasil	56,6%

**Fonte:** <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reICoberturaSB.xhtml>, 12/09/22.

Quando analisamos na Macrorregião de Saúde II, a cobertura das Equipes de Saúde Bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família observamos baixas coberturas das ESB como nos aponta a Tabela 28. A região de saúde Café (24%) apresenta a mais baixa cobertura entre as regiões, seguida pela região Central (26%), região Cone Sul (26%). As regiões Zona da Mata e Vale do Guaporé apresentam respectivamente (46%) e (51%) de cobertura, ultrapassando o percentual da macrorregião (35%) e de Rondônia (37%).

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), fortalece a atenção à saúde bucal como uma política pública e promove sua expansão, qualificação e visibilidade, constituindo fatores de estímulo para a concepção da rede de saúde com componentes bucais. (SCHAEFER et al., 2014).

### **6.3. Internações por Condições Sensíveis**

Entendem-se por condições sensíveis os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por uma atenção primária resolutiva e eficiente. Para que se possa avaliar a efetividade da APS, têm sido propostos indicadores de acesso à atenção de qualidade e um destes indicadores é denominado internações por Condições Sensíveis na Atenção Primária (ICSAP), o qual constitui-se de uma lista de agravos à saúde que se tratados de forma apropriada e em tempo hábil reduzem o risco de hospitalização, tanto por prevenir o surgimento, quanto por manejar adequadamente a condição ou doença crônica.

A partir disto é possível estimar as taxas de internações por condições sensíveis e avaliar o desempenho dos serviços de saúde, além de verificar a efetividade de políticas públicas.

Durante a pandemia houve uma diminuição das internações em todas as regiões e de acordo com Brant *et al.* (2021), a redução das internações no início da pandemia mostra os efeitos das medidas regulatórias no comportamento das pessoas, que tinham medo de se contaminarem nos hospitais. Além disso, os serviços de saúde foram reorganizados para evitar a saturação, com a remarcação de cirurgias eletivas, por exemplo.

Passada a fase inicial da pandemia, os serviços de saúde foram se reestruturando. No entanto, em julho, com o aumento expressivo de casos de Covid-19 na capital, a concorrência por leitos ficou maior, acentuando novamente a queda de internações por outras doenças.

Todavia, se por um lado as internações reduziram durante a pandemia, por outro, a gravidade daqueles que chegaram a ser internados aumentou, resultando em maior mortalidade hospitalar. O impacto foi mais sentido entre pessoas com doenças cardiovasculares (DCV), como infartos, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca, que ocorrem mais frequentemente naqueles indivíduos com diabetes, hipertensão e obesidade, ou seja, doenças crônicas que são fatores de maior gravidade para a Covid-19.

A média do percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil em 2021 é de (15,5%), se comparado as cinco regiões do país, o maior percentual de internações por condições sensíveis à APS é na região Norte

(17,8%), seguido da região Nordeste (16,6%), Sudeste (15%), Sul (14,6%) e Centro Oeste (13,8%).

**Tabela 15:** Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária da população em residentes, Rondônia, 2011 - 2021

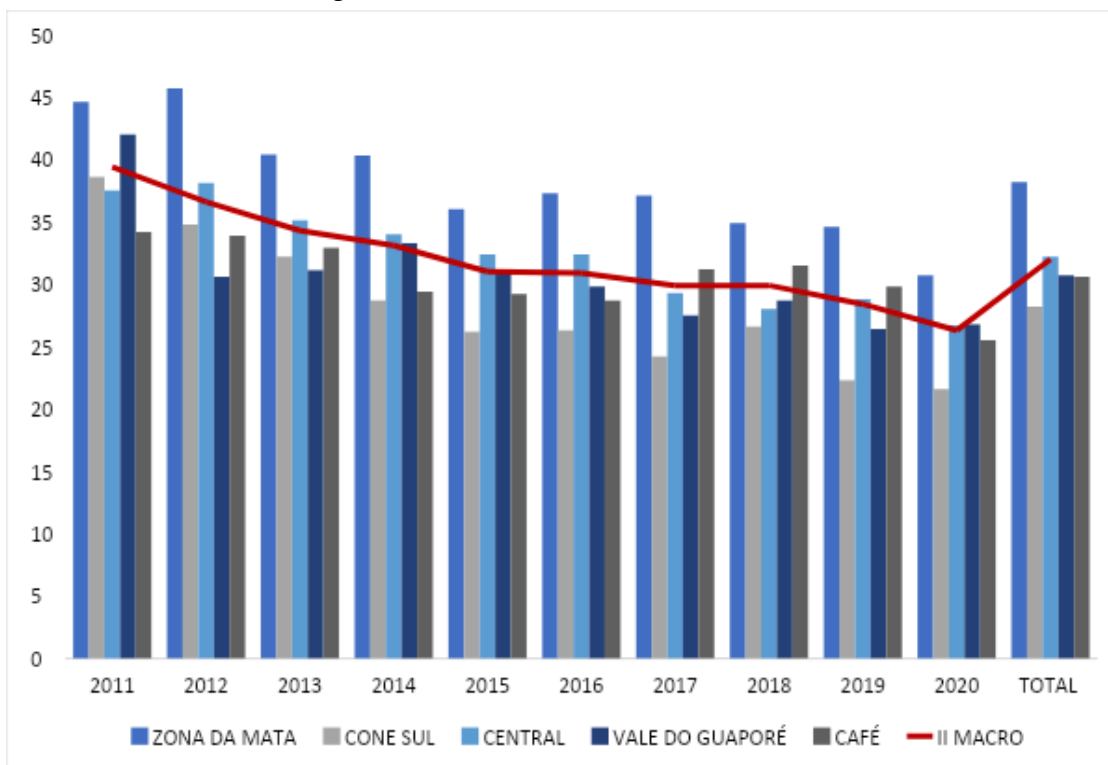
<b>PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DA POPULAÇÃO EM RESIDENTES DE ATÉ 4 ANOS DE IDADE</b>											
Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	44,4	44,4	42,4	42,6	40,7	43,1	39,4	38	35,5	29,8	30,5
Brasil	34,5	34,3	33,3	33	31,5	31,6	30,4	30,4	29,8	22,6	24,8
<b>Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária da população em residentes de 5 a 14 anos</b>											
Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	33,3	33,3	32,1	32	29,1	29,9	28,8	27,9	25,9	22,2	21,4
Brasil	25,6	25,1	24,9	24,4	23,1	23,1	23	22,1	21,1	19,3	18,2
<b>Percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária da população em residentes de 15 a 29 anos</b>											
Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	19,8	18,9	18,3	18,3	16,6	15,9	15,6	15,9	14,8	12,3	11,1
Brasil	13,6	13,2	12,9	12,7	12,2	11,4	11	10,9	10,4	9	8
<b>Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da população em residentes de 30 a 59 anos de idade</b>											
Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	24,8	24	22,7	23	20,9	19,9	19,5	19,2	18,4	15,5	13,2
Brasil	17,5	16,9	16,4	15,8	15,4	14,9	14,5	14	13,6	12,8	10,8
<b>Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da população em residentes de 60 a 69 anos</b>											
Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	39,1	38,8	37	37,5	34,9	33,9	33,2	32,7	31,6	26,4	22,2
Brasil	30,5	29,3	28,5	27,4	26,7	25,8	25,4	24,5	23,6	21,8	18,6
<b>Percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária da população em residentes com 70 anos ou mais</b>											

Abrangência Geográfica:	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Norte	46,3	45,9	44,6	45	43,3	42,7	41,7	41,6	40,6	31,9	28,1
Brasil	39,1	37,9	37,1	35,9	35,2	34	33,8	33	32,2	28,2	24,9

Fonte: [https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar\\_r2](https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar_r2) (05/10/22).

Observa-se maior percentual de internações na região norte na faixa etária até 4 anos e a partir de 60 anos. Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolatividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADITE *et al*, 2019).

**Gráfico 9:** Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022



Fonte: [https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar\\_r2](https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar_r2) (12/09/22).

As internações por condições sensíveis à atenção primária nas regiões de saúde da Macrorregião II de Saúde de Rondônia tiveram tendência de redução significativa ao longo do período analisado. Apesar dessa diminuição progressiva, essa taxa permanece elevada e a tendência de redução não foi linear para todas as regiões.

Estes resultados possibilitam direcionar políticas públicas, ao desenhar um panorama geral das internações condições sensíveis à atenção primária por região de saúde no âmbito do estado de Rondônia. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.

**Tabela 16:** Percentual de internações por condições sensíveis à APS na Macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022

PERÍODO	ZONA DA MATA	DA CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	CAFÉ	II MACRO
2011	44,6	38,6	37,5	42,0	34,2	39,4
2012	45,7	34,8	38,1	30,6	33,9	36,6
2013	40,4	32,2	35,1	31,1	32,9	34,3
2014	40,3	28,7	34,0	33,3	29,4	33,1
2015	36,0	26,2	32,4	31,2	29,2	31,0
2016	37,3	26,3	32,4	29,8	28,7	30,9
2017	37,1	24,2	29,3	27,5	31,2	29,9
2018	34,9	26,6	28,0	28,7	31,5	29,9
2019	34,6	22,3	28,8	26,4	29,8	28,4
2020	30,7	21,6	26,7	26,8	25,5	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>38,2</b>	<b>28,2</b>	<b>32,2</b>	<b>30,7</b>	<b>30,6</b>	<b>32,0</b>

Fonte: [https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar\\_r2](https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=cruzar_r2) (12/09/22).

Estudos realizados no Brasil indicam que o acesso aos cuidados de saúde com qualidade na APS pode estar ligado à redução das ICSAP, que índices mais baixos destas internações se relacionam com a qualidade da assistência e com o acesso da população. O indicador revela a situação de saúde de um indivíduo ou da população em si, permitindo refletir sobre a organização dos serviços de saúde assim como sobre o estado de saúde da população, agrupando diferentes causas de admissão hospitalar de condições particularmente gerenciadas na atenção básica

(AB) à saúde (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013; AVELINO et al., 2014; MALVEZZI, 2018; NEDEL et al., 2011).

A promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce do processo de adoecimento, controle e acompanhamento de condições crônicas, são imperativas para redução das internações por condições sensíveis. A APS com baixa resolutividade, desta forma, associa-se à manutenção de altas taxas de ICSAP, que tem custos e deslocamentos desnecessários, inclusive readmissões e permanência hospitalar prolongada (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MORETTI *et al.*, 2016).

Durante a fase da análise da situação de saúde, foi identificado que os municípios da Macrorregião utilizam o Sistema de Regulação - SISREG nas Unidades Básicas de Saúde para agendamento dos encaminhamentos para a Atenção Ambulatorial Especializada. No entanto, o próprio sistema na sua versão atual, não oferece relatórios que possibilitem a análise dessa demanda.

#### **6.4. Exames Citopatológico do Colo do Útero**

No Brasil, excluídos os de tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres. Para o ano de 2022 foram estimados 16.710 casos novos, o que representa um risco considerado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2021). O exame Citopatológico do colo do útero é a estratégia adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero.

O Ministério da Saúde, por meio das diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, preconiza a realização do exame de rastreamento em todas as mulheres que já iniciaram a vida sexual e que estejam na faixa etária entre 25 e 64 anos, com intervalo de três anos, após dois exames normais consecutivos realizados no intervalo de um ano. Essa faixa etária está de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2016).

Assim sendo, é necessário monitorar e avaliar todas as etapas desse processo para que seja reduzida a ocorrência de exames falso-negativos e insatisfatórios. As taxas de incidência e o número de casos novos estimados são importantes para avaliar a magnitude da doença no território e programar ações locais.

**Tabela 17:** Razão entre o número de exames Citopatológico em residentes do sexo feminino de 25 a 64 anos e um terço da população do sexo feminino na mesma faixa etária da Macrorregião II – Rondônia /Brasil, 2012-2021

Regiões de saúde	de	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BRASIL		0,49	0,46	0,41	0,39	0,38	0,37	0,36	0,35	0,2	0,29
Rondônia		0,5	0,45	0,37	0,31	0,29	0,33	0,32	0,37	0,16	0,24
Café		0,7	0,63	0,41	0,44	0,4	0,3	0,25	0,3	0,15	0,29
Central		0,25	0,16	0,1	0,22	0,2	0,29	0,31	0,33	0,21	0,21
Zona da Mata		0,88	0,83	0,78	0,37	0,3	0,55	0,35	0,44	0,18	0,32
Cone Sul		0,39	0,44	0,32	0,31	0,26	0,23	0,17	0,18	0,07	0,19
Vale do Guaporé	do	0,76	0,79	0,47	0,19	0,25	0,45	0,37	0,31	0,24	0,16

**Fonte:** PROADESS - Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde acessado pelo URL: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/> em 04/07/2022

A meta definida pelo SISPACTO para Rondônia nos últimos anos é de 0,65, número esse não alcançável durante os últimos cinco anos em nenhuma região da Macrorregião II.

Na Tabela 17, observa-se melhores resultados na região da Zona da Mata, seguido da região do Vale do Guaporé.

Durante a pandemia por SARS-CoV-2, a realização de exames Papanicolau foi alterada, devido às medidas restritivas impostas aos serviços de atendimento eletivo devido ao distanciamento social imposto por meio de decretos locais para o enfrentamento da situação do COVID-19.

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico precoce da doença. O exame pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública e sua realização periódica permite reduzir a ocorrência e a mortalidade pela doença, o não alcance das metas definidas é preocupante devido ao risco de lesão, portanto o estado e região precisam trabalhar novas estratégias para modificar o cenário da região e do estado de Rondônia.

## 6.5. Exames de Mamografia de Rastreamento

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, o

que representa 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres. No Brasil, corresponde, atualmente, a cerca de 28% dos casos novos de câncer em mulheres. Também acomete homens, porém o aparecimento nesse grupo representa apenas 1% do total de casos da doença. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade, sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento de casos tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (INCA, 2022).

**Tabela 18:** Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária, na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PERÍODO	ZONA DA MATA	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	CAFÉ	II MACRO
2011	0,06	0,12	0,05	0,01	0,07	0,06
2012	0,05	0,09	0,04	0,02	0,08	0,06
2013	0,05	0,05	0,04	0,02	0,05	0,04
2014	0,04	0,03	0,05	0,03	0,02	0,03
2015	0,05	0,09	0,28	0,03	0,03	0,10
2016	0,05	0,06	0,18	0,02	0,03	0,07
2017	0,04	0,11	0,02	0,00	0,02	0,04
2018	0,06	0,28	0,05	0,02	0,02	0,09
2019	0,02	0,05	0,05	0,01	0,02	0,03
2020	0,02	0,04	0,04	0,01	0,01	0,02
2021	0,02	0,03	0,04	0,02	0,02	0,03
<b>TOTAL</b>	<b>0,04</b>	<b>0,09</b>	<b>0,08</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	<b>0,05</b>

Fonte: [https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res\\_reg](https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=res_reg) (12/09/2022)

A Tabela 18 demonstra dados coletados com relação a cobertura de exames de Mamografias realizados nas 5 (cinco) Regiões de Saúde que compõem a II Macrorregião de Saúde. Observa-se uma baixa cobertura de exames de mamografia de rastreamento na população alvo (50 -69 anos) na Macrorregião II. Contudo é possível observar que as regiões que se destacam são a Região do Cone Sul com (0,09 %) e a Região Central apresentando (0,08%) seguido pelo Zona da Mata com (0,04%), Região do Café com (0,03%) e com o pior resultado a Região Vale do Guaporé (0,02%).

É importante mencionar que tanto para a coleta de exames Citopatológico do colo do útero quanto para a realização do exame de mamografia, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), possui um contrato com a Fundação Pio XII para a sua realização na região de saúde Madeira- Mamoré, por meio de uma unidade móvel. No entanto, em Ji-Paraná há também uma unidade dessa modalidade, mas sem vínculo contratual.

Essa situação acaba interferindo nos registros das informações no sistema DATASUS, e, conseqüentemente, no resultado dos indicadores que ficam prejudicados, uma vez que, esse serviço de Unidade Móvel atende as mulheres na faixa etária prioritária, mas, não informa ao sistema responsável por consolidar os dados epidemiológicos do Sistema de Informação do Câncer).( RONDÔNIA,2021).

## **7. ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE)**

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui um problema muito importante nos sistemas de atenção à saúde em geral e no SUS em particular. As razões são várias, mas há que se ressaltar duas dimensões fundamentais desse problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (CONASS, 2015).

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido há que se marcar que o campo da AAE constitui um vazio cognitivo que necessita ser superado para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente. Essa constatação sugere que devem ser estimuladas as investigações relativas à AAE em nossas instituições acadêmicas e de pesquisa (BRASIL, 2020).

Atualmente a AAE que se pratica está inserida em sistemas fragmentados de atenção à saúde, como um espaço institucional sem comunicação e coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Essa desorganização fragmentada

da AAE é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade que afetam esse nível de atenção (GUEDES et al., 2019).

Uma APS qualificada oferece cuidado profissional (generalista) abrangente com acesso universal facilitado, acompanhamento da pessoa ao longo do tempo, além de filtragem das necessidades, acionamento e coordenação dos cuidados especializados prestados por outros profissionais e serviços do sistema de saúde quando necessário. Mesmo sendo pequena minoria, os problemas em que há necessidade de profissionais especializados, não são raros e são situações em que há maior gravidade clínica e ou maior dificuldade diagnóstica (TESSER et al., 2017).

### 7.1. Estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS

**Tabela 19:** Número absoluto de estabelecimento de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica

NATUREZA JURÍDICA	QUANTIDADE
1. Administração Pública	2778
Órgão Público do Poder Executivo Federal	12
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	117
Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	16
Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal	26
Município	2607
2. Entidades Empresariais	1836
Sociedade Anônima Aberta	4
Sociedade Anônima Fechada	44
Sociedade Empresária Limitada	1391
Empresário (Individual)	167
Cooperativa	17
Sociedade Simples Pura	12
Sociedade Simples Limitada	17
Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)	184
3. Entidades sem Fins Lucrativos	60
Fundação Privada	4

Serviço Social Autônomo	5
Associação Privada	51
4. Pessoas Físicas	111
<b>Total</b>	<b>4785</b>

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, consulta em 09/09/2022 às 10:00.

A Tabela 19 demonstra o número absoluto de estabelecimentos de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS, segundo a natureza jurídica – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou Inter gestores, federal, filantrópicos ou privados.

O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e prover assistência especializada aos que dela necessitam, entretanto, a estruturação “insuficiente” e heterogênea da rede de cuidados especializados, torna a AE um gargalo na maioria dos municípios e regiões de saúde do Estado (GUEDES et al., 2019).

Em atenção a situação de saúde relacionada à Atenção Especializada quanto aviando o indicador obtemos a razão numérica absoluta de estabelecimento de saúde que realizam consultas especializadas pelo SUS tendo como base de pesquisa a Macrorregião de Saúde II com 4.785 unidades, esta conformação trata de um aspecto de visualização MACRO para se conceituar e ampliar a capacidade analítica da dimensão das regiões.

## **7.2. Estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**

A PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os

leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

**Tabela 20:** Número absoluto de estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	QUANTIDADE
Café	3
Cacoal	1
Pimenta Bueno	1
Espigão d' Oeste	1
Central	5
Presidente Médici	1
Jaru	1
Ji-Paraná	2
Ouro Preto do Oeste	1
Zona da Mata	2
Rolim De Moura	1
Alta Floresta d'oeste	1
Cone Sul	3
Vilhena	1
Cerejeiras	1
Colorado do Oeste	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, consulta em 09/09/2022 às 10:00.

Em pesquisa com os filtros avançado nas seguintes regiões como base de consulta: Central, Zona da Mata, Café e Cone Sul é possível abarcar o número absoluto de estabelecimentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, é possível observar que a condição mínima de municípios com CAPS instalados, vislumbrado somente municípios com caracterização de média e grande porte, restando apenas três municípios de pequeno porte com a presença de centros especializados para o atendimento de sua população. Está clara a deficiência neste aspecto.

### **7.3. Profissionais especialistas que realizam atendimento pelo SUS**

A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de profissionais. O trabalho em RAS implica relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas. No caso, os generalistas são os profissionais que atuam nas equipes da APS e os especialistas são os profissionais que fazem parte de equipes de AAE que constituem pontos de atenção secundária das RAS (CONASS, 2015).

Um fator que pressiona a agenda das unidades de AAE consiste na vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas por generalistas, por esses profissionais especializados, o chamado efeito velcro. Num município brasileiro de grande porte, verificou-se que 65% das consultas médicas com especialistas eram de retorno e, apenas, 35% eram de casos novos (ALBIERI, 2011). É certo que um pequeno percentual de pessoas pode se vincular definitivamente aos especialistas. Contudo, uma AAE bem organizada está baseada no papel interconsultor dos especialistas, o que, além de prover uma melhor atenção à saúde, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE.

É preciso ter em mente que os especialistas da saúde não são somente os médicos. Nos ambulatórios especializados, há outros especialistas como assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem, nesses ambulatórios, trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, em ambulatório especializado em diabetes, pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes e, em ambulatório especializado em pessoas idosas, pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção às pessoas idosas (CONASS, 2015).

Avaliando os dados logrados, identifica-se um número ínfimo de especialistas, e uma destruição massiva destes profissionais em municípios de grande porte, seguindo o princípio lógico da fixação de demanda de atividades, não fugindo a regra geral evidência em todo o país, em consulta a literatura o Brasil ainda concentra a maior parte de seus médicos nas regiões Sul e Sudeste, com 60% deles localizados nas grandes cidades onde vivem apenas 30% da população. Enquanto

isso, existem verdadeiros “desertos médicos” principalmente nos interiores das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A cidade de São Paulo, sozinha, tem cerca de 60 mil médicos, mais do que 4.905 municípios brasileiros juntos.

Esses são alguns dos resultados do estudo “Demografia Médica no Brasil 2018”, apresentados no dia 13 no Seminário Científico dos LIMs de junho, pelo professor Mário Scheffer, do LIM 39 (Laboratório de Processamento de Dados Biomédicos) e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, 2018).

Uma das novidades é o crescimento da razão de médicos por mil habitantes no Brasil, atualmente em 2,1. Com o aumento crescente do número de profissionais – em 2020, a população brasileira de médicos irá ultrapassar 500 mil – o país pode se aproximar da taxa de países como Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, que têm entre 2,5 e 2,7 médicos por mil habitantes (FMUSP, 2018).

#### 7.4. Consultas realizadas na AAE de maior demanda

Avançando ainda na construção a análise de saúde se fez necessário a compilação de série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de consultas realizadas na AAE – com o número total e dividido para as 11 especialidades de maior demanda estratificada.

**Tabela 21:** As 11 principais especialidades de maior demanda estratificada por número absoluto de atendimento

PROFISSIONAL – CBO	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Médico Cardiologista	151315	101969	200780	136362	218131	808557
Médico Cirurgião Geral	46877	38301	88172	30362	38847	242559
Médico Endocrinologista/ Metabologia a	753	1741	2981	822	3569	9866
Médico Ginecologista E Obstetra	87305	96458	96465	69752	74087	424067
Médico Infectologista	1115	2036	1806	1511	878	7346
Médico Nefrologista	110986	100070	103692	124133	125198	564079
Médico Neurologista	10220	6956	7426	2332	7835	34769
Médico Oftalmologista	9796	5947	11648	20146	34708	82245
Médico Ortopedista E Traumatologista	342919	468101	390655	268050	297347	1767072

Médico Pediatra	146149	155669	91692	47433	28389	469332
Médico Psiquiatra	18455	30809	13497	11054	19806	93621
<b>Total</b>	<b>925890</b>	<b>1008057</b>	<b>1008814</b>	<b>711957</b>	<b>848795</b>	<b>4503513</b>

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, consulta em 09/09/2022 às 10:00.

Outro fator de desequilíbrio entre oferta e demanda está na exagerada centralização da AAE na consulta médica individual e presencial. Em geral, os centros de especialidades médicas tradicionais não operam com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado interdisciplinar. Por outro lado, não há uma prática de introdução de novas formas de atenção individual e coletiva que permitiriam aliviar, relativamente, a agenda dos médicos especialistas e melhorar a qualidade da atenção (CONASS, 2015).

O pagamento dos profissionais de saúde pelas instituições prestadoras de serviços de AAE, também, deve superar a forma de pagamento por procedimentos. Idealmente, poderia ser feito por meio de contratos de gestão entre a instituição prestadora e a equipe de especialistas com salários que tenham parte fixa, mas com parcela menor variável vinculada ao desempenho. Essa parcela variável deve ser bem calibrada para que possa ser percebida como incentivo que possa efetivamente estimular o desempenho das equipes.

### **7.5. Valores financeiros para pagamento do total das consultas realizadas na AAE**

Por fim apresentamos a série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento do total das consultas realizadas na AAE. Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde consiste naquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de modo eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

Um bom modelo de financiamento deve estar alinhado com os modelos de atenção e de gestão de um sistema de atenção à saúde. Por exemplo, de nada adianta fazer discurso sobre a importância da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, se o sistema de pagamento está dirigido a remunerar os

serviços por procedimentos, segundo as respectivas densidades tecnológicas (KUTZIN, 2008 *apud* CONASS, 2015).

Um sistema de financiamento da AAE apresenta dois fluxos financeiros principais: o pagamento do gestor (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde) às instituições prestadoras (unidades estaduais, municipais, consórcios intermunicipais, organizações sociais, instituições filantrópicas, fundações e outras); e o pagamento dos profissionais de saúde e de serviços terceirizados pelas instituições prestadoras de serviços de AAE.

Em ambos os sistemas de pagamento, predomina a forma de pagamento por procedimentos. Os repasses de recursos para a AAE pelo Ministério da Saúde aos gestores estaduais e municipais e, destes, para as instituições prestadoras, faz-se de acordo com uma tabela que se constrói por procedimentos.

**Tabela 22:** Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento do total das consultas realizadas na AAE

PROFISSIONAL	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Cardiologista	1.889.209,89	1.183.585,61	1.986.185,53	1.333.455,11	2.077.211,55	8.469.647,69
Cirurgião Geral	787.447,98	491.696,53	1.155.617,56	431.692,45	555.384,14	3.421.838,66
Endocrinologista	7.533,47	17.553,24	29.810,00	8.220,00	130.137,18	193.253,89
Gineco/Obstetra	768.194,88	913.880,09	965.497,80	674.099,99	747.007,21	4.068.679,97
Infectologista	11.097,72	20.370,94	18.060,00	13.151,00	6.057,18	68.736,84
Nefrologista	13.074.319,67	13.380.752,71	13.554.170,20	13.687.243,36	12.549.543,44	66.246.029,38
Neurologista	107.132,20	74.176,12	81.166,00	23.679,50	189.908,09	476.061,91
Oftalmologista	88.617,11	53.766,56	455.151,42	413.482,17	1.806.955,27	2.817.972,53
Ortopedia/Traumato	8.228.725,55	11.159.568,18	8.731.720,41	5.096.829,35	6.501.314,69	39.718.158,18
Pediatra	2.583.550,60	3.765.581,92	980.990,05	392.246,64	289.929,20	8.012.298,41
Psiquiatra	145.300,00	259.717,59	111.078,25	53.767,76	109.701,86	679.565,46
<b>Total (R\$)</b>	<b>27.691.129,07</b>	<b>31.320.649,49</b>	<b>28.069.447,22</b>	<b>22.127.867,33</b>	<b>24.963.149,81</b>	<b>134.172.242,92</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadro.def>, consulta em 09/09/2022 às 10:00.

Ambos indicadores acima apresentam a condição da Macrorregião de Saúde II, demonstrando em expressão numérica de atendimentos na Tabela 22 e repasses

financeiros aprovados e encaminhados pelas fontes de recursos federais e estaduais, a necessidade de precisão do que é executado e o valor repassado corrobora e muito no conhecimento da situação municipal de saúde e seu reflexo na sua execução da assistência.

Os sistemas de financiamento devem ser acompanhados por incentivos de desempenho. Os incentivos de desempenho funcionam bem desde que seja acompanhado de um bom sistema de monitoramento (FROLICH et al., 2007). Os estudos sobre os incentivos de desempenho em relação às condições crônicas permitem concluir que: eles não devem se limitar aos resultados, mas envolver metas em relação à estrutura e aos processos; eles devem ser contínuos no tempo; e eles funcionam melhor quando dirigidos aos profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos na prestação de serviços. Os incentivos de desempenho devem, também, estar alinhados com os objetivos dos sistemas de atenção à saúde.

O financiamento dos sistemas de atenção à saúde materializa-se por meio de formas de pagamento distintas, expressas em tipos ideais: procedimentos ou unidades de serviços, procedimentos definidos por grupos afins de diagnóstico, captação, salário, elemento de despesa orçamentário, orçamento global, pacotes de serviços, ano de cuidado e ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde. Essas formas de financiamento apresentam fortalezas e debilidades.

É importante que o sistema de pagamento dos gestores às instituições pagadoras deixe de ser feito por volume de procedimentos e passe a ser feito por contratos de gestão que definem uma carteira de serviços a ser realizada dos pontos de vista quantitativo e qualitativo, estabeleçam seus custos, explicitem o valor a ser pago periodicamente, estabeleçam um sistema de monitoramento e avaliação e definem os sistemas de garantia e os incentivos.

Para que as relações contratuais funcionem bem, algumas condições são necessárias: a existência de cultura de resultados nas instituições; a clareza dos objetivos do modelo de atenção que se vai praticar; a existência de um sistema de informações gerenciais que permita monitorar e avaliar os produtos e indicadores acordados; a disponibilidade de recursos humanos capacitados para gerenciar contratos nas instituições contratantes e contratadas; o sistema justo de remuneração dos serviços para os prestadores; dos serviços a serem contratados devem estar disponíveis por parte dos prestadores de serviços; a autonomia de

gestão dos prestadores de serviços compatível com o alcance dos produtos contratados; e a capacidade dos prestadores de assumir riscos (VÍA, 2001).

## **8. ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)**

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente (BRASIL, 2021).

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os Colegiados do SUS. A Política Nacional de Atenção Hospitalar resultou da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS está instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pág. 142 a 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sobre as internações hospitalares é importante ressaltar que a utilização de serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares, é tema importante da pesquisa em serviços de saúde. No Brasil, esse tema apresenta uma relevância especial, devido à presença do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS financia serviços de atenção hospitalar e ambulatorial em todo o país, além de exercer funções de saúde pública típicas do Estado, tais como vigilância sanitária e epidemiológica. Por definição constitucional, o SUS deve assistir a toda a população brasileira de forma universal, igualitária e hierarquizada (CASTRO, 2006).

Todos os serviços especializados, na medida do operacionalmente possível, ter uma atuação regionalizada e descentralizada, com maior poder de tecnologias na

macrorregião. A relação entre APS e especialistas e na estruturação efetiva, deveria ser mais eficiente, onde a atenção especializada ambulatorial fosse de fato mais acessível quando necessária, coordenada pela APS em parceira das equipes da ESF.

### 8.1. Hospitais que prestam atendimento ao SUS

Tendo como fonte o DATASUS (2021) essa classificação pode ser obtida sob aspectos distintos aplicáveis às instituições de saúde os hospitais são classificados como:

- **Hospital Geral:** Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo ter ou não SIPAC.
- **Hospital Especializado:** Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.
- **Unidade Mista:** Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.
- **Pronto Socorro Geral:** Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação.
- **Pronto Socorro Especializado:** Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.

**Tabela 23:** Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

TIPO DE UNIDADE	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
Hospital Geral	6	7	4	12	2	31
Unidade Mista	1	0	3	6	1	11
Ambulatório Especializado	1	0	0	0	0	1
Pronto Socorro Geral	0	1	0	0	0	1
Pronto Atendimento	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>45</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintro.def> (13/09/2022).

Podemos observar na Tabela 38 a representatividade da Administração Pública no tocante ao número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão a II macrorregião no Estado de Rondônia possui 45 hospitais para atendimentos a população, sendo maioria deles 38 (84%) destes são municipais, (4) 9% da rede privada que presta serviço ao SUS e (3) 7% destes da rede Estadual de Saúde.

## **8.2. Hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão**

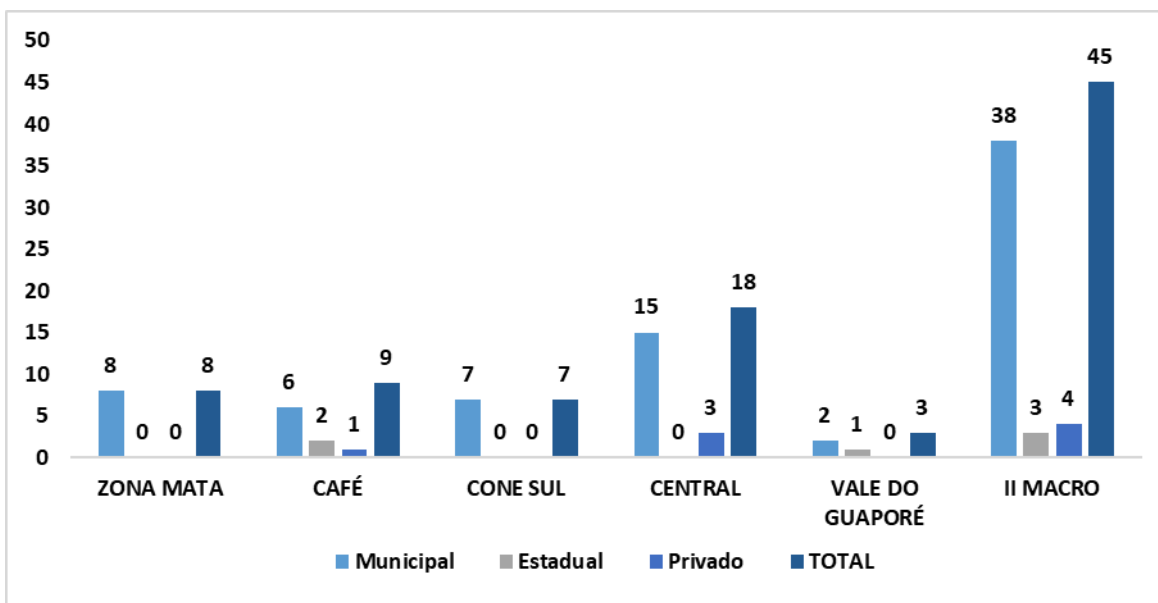
A gestão hospitalar é a área responsável por manter o hospital em pleno funcionamento. Esse setor cuida de todos os demais departamentos administrativos, garantindo que suas rotinas estejam em sincronia e que possuam todo o necessário para realizar atendimentos de qualidade.

Natureza jurídica corresponde à natureza jurídica da entidade que gerencia, dirige ou administra o estabelecimento de saúde, e são classificados (DATASUS, 2021):

- Administração direta de saúde (MS-SES-SMS): Administração de Órgãos Governamentais de Saúde, da administração direta, em qualquer esfera da administração pública: federal, estadual e municipal.
- Administração direta de outros órgãos: Administração de Órgãos Governamentais não ligados diretamente à saúde, da administração direta, em qualquer esfera da administração pública: federal, estadual, municipal. São

exemplos desta modalidade os Hospitais Militares, muitos Hospitais Universitários, os serviços dos Institutos de Previdência dos Estados e Municípios.

**Gráfico 10:** Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou Intergestores, federal, filantrópicos ou privados na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022



**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintro.def> (13/09/2022).

Tendo como fonte o DATASUS (2021) essa classificação pode ser obtida sob aspectos distintos aplicáveis às instituições de saúde, sendo elas quanto à administração ou entidade mantenedora, pode ser identificado como Natureza de Gestão Público administrado por entidade governamental municipal, estadual ou federal ou particular que pertencente à pessoa jurídica de direito privado.

Podemos observar no Gráfico 10 a representatividade da Administração Pública no tocante ao absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão a II macrorregião no Estado de Rondônia possui 45 hospitais para atendimentos a população, sendo maioria deles 38 (84%) destes são municipais, (4 ) 9% da rede privada que presta serviço ao SUS e (3) 7% destes da rede Estadual de Saúde.

### 8.3. Hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência

Quanto à competência (nível dos serviços médicos), variando conforme o nível de capacitação de seus recursos humanos e a sofisticação tecnológica de seus equipamentos, sendo os três primeiros níveis: primário: profilaxia (práticas preventivas) e clínica básica, secundário como clínica básica, não possui avançados recursos tecnológicos e terciário: apresenta desenvolvido nível tecnológico.

**Tabela 24:** Número absoluto de hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência municipal, regional, macrorregional e estadual na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

NATUREZA	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
Municipal	8	4	1	18	4	35
Estadual	1	3	1	1	1	7
Privado	2	2	2	2	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>51</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintro.def> (14/09/2022).

A Tabela 24 apresenta números absolutos de hospitais que realizam atendimento aos usuários SUS na II macrorregião de saúde do estado, totalizando 51 instituições. Os hospitais de natureza municipal correspondem à maioria, sendo 35; seguidos por 9, de natureza privada e 7, da esfera estadual. A maior parte dos hospitais, que prestam atendimento ao SUS, está localizada na região central, sendo 21 nosocômios.

No que se refere a Hospitais de grande porte referência para a macrorregião 2 no Estado o Hospital Regional de Cacoal, foi implantado em 2010 para suprir a carência de serviços assistenciais de alta complexidade em saúde no interior do estado de Rondônia. A unidade hospitalar trabalha no sentido de qualificar a assistência à saúde da população e está inserido no contexto das Redes de Atenção à Saúde, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em rede regional de atenção e de manutenção da vida em níveis de complexidade (média e alta) e responsabilidade, sendo referência para as Regiões de Saúde adstritas de Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena e Rolim de Moura.

Dentro da Rede de Atenção à Saúde, o HRC é definido como uma unidade hospitalar de **“portas fechadas”, ou seja, de Demanda Referenciada**, todo o acesso às consultas especializadas, exames, internações, urgência e emergência referenciada, cirurgias e UTI, são gerenciados por um Sistema de Regulação Ambulatorial e Regulação Hospitalar (CRUE).

O Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal HEURO é o resultado de um conjunto de esforços para a melhoria da saúde de Cacoal e região. Sua estrutura começou a ser construída pela ASSDACO – Associação Assistencial à Saúde São Daniel Comboni, e no final do ano de 2014, um acordo judicial estabeleceu a cooperação técnica entre o município de Cacoal e o Estado de Rondônia. O Estado assim, assume o serviço de Urgência e Emergência de Cacoal, uma responsabilidade que era da administração municipal, ofertada de maneira precária pela antiga Unidade Mista de Cacoal.

O Decreto Estadual nº 19452 de 2015 estabelece à SESAU/RO, a partir de março de 2015 a responsabilidade direta pelo Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (HEURO), instituído pela SESAU como estratégia de reordenamento do modelo assistencial para obter avanços nos serviços de saúde ofertados pelo SUS em Cacoal e na região, diminuindo as desigualdades regionais. O HEURO Cacoal, foi instituído com a finalidade de ser referência **“porta aberta”, ou seja, de Livre demanda** para atenção às urgências e emergências de média e alta complexidade na Macrorregião 2.

#### **8.4. Hospitais que prestam atendimento ao SUS que são referência para a RAS, nas linhas de cuidado**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS proporcionam uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, além de contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS.

A linha de cuidado Materno-infantil assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e

puerpério. E às crianças, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Já a linha de cuidado da Rede de Urgência e Emergência (RUE) objetiva o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Possuímos 30 hospitais que prestam atendimento ao SUS, na II Macrorregião de Saúde de Rondônia para RAS, sendo 13 na linha de cuidado materno-infantil e 17, para a rede de urgência e emergência. A maior parte dos serviços concentra-se nas regiões da Mata, Cone Sul e Café (BRASIL, 2010)

### 8.5. Leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados para o SUS

**Tabela 25:** Número absoluto de leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária) ofertados para o SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

TIPO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
Clínico	156	253	172	353	54	988
Obstétrico	51	71	47	159	22	350
Pediátrico	45	80	48	144	18	335
Cirúrgico	22	139	70	150	18	399
Outras Espec.	3	0	3	16	0	22
UTI	0	28	10	0	0	38
Hospital Dia	0	0	1	17	0	18
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>543</b>	<b>351</b>	<b>839</b>	<b>112</b>	<b>2180</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintro.def%5d> (13/09/2022).

Em relação à quantidade de leitos de internação e leitos complementares – Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Intermediária, 2.180 são ofertados para o SUS para a II macrorregião de Saúde de Rondônia, no corrente ano.

A região Central formada pelos municípios Ji-Paraná, Alvorada do Oeste, Teixeirópolis, Urupá, Mirante da Serra, Nova União, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, Vale do Paraíso e São Miguel do Guaporé, é a que possui mais leitos de internação (clínicos, obstétricos, pediátricos, cirúrgicos, especialidades e

hospital-dia), totalizando 839 leitos. Já em relação aos leitos complementares, a região do Café é a que apresenta o maior número de leitos ofertados.

Segundo os dados expostos pelo DATASUS, em setembro de 2022, a II macrorregião de saúde de Rondônia possuía 1.721 leitos de internação e complementares (UTI e Unidade Intermediária). O índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. Baseando-se em uma população de 783.830 mil habitantes, referente ao ano de 2021, para a II macrorregião, o ideal seria possuir entre 2.352 e 3.919 leitos para internação (DATASUS, 2022).

Ao observar os dados referentes à Tabela 41, verifica-se que há 38 leitos de Terapia Intensiva/Unidade Intermediária, ofertados para o SUS e disponíveis para II macrorregião de saúde do estado, o que corresponde a 2,2% dos leitos totais. Esses dados demonstram valor seguramente abaixo das necessidades atuais de complexidade e gravidade da demanda que os hospitais devem atender.

## 8.6. Profissionais de nível médio da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS

**Tabela 26:** Número absoluto de profissionais de nível médio da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PROFISSIONAL	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
Auxiliar de Enfermagem	78	57	50	146	9	<b>340</b>
Técnico em Enfermagem	110	628	199	347	55	<b>1.339</b>
Técnico de Laboratório	6	16	10	17	2	<b>51</b>
Técnico em Radiologia	22	36	20	28	3	<b>109</b>
Técnico de Ortopedia	1	3	0	1	0	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>217</b>	<b>740</b>	<b>279</b>	<b>539</b>	<b>69</b>	<b>1.844</b>

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02ro.def> (13/09/2022).

Diferentemente do nível técnico, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelos generalistas; como seu treinamento ocorre em pontos de atenção secundários e terciários, operam com estágios mais diferenciados dos problemas e tendem a superestimar a probabilidade de ocorrência de enfermidades sérias na população (STARFIELD, 2002). Os especialistas, ao lidar com maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em

virtude da escala. Mas não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidados, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentam melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, do que quando o cuidado é provido por médicos generalistas. Estudos que comprovam a superioridade do cuidado oferecido por especialistas estão mais propensos a serem metodologicamente frágeis, particularmente em relação a falhas de ajuste para o *mix* de casos (STARFIELD, 2007).

**Tabela 27:** Número absoluto de profissionais de nível superior da atenção hospitalar que realizam atendimento pelo SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PROFISSIONAL	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
Assistente Social	1	12	11	14	4	42
Bioquímico-farmacêutico	10	23	16	13	7	69
Médico cirurgião-geral	0	5	3	3	0	11
Médico clínico-geral	48	93	62	112	8	323
Enfermeiro	54	208	119	150	36	567
Fisioterapeuta	6	54	31	17	7	115
Fonoaudiólogo	0	5	2	3	0	10
Médico Ginecol. Obstetra	1	13	6	3	0	23
Nutricionista	2	16	3	10	4	35
Odontólogo	0	7	15	2	1	25
Médico pediatra	5	27	4	13	1	50
Psicólogo	2	8	10	14	4	38
Médico psiquiatra	1	1	0	3	0	5
Médico radiologista	1	5	1	1	0	8
Outras especialidades	2	100	8	30	1	141
Outros níveis superiores	1	8	5	5	1	20
<b>TOTAL</b>	<b>134</b>	<b>585</b>	<b>296</b>	<b>393</b>	<b>74</b>	<b>1.482</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02ro.def> (13/09/2022).

É grande a dificuldade política e operacional dessa empreitada: o cuidado médico especializado e a sua formação (residências médicas) têm sido regulados e exercidos pelas corporações médicas especializadas e por (supostas) regras do mercado. Há quatro vezes mais médicos no setor privado que no SUS, sendo que no país 55% têm título de especialista, mas somente 1% em medicina de família e comunidade (TESSER *et al.*, 2017).

No que diz respeito às proporções entre especialistas e generalistas, estudos realizados em áreas com presença maior de especialistas que de generalistas mostraram piores resultados: maiores taxas de consultas médicas desvinculadas das necessidades de saúde; os especialistas podem tratar exageradamente as pessoas de maneira superficial; e há maior frequência de exames complementares falso-positivos (ENGEL *et al.*, 1989; STARFIELD, 2005a).

Estudo mostrou que há uma associação entre maiores proporções de especialistas e taxas de mortalidade mais altas. Em geral, os especialistas solicitam mais exames complementares porque são treinados em pontos de atenção secundários e terciários nos quais as pessoas apresentam uma maior possibilidade de ter uma doença. Estudo feito no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, mostrou que as regiões com mais alta concentração de especialistas apresentaram gastos maiores em saúde e propiciam uma atenção menos efetiva e de menor qualidade (BAICKER; CHANDRA, 2004).

Há evidências de que a introdução de médicos generalistas gera bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população (SHI *et al.*, 2005 *apud* CONASS, 2015).

### **8.7. Internações hospitalares – total, enfermaria, UTI na macrorregião II**

O Agendamento das consultas realizadas via SISREG - Sistema de Regulação Estadual, é de encargo das Secretarias Municipais de Saúde do município de origem do paciente, realizar o agendamento. O número de vagas disponibilizado a cada município tendo como base dados voltados ao perfil epidemiológico e número de habitantes. Porém é fato que há demanda reprimida,

assim como em demais unidades do estado de Rondônia.

Quando dada a implantação dos setores COVID nos hospitais gerais da macrorregião 2, a oferta de consultas diminuiu em relação a quantidade de especialidades que atendem aos usuários. O atendimento ambulatorial também foi suspenso em vários hospitais, mantendo-se apenas as consultas referentes à oncologia, traumatologia, renais crônicos em hemodiálise, conseqüentemente ocorreu também as demandas para internação nas demais especialidades.

Segundo as informações de 2017 a 2019, o número de internações hospitalares apresentou discreto incremento anual. O ano de 2020, impactado pela pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, demonstrou uma redução no número de internações hospitalares de 22,7%, quando comparado ao ano anterior. Vale ressaltar que devido às medidas tomadas em enfrentamento à pandemia de COVID-19, a execução de alguns procedimentos eletivos foi suspensa, contribuindo para a queda observada.

Desde 2021, o serviço vem sendo retomado e foi possível verificar um aumento do número de internações nos hospitais da II Macrorregião de Saúde do Estado.

#### **8.8. Taxa de ocupação dos leitos – total, enfermaria, UTI na macrorregião II**

A taxa de ocupação hospitalar é um indicador significativo para medir o grau de ocupação hospitalar e relaciona o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia num determinado período demonstra como resultado o aumento da produção efetiva, expressa em percentual excluindo os leitos bloqueados. Com relação à gestão de leitos, “o ideal para um atendimento com qualidade e para uma adequada gestão corresponde a uma ocupação média máxima não deve superar 85%” (RAFFA, MALIK & PINOCHET, 2017), o que possibilita trabalhar com processos claros e definidos, evitando distorções, reduzindo erros e maximizando resultados positivos.

**Tabela 28:** Série histórica dos últimos 5 anos da taxa de ocupação dos leitos – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PERÍODO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
2017	93%	73,6%	89,0%	63,2%	70,3%	<b>77,80%</b>
2018	86%	85,0%	94,0%	66,3%	65,9%	<b>79,34%</b>
2019	93%	84,3%	107,0%	64,8%	54,2%	<b>80,66%</b>
2020	66%	60,5%	82,0%	51,1%	40,7%	<b>60,00%</b>
2021	64%	61,5%	74,0%	60,1%	38,1%	<b>59,56%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>80%</b>	<b>73,0%</b>	<b>89,2%</b>	<b>89,2%</b>	<b>89,2%</b>	<b>84,16%</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (13/09/2022).

Esse resultado da atenção hospitalar da II macrorregião de 84,16% está relacionado ao nível de complexidade de assistência do hospital que cada vez mais, têm realizado atendimentos de média e alta complexidade nas diversas especialidades através da Regulação dos pacientes a serem atendidos. Havendo leitos reservados exclusivamente para especialidades o percentual de ocupação tende a cair, como ocorreu no caso dos leitos destinados ao COVID-19 em 2020 e 2021, havendo a queda na taxa geral, indicando uma taxa de ocupação inferior a 60% demonstrando que os hospitais contam com uma estrutura atual além da necessária para aquele local, o que conseqüentemente causou a redução no número de leitos disponibilizado para demanda de outras patologias.

### **8.9. Média de dias de permanência dos leitos – total, enfermaria, UTI**

A média geral de permanência (MP) representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a média de permanência é o tempo médio, em dias que o paciente permanece internado no hospital, sendo que a complexidade, o porte e nível da instituição, o perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidades, entre outros) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência entre os hospitais (BRASIL,2013). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) infere como parâmetros que, a média esperada para os hospitais de Porte I

(pequeno porte), 2 a 3 dias; Porte II (médio porte) 3 a 4 dias e para o Porte III (grande porte) 3 a 5 dias de permanência.

**Tabela 29:** Série histórica dos últimos 5 anos da média de dias de permanência dos leitos – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PERÍODO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
2017	2,4	4,8	3,5	2,7	2,4	3,2
2018	2,4	4,7	3,7	2,8	2,3	3,2
2019	2,5	4,7	3,6	2,8	2,2	3,2
2020	2,4	4,3	3,6	2,9	2,4	3,1
2021	2,7	4,1	4,4	3,4	2,8	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>2,5</b>	<b>4,5</b>	<b>3,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>	<b>3,2</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (13/09/2022).

No geral, as estruturas hospitalares têm mantido, muito alto, o tempo médio de permanência em suas enfermarias, traduzindo-se em um excedente de usuários que fica represado nas emergências, causando também elevadas médias de permanência nesses locais, que por falta de estrutura ou mesmo por terem sua capacidade instalada suplantada tem que ficar mal acomodados, ou em situações de imprevisto e precariedade.

O tempo médio de permanência na Macrorregião II foi de 3,2 dias, variando entre 3 a 4 dias de internação. Entre os hospitais do Estado de Rondônia, o tempo médio de permanência variou entre 2,4 a 4,7 dias, e nos hospitais públicos a nível nacional a média foi de 5,4 dias. sendo assim percebe-se que a média de dias de internação do ano de 2021 foi de 3,5 dias, ou seja uma média maior que a permanência apresentada pelo estado e apresentada pelo Brasil, isto é, se comparada a nível Estadual e Nacional a Macrorregião mantém-se dentro dos parâmetros nacionais preconizado na portaria da ANS.

Apesar da média diferir de hospital para hospital segundo a especialidade, o tipo de enfermidade e a política da instituição, uma média de permanência acima de 5 dias pode indicar, por exemplo, que os pacientes passam mais tempo esperando pela realização de um exame ou de uma cirurgia, ou se a taxa de infecção hospitalar também estiver alta que os pacientes passam mais tempo internados para se recuperarem de infecções pós-cirúrgicas.

A melhora de indicadores, como a Média de Permanência, leva em conta a necessidade de adequação e/ou aprimoramento das unidades de saúde em relação a todos os fatores apontados acima. Mas como só está na governabilidade do hospital temas internos da instituição é necessário que seja feito uma reavaliação dos processos da rede de atenção à saúde como um todo.

Nessa perspectiva, é importante um olhar para dentro da instituição com vistas a diminuição das médias de permanência e adoção de processo de cuidado pautado na gestão da clínica e na pactuação com as equipes do hospital e dos serviços de apoio, no sentido de mobilizar e viabilizar os acordos internos.

### 8.10. Valores financeiros para pagamento das internações – total, enfermaria, UTI

**Tabela 30:** Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das internações – total, enfermaria, UTI na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

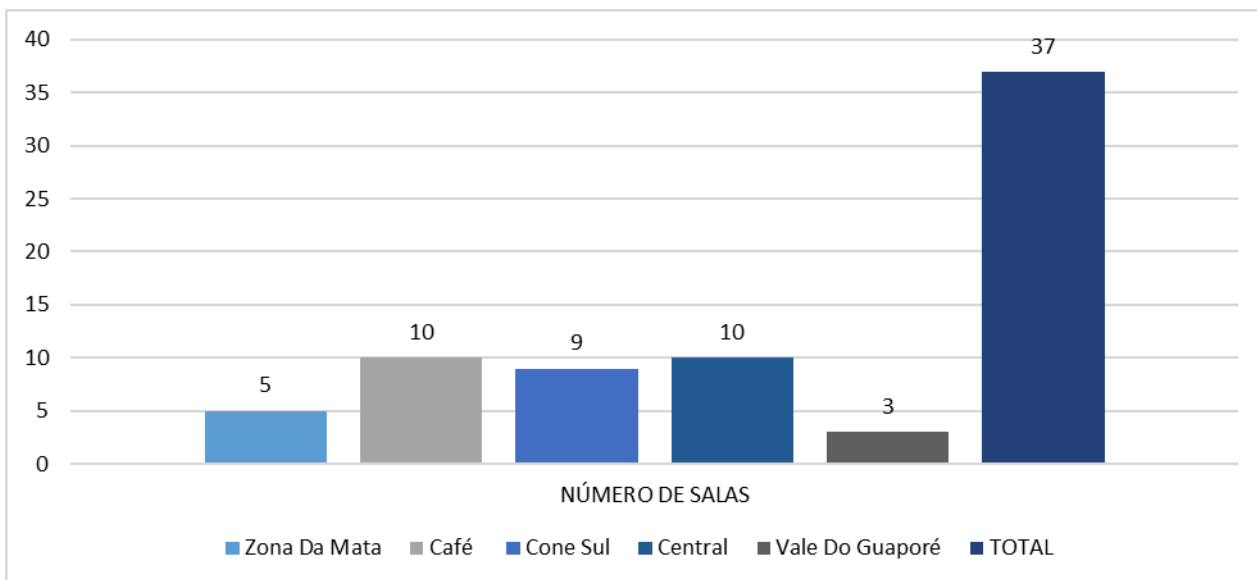
ANO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
2017	3.179.557,48	11.382.822,63	5.492.751,33	7.925.676,84	1.064.984,92	<b>29.045.793,20</b>
2018	2.914.295,69	13.033.556,42	6.190.113,87	8.525.871,40	1.011.134,79	<b>31.674.972,17</b>
2019	3.234.498,69	13.341.299,33	6.935.542,33	8.265.046,29	902.276,68	<b>32.678.663,32</b>
2020	2.338.098,14	10.206.329,43	7.346.612,38	8.167.973,67	733.083,76	<b>28.792.097,38</b>
2021	3.654.302,64	13.148.522,79	12.083.057,77	18.208.233,77	899.282,60	<b>47.993.399,57</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15.320.752,64</b>	<b>61.112.530,60</b>	<b>38.048.077,68</b>	<b>51.092.801,97</b>	<b>4.610.762,75</b>	<b>170.184.925,64</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (13/09/2022).

Sete anos após a publicação do Pacto pela Saúde (2006), grande parcela dos municípios ainda não realiza a gestão dos recursos para financiamento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). De acordo com informações do Sistema de Controle dos Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade (SISMAC), no fim de dezembro de 2013, havia 2.374 municípios cuja gestão de MAC era realizada pelos respectivos estados, o que representa 42,62% do total de municípios brasileiros.

## 8.11. Salas cirúrgicas disponibilizadas o SUS

**Gráfico 11:** Número absoluto de salas cirúrgicas disponibilizadas no SUS na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022



**Fonte:** Regional de Saúde de Rondônia, informações municipais consolidadas por região de saúde (15/09/2022).

A macrorregião II de saúde de Rondônia possui 37 salas cirúrgicas disponibilizadas para o SUS e a maior parte (29 salas) localizada nas regiões Central, Café e Cone Sul. Apesar disso, a prestação de cuidados cirúrgicos em hospitais do interior, ainda depende dos hospitais da capital para fornecer cuidados cirúrgicos especializados, compatíveis à complexidade dos casos.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, as transferências de uma unidade hospitalar para outra são intermediadas por centrais reguladoras que aloca os pacientes nas vagas disponíveis; acarretando, frequentemente, no aumento do período de permanência nos hospitais do interior.

**Tabela 31:** Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias eletivas realizadas na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

PERÍODO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	II MACRO
2017	78	3.687	0	1.295	246	<b>5.306</b>
2018	96	3.834	46	1.571	288	<b>5.835</b>
2019	227	3.342	434	1.272	292	<b>5.567</b>
2020	17	1.927	184	390	105	<b>2.623</b>
2021	33	1.970	238	1.138	77	<b>3.456</b>

<b>TOTAL</b>	<b>451</b>	<b>14.760</b>	<b>902</b>	<b>5.666</b>	<b>1.008</b>	<b>22.787</b>
--------------	------------	---------------	------------	--------------	--------------	---------------

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (14/09/2022).

Entre os anos de 2017 e 2019 nota-se uma constância em relação ao número de cirurgias realizadas nas regiões de saúde da II macrorregião de saúde do estado de Rondônia.

Em 2020, com a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19), a realização de atividades eletivas, que pudessem ser remarçadas sem prejuízos aos pacientes, foi adiada. Essa orientação visava proteger pacientes e profissionais da exposição a um vírus com alta infectividade e forma de transmissão e tratamento até então, pouco conhecidas. Além de permitir a concentração de esforços, materiais e estruturas no tratamento de casos emergenciais da nova patologia. Com isso, nota-se uma queda de 47,2% no quantitativo de cirurgias eletivas, quando se compara o ano de 2020 ao anterior.

**Tabela 32:** Série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de cirurgias de emergência realizadas na II macrorregião de Saúde de Rondônia, 2022

<b>PERÍODO</b>	<b>ZONA MATA</b>	<b>CAFÉ</b>	<b>CONE SUL</b>	<b>CENTRAL</b>	<b>VALE DO GUAPORÉ</b>	<b>II MACRO</b>
2017	1.180	1.535	2.930	3.551	599	<b>9.795</b>
2018	1.329	1.627	3.224	3.653	688	<b>10.521</b>
2019	1.581	2.451	3.095	4.020	361	<b>11.508</b>
2020	1.228	2.548	2.944	4.114	380	<b>11.214</b>
2021	1.338	2.195	2.628	4.061	497	<b>10.719</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.656</b>	<b>10.356</b>	<b>14.821</b>	<b>19.399</b>	<b>2.525</b>	<b>53.757</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (14/09/2022).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.451 traz como definição de emergência “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

Os dados apresentados na Tabela 49 demonstram estabilidade do número de cirurgias de emergência, realizadas nas todas as regiões II macrorregião de Saúde de Rondônia, ao longo dos últimos cinco anos; totalizando 53.757 no período.

**Tabela 33:** Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento das cirurgias - total, eletivas, de emergência na macrorregião II de Saúde de Rondônia, 2022

ANO	ZONA MATA	CAFÉ	CONE SUL	CENTRAL	VALE DO GUAPORE	II MACRO
2017	41.246,32	3.592.997,66	0,00	540.284,11	129.142,60	<b>4.303.670,69</b>
2018	51.175,92	3.938.524,77	24.341,17	497.827,36	122.755,94	<b>4.634.625,16</b>
2019	115.135,19	3.690.527,40	216.489,51	402.629,20	168.752,35	<b>4.593.533,65</b>
2020	7.687,06	1.996.089,82	76.837,60	71.301,71	103.682,89	<b>2.255.599,08</b>
2021	17.990,20	1.721.018,48	119.721,92	554.869,40	44.390,67	<b>2.457.990,67</b>
<b>Eletivas</b>	<b>233.234,69</b>	<b>14.939.158,13</b>	<b>437.390,20</b>	<b>2.066.911,78</b>	<b>568.724,45</b>	<b>18.245.419,25</b>
2017	770.548,20	859.592,29	1.918.058,30	1.868.509,83	353.769,75	<b>5.770.478,37</b>
2018	840.609,26	970.017,90	2.325.411,81	1.888.800,78	359.460,35	<b>6.384.300,10</b>
2019	977.861,83	1.805.098,61	2.537.736,95	1.998.206,00	230.669,88	<b>7.549.573,27</b>
2020	774.490,19	1.989.257,30	2.421.230,95	1.987.464,29	241.095,38	<b>7.413.538,11</b>
2021	833.456,38	1.817.536,52	2.434.541,95	2.249.281,95	305.843,53	<b>7.640.660,33</b>
<b>Emergen.</b>	<b>4.196.965,86</b>	<b>7.441.502,62</b>	<b>11.636.979,96</b>	<b>9.992.262,85</b>	<b>1.490.838,89</b>	<b>34.758.550,18</b>
<b>Total</b>	<b>4.430.200,55</b>	<b>22.380.660,75</b>	<b>12.074.370,16</b>	<b>12.059.174,63</b>	<b>2.059.563,34</b>	<b>53.003.969,43</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiro.def> (14/09/2022).

## 9. EIXO 3 - SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICA

### 9.1. Sistemas de Apoio

Os serviços visam apoiar as unidades de saúde no processo de saúde, proporcionando um ambiente confortável e seguro aos usuários e profissionais. Os serviços de apoio incluem, entre outros, serviços de suporte para a satisfazer as necessidades e expectativas dos pacientes é um indicador fundamental da qualidade da assistência prestada. Aspectos como alimentação, mobiliário, limpeza e estado das instalações e equipamentos, etc., são importantes para o paciente e seus familiares. A satisfação com eles está relacionada a uma melhor avaliação da assistência e deve ser considerada na melhoria contínua da qualidade da assistência.

Ao avaliar os dados do TABNET logra-se um total de 41 serviços que prestam a assistência referida, destaca-se a dificuldade em realmente aferir se ocorre a prestação dos serviços ao Sistema Único de Saúde, porém fica já caracterizada a ausência dos serviços e diversos municípios e a ausência deles na Região do Vale do Guaporé.

Na Macrorregião o número absoluto que realizam exames de patologia clínica ao SUS segundo a natureza é pelo consórcio intermunicipal, sendo o mesmo para todos os municípios, serviços de caráter exclusivamente SUS se minimizem em 06 unidades, De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência de câncer do colo do útero quando a cobertura de rastreamento da população é de pelo menos 80%, com a garantia do diagnóstico e do tratamento adequados dos casos detectados (OPAS, 2016; WHO, 2002; BRASIL, 2021).

Dessa forma, para o monitoramento, fica definido como parâmetro 80% da proporção de mulheres com coleta de Citopatológico na APS nos últimos 3 anos, como forma de garantir detecção e tratamento oportunos, reduzindo a incidência da doença e mortalidade na população-alvo (OPAS, 2016). Entendendo que a meta no alcance de resultados em saúde, estabelecidos nas portarias que regem o Programa Previne Brasil, e as limitações atuais identificadas para que todos os municípios alcancem o parâmetro de 80% na população coberta pela APS, a meta atualmente pactuada para este indicador é de 40%, torna-se inatingível para muitos municípios visto a dificuldades em encaminhar as **amostras** para análise.

Esta análise foi promovida com a proposta de envio da solicitação de informação por parte dos municípios, observamos que existe um desarranjo na base local municipal, a informação encaminhada pode não demonstrar ser fidedigna, visto que os números destoam das demais informações coletadas nesta ASS. Ainda temos 03 (três) municípios de pequeno porte que não responderam os questionários.

Conclui-se que em todas as Regiões existe a predominância de oferta dos exames laboratoriais de caráter básico para investigação patológica simples, ao avançar em exames de modo peculiar quando necessário investigar acometimentos da linha de cuidado materno infantil como por exemplo beta HCG quantitativo e dosagem marcadores de necrose tecidual muito utilizados na rede de Urgência e

Emergências- RUE como a aferência CPK, CKMB e troponina na identificação e estadiamento do infarto agudo do miocárdio IAM.

Os exames laboratoriais são de extrema importância na atividade clínica, a correta avaliação auxilia no reconhecimento das disfunções, pois repetir testes duvidosos para um controle de qualidade mais efetivo garante confiabilidade aos resultados estes são um conjunto de exames e testes encaminhados por um médico responsável e efetuados em laboratórios de análises clínicas. O objetivo é um diagnóstico da doença ou apenas avaliação, que significa controle.

Além de colaborar com o diagnóstico, também desenvolve um papel muito importante na medicina preventiva diversas patologias podem ser prevenidas com a realização desses exames. As análises clínicas são executadas por farmacêuticos, biomédicos, bioquímicos e médicos.

Depurando este indicador, é apresentado o quantitativo apresentado pela MACRO 2 completa, não sendo possível discriminar por municípios, visto que o interesse é demonstrar o quantitativo de exames e quais são realizados, entende-se que cada município precisa conhecer sua razão de execução.

Visando caracterizar tal indicador, por escolha em números absolutos, foram eleitos os seguintes exames como de maior demanda, já com a segregação por região de saúde e quantidade realizada com a periodicidade mensal:

Identificou-se uma capacidade plena de execução de exames em até 08 (oito) horas com prazo exequível em até 24 (vinte e quatro) horas, chamando atenção que durante as análises de forma integral todos os municípios apontaram execução: “no mesmo dia”.

**Tabela 34:** Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS

REGIÃO DE SAÚDE/MUNICÍPIO	TOTAL
CAFÉ	48
MINISTRO ANDREAZZA	1
CACOAL	35
PIMENTA BUENO	7
ESPIGÃO D'OESTE	5
CENTRAL	72
ALVORADA D'OESTE	2
PRESIDENTE MÉDICI	3

GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA	2
VALE DO ANARI	1
JARU	13
SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ	6
JI-PARANÁ	27
THEOBROMA	2
URUPÁ	2
MIRANTE DA SERRA	2
OURO PRETO DO OESTE	12
ZONA DA MATA	29
ROLIM DE MOURA	15
NOVA BRASILÂNDIA D'OESTE	4
ALTA FLORESTA D'OESTE	3
CASTANHEIRAS	1
NOVO HORIZONTE DO OESTE	2
SANTA LUZIA D'OESTE	3
ALTO ALEGRE DOS PARECIS	1
CONE SUL	38
CABIXI	1
VILHENA	30
CHUPINGUAIA	2
CEREJEIRAS	2
COLORADO DO OESTE	3
VALE DO GUAPORÉ	11
COSTA MARQUES	2
SÃO FRANCISCO DO GUAPORÉ	6
SERINGUEIRAS	3
<b>Total</b>	<b>198</b>

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>

Percebeu-se que a média dos serviços que realizam exames de imagem ao SUS é de 198 serviços de exames por região, sendo a Central com maior número absoluto 72 serviços de imagem. A apresentação dos serviços não está pulverizada nas regiões.

O objetivo deste estudo foi reunir e analisar as informações da saúde relativas à área de radiologia, mais especificamente, considerando a distribuição de equipamentos de diagnóstico por imagem e a frequência dos exames radiológicos

realizados em estabelecimentos de saúde localizados na macrorregião. A população das diversas regiões de saúde, conforme a divisão geográfica estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde, foi considerada na análise dos dados, permitindo uma comparação entre as regiões do Estado, indica melhora no acesso da população a esse tipo de especialidade médica, pelo menos no que diz respeito a procedimentos ambulatoriais realizados pela rede conveniada ao SUS. Entretanto, é importante lembrar que ainda existem grandes diferenças regionais dentro do Estado, caracterizadas, por exemplo, pela grande variação da concentração de equipamentos por habitantes em cada região e mais especificamente na concentração de equipamentos de ressonância magnética via SUS somente na Capital do Estado, que está instalado na Macro I.

**Tabela 35:** Número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal, filantrópicos ou privados

NATUREZA JURÍDICA	CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	TOTAL
1. Administração Pública	17	26	16	13	7	79
102-3 Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	6	-	-	-	2	8
124-4 Município	11	26	16	13	5	71
2. Entidades Empresariais	29	37	12	19	4	101
205-4 Sociedade Anônima Fechada	6	3	-	-	-	9
206-2 Sociedade Empresaria Limitada	19	28	10	7	2	66
213-5 Empresário (Individual)	1	1	-	-	2	4
214-3 Cooperativa	-	1	-	-	-	1
223-2 Sociedade Simples Pura	1	1	-	-	-	2
224-0 Sociedade Simples Limitada	1	1	-	-	-	2

230-5 Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)	1	2	2	12	-	17
3. Entidades sem Fins Lucrativos	-	4	-	-	-	4
306-9 Fundação Privada	-	2	-	-	-	2
399-9 Associação Privada	-	2	-	-	-	2
4. Pessoas Físicas	-	-	-	2	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>67</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>186</b>

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>

Salienta-se que na macrorregião II o maior número absoluto de serviços que realizam exames de imagem ao SUS está concentrado na Região Central com 72 serviços percebeu-se que a rede privada oferta em extensão bem volumosa ao número absoluto de serviços.

As Regiões de Saúde Café e Central ofertaram a mesma quantidade de 466 exames de imagem, averiguou-se que novamente a Região Central oferta a maior quantidade absoluta de exames de imagens com 551.165, em segundo lugar está a Região do Café com 177. 807 exames.

Tempo médio de espera para a realização dos exames de imagem de maior demanda segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), considerando a relevante demanda de instituições públicas e privadas sobre o tempo de intervalo mínimo para o agendamento de exames e o tempo médio para a realização de exames de Ultrassonografia, assim considerando ser notório que tanto o tempo médio para o agendamento de exames quanto àquele referente à realização de exames em Ultrassonografia depende de inúmeras circunstâncias variáveis e casuísticas, como a complexidade do exame, condições do paciente, estrutura do serviço, etc., recomenda que a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) sirva como referencial acerca do tempo de intervalo mínimo para o agendamento de exames e sobre o tempo médio para a realização de exames de Ultrassonografia. A tabela pode ser consultada no link: <http://goo.gl/tQBWqm>.

O tempo médio de espera para realização dos exames de imagem de maior demanda foi captado pelo SISREG a nível estadual, sabe-se que muitos municípios realizam esses exames por gestão própria.

**Tabela 36:** Série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento dos exames de imagem - total e os exames de maior demanda

MACRORREGIÃO O II	CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	TOTAL
	19.416.382,18	15.795.959,96	2.936.289,20	30.375.207,94	1.136.661,02	19.416.382,18

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>

Após a análise dos indicadores dos serviços e apoio da Macrorregião II do Plano Regional Integrado ressalta-se que as regiões de saúde precisam ampliar a oferta dos exames específicos para as linhas de cuidados materno infantil e urgência e emergência.

O indicador da série histórica dos últimos 5 anos dos valores financeiros para pagamento dos exames de imagem de maior demanda nos chamou atenção da Região Cone Sul ofertou em 5 anos 123.022.

## 9.2. Sistemas de Logística

**Tabela 37:** Número absoluto de farmácias que realizam atendimento ao SUS, segundo a natureza da gestão – municipal, estadual, consórcios intermunicipais ou intergestores, federal

MACRORREGIÃO II	CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	TOTAL
	58	143	14	18	03	236

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, 09/09/2022 às 10:00

Conforme demonstrado na tabela acima é possível observar que todas as regiões possuem farmácias que realizam atendimento ao Sistema Único de Saúde em que se observa a predominância da região central com 50,60%, apontou um número abaixo do esperado visto que o Cone Sul apresenta uma população expressiva na macro região com valores semelhantes à regiões menores com mesmo número absoluto de farmácias.

Salientamos também que os estabelecimentos de farmácia populares do Brasil PFPB por meio de parcerias com farmácias e drogarias de rede privada não estão vinculadas ao CNES local de cada município.

Sobre a série histórica dos últimos 5 anos do número absoluto de medicamentos básicos dispensados aos pacientes do SUS, ambulatorialmente – total, medicamentos com maior demanda. Em relação a este indicador evidenciamos a ausência de informações pelos seguintes motivos: índice extremamente baixo da adesão do sistema Hórus de informação, bem como a ausência de utilização deste sistema em alguns municípios, o sistema DATASUS não disponibiliza esta informação por tratar-se de base local.

Conforme consulta em base de dados do TabNet os valores financeiros só foram localizados e contabilizados nas regiões Café e Central, não sendo possível a localização de históricos financeiros das demais regiões em base de referência. Conclui-se, portanto, que a não adesão ao sistema Hórus pelos municípios torna incompleta a análise deste indicador.

Conforme orientação CGAF-SESAU, o financiamento do componente especializado torna possível a extração apenas as dispensações físicas, sem a capacidade de mensurar valores, uma vez que este financiamento se em três linhas distintas de recurso: aquisição direta via Fundo Nacional de Saúde, aquisição Estadual com pagamento realizado com repasse do Ministério da Saúde e por recurso próprio da SESAU.

**Tabela 38:** Número absoluto de farmácias que realizam atendimento ao SUS

MACRORREGIÃO II	CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	TOTAL
	22	83	25	24	10	164

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, 09/09/2022 às 10:00

Todas as regiões possuem farmácias que realizam atendimento ao Sistema Único de Saúde em que se observa a predominância da região central com 50,60%, apontamos um número abaixo do esperado visto que o Cone Sul apresenta uma população expressiva na macro região com valores semelhantes às regiões menores com mesmo número absoluto de farmácias.

Sobre prontuário eletrônico como sistema de logística em grau de comparação a região do Café 100% de unidades com prontuário eletrônico, na

região Central 95,45% já apresentam prontuário eletrônico, Zona da Mata 73,33% com prontuário eletrônico, Cone Sul 83,33% e Vale do Guaporé 100% de unidades com prontuário eletrônico.

**Tabela 39:** Número absoluto de veículos que realizam transporte eletivo de pacientes no SUS

MACRORREGIÃO II	CAFÉ	CENTRAL	ZONA DA MATA	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	TOTAL
<b>Veículos de transporte</b>	19	64	28	31	15	157
pacientes eletivos transportados	3790	5467	3603	4188	465	17513
pacientes transportados internação hospitalar	747	734	1182	1026	24	3713
absoluto de veículos que realizam transporte de urgência SAMU	22	48	51	-	12	133

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atsadtro.def>, 09/09/2022 às 10:00

Em relação aos veículos de transporte contemplaram não só os ônibus e micro-ônibus, mas também os carros de passeio que realizam esse serviço nas regiões. É possível perceber um número elevado de meios de transporte que reflete a falta de atenção especializada para atender a população. Fato esse que leva a reflexão sobre essa necessidade.

Percebeu-se que em todas as regiões há um número elevado de pacientes que são transportados para fora de seus municípios de residência para que seja possível o tratamento adequado, visando a melhor terapêutica para os mesmos. Como acima exposto isso reflete uma preocupação não só com esses pacientes, mas também com os profissionais que prestam esses serviços além do custo elevado com esse serviço ofertado.

As regiões que compõem a Macrorregião II não contam com SAMU, somente com ambulâncias próprias para realização desse transporte e que em muitas vezes apesar do quantitativos ainda não suficientes para atender a demanda.

## **10. EIXO 4 – PLANEJAMENTO, GESTÃO E GOVERNANÇA**

A Saúde Pública no Brasil foi construída baseada em diversos pilares históricos que a trouxeram até a realidade atual. Passando pela chegada dos imigrantes ao Brasil, o período colonial, a época do império, as campanhas de vacinação de Oswaldo Cruz, os avanços da era Vargas, precariedades no saneamento básico, a ascensão da medicina privada, a subnotificação do regime militar e os movimentos sociais (Bertolli Filho, 2011).

Os indicadores do Eixo Gestão contemplam (Planejamento, Organização, Direção e Controle), nesta etapa estão incluídos, os sub eixos relacionados a Governança e Planejamento dos Conselhos Municipais de Saúde e da Comissão Intergestores Regional (CIR), com atuação dentro do território municipal, regional e macrorregional.

A Macrorregião de Saúde II possui 38 municípios, correspondendo a 73 % dos municípios do Estado de Rondônia (52 no total) estão no Macro II, e em relação a população corresponde a 43,18% da população estadual, sendo eles distribuídos em seus territórios de abrangência, conforme abaixo relacionados.

O eixo 9 adotou como período de análise os anos de 2019 a 2021 dos indicadores de Gestão que estão incluídos no planejamento e na governança. A população estimada do estado é de 1.815.278 hab. (IBGE, 2021). E a população estimada da Macrorregião II é de 783.817 hab. (IBGE, 2021)

### **10.1. Eixo Gestão**

#### **10.1.1. Conselhos instituídos e atuantes**

O Conselho de Saúde, conforme a Lei nº. 8142 de 1990 (CCPR, 1990), atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua composição se dá em todas as esferas do governo, seja federal, estadual e municipal, e sua formação é indispensável. Os Conselhos devem ser compostos, de acordo com a CF de 1988, pela seguinte proporção de representantes: 25% de governo, prestadores de serviços públicos, privados e filantrópicos; 25% de profissionais de saúde; e 50% de usuários do serviço de saúde pública (Silva *et al.*, 2012).

Segundo Brasil *et al.* (2012), embora as instâncias participativas não sejam o único caminho para a participação social, as características e arranjos institucionais podem propiciar ou dificultar a amplitude e qualidade da participação e da deliberação, assim como aprimorar os mecanismos de representação no interior de tais espaços.

O Conselho Municipal garante a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados, conforme previsto na Diretriz da Resolução CNS N° 453/2012. Nas cinco regiões de saúde que compõem a Macro II, a composição do CMS é integrada 100 % por representantes e suas representações paritárias.

Os municípios possuem o Conselho Municipal de Saúde instituído e atuante, no que diz respeito às reuniões mensais, no período de 2019 e 2021 foi identificado uma média de 89,6 % de 8-12 reuniões realizadas anualmente pelos CMSs, considerando que o mês de janeiro e dezembro as atividades de gestão diminuem as atividades restam 10 meses para os CMSs se reunirem para as aprovações e demais deliberações, estatisticamente é muito positivo a porcentagem da Macro II neste indicador, caracterizando uma interligação entre as instâncias de gestão e do controle social.

**Tabela 40:** Regiões de Saúde com municípios que possuem CMS de Saúde e percentual de reuniões realizadas na Macrorregião II, Rondônia, 2022

REGIÃO DE SAÚDE	10 - 12	8 - 10	6 - 7	4 - 5	2 - 3
Zona da Mata	62,5%	-	37,5%	-	-
Café	66,7%	33,3%	-	-	-
Cone Sul	85,7%	14,3%	-	-	-
Central	57,1	28,6	7,15%	-	7,15%
Vale do Guaporé	66,7%	33,3%	-	-	-
<b>Média Macro II</b>	<b>67,74</b>	<b>21,9</b>	<b>8,93</b>		<b>1,43</b>

Fonte: elaborada pelo autor, 2022.

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS). Presente em cada esfera de governo integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O conselho atua na formulação e proposição de

estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (CNS, 2003).

Em relação às deliberações e aprovações a Macrorregião II apresenta um índice muito positivo a nível macrorregional de aproximadamente 96% das deliberações apresentadas e aprovadas pelo CMS com suas representações, apenas uma Região de Saúde necessita criar maior mecanismo de comunicação e integração entre o controle social representado pelos seus membros para que eles recebam os esclarecimentos necessários e o fluxo de trabalhos siga sem maiores impedimentos a gestão pública dos serviços de saúde.

Com a participação efetiva dos usuários, os ganhos para a saúde são incontáveis, visto que, é possível entender o que a população realmente necessita, possibilitando assim, a criação de políticas públicas mais eficazes. Para Sheedy *et al.*, (2008) o envolvimento do cidadão é importante em todas as etapas do desenvolvimento de políticas, visto que auxilia na propagação dos valores e necessidades da população e aumenta a legitimidade das decisões públicas.

### **10.1.2. Participação dos Gestores**

O gestor deve estar atento, pois um conselho forte, crítico e atuante depende de seu apoio e principalmente de sua participação, pois trata-se de importante aliado a uma boa administração, mediando conflitos entre interesses que possam afetar a saúde, legitimando e apoiando decisões da gestão que possam contrariar outros setores da política local. O gestor deve ter claro que o espaço do Conselho não é de oposição político partidária e nem tão pouco apenas de reivindicações trabalhistas/salariais ou corporativistas, outro sim um espaço de debate aberto das questões que permeiam a política de saúde e sua gestão local (CONASEMS, 2015).

A participação dos Gestores presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) corresponderam a: 73,44 % - Comparecem a todas, 24,06 % - Comparecem em algumas e faltam em outras e 2,5 % - Não comparecem nas reuniões.

**Tabela 41:** Participação dos Gestores em reuniões do CMS, Macrorregião II, Rondônia, 2022

REGIÃO DE SAÚDE	Sim, todas as reuniões.	Sim, a maioria das reuniões, porém algumas reuniões o gestor não participa	O gestor não participa das reuniões do CMS
Zona da Mata	62,5%	25%	12,5%
Café	83,3%	16,7%	-
Cone Sul	57,1%	42,9%	-
Central	64,3%	35,7%	-
Vale do Guaporé	100%	-	-
<b>Macrorregião II</b>	<b>73,44</b>	<b>24,06</b>	<b>2,5</b>

Fonte: elaborada pelo autor, 2022.

### 10.1.3. Planos Municipais de Saúde (2022-2025) homologado no DigiSUS

O DigiSUS Gestor foi regulamentado pela Portaria GM/MS n. 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2021). Considerando o ciclo do planejamento e com base nos instrumentos elaborados, a alimentação do sistema tem início com o registro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) constantes no plano de saúde. Essas informações são apresentadas automaticamente pelo sistema, anualmente, no componente que recebe as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS), (BRASIL, 2021).

A cada ano da PAS, os gestores devem atualizar as metas, assim como estabelecer as respectivas ações. Ao finalizar o plano de saúde, automaticamente as programações estarão habilitadas no sistema. A funcionalidade da Programação Anual de Saúde também recebe algumas informações orçamentárias com o demonstrativo da programação de despesas com saúde por subfunção orçamentária, natureza da despesa e fonte de receita, cujo preenchimento deve ser feito com base nas informações da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ente (BRASIL, 2021).

**Tabela 42:** Planos Municipais de Saúde homologados no DigiSUS na II Macrorregião

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Zona da Mata	87,5%	12,5%
Café	83,3%	16,7%
Cone Sul	100%	-
Central	92,3%	7,7%
Vale do Guaporé	100%	
<b>MACRORREGIÃO II</b>	<b>92,62%</b>	<b>7,38%</b>

Fonte: elaborada pelo autor, 2022.

Há uma preocupação dos Gestores em elaborar os PMS, apenas uma pequena porcentagem de Gestores em torno de 7,38 % ainda apresenta pendências na inserção do plano no sistema, o que caracteriza um índice baixo comparado a efetividade da participação e deliberação apresentada pelos conselhos.

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) com seus apoiadores regionais vem intensificando a cobrança junto aos gestores /secretários municipais, em manter os planos atualizados e inseridos no sistema para assim evitar transtornos nos fluxos de liberação de recursos, relatórios necessários de prestação de contas da execução planejada com executada e também nos prazos devidos dos instrumentos de gestão.

## **10.2. Eixo Governança**

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela (MENDES, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e

preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2011).

As cinco regiões que compõem a macrorregião II, não possuem o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde implantado, com deliberação de forma articulada, com reuniões mensais, elaboração de propostas, metas, avaliação e acompanhamento de indicadores da assistência macrorregional de saúde.

### 10.2.1. A Comissão Intergestores Regional (CIR)

As Políticas de Saúde do Brasil têm sido formuladas visando cumprir o que determina o artigo 196 da Constituição Federal (CF/1988), a partir de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (SUS), organizado de acordo com diversas diretrizes, dentre elas descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (artigo 198), (BRASIL, 1988).

Um grande avanço neste sentido foi a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) por meio do Decreto Federal nº 7.508 publicado em julho de 2011 considerado o marco normativo densificador dos dispositivos constitucionais e legais relativos à efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil, notadamente no que tange à descentralização da saúde pública, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento das ações assistenciais em saúde e a articulação Inter federativa.

Entende-se região como sendo o espaço geográfico contínuo, formado por agrupamentos de municípios limítrofes, definido a partir da existência de identidades culturais, sociais e econômicas e outros, objetivando integrar, organizar, planejar e executar ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

**Tabela 43:** A CIR instituída e atuante nas Regiões de Saúde

	CAFÉ	CENTRAL	CONE SUL	VALE DO GUAPORÉ	ZONA DA MATA	MACRO II
Reuniões mensais regulares (considerar até 10 reuniões/ano)	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	<b>Sim, 80% e mais</b>

Participação de gestores municipais nas reuniões	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	<b>Sim, 80% e mais</b>
Deliberações pactuadas entre os gestores	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	<b>Sim, 80% e mais</b>
Possui Câmara Técnica instituída e funcionando para discussão das pautas a serem deliberadas	Sim, 80% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 60% e mais	Sim, 80% e mais	Sim, 50% e mais	<b>Sim, 70 % e mais</b>

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2022

As CIRs na Macrorregião de Saúde II apresentam o indicador com porcentagem máxima na realização das reuniões regulares mensais, na participação dos gestores e na deliberação da aprovação das pactuações, e 70% na efetividade da câmara técnica instituída nas reuniões para a realização da análise dos documentos, projetos, resoluções, etc..., sendo necessário um esforço conjunto entre gestores e coordenadores das CIRs para solucionar este índice que merece maior cobertura.

### 10.3. Eixo Planejamento

#### 10.3.1. Reuniões Técnicas Macrorregionais de Grupos Condutores

De acordo com Santos (2017) a ausência do planejamento, prejudica a organização dos serviços de saúde, enfraquecendo a cooperação e coordenação da política de regionalização. Aliás, a Constituição Federal, em seu art. 176, determina ser o planejamento obrigatório para o Poder Público e indutor para o setor privado (BRASIL, 1988).

**Tabela 44:** Reuniões técnicas macrorregionais realizadas (Considerar Câmara Técnicas, Grupo Conductor, CIR) exceto as reuniões do PRI

Região de saúde	SIM	NÃO
Zona da Mata	-	Não
Café	-	Não
Cone Sul	-	Não
Central	Sim	-
Vale do Guaporé	Sim	-

<b>Macrorregião II</b>	<b>40% sim</b>	<b>60% não</b>
------------------------	----------------	----------------

Fonte: elaborada pelo autor, 2022

As reuniões da CIR possuem um Grupo Técnico que analisa previamente os documentos a serem apresentados e discutidos em reunião, é realizada na Câmara Técnica a qual antecede a reunião da CIR em todas as reuniões mensais ordinárias e extraordinárias.

A região Central e Vale do Guaporé realizam juntas as reuniões de Câmara Técnica a qual antecede a reunião da CIR em todas as reuniões mensais ordinárias e extraordinárias. A Região do Café e Zona da Mata realiza reuniões conjuntas para a coleta de dados para a construção da ASIS. A Região do Cone Sul realiza reuniões da PRI para elaboração e consolidação das informações da ASIS.

## **11. MATRIZ DE PROBLEMAS/NECESSIDADES EM SAÚDE E PRIORIDADES SANITÁRIAS MACRORREGIÃO II**

A Resolução nº. 575/2022/SESAU-CIB da reunião realizada em Machadinho do Oeste, Rondônia, 21 de outubro de 2022, pactuou as Prioridades Sanitárias da Macrorregião de Saúde II, validadas pelos gestores estadual e municipais, no Planejamento Regional Integrado – PRI de Rondônia. A Secretária de Estado da 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, conforme o registro em Ata da 8ª Reunião Ordinária da CIB/RO realizada em 21 de outubro de 2022.

**TABELA 45:** Matriz de Prioridades Sanitárias da Macrorregião II

<b>PROBLEMAS NECESSIDADES SAÚDE</b>	<b>EM</b>	<b>PRIORIDADES SANITÁRIAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
---	-----------	-----------------------------------	--------------------

<p><b>Índice elevado de morbimortalidade em crianças menores de 1 ano por causas perinatais na macrorregião II</b></p>	<p><b>Redução da morbimortalidade infantil por causas perinatais na macrorregião II</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar a cobertura de ESF e Saúde Bucal (equipes completas, conforme a PNAB);</li> <li>2. Intensificar a captação precoce das gestantes através de busca ativa, garantindo maior acompanhamento e ampliando o número de consultas pré-natal.</li> <li>3. Fomentar a implantação da Política Municipal de Planificação da Atenção à Saúde, para o fortalecimento da APS e organização da Rede de Atenção à Saúde.</li> <li>4. Priorizar a Atenção Primária à Saúde por parte da gestão municipal, para cumprimento da Política Nacional da Atenção Básica-PNAB;</li> <li>5. Qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assegurando o acesso oportuno a gestante e ao recém-nascido (assegurar a oferta dos exames preconizados pelo MS com estratificação de gestantes);</li> <li>6. Garantir acesso ao elenco de medicamentos, conforme protocolo para assistência a gestante;</li> <li>7. Instituir e/ou implementar a estratificação de risco da gestante da criança;</li> <li>8. Implantar leitos assistenciais de Terapia Intensiva neonatal na macrorregião II (HRC ou Hospital de Vilhena).</li> </ol>
<p><b>Dificuldade de acesso aos serviços de referência para assistência especializada de gestantes de alto risco na macrorregião II (ocorrência de Óbitos maternos)</b></p>	<p><b>Ampliação do acesso aos serviços de referência para assistência especializada de gestantes de alto risco na macrorregião II</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Qualificar a assistência ao pré-natal e a estratificação de risco da gestante na macrorregião II;</li> <li>10. Implantar serviços hospitalares de referência para a gestante de alto risco, com definição de Fluxos e Protocolos Clínicos na macrorregião II;</li> <li>11. Implantar CREAMI nas Regiões de Saúde: Cone Sul e Zona da Mata;</li> <li>12. Garantir atendimento em tempo oportuno para todas as gestantes de alto risco com acesso aos exames complementares conforme Protocolo da SESAU/RO;</li> <li>13. Garantir acesso ao transporte sanitário adequado eletivo/urgência/emergência), conforme necessidade clínica.</li> </ol>
<p><b>Sequelas relacionadas ao Covid-19 na população da macrorregião II</b></p>	<p><b>Organização do fluxo de atendimento à população com sequela de Covid-19 em Unidades de Reabilitação na macrorregião II</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Dimensionar levantamento de usuários com sequelas de Covid-19</li> <li>15. Ofertar acesso aos usuários com sequelas de Covid-19 nos Centros de Referência em Reabilitação.</li> </ol>

<p><b>Baixas coberturas vacinais em crianças menores de 2 anos a partir de 2020</b></p>	<p><b>Ampliação da cobertura vacinal em Crianças menores de 2 anos na macrorregião II</b></p>	<p>16. Ampliar o acesso e informação da priorização da vacinação em menores de 2 anos;  17. Intensificar a busca ativa de faltosos;  18. Capacitação em registros de doses aplicadas/alimentação no sistema de informação;  19. Ampliação e qualificação de profissionais em sala de vacina.</p>
<p><b>Dificuldade de acesso da população aos componentes farmacêuticos essenciais</b></p>	<p><b>Ampliação do acesso aos componentes farmacêuticos essenciais/básicos</b></p>	<p>20. Implantação e capacitação no sistema HORUS;  21. Elaboração e implantação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME);  22. Levantamento histórico estratégico dos principais medicamentos dispensados pela Farmácia Básica;  23. Elaborar e implantar protocolos clínicos de acordo com perfil epidemiológico local.</p>
<p><b>Dificuldade de acesso da população da microrregião II ao atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência</b></p>	<p><b>Garantia de acesso em tempo de oportuno ao atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência.</b></p>	<p>24. Implantação do SAMU regionalizado na Macrorregião II  25. Qualificação de profissionais para atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência.</p>
<p><b>Dificuldade de acesso da população da macrorregião II as principais especialidades e procedimentos especializados: Neonatologia, Endocrinologia, Neuropediatria, CardioPediátrica, Psiquiatra, Infecto-pediatria, cardiovascular, nefrologia e urologia</b></p>	<p><b>Ampliação do acesso da população da macrorregião II as principais especialidades e procedimentos especializados</b></p>	<p>26. Ampliar a contratação de profissionais de várias especialidades de acordo com a necessidade de cada macrorregião pactuando entre estado e municípios, por meio de Consórcios públicos e ou entre outras formas.  27. Recompôr o quadro de profissionais especialistas das unidades de Referência da Macrorregião II;  28. Parcerias com Instituições de Ensino Superior para ampliação de Residência Médica na macrorregião II;  29. Implantar e implementar o Telemedicina em todos os municípios da macrorregião II;  30. Implantar Acordos Bilaterais Internacionais e pactuações interestadual para acesso da população de fronteiras internacionais/estaduais/indígenas aos serviços especializados na macrorregião II.</p>
<p><b>Dificuldade de acesso da população aos exames de imagem de alta complexidade (ressonância magnética e tomografia) nas unidades de referências na macrorregião II</b></p>	<p><b>Ampliação do acesso da população aos exames de imagem de alta complexidade em tempo oportuno</b></p>	<p>31. Instituir revisão dos Protocolos de Regulação para acesso oportuno aos exames de imagem de alta complexidade;  32. Analisar da capacidade de resposta dos serviços especializados na macrorregião II com a possibilidade de contratação para ampliação do acesso da população;  33. Ampliar a oferta de exames de imagem de alta complexidade na macrorregião II;</p>

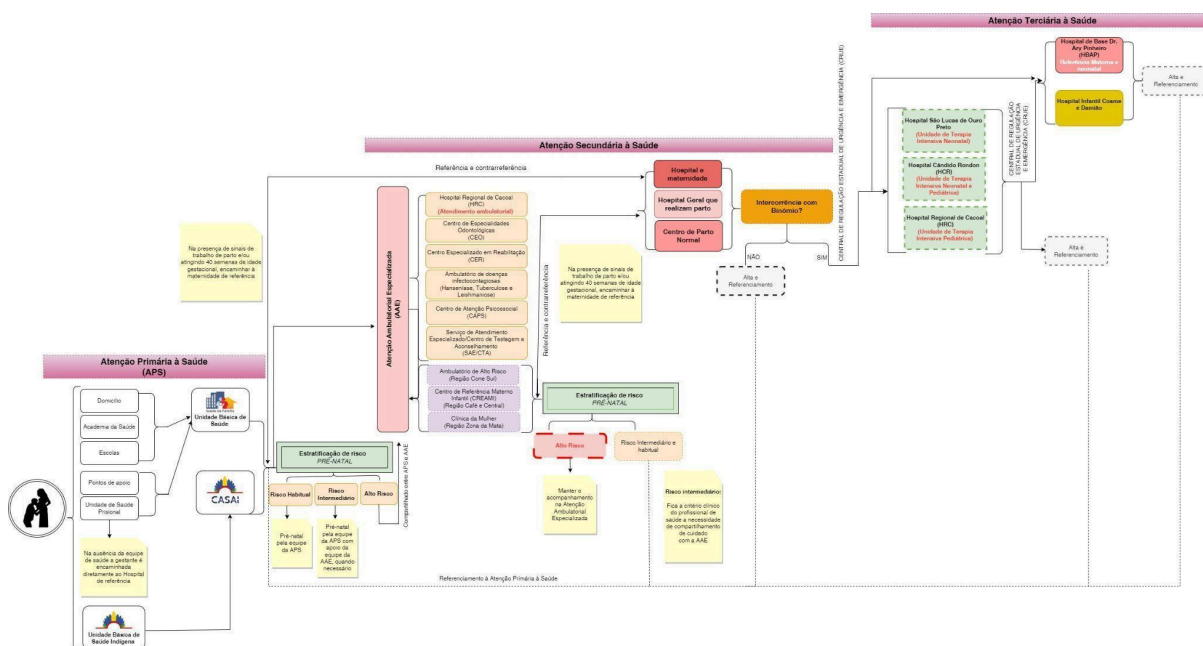
<p><b>Dificuldade de acesso da população em leitos hospitalares de Terapia Intensiva adulto na macrorregião II.</b></p>	<p><b>Ampliação do acesso da população aos leitos hospitalares de Terapia Intensiva adulto na II macrorregião.</b></p>	<p>34. Revisar a distribuição regionalizada dos leitos de UTI, observando os parâmetros de necessidade da população para ampliar o acesso e em tempo oportuno.</p> <p>35. Ampliar os leitos de UTI adulto (necessidade de 33 leitos novos conforme os parâmetros de necessidade da população).</p>
<p><b>Tempo de espera elevado para acesso da população aos procedimentos eletivos cirúrgicos</b></p>	<p><b>Redução do tempo de espera para acesso da população aos procedimentos cirúrgicos eletivos</b></p>	<p>36. Descentralização de serviços;</p> <p>37. Gestão adequada de Recursos Humanos e insumos;</p> <p>38. Analisar a capacidade instalada dos serviços;</p> <p>39. Adequação do fluxo assistencial.</p>

Fonte: autoria própria, 2023.

## 12. ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA PESSOA USUÁRIA NAS REDES PRIORITÁRIAS

O Itinerário Terapêutico (IT) se refere aos caminhos percorridos pelos usuários dos serviços de saúde da Macrorregião II na tentativa de solucionar seus problemas, retratando desde sua entrada na rede até a resolução do motivo que originou a busca, ou seja, o desfecho final. A Figura 1 apresenta o percurso da gestante e da criança na Rede de Atenção Materno e Infantil.

**Figura 5 - Itinerário terapêutico na Rede de Atenção Materno e Infantil**



Fonte: GTM e GTR –PRI -Própria autoria, 2023.

Observa-se que, o percurso inicia-se com a identificação da população geral e da subpopulação pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) no domicílio/território, juntamente com a equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou encaminhada por outro ponto da rede, como por exemplo, em situações que há a identificação precoce na escola, ou pontos de apoio das UBS. Outrossim, ocorre nas unidades de saúde indígenas (UBSi), que possuem a Casa de Saúde Indígena (CASAI) como ponto de apoio para situações diversas, assim como no transporte sanitário.

Destaca-se que, os Enfermeiros e Médicos das UBS realizam a estratificação de risco para o ordenamento do cuidado, direcionando quando necessário, para o compartilhamento da atenção junto aos Centros Regionais Especializados de Atenção Materno Infantil (CREAMI), existentes nas regiões de saúde Café e Central. Esta última contempla os municípios Jarú, Theobroma, Governador Jorge Teixeira e Vale do Anari, que pertencem à Macrorregião I e a região Vale do Guaporé. Nesta região a assistência às gestantes pode acontecer de forma híbrida, sendo a primeira consulta presencial e as posteriores de forma remota, por meio da Telemedicina, tendo em vista que a distância percorrida da região até Ji-Paraná, é de aproximadamente 200km e poderia agravar o quadro clínico das gestantes.

Quanto às regiões de saúde Cone Sul e Zona da Mata, estão em andamento o processo de Planificação de Atenção à Saúde (PAS) contemplando a linha prioritária materna e infantil e os atendimentos às gestantes de alto risco estratificadas são realizados por Ambulatório de alto risco e/ou Clínica da Mulher, respectivamente. Nessas duas regiões os gestores demonstraram interesse na implantação de CREAMI no intuito de fortalecer a rede.

Destaca-se que, há especificidades nessas duas regiões em relação ao ambiente de atendimento às gestantes de alto risco gestacional, sendo que na região do Cone Sul os atendimentos ocorrem nas dependências do Centro Especializado em Reabilitação (CER), devido à ausência de local próprio. Na região Zona da Mata, a Clínica da Mulher compartilha a estrutura física com o Serviço de Atendimento Especializado (SAE).

Convém mencionar que, tanto a Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), diante da necessidade avaliada, poderá referenciar a gestante e/ou criança para outro ponto de atenção da rede. Outrossim,

o profissional poderá também realizar a estratificação de risco sempre que julgar necessário.

Quanto aos serviços de referência na atenção hospitalar na Macrorregião II, destaca-se que há dois Centros de Parto Normal, um localizado no Cone Sul que está em fase de regularização e outro em Cacoal. Igualmente, existem nas regiões os hospitais considerados maternidades e outros que realizam partos de risco habitual .

**Tabela 46:** Demonstrativo da atenção hospitalar por região de saúde, que realiza parto de risco habitual

REGIÃO	HOSPITAL	MUNICÍPIO
CAFÉ	Hospital Municipal Materno Infantil*	Cacoal
	Hospital Ana Neta	Pimenta Bueno
	Hospital Angelina Georgete	Espigão D'Oeste
CENTRAL	Hospital Municipal Dr. Claudionor Couto Roriz (HDCCR)*	Ji-Paraná
	Hospital Municipal Doutora Laura Maria Braga	Ouro Preto do Oeste
	Hospital Municipal Jorge Cardoso de Sá	Urupá
	Hospital e Maternidade Eufrasia Maria da Conceição	Presidente Médici
	Hospital Municipal Massao Okamoto	São Miguel do Guaporé
	Hospital Municipal Ancelmo Bianchini	Nova Brasilândia D'Oeste
	Hospital Vanessa e Vânia Fuzari	Alta Floresta D'Oeste
CONE SUL	Hospital Regional Adamastor Teixeira de Oliveira (HRV)*	Vilhena
	Hospital Municipal São Lucas	Cerejeiras
ZONA DA MATA	Hospital Municipal João Amélio da Silva	Rolim de Moura
VALE DO GUAPORÉ		
	Hospital Municipal Fiorino Vicensi	Seringueiras
	Hospital Regional de São Francisco do Guaporé (gestão estadual)	São Francisco do Guaporé

**Legenda:** \* Realizam partos de gestantes estratificadas como alto risco, mesmo não sendo habilitados como referência.

Convém mencionar que, as situações caracterizadas como urgência/emergência são condições nas quais há agravo imprevisto à saúde com necessidade de atendimento médico imediato por conta do potencial risco de vida, seja ele iminente ou não. A Figura 2 demonstra o percurso do usuário na Rede de Atenção às Urgências.

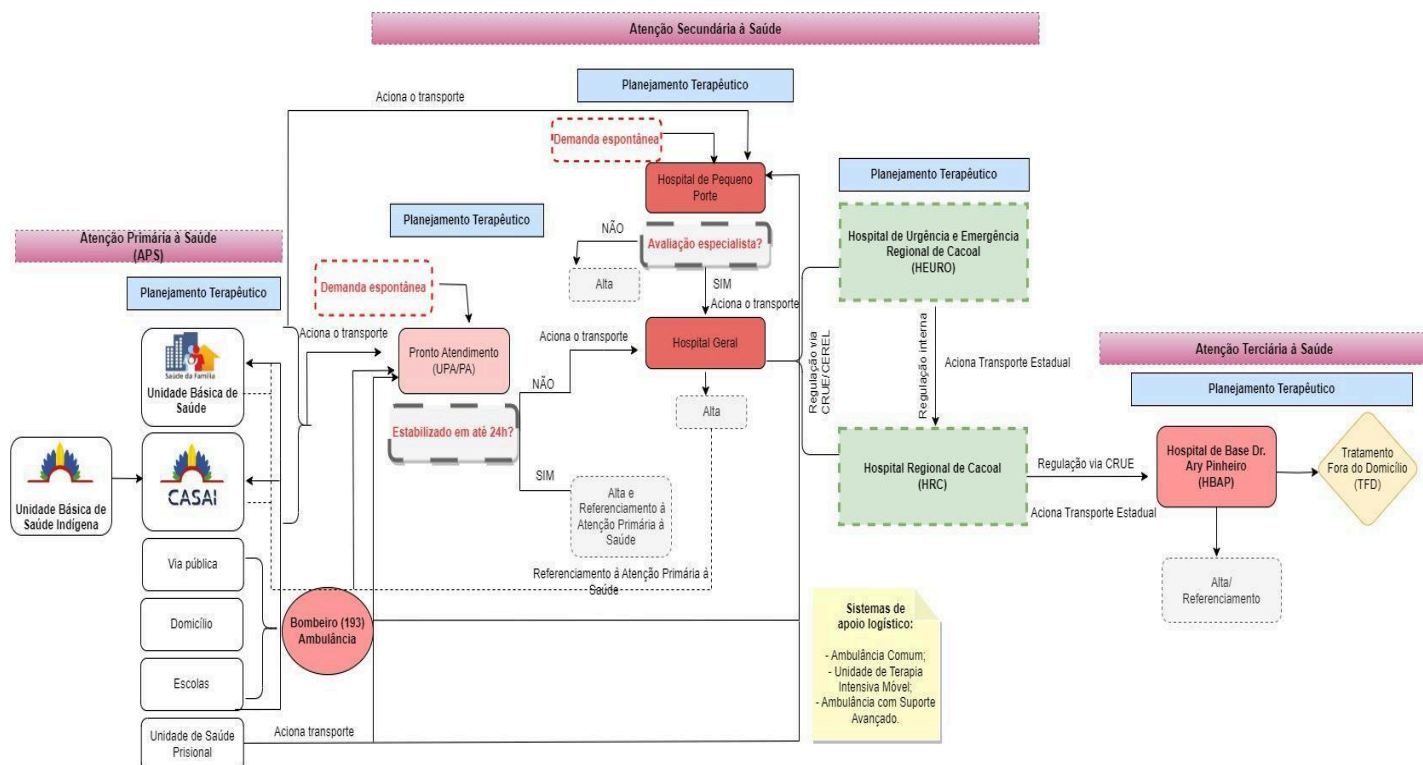
**Tabela 47:** Demonstrativo da rede hospitalar referência em Leitos de Unidade de Terapia Intensiva

HOSPITAL	CIDADE	QUANT.	TIPO
Hospital Regional de Cacoal	Cacoal	7	Pediátrica
Hospital Candido Rondon (HCR)	Ji-Paraná	15	Adulto II
		6	UTI Neonatal (UTIN)
		6	(UCINCo)
		3	UCINCa
		8	Pediátrica II
Hospital São Lucas	Ouro Preto	18	UTI Neonatal (UTIN)
		8	UCINCo
		4	(UCINCa)

**Legenda:** Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa).

**Fonte:** DATASUS/SCNES, 2023.

**Figura 6:** Itinerário terapêutico do usuário na Rede de Atenção às Urgências



**Fonte:** Própria autoria, 2023.

A assistência pela Atenção Primária à Saúde em casos de urgência e emergência é legalmente estabelecida, de forma que este nível de atenção é considerado porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como componente da rede assistencial. Este nível de complexidade deve oferecer o primeiro atendimento a pacientes portadores de quadros agudos e/ou transporte adequado a um serviço de saúde, como por exemplo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que pode ocorrer a estabilização na APS e em casos que não consegue o objetivo, há a necessidade de solicitar o transporte para encaminhar a atenção secundária.

Outrossim, destaca-se que há também as ocorrências no âmbito da via pública, domicílio, escolas, estabelecimentos como os serviços sociais. Todos esses pontos foram elencados como locais que podem haver situações que exijam atendimento, como por exemplo, acidentes de trânsito envolvendo vítimas e situações de mulheres que vivenciaram a violência sexual. Em todos os locais, em caso de necessidade de atendimento e para transporte há o acionamento do Corpo de Bombeiro (193) e/ou ambulância para direcionar a pessoa à rede de atenção.

Em alguns municípios da macrorregião, o atendimento às urgências de menor complexidade, ocorrem nos estabelecimentos de Pronto Atendimento (PA) e também nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), pois estes constituem a rede de apoio às Unidades Básicas de Saúde (UBS), reduzindo a demanda por atendimentos no âmbito hospitalar. Da mesma forma, em municípios que possuem o Hospital de Pequeno Porte (HPP), os atendimentos podem acontecer sob a demanda espontânea. Inicialmente os usuários do serviço são acolhidos pela equipe de enfermagem e atendidos pela equipe médica, após o acolhimento e classificação de risco. Igualmente, pode ocorrer também pessoas que chegam às unidades encaminhadas pela APS e/ou no transporte pelo corpo de bombeiro e ou ambulância.

De modo geral, a população costuma procurar a UPA ou o Pronto Socorro em situações, como por exemplo: febre, diarreia, dor abdominal ou cefaleia, por acreditar que será resolvido mais rápido que na APS sua situação de saúde. Há ainda, a possibilidade de alguns usuários estabelecerem vínculo com essas unidades, em vez de estabelecer este elo com as UBS e/ou em casos de indígenas com a CASAI.

A referência Estadual para a rede de atenção às Urgências da Macrorregião II é o Hospital de Urgência e Emergência Estadual de Cacoal (HEURO), localizado em Cacoal. Neste caso, os pacientes que estão em hospitais dos municípios pólos, na ausência de conseguir estabilizar a necessidade dos mesmos, são encaminhados via Central de Regulação Estadual da Urgência e Emergência (CRUE) e utilizam o transporte estadual. Igualmente ocorre também a transferência do paciente para o Hospital Regional de Cacoal (HRC).

### 13. NECESSIDADES DE SAÚDE E PRIORIDADES SANITÁRIAS

A Macrorregião II corresponde ao espaço regional ampliado, composto por cinco regiões de saúde. Para a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada, houve necessidade de realização de trabalhos por meio de oficinas remotas e presenciais com atores chaves.

De posse da análise situacional da saúde em seus diversos aspectos foi possível identificar e definir as prioridades sanitárias e pactuá-las (Tabela 48) em 21 de outubro de 2022, por meio da Resolução nº. 575/2022/SESAU-CIB.

**Tabela 48:** Demonstrativo das prioridades sanitárias, com base nas necessidades de saúde, bem como as estratégias para melhorias

NECESSIDADES DE SAÚDE	PRIORIDADES SANITÁRIAS	ESTRATÉGIAS
Índice elevado de morbimortalidade em crianças menores de 1 ano por causas perinatais na macrorregião II	Redução da morbimortalidade infantil por causas perinatais na macrorregião II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar a cobertura de ESF e Saúde Bucal;</li> <li>2. Intensificar a captação precoce das gestantes por meio de busca ativa, garantindo maior acompanhamento e ampliando o número de consultas pré-natal;</li> <li>3. Fomentar a implantação da Política Municipal de Planificação da Atenção à Saúde, para o fortalecimento da APS e organização das Redes de Atenção à Saúde.</li> <li>4. Priorizar a APS por parte da gestão municipal, para cumprimento da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB);</li> <li>5. Qualificar a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assegurando o acesso oportuno a gestante e ao recém-nascido;</li> <li>6. Assegurar a oferta dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde;</li> <li>7. Garantir acesso da gestante aos medicamentos preconizados, conforme necessidade;</li> <li>8. Implantar ou implementar a estratificação de risco para as gestantes e crianças;</li> </ol> Implantar leitos assistenciais de Terapia Intensiva neonatal na macrorregião II (HRC ou Hospital de Vilhena).
NECESSIDADES DE SAÚDE	PRIORIDADES SANITÁRIAS	ESTRATÉGIAS

Dificuldade de acesso aos serviços de referência para assistência especializada de gestantes de alto risco na macrorregião II (ocorrência de Óbitos maternos, fetais e infantil)	Ampliação do acesso aos serviços de referência para assistência especializada de gestantes de alto risco na macrorregião II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualificar a assistência ao pré-natal e a estratificação de risco da gestante na macrorregião II;</li> <li>2. Implantar serviços hospitalares de referência para a gestante de alto risco, com definição de Fluxos e Protocolos Clínicos na macrorregião II;</li> <li>3. Implantar Centro Regional Especializado de Atenção Materno Infantil (CREAMI) nas Regiões de Saúde: Cone Sul e Zona da Mata;</li> <li>4. Garantir atendimento em tempo oportuno para todas as gestantes de alto risco com acesso aos exames complementares conforme preconizado;</li> <li>5. Garantir acesso ao transporte sanitário adequado eletivo/urgência/emergência, de acordo com a necessidade clínica.</li> </ol>
Sequelas relacionadas ao Covid-19 na população da macrorregião II	Organização do fluxo de atendimento à população com sequelas de Covid-19 em Unidades de Reabilitação na macrorregião II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar o levantamento de usuários com sequelas de Covid-19</li> <li>2. Ofertar acesso aos usuários com sequelas de Covid-19 nos Centros de Referência em Reabilitação (CER).</li> </ol>
Baixas coberturas vacinais em crianças menores de 2 anos a partir de 2020	Ampliação da cobertura vacinal em Crianças menores de 2 anos na macrorregião II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar o acesso e informação da priorização da vacinação em menores de 2 anos;</li> <li>2. Intensificar a busca ativa de faltosos;</li> <li>3. Capacitar os profissionais em registros de doses aplicadas/alimentação no sistema de informação;</li> <li>4. Ampliação e qualificação de profissionais em sala de vacina.</li> </ol>
<b>NECESSIDADES DE SAÚDE</b>	<b>PRIORIDADES SANITÁRIAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>
Dificuldade de acesso da população aos componentes farmacêuticos essenciais	Ampliação do acesso aos componentes farmacêuticos essenciais/básicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantar e capacitar os profissionais no Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS);</li> <li>2. Elaborar e implantar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e aprovar no Conselho Municipal de Saúde;</li> <li>3. Realizar o levantamento dos principais medicamentos dispensados pela Farmácia Básica;</li> <li>4. Elaborar e implantar protocolos clínicos de acordo com perfil epidemiológico local.</li> </ol>
Dificuldade de acesso da população da microrregião II ao atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência	Garantia de acesso em tempo de oportuno ao atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implantar a Central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regionalizado na Macrorregião II</li> <li>2. Qualificar os profissionais para atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência.</li> </ol>

Dificuldade de acesso da população as principais especialidades e procedimentos especializados (Neonatologia, Endocrinologia, Neuropediatria, Cardio Pediátrica, Psiquiatria, Infecto-pediatria, cardiovascular, nefrologia e urologia)	Ampliação do acesso da população da macrorregião II as principais especialidades e procedimentos especializados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliar a contratação de profissionais de várias especialidades conforme necessidade pactuando entre estado e municípios, por meio de Consórcios públicos e ou entre outras formas;</li> <li>2. Recompôr o quadro de profissionais especialistas das unidades de referência da Macrorregião II;</li> <li>3. Realizar parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) para ampliação de Residência Médica na macrorregião II;</li> <li>4. Implantar e implementar o Telemedicina em todos os municípios da macrorregião II;</li> <li>5. Implantar Acordos Bilaterais Internacionais e pactuações interestaduais para acesso da população de fronteiras internacionais/estaduais/indígenas aos serviços especializados na macrorregião II.</li> </ol>
NECESSIDADES DE SAÚDE	PRIORIDADES SANITÁRIAS	ESTRATÉGIAS
Dificuldade de acesso da população aos exames de imagem de alta complexidade (ressonância magnética e tomografia) nas unidades de referências na macrorregião II	Ampliação do acesso da população aos exames de imagem de alta complexidade em tempo oportuno	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instituir revisão dos Protocolos de Regulação para acesso oportuno aos exames de imagem de alta complexidade;</li> <li>2. Analisar a capacidade de resposta dos serviços especializados na macrorregião II com a possibilidade de contratação para ampliação do acesso da população;</li> <li>3. Ampliar a oferta de exames de imagem de alta complexidade na macrorregião II;</li> </ol>
Dificuldade de acesso da população em leitos hospitalares de Terapia Intensiva adulto na macrorregião II	Ampliação do acesso da população aos leitos hospitalares de Terapia Intensiva adulto na macrorregião II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar a distribuição regionalizada dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), observando os parâmetros de necessidade da população para ampliar o acesso e em tempo oportuno.</li> <li>2. Ampliar os leitos de UTI adulto.</li> </ol>
Tempo de espera elevado para acesso da população aos procedimentos eletivos cirúrgicos	Redução do tempo de espera para acesso da população aos procedimentos cirúrgicos eletivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descentralização de serviços;</li> <li>2. Realizar a Gestão adequada de Recursos Humanos e insumos;</li> <li>3. Analisar a capacidade instalada dos serviços;</li> <li>4. Adequação do fluxo assistencial.</li> </ol>

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Destaca-se que, identificar o nó crítico dos problemas torna-se fundamental, pois para solucioná-los devem-se desenvolver ações com base em suas causas, lembrando sempre do que está dentro do espaço de governabilidade. Assim, o preenchimento do quadro de identificação é essencial para organizar o plano de ação local de intervenção sobre o problema e para assegurar o êxito do planejamento.

## 14. IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MATERNO INFANTIL DA MACRORREGIÃO II

Quadro 01 - Matriz dos Pontos de Atenção da Rede Materno Infantil da Macrorregião II

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO	QUANT	OBSERVAÇÕES
<b>PRIMÁRIO</b>	Unidade Básica de Saúde	171	Café - 27 Central - 72 Zona da Mata - 32 Cone Sul - 28 Vale do Guaporé - 12
	Unidade Básica de Saúde Indígena UBS I	34	Café - 18 Central - 04 Zona da Mata - 07 Cone Sul - 05 Vale do Guaporé - 00
	Unidade de Saúde Prisional	08	Café - 02 Central - 02 Zona da Mata - 02 Cone Sul - 01 Vale do Guaporé - 01
	Postos de Saúde (Pontos de Apoio)	33	Café - 10 Central - 09 Zona da Mata - 08 Cone Sul - 06 Vale do Guaporé - 0
	Casa de Saúde Indígena-CASAI	03	Café - 01 Cone Sul - 01 Central - 01
	Academia da Saúde	09	Café - 01 Central - 02 Zona da Mata - 03 Cone Sul - 01 Vale do Guaporé - 02
	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)	00	Café - 00 Central - 00 Zona da Mata - 00 Cone Sul - 00 Vale do Guaporé - 00
<b>SECUNDÁRIO</b>	Centro Regional Especializado de Atenção Materno Infantil (CREAMI)	02	Central - 01 Café - 01
	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na modalidade I.	11	Café - 02 Central - 04 Zona da Mata - 01 Cone Sul - 03 Vale do Guaporé - 01
	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na modalidade II.	03	Café - 01 Central - 01 Zona da Mata - 01
	Centro Especializado em Reabilitação (CER) II	03	Café - 01 Zona da Mata - 01
	CER III		Central - 01
	Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV	01	Cone Sul - 01
Serviço de Atendimento Especializado (SAE)	04	Café - 01 Central - 01 Cone Sul - 01 Zona da Mata - 01 Vale do Guaporé - 0	

	Ambulatório Especializado em Pré-Natal de Alto Risco	04	Café - 01 Cone Sul - 01 Zona da Mata - 01 Central - 01
	Centro de Parto Normal	02	Cone Sul - 01 Central - 01
	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	04	Café -01 Central -02 Zona da Mata - 01
	Hospital e Maternidade	09	Café - 01 Central - 04 Zona da Mata - 01 Cone Sul - 01 Vale do Guaporé-02
	Hospital Geral com Ocorrência de Partos.	11	Café - 02 Central - 05 Zona da Mata - 02 Cone Sul - 1 Vale do Guaporé - 01
<b>TERCIÁRIO</b>	Hospital de Referência Pediátrica (Macrorregião II)	02	HRC / Cacoal Hospital Cândido Rondon HCR (Ji-Paraná)
	Hospital de Urgência e Emergência de Cacoal;	01	HEURO / Cacoal
	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (Macrorregião II) Hospital Infantil Cosme e Damião (Macrorregião I);	02	HB (Porto Velho) HICD (Porto Velho)
	Hospital de referência UTI Neonatal –Macrorregião II) cuidados intermediários neonatais. Hospital de referência de UTI neonatal e cuidados intermediário neonatal;	02	Hospital São Lucas (Ouro Preto) Hospital Cândido Rondon HCR (Ji-Paraná)
	Hospital de Referência Regional para cuidados Intermediário Neonatal (II Macrorregião)	01	Hospital Regional Adamastor Teixeira de Oliveira

**Fonte:** CNES e Plano Estadual de Atenção Materno Infantil de Rondônia, 2023.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem se tornado uma importante estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas à garantia de acesso integral ao usuário e se organizam por meio de pontos de atenção à saúde. Nesse sentido, os pontos da RAS nos diversos níveis de atenção primária, secundária e terciária contribuem para assegurar uma assistência integral à pessoa usuária do serviço.

Na identificação dos pontos de atenção da RAS da Macrorregião II, verificamos que não existem estabelecimentos habilitados como Casa de Gestante, Bebê e Puérpera-CGBP, entretanto, existem dois estabelecimentos, (Cacoal e Vilhena), sem funcionamento. Quanto ao Centro de Parto Normal (CPN), existem

dois estabelecimentos, 01 na Região Central (Ji-Paraná) com cinco leitos em funcionamento e sem habilitação, sendo referência para os municípios da Região Central e Vale do Guaporé e 01 na Região do Cone Sul, (Vilhena), porém sem funcionamento.

Vale ressaltar que nas unidades hospitalares da macrorregião II não há disponibilização de leitos obstétricos para gestante de alto risco, portanto, estas gestantes são referenciadas para o Hospital de Base Dr. Ary Ribeiro, em Porto Velho, demonstrando vazio assistencial na Macrorregião II.

Com relação a leitos de Neonatologia, a Macrorregião II disponibiliza por meio de contratualização, pela SESAU/RO de 18 leitos de UTIN, 08 leitos de UCINco e 04 leitos de UCINca no Hospital São Lucas de Ouro Preto do Oeste e UTIN 06, UCINco 06, UCINca 03 no Hospital Cândido Rondon HCR de Ji-Paraná. Ainda, contamos com 06 leitos de UCINco no Hospital Adamastor Teixeira de Oliveira de Vilhena de gestão municipal, que atende a demanda do Cone Sul. Quanto a leitos de UTI Pediátrico, contamos na Macrorregião II com 08 leitos contratualizados no Hospital Cândido Rondon HCR de Ji-Paraná e 09 leitos no Hospital Regional de Cacoal-HRC.

De acordo com os parâmetros utilizados (EstimaSUS, Portaria GM/MS 650/2011 e Portaria Consolidada nº 3/2017), observou-se insuficiência de leitos de Neonatologia (UTIN, UCINco e UCINca), conforme quadro do item 9.4 Infraestrutura de Leitos para assistência a gestante e Crianças (neonatologia).

## **15.COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE**

### **15.1. Nível Primário - Atenção Primária à Saúde (APS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção, devendo

se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (BRASIL, 2021).

Dessa forma, a APS deve funcionar como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, onde deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Para o fortalecimento da APS no estado, foi formalizada adesão pela SESAU ao projeto da Planificação da Atenção à Saúde proposto pelo CONASS e com seu apoio técnico-institucional, que vem sendo desenvolvido pela SESAU desde 2017, integrando a Atenção Primária à Saúde à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH), para organizar a RAS em Rondônia. Sendo priorizado a linha de cuidado Materno-Infantil, a justificativa está expressa nos indicadores de saúde do estado e potencializa os compromissos assumidos pela gestão estadual em face com a implantação da Rede Cegonha, substituída pela Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), através da Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023.

Uma das competências da APS é **oportunizar a assistência à saúde da gestante, puérpera e da criança no âmbito individual e coletivo, assegurando o cuidado integral**. As UBS, que são os principais pontos de atenção da APS, são instaladas nos territórios em que vivem os usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade (BRASIL, 2006).

Algumas UBS contam com o apoio de equipes Multiprofissionais (eMulti), antigo NASF, que visa fortalecer o cuidado multiprofissional na APS. Com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a RAS, conforme a Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023.

As unidades ofertam na carteira de serviço no pré-natal e puerpério e no atendimento à criança:

- I. Acolhimento da gestante e parceiro;
- II. Assistência ao pré-natal da gestante e parceiro;
- III. Identificação precoce da gravidez, realizando cadastro das gestantes do território;
- IV. Consultas de pré-natal e puerpério compartilhadas;
- V. Solicitação de exames laboratoriais e de imagem;

- VI. Estratificação de risco em cada atendimento à gestante;
- VII. Agendamento de consulta da gestante de alto risco para a Atenção Ambulatorial Especializada;
- VIII. Compartilhamento do Plano de Cuidado entre CREAMI e APS nas regiões de saúde Central, Vale do Guaporé e Café;
- IX. Vacinação de rotina e campanhas de vacinação;
- X. Visitas domiciliares;
- XI. Acompanhamento e orientação nutricional da gestante;
- XII. Atividades educativas individuais e coletivas para as gestantes, puérperas e familiares;
- XIII. Cuidado em saúde mental, com assistência aos transtornos mentais;
- XIV. Planejamento reprodutivo;
- XV. Atendimento odontológico;
- XVI. Busca ativa;
- XVII. Grupos de promoção e educação em saúde;
- XVIII. Puericultura;
- XIX. Coleta de material para triagem neonatal;
- XX. Estratificação das crianças menores de 5 anos por grau de risco e encaminhamento para atenção Ambulatorial Especializada;
- XXI. Suplementação da vitamina A e micronutrientes;
- XXII. Realização de procedimentos e exames complementares.

A Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), estabelecimento de saúde de natureza jurídica pública que realiza ações de saúde, saneamento e gestão da atenção básica à Saúde Indígena (BRASIL, 2017). Tem como competência prestar assistência à saúde da gestante indígena, puérpera e da criança no âmbito individual e coletivo, assegurando o cuidado integral, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos indígenas, valorizando os saberes tradicionais.

Na carteira de serviço a UBSI oferta no pré-natal, puerpério e no atendimento à criança:

- I. Acolhimento da gestante e do parceiro;
- II. Assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro;

- III. Diagnóstico precoce da gravidez;
- IV. Inscrição de gestantes residentes no território durante o pré-natal;
- V. Consultas de pré-natal e puerpério compartilhadas;
- VI. Solicitação de exames laboratoriais e de imagem;
- VII. Estratificar o risco, em cada atendimento de gestante;
- VIII. Agendamento da gestante no Centro Regional de Atenção Materno e Infantil (CREAMI);
- IX. Puericultura;
- X. Triagem neonatal;
- XI. Estratificação das crianças menores de 5 anos por grau de risco e encaminhamento para o Atenção Ambulatorial Especializada;
- XII. Suplementação da vitamina A e micronutrientes;
- XIII. Vacinação de rotina e em campanhas de vacinação;

A Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como pólos, onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população (BRASIL, 2011), fazendo parte da rede de APS. Na carteira de serviço, a Academia da Saúde oferta nas localidades instaladas:

- I. Práticas corporais e Atividades físicas;
- II. Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- III. Promoção da alimentação saudável;
- IV. Práticas integrativas e complementares;
- V. Práticas artísticas e culturais;
- VI. Educação em saúde;
- VII. Planejamento e gestão; e
- VIII. Mobilização da comunidade.
- IX. Atividades terapêuticas,
- X. Palestras sobre alimentação saudável, nutrição,
- XI. Saúde física, mental e social,
- XII. Rodas de conversas,
- XIII. Exercícios físicos,
- XIV. Avaliações de anamneses,

- XV. Consulta clínico. Seu público-alvo será:
- XVI. Acesso aos Idosos; Obesos; Gestantes; Hipertensos; Diabéticos.
- XVII. Academia da Saúde Itinerante, atua na zona rural.

Os **pontos de apoio, também chamados popularmente de postos de saúde**, são locais onde o cidadão pode receber os atendimentos gratuitos essenciais em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, além de odontologia, requisições de exames por equipes multiprofissionais e acesso a medicamentos (BRASIL, 2010). Tem como competência prestar assistência à saúde da gestante, puérpera e da criança no âmbito individual e coletivo, assegurando o cuidado integral.

Na carteira de serviço devem ofertar: consulta médica e de enfermagem, administração de medicação via oral, intravenosa e intramuscular, exames citopatológico do colo uterino, testes rápidos de IST, vacinação, grupo de educação em saúde e de acompanhamento de gestantes e crianças, a realização de retirada de pontos, visita domiciliar, planejamento reprodutivo e consulta odontológica em alguns locais.

Para salientar, essas unidades descritas que prestam assistência na APS na rede Materno Infantil realizam apenas procedimentos em gestantes consideradas de risco habitual, casos em que não há necessidade do uso de alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral (BRASIL, 2012).

A demanda de alto risco é classificada pelo MS como sendo a que apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável para o feto e/ou para a mãe por terem especificidades ou sofrerem algum agravo (BRASIL, 2001). Atualmente, essa demanda é encaminhada ao CREAMI ou Ambulatório de Alto Risco referenciado, onde será acompanhada e, caso necessário, será encaminhada ao serviço maior complexidade que está localizada na Macrorregião I, em Porto Velho, onde se encontra centralizada a Atenção Hospitalar de alto risco, atendendo às demandas obstétricas e perinatais de todo o estado.

Uma APS qualificada oferece cuidado profissional generalista e abrangente, com acesso universal facilitado, acionamento e coordenação dos cuidados especializados prestados por outros profissionais e serviços do sistema de saúde

quando necessário. Mesmo sendo minoria, os problemas em que há necessidade de profissionais especializados não são raros e são situações em que há maior gravidade clínica e ou maior dificuldade diagnóstica (TESSER et al., 2017).

## **15.2. Nível secundário - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)**

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

Dessa forma, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a AAE e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (FONSECA; DAVANZO, 2002).

A oferta de serviços de AAE na Macrorregião II constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há, ainda, uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS, o que não atrai os prestadores privados para participarem da prestação de serviços.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou

graus de complexidade da assistência. Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade em todo o país forçaram, de certa forma, uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

A AAE constitui um problema muito importante na rede. As razões são várias, mas há que se ressaltar duas dimensões fundamentais desse problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção da RAS (CONASS, 2015).

Atualmente, a AAE que se pratica está inserida em sistemas fragmentados de atenção à saúde, como um espaço institucional sem comunicação e coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Essa desorganização fragmentada da AAE é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade que afetam esse nível de atenção.

Todos os serviços especializados, na medida do operacionalmente possível, tem uma atuação regionalizada e descentralizada, com maior poder de tecnologias na macrorregião. A relação entre APS e especialistas e na estruturação efetiva, deveria ser mais eficiente, onde a atenção especializada ambulatorial fosse de fato mais acessível quando necessária, coordenada pela APS em parceria com as equipes das unidades de saúde.

Este conjunto, para uma boa articulação, pressupõe uma adequada integração, colocando sob mesma gestão diferentes pontos de atenção em um mesmo sistema de saúde, viabilizando a continuidade da atenção aos usuários do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. Cabe registrar que essa integração precisa se dar a partir da APS, que deve ser a principal porta de entrada do sistema (a outra corresponde aos serviços de urgência/emergência), ordenando a necessidade de fluxos e contrafluxos, referências e contra referências pelo sistema. Entre as principais vantagens permitidas por esta integração, estão a melhoria da qualidade da atenção, a redução de custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (MENDES, 2001).

- **Centro Regional Especializado de Atenção Materno Infantil (CREAMI)** - unidade de saúde especializada que atende gestantes e crianças de alto risco da região. Tem como competência a assistência multiprofissional de alto risco à gestante, puérpera e criança, assegurando o cuidado integral. Como carteira de serviço ofertar:
  - II. Acolhimento à mulher e a criança;
  - III. Atendimento multiprofissional (médico ginecologista e pediatra, nutricionista, fisioterapia, psicólogo e enfermeiro);
  - IV. Solicitação e realização dos exames: Cardiotocógrafo, Ultrassonografia Obstétrica, Morfológica e Doppler;
  - V. Compartilhamento do Plano de Cuidado ;
  - VI. Atividades educativas;
  - VII. Busca ativa;
  - VIII. Capacitação e matriciamento para os profissionais da rede.
  
- **Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco e Clínica da Mulher** - unidade de saúde especializada que atende gestantes e crianças de alto risco da região. tem como competência realizar atendimento às gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS com base na estratificação de risco, estabilização clínica e autocuidado apoiado. Sua carteira de serviço oferta:
  - I. Acolhimento com estratificação de risco das gestantes encaminhadas pela APS;
  - II. Solicitação de exames: Cardiotoco, Ultrassonografia Obstétrica, e Doppler;
  - III. Realização de Cardiotocografia (no município de Vilhena);
  - IV. Atendimento ambulatorial em pediatria (*restrito ao município de Rolim de Moura*).
  
- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** - unidade de saúde que presta serviços aos usuários do SUS que necessitam de serviços especializados odontológicos. Os profissionais do primeiro nível de atenção são responsáveis pelo primeiro atendimento e encaminhamento do paciente ao serviço. Tem como competência prestar assistência à gestante, puérpera e a criança que necessitam de tratamento odontológico especializado. Na carteira de serviço oferece:
  - I. Acolhimento;
  - II. Consulta odontológica;

III. Diagnóstico bucal;

IV. Procedimentos cirúrgicos;

V. Atendimento a portadores de necessidades especiais.

- **Centro de Parto Normal (CPN)** - unidade de saúde destinada à assistência ao parto de risco habitual pertencente a um estabelecimento hospitalar (BRASIL, 2015). Atualmente na Macro II consta nos municípios de Ji-Paraná e Vilhena. Porém no município de Vilhena esse serviço está credenciado no CNES, no entanto não está habilitado, diante dessa situação não está atendendo, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde na portaria nº 11 de janeiro de 2015. Compete ao CPN prestar assistência à mulher e ao recém-nascido com atenção integral no momento do parto e nascimento, com Atendimento com ambiente individualizado e ofertar leitos pré-parto, parto e pós-parto, assim:

I. Garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta;

II. Garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;

III. Garantir a assistência imediata à mulher e ao recém nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;

IV. Oferecer orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde.

- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** - serviço de saúde de caráter aberto e comunitário voltado aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental grave e persistente, e também com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Dentre as competências deve proporcionar assistência à gestante e puérpera que necessitam de acompanhamento em saúde mental. Realizando em sua carteira de serviço o acolhimento com apoio e matricialmente às equipes da Atenção Primária, realizar

Oficinas terapêuticas (Espigão d'Oeste não realiza) e Oficinas Ocupacionais, além de visitas domiciliares.

Nesses CAPS na II macrorregião *não ocorre atendimento de crianças*.

- I. Acolhimento e atendimento individualizado com equipe multiprofissional;
- II. Atendimento em grupo com tabagistas com dependência elevada, etilistas e oficinas terapêuticas;
- III. Visitas domiciliares para casos complexos;
- V. Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagerström: 8 a 10 pontos);
- VI. Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais);

- **Serviço de Atendimento Especializado (SAE-CTA)** - unidade que realiza aconselhamento e orientações voltadas para as IST, HIV, Sífilis, Hepatites B e C, bem como oferece Testes Rápidos para estes agravos. Como competência assistência especializada à gestante, puérpera e crianças com IST's, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Realiza em sua carteira de serviço:

- I. Acolhimento e atendimento e acompanhamento com a equipe multiprofissional;
- II. Oferta de exames específicos de diagnóstico e acompanhamento;
- III. Dispensação de medicamentos;
- IV. Busca ativa de faltosos;
- V. Vacinação específica;
- VI. Investigação epidemiológica dos casos maternos e infantis.

- **Hospital e Maternidade Municipal ou Hospital Maternidade de risco habitual** - Tem como competência assegurar assistência hospitalar de Média Complexidade, à gestante, puérpera e criança assegurando o cuidado integral. Realiza em sua carteira de serviço:

- I. Internação de gestantes de risco habitual que apresentam intercorrências clínicas e obstétricas;
- II. Internação de crianças que apresentam intercorrências clínicas.
- III. Encaminhamento de gestantes e neonatos de alto risco para referência;
- IV. Realização de teste rápido (HIV, Sífilis e Hepatites Virais);
- V. Internação para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas;

- VI. Realização de teste do coraçãozinho, olhinho e/ou orelhinha \* (depende do Hospital)
- VII. Consulta Ambulatorial em Obstetrícia;
- VIII. Consulta de urgência e emergência em obstetrícia;
- IX. Atendimento de urgência e emergência em pediatria;
- X. Realização de partos vaginais e cesáreas; Internação de gestantes e puérperas até 42 dias de pós-parto;
- XI. Internação de recém-nascidos de 0 até 28 dias;
- XII. Internação de crianças de 29 dias até 12 anos;
- XIII. Realização de procedimentos de inserção de DIU no pós-parto;
- XIV. Realização de laqueadura tubária,
- XV. Assistência às mulheres em abortamento;
- XVI. Realização de coleta de exames laboratoriais e de imagem para gestantes e puérperas;
- XVII. Realização de visita de vinculação com as gestantes após as 32 semanas de gestação;
- XVIII. Realização de coleta de exames laboratoriais e de imagem para Recém-nascidos e Crianças;
- XIX. Administração de vacinas e demais imunobiológicos em gestantes, puérperas, recém-nascido e crianças.

### **15.3. Nível terciário – Atenção Hospitalar**

A estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos de cuidados neonatal, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados.

No que se refere a hospitais de grande porte referência para a II macrorregião no Estado o **Hospital Regional de Cacoal (HRC)**, foi implantado em 2010 e atua no sentido de qualificar a assistência à saúde da população e está inserido no contexto das Redes de Atenção à Saúde, dentro de um sistema hierarquizado e regulado,

organizado em rede regional de atenção e de manutenção da vida em níveis de complexidade (média e alta) e responsabilidade, sendo referência para as Regiões de Saúde adstritas de Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena e Rolim de Moura.

O **Hospital Infantil Cosme e Damião (HICD)** também é referência ao atendimento à criança de alto risco Internações, acompanhamento e tratamento para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas, incluindo as cirurgias pediátricas de todo o Estado pois não possui especialistas no interior o que torna um vazio assistencial.

O **Hospital São Lucas em Ouro Preto** é referência na II Macrorregião para o atendimento a neonatos de alto risco com internações, acompanhamento e tratamento de neonatos de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.

O **Hospital de Base Ary Pinheiro** é a referência na II Macrorregião Atendimento à gestante de alto risco para a internação e parto de gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas e, acompanhamento e tratamento de neonatos, crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.

A importância em estruturar e definir fluxos de atendimento da RAMI junto ao Planejamento Regional Integrado emergiu pelo fato de haver uma centralização da atenção hospitalar de Alto Risco na capital do estado. Com a impossibilidade da assistência à gestante de alto risco, viola-se também os direitos do usuário, visto que, grande é o transtorno para uma gestante ou até mesmo um recém-nascimento se deslocar cerca de 800 km, caso a paciente seja da região Cone Sul, para receber a assistência necessária, correndo o risco do deslocamento em um grande percurso por longo período de tempo podendo até mesmo, agravar o seu quadro de saúde.

Importante salientar o transporte dos pacientes torna-se uma demanda onerosa aos municípios, onde são gastos como diárias da equipe, combustível, manutenção preventiva da frota, que devido à grande demanda e número de viagens, muitas vezes não resistem por longo período; ao Estado também há despesas como, por exemplo, em casos em que necessitam realizar o transporte aéreo, fator que demanda um custo mais elevado.

A rede assistencial da Macrorregião II vem apresentando inconformidades na sua execução, como exemplo disto podemos citar os tempos de espera e a dificuldade de acesso aos serviços de referência pactuados. Os municípios com

área de abrangência um pouco maior com maior número de habitantes como Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena, Pimenta Bueno e Rolim de Moura, contam com atendimento de média complexidade compreendendo a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Hospitalar.

Entretanto, a demanda de alto risco (complicações obstétricas e perinatais de um modo geral) é direcionada para o atendimento de média-alta complexidade, disponível apenas na capital do estado (Porto Velho - PVH), o que provoca uma demanda onerosa em relação a tempos assistências e custos.

Analisando que o atendimento às urgências obstétricas e perinatais deve ser ofertado pelas diversas portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, permitindo a resolução integral da demanda ou transferindo-a, com responsabilidade, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema integralizado e hierarquizado através de políticas de regulação pré-estabelecidas.

Com isso, será possível atender de forma integral e humanizada a paciente, promovendo o acesso da mulher no ciclo gravídico puerperal e seu neonato aos serviços de saúde, além de reorganizar o processo de trabalho nas unidades de assistência à saúde buscando a satisfação do usuário e de trabalhadores do SUS.

Entretanto, já está proposto no Plano Estadual de Fortalecimento da Rede Materno Infantil a implantação de um banco de leite no HRC. Além da ausência de articulação do atendimento ao pré-natal de alto risco sem comunicação efetiva entre APS e AAE, assim como o não funcionamento na atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança, prioritariamente egressos da unidade neonatal e acompanhamento das condições de saúde desse RN.

## **16. SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICO - (FARMACÊUTICO, LABORATORIAL E DIAGNÓSTICO E REGULAÇÃO)**

Os serviços de apoio visam apoiar as unidades de saúde no processo de saúde, proporcionando um ambiente confortável e seguro aos usuários e profissionais. Os serviços de apoio incluem, entre outros, serviços de suporte para a satisfazer as necessidades e expectativas dos pacientes é um indicador fundamental da qualidade da assistência prestada. Aspectos como alimentação, mobiliário, limpeza e estado das instalações e equipamentos, etc., são importantes para o

paciente e seus familiares. A satisfação com eles está relacionada a uma melhor avaliação da assistência e deve ser considerada na melhoria contínua da qualidade da assistência.

O acesso à saúde à população da Macrorregião II tem sido um desafio ao Sistema Único de Saúde, pois o maior laboratório público do Estado, o LACEN, que realiza análises laboratoriais de importância nas ações de Vigilância em Saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária) está localizado na Capital. Apenas empresas contratualidades prestam serviços nos hospitais de referência HRC e HEURO. Ressalta-se que, mesmo que haja recursos específicos e ações voltadas à promoção do cuidado diferenciado a esses grupos, de maneira a diminuir e erradicar as iniquidades sofridas em seus processos de atenção à saúde, todos os demais serviços e níveis de complexidade do SUS têm a responsabilidade de atender às suas demandas.

Em todas as Regiões existe a predominância de oferta dos exames laboratoriais de caráter básico para investigação patológica simples, ao avançar em exames de modo peculiar quando necessário investigar acometimentos da linha de cuidado materno infantil como por exemplo beta HCG quantitativo e dosagem marcadores de necrose tecidual muito utilizados na Rede de Atenção às Urgências (RAU) como a aferência CPK, CKMB e troponina na identificação e estadiamento do infarto agudo do miocárdio IAM.

Existem diferenças regionais dentro do Estado, devido a concentração de equipamentos por habitantes em cada região e mais especificamente na concentração de equipamentos via SUS somente na Capital do Estado que está instalado na Macrorregião II. O tempo médio de espera para realização dos exames de imagem de maior demanda foi captado pelo SISREG em nível estadual, sabe-se que muitos municípios realizam esses exames por gestão própria ou ocorre do paciente por demorar na fila de espera acabar judicializando e gerando processos. Percebe-se após a análise dos serviços que na II Macrorregião precisam ser ampliados a oferta dos exames específicos e apoio diagnóstico para a rede de urgência e emergência.

No que se refere ao transporte salienta-se que a região da II Macrorregião não possui SAMU, desta forma utilizam-se veículos como ambulâncias de Suporte Avançado (USA e Ambulâncias de Suporte Avançado (USA).

Existe a proposta de regionalização da Central de Regulação SAMU na região do Café, em uma conserva prévia realizada pelas Secretarias de saúde de Cacoal para uma possível discussão entre gestores municipais. Esta proposição e discussões para entendimento dos gestores para pactuação com objetivo da regionalização deste serviço, garantiria o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel em todo o território da II GRS, favorecendo a celeridade do atendimento e otimização dos recursos e equipes.

Alguns municípios também se utilizam de micro-ônibus para transporte de pacientes ambulatoriais ou em carros de passeio. É possível perceber um número elevado de meios de transporte que reflete a falta de atenção especializada para atender a população. Fato esse que leva a reflexão sobre essa necessidade de implantação do serviço de forma regional.

Para a operacionalização das RAS, pelos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (RCR), o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Ou seja, esse sistema de referência e contrarreferência são fluxos e contrafluxos de informações dos usuários entre os serviços que formam a rede, assim como das pessoas e produtos entre os serviços que compõem as redes, fazendo com que seja eficaz a troca de informações ao longo dos pontos das RAS, estabelecendo uma comunicação para a constituição da integralidade do cuidado de cada usuário.

O Agendamento das consultas ambulatoriais são realizadas via SISREG - Sistema de Regulação Estadual, é de encargo das Secretarias Municipais de Saúde do município de origem do paciente, realizar o agendamento. O número de vagas disponibilizado a cada município tendo como base dados voltados ao perfil epidemiológico e número de habitantes. Porém, é fato que há demanda reprimida, assim como em demais unidades do estado de Rondônia.

É fundamental que os protocolos sejam bem definidos e pactuados entre os diversos pontos da rede, com o objetivo de padronizar o cuidado e admitir o acesso de toda a população aos serviços disponíveis instituídos em diretrizes, respeitando a disponibilidade e a diversidade regional. Desta forma, o objetivo será a redução da morbimortalidade no Estado, com a diminuição do consumo de recursos ao respeitar os tempos assistenciais adequados dentro das diretrizes da Rede.

Analisando a situação e considerando o panorama atual da rede, a Macrorregião II de Saúde de Rondônia necessita de intervenções para sua ampliação e consolidação frente a Rede de Atenção às Urgências de Rondônia, podemos considerá-la com potencial para atender a demanda da RAU. Para isso, contamos com o apoio de todos os envolvidos no atual cenário de saúde, incluindo gestores, profissionais do SUS e instâncias colegiadas e apoiadores dos componentes da rede.

## **17.MATRIZ DE FORTALEZAS E FRAGILIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE**

**MATRIZ DE FORTALEZAS E FRAGILIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE - NA APS**

INDICADOR DE QUALIDADE	FORTALEZAS			FRAGILIDADES		
	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS
<p><b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b></p> <p>(recursos humanos, processo de trabalho, macroprocessos)</p>	<p>Prontuário eletrônico (ESUS-AB);</p> <p>Estrutura de unidades básicas padrão.</p>	<p>Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade;</p> <p>Programa de Residência uniprofissional em enfermagem obstétrica;</p> <p>Capacitações nas linhas de cuidados da Rede Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências;</p> <p>Programa Mais Médico;</p> <p>Processo de adesão a equipe (eMulti) das diversas modalidades</p>	<p>Adesão a Planificação de Atenção à Saúde;</p> <p>Recursos de emendas parlamentares e programas do MS;</p> <p>Telemedicina na APS;</p> <p>Protocolos definidos;</p> <p>Estratificação de risco de gestante e criança de 0 a 5 anos;</p> <p>Recursos de emendas parlamentares e programas do MS;</p> <p>Apoio das áreas técnicas;</p> <p>Apoio do Conselho do de Secretários Municipais de Saúde;</p> <p>Agendamento da consulta da gestante de alto risco, realizada pela equipe da APS.</p>	<p>Estrutura física inadequada das UBSs;</p> <p>Número insuficiente de UBS em alguns municípios;</p> <p>Número insuficiente de veículos para realização das visitas domiciliares;</p> <p>Inexistência de sala de vacinas em Unidades Básicas de Saúde.</p>	<p>Baixa cobertura de equipes da Estratégia de Saúde Bucal;</p> <p>Baixa cobertura de equipes na Atenção Primária à Saúde;</p> <p>Equipes com o número insuficiente de ACSs;</p> <p>Insuficiência de Recursos humano na Atenção Ambulatorial Especializada;</p> <p>Alta rotatividade de profissionais na APS;</p> <p>Precarização dos vínculos na APS.</p>	<p>Baixas coberturas de metas dos programas de saúde (imunização, vigilância em saúde e entre outros);</p> <p>Inexistência de atendimento das urgências na APS;</p> <p>Contratualização do sistema eletrônico para APS que diverge ao ESUS-AB;</p> <p>Comunicação ineficaz entre os níveis de atenção</p> <p>Priorização de da Média e alta complexidade;</p> <p>Insuficiência de exames laboratoriais e de imagens em tempo oportuno para a APS;</p> <p>Insuficiência de medicamentos da assistência farmacêutica</p> <p>Funcionamento de salas de vacinas em apenas um turno.</p>

**MATRIZ DE FORTALEZAS E FRAGILIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE- ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

INDICADOR DE QUALIDADE	FORTALEZAS			FRAGILIDADES		
	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS
<p><b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA</b></p> <p>(recursos humanos, processo trabalho, macroprocessos)</p>	<p>CREAMIs implantados;</p> <p>Projeto para implantação dos CREAMIs nas demais regiões de saúde (Cone Sul e Zona da Mata);</p> <p>Estrutura própria e de acordo com as normas técnicas;</p> <p>Equipamentos para realização de exames complementares;</p> <p>Existências de hospitais e maternidades que realizam parto de risco habitual nas regiões de saúde</p>	<p>Equipe Multiprofissional para carteira básica;</p>	<p>Modelo de atendimento dos CREAMIs;</p> <p>Serviço oferecido de forma regionalizada;</p> <p>Co-financiamento pela SESAU para AAE;</p> <p>Apoio das áreas técnicas da SESAU e COSEMS;</p> <p>Recursos de emendas parlamentares e programas do MS;</p> <p>Matriciamento à APS;</p> <p>Telemedicina;</p> <p>Acesso à assistência farmacêutica dos componentes especializados;</p> <p>Existência de protocolos.</p>	<p>Compartilhamento da estrutura física com outros serviços;</p> <p>Equipamentos e mobílias insuficientes;</p>	<p>Insuficiência de especialistas (ginecologista/obstetrícia, pediatras, psiquiatras, neurologistas e neuropediatra)</p> <p>Precarização dos contratos;</p>	<p>Absenteísmo às consultas agendadas em decorrência a demora no agendamento;</p> <p>Insuficiência de exames laboratoriais e de imagem;</p> <p>Demanda reprimida para a atenção especializada em neonatologia, cardiopediatria, infecto pediatria e neuropediatria;</p> <p>Não utilização dos protocolos existentes.</p>

**MATRIZ DE FORTALEZAS E FRAGILIDADES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE NA ATENÇÃO TERCIÁRIA**

INDICADOR DE QUALIDADE	FORTALEZAS			FRAGILIDADES		
	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS	ESTRUTURA E AMBIÊNCIA	RH	PROCESSOS
<p>ATENÇÃO TERCIÁRIA (recursos humanos, processo de trabalho, macroprocessos)</p>	<p>Existências de Hospitais para referência em pediatria; Implementação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrico; Financiamento pelo MS da Média e Alta Complexidade; Central de Regulação de Urgência e Emergência-CRUE; UTI aérea, Transporte sanitário;</p>	<p>Existência de especialidades</p>	<p>Contratualização de leitos em neonatologia; Dificuldade para aquisição de medicamentos;</p>		<p>Insuficiência de profissionais obstetras para atendimento nas maternidades e hospitais que realizam parto;</p>	<p>Inexistência de leitos para gestante de alto risco na Macrorregião II  Distância do Hospital e Maternidade de referência atual para gestante de alto risco;</p>

Fonte: Autoria própria, 2023.

Ao analisar as fragilidades, como por exemplo, a dificuldade de acesso das gestantes aos serviços e a ausência de fluxos assistenciais fortalecidos entre a atenção primária e atenção especializada, percebe-se a importância de rever os fluxos pactuados, descrevendo os instrumentos de referência e contrarreferência em conjunto com os profissionais envolvidos nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A Rede de Atenção às Urgências na atual realidade de saúde encontra-se congestionada com procedimentos que poderiam ter sua resolução alcançada em níveis mais básicos que, por motivos diversos, causam a congestão e superlotação do setor saúde. De um lado, gestores convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue suprir, gerando na maior parte das vezes extensas filas de espera para diversos procedimentos. Por outro, estes serviços representam consideráveis gastos para o orçamento da saúde.

Para melhorar o controle e monitoramento dos Resultados Assistenciais das Urgências Obstétricas e Perinatais é válido sensibilizar os servidores envolvidos nos setores da importância do controle, monitoramento e planejamento das ações que visem a qualidade da assistência, por meio de um núcleo de avaliação e controle a longo prazo adaptado a cada setor com sugestões e reclamações assim como ouvidoria a todos envolto.

O resultado esperado dessas estratégias será o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca por soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento à gestante e o neonato.

No que se refere às potencialidades percebe-se que temos serviços que visam uma abordagem de forma integrada ao paciente, o respeito aos direitos humanos e sociais, o estabelecimento de fluxos e diretrizes que agilizem e facilitem o atendimento às urgências priorizando o acolhimento e o atendimento integral, disponibilizando as melhores estratégias para resolução dos problemas. Se conseguirmos propor neste planejamento regional integrado a organização do processo de trabalho nos pontos de atenção à saúde materna e neonatal, além de viabilizar a integração entre os serviços de atenção primária à saúde, regulação e

atenção de média e alta complexidade, poderemos auxiliar na definição das competências e responsabilidades de cada componente da rede, definição de fluxos assistenciais e propostas de qualificação da linha de cuidado obstétrico e perinatal integral na região.

Franco & Júnior (2003) descrevem que a atenção à saúde, no que tange ao acesso a especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, em níveis de média e alta complexidade, na realidade atual constituem um cenário de sufocamento nos serviços de saúde.

Os modelos assistenciais de cuidado integral à saúde materna e neonatal almejados propõem a inserção de novas unidades de atenção à saúde, com fluxos de atendimento pré-definidos. Para tanto, com o objetivo de reorganizar os processos de trabalho em saúde, pensou-se como estratégia, estabelecer os fluxos assistenciais garantidos ao usuário, tendo como alvo atender às suas necessidades de saúde. Apresentando o itinerário a ser percorrido pelo usuário por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social, a partir da premissa de que os gestores dos serviços de saúde podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de direcionar de forma fluida o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (FRANCO & FRANCO, 2012).

## **18. PARÂMETROS E PROGRAMAÇÃO ESTIMADA E REGISTRADA NA ASSISTÊNCIA, POR REGIÃO DE SAÚDE DA MACRORREGIÃO II**

A atual proposta de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, referenciados pela Portaria nº 1.631/2015, traz elementos que se embasam em estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços, com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais. Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas. Estes parâmetros pretendem contribuir na definição dos critérios de planejamento da localização geográfica dos recursos da atenção especializada, e devem ser complementados com diversos outros critérios e parâmetros de qualidade dos

serviços, segurança dos usuários, segurança dos trabalhadores da saúde, necessidade de transporte sanitário, sistemas de comunicação, assistência farmacêutica, normas construtivas e de equipamentos e dispositivos e insumos sanitários, conformando os padrões de estrutura e funcionamento das Redes de Atenção. Logo, os parâmetros de planejamento e programação de ações e serviços de saúde tem como proposta primordiais a redução das desigualdades, e reorientação para as necessidades e oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, as estimativas nos quadros a seguir foram elaboradas tendo referência a população alvo e base de cálculo, utilizando a ferramenta EstimaSUS que reporta as Portarias 1.631/2015 e consolidada nº 1/2017. Dito isso, o conteúdo apresentado além de ser um espelho demonstrado pelos sistemas de informação utilizados, em cada região de saúde da macrorregião II, o que nem sempre condiz com a realidade local, diante de várias fragilidades observadas, como exemplo, inconsistências de produção no SAI/SUS e cadastro de profissionais e equipamentos no CNES, também consiste em indicadores que visam a equidade de acesso, a integralidade da atenção na oferta das ações e serviços de saúde. Para tanto, foi utilizado os critérios de necessidades estimadas, e realizado o levantamento no SIA/SUS da produção realizada de consultas e exames, o que permitiu uma análise comparativa entre Necessidade Estimada e Produção Realizada.

**Tabela 49: Estimativas populacionais para assistência materno infantil por Região de Saúde da Macrorregião II**

POPULAÇÃO ALVO	REGIÕES DE SAÚDE/POPULAÇÃO ESTIMADA					
	CENTRAL	VALE DO GUAPORÉ	ZONA DAMATA	CAFÉ	CONE SUL	MACRORREGIÃO II
Mulheres em idade fértil	113.859	16.003	44.603	57.994	53.408	280.168
Gestantes	5.823	763	2.185	2.895	2.625	14.291
Gestante de risco habitual	4.950	649	1.857	2.461	2.631	12.548
Gestantes de Alto Risco	873	115	328	434	394	2.144
Recém-nascidos	5.823	763	2.185	2.895	2.625	13.380
Crianças de 0 a 12 meses	5.765	756	2.163	2.866	2.599	14.149
Crianças de 12 a 24 meses	5.707	748	2.141	2.837	2.573	14.006

Fonte: EstimaSUS, 2019: <https://estimasus.saude.gov.br/>

**Tabela 50: Quadro de Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames a gestante, na Atenção Primária à Saúde e Especializada**

PROCEDIMENTO	REGIÕES DE SAÚDE										MACRO II	
	CENTRAL		VALE DO GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL		N	PA
	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA		
Consulta pré-natal	17.410	115.197	2.290	2.090	6.555	1.351	8.685	217	7.875	851	45.441	119.706
Consulta puerperal	5.823	887	5.255	262	2.185	171	2.895	102	2625	39	17.452	1.471
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico) CB00 2235-05 e 2535C1	17.470	1.057	2.290	2.028	6.555	6.054	8.685	13	2.625	0	42.275	9.252
Primeira consulta odontológica programática	5.823	2.904	763	783	2.185	140	2.895	350	2.625	832	14.291	5.009
Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes	9.221	5.169	1.568	258	4.370	1036	5.790	1.723	5250	9.148	26.200	17.332
Ultrassonografia obstétrica (gestante risco habitual)	4.492	2.356	763	374	2.185	898	2.895	1.952	2.625	727	12.960	6.307
Ultrassonografia obstétrica (gestante alto risco)	1.747		229		656		868		788		4.288	
Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado (gestante alto risco)	873	30	115	0	328	5	434	39	394	13	2144	87
Tococardiografia ante-parto	873	155	115	0	328	0	434	2.119	394	0	2.198	2.274
<b>Total de procedimentos</b>	<b>63.732</b>	<b>127.755</b>	<b>13.388</b>	<b>5.795</b>	<b>25.347</b>	<b>9.655</b>	<b>33.581</b>	<b>6.515</b>	<b>25.201</b>	<b>11.610</b>	<b>167.249</b>	<b>161.438</b>

**Fonte:** <https://estimatus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 e SIA/SUS/DATASUS/MS (Produção Apresentada), ano de referência 2022.

**Legenda:** NE= Necessidade Estimada e PA: Produção Apresentada

A Tabela 50 evidencia a necessidade estimada por procedimentos, de acordo com os parâmetros da Portaria nº 1.631/2015, para assistência a gestante de risco habitual atendidas na APS e de alto risco atendidas na AAE, bem como a produção realizada, pelas regiões de saúde da Macrorregião II. Observa-se algumas inconsistências de produção, de procedimentos de consultas ofertados pela APS, por possíveis falhas na migração da produção entre o SISAB e o DATASUS. Quanto ao ultrassom obstétrico, 36,56% da necessidade estimada foi executada na macrorregião, mostrando dificuldade de acesso às gestantes. Na comparação entre as regiões de saúde, a região Cone Sul realizou menos que 25% do esperado e a região do Café mais de 50%. As demais regiões realizaram entre 32% - 38%. Com relação a ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado,

apenas 4% da necessidade foi realizada, no período analisado, sendo que, com exceção da região Vale do Guaporé, as demais dispõem de equipamento pelo SUS.

**Tabela 51:** Quadro de Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames a gestante, na Atenção Primária à Saúde (APS)

PROCEDIMENTO	REGIÕES DE SAÚDE										MACRORREGIÃO II	
	CENTRAL		VALE DO GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL			
	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA	N	PA
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	23.293	274.841	3.053	3.386	8.740	4.933	11.579	10	10.500	218	57.165	283.388
Determinação direta e reversa do grupo ABO	4.492	6.995	763	841	2.185	2.119	2.895	4.626	2625	151	12.960	14.732
Determinação direta e reversa de grupo	4.492	7.690	763	915	2.185	2.350	2.895	5.032	2625	155	12.960	16.142
Prova de compatibilidade pré-transfusional (meios salinos, albuminoso e coombs)	1.348	0		0	656	0	868	0	787	0	3.888	0
Análise dos caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	9.221	70.385	1.568	14.374	4.370	21.044	5.790	33.157	5250	28.635	26.200	167.595
Dosagem de glicose	4.492	45.090	763	10.674	2.185	21.897	2.895	31871	2625	25.816	12.960	135.348
Dosagem de proteínas (urina 24 horas)	4.492	169	763		656	2.246	868	370	787	0	12.960	2.785
Hematócrito	9.221	2.328	1.568	0	4.370	4.554	5.790	6.979	5250	3.377	26.200	17.238
Dosagem de hemoglobina	4.492	928	763	0	4.370	372	5.790	2.110	5250		26.200	3.410
Dosagem de imunoglobulina M (IGM)	4.492	1.704	763	0	2.185	51	2.895	28	2625	2.726	12960	4.509
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBSAG)	4.492	4.397	763	460	2.185	552	2.895	3.493	2625	2.300	12.960	11.202
Pesquisa de anticorpos Anti-HIV1 e Anti-HIV2 (ELISA)	9.221	3.890	1.568	0	2.185	581	5.790	3.422	5250	243	26.200	8.136
Eletroforese de hemoglobina	4.492	1.236	763	0	2.185	2	2.895	54	2625	0	12.960	1.292
Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	4.492	1.865	763	0	2.185	0	2.895	0	2625	0	12.960	1.865
Cultura de bactérias p/ identificação	4.492	8.678	763	81	2.185	1.567	2.895	7.831	2625	0	12.960	18.157
<b>Total de procedimentos</b>	<b>97.224</b>	<b>430.196</b>	<b>15.387</b>	<b>30.731</b>	<b>42.827</b>	<b>62.268</b>	<b>59.635</b>	<b>98.983</b>	<b>54.074</b>	<b>63.621</b>	<b>282.493</b>	<b>685.799</b>

**Fonte:** <https://estimassus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 e SIA/SUS/DATASUS/MS (Produção Apresentada), ano de referência 2022. Legenda: NE= Necessidade Estimada e PA: Produção Apresentada

**Tabela 52:** Estimativa de necessidade e produção de consultas e exames a gestante, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

PROCEDIMENTO	REGIÕES DE SAÚDE										MACRORREGIÃO II	
	CENTRAL		VALE DO GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL		NE	PA
	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA	NE	PA		
Consulta médica em atenção especializada	4.367	622.949	573	14.387	1.639	98.386	2.171	187.093	1.969	134.389	10.816	1.057.204
Teste de tolerância à insulina / hipoglicemiantes orais	873	685	115	-	328	4	434	-	394	-	2.198	689
Eletrocardiograma	262	6.517	34	550	98	3.764	130	6.008	118	7.440	642	24.279
Contagem de plaquetas	262	47.791	34	10.141	98	7.930	130	17.176	118	0	642	83.038
Dosagem de ureia	873	61.753	115	9.927	328	18.487	434	0	394	33.107	2.147	157.633
Dosagem de creatinina	873	58.411	115	10.461	328	20.195	434	35.422	394	33.281	2.147	157.770
Dosagem de ácido úrico	873	19.548	115	4.542	328	9.043	434	13.291	394	9.098	2.147	55.522
Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	873	1.577.615	115	817.587	328	36.327	434	171.435	394	52.424	2.147	1.855.388
Dosagem de proteínas totais	873	139	115	0	328	308	434	19	394	146	2.147	612
<b>Total</b>	<b>10.129</b>	<b>2.395.408</b>	<b>1331</b>	<b>867.595</b>	<b>3.803</b>	<b>194.444</b>	<b>5.035</b>	<b>430.444</b>	<b>4.569</b>	<b>269.885</b>	<b>25.033</b>	<b>3.392.135</b>

**Fonte:** <https://estimatus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 e SIA/SUS/DATASUS/MS (Produção Apresentada), ano de referência 2022. Legenda: NE= Necessidade Estimada e PA: Produção Apresentada.

Evidenciam a necessidade estimada por procedimentos, de acordo com os parâmetros da Portaria nº 1.631/2015, para assistência a gestante de risco habitual atendidas na APS e de alto risco atendidas na AAE, bem como a produção realizada, pelas regiões de saúde da Macrorregião II. Considerando que o código de procedimentos SUS para os procedimentos contidos nas referidas tabelas não são específicos da gestante, a produção apresentada não elucida o atendimento da necessidade estimada. No entanto, esses dados representam tanto a capacidade da oferta por região de saúde, quanto a inexistência dessa oferta. Destaca-se a observação de algumas inconsistências de produção, a exemplo a possíveis falhas na migração da produção da APS para o DATASUS.

Apesar disso, a análise da produção ambulatorial comparada com a estimativa de necessidade, demonstra déficit de produção realizada, o que evidencia a necessidade de disponibilizar recursos assistenciais adequados ao usuário, mediante a utilização de critérios definidos.

**Tabela 53:** Estimativa da Necessidade e Produção na assistência a crianças de 0 a 12 meses, na Atenção Básica e na Atenção Ambulatorial Especializada

PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO	REGIÕES DE SAÚDE										MACRO II	
		CENTRAL		VALE GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL			
		NE	PR	NE	PR	NE	PR	NE	PR	NE	PR	NE	PR
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	2 atividades/população coberta/ano	11.530	--	1.511	--	4.326	--	5.732	--	5.198	--	28.297	--
Primeira consulta de pediatria ao recém-nascido	1 visita na 1ª semana de vida	5.823		763		2.185		2.895		2.625		20.114	--
Consulta médica em atenção básica (RN > 2500 g)	3 consultas/ano	15.912	--	2.086	--	5.970	--	7.910	--	7.173	--	39.051	--
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico) - CBO 2235-05 - para RN >2500 g	4 consultas/ano	21.215	--	2.781	--	7.961	--	10.547	--	9.563	--	52.067	--
Consulta médica na atenção básica - para RN <2500 g	7 consultas/ano	3.228	--	423	--	1.211	--	1.605	--	1.455	--	7.922	--
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico) CBO 2235-05 - para RN <2500 g	6 consultas/ano	2.767	--	363	--	1.038	--	1.376	--	1.247	--	6.791	--
Dosagem de sulfatos	Profilaxia dos 6 aos 18 meses												--
Primeira consulta odontológica programática	1 consulta/ano	5.765	--	756	--	2.163	--	2.866	--	2.599	--	14.149	--
Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Consulta /atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Consulta médica em atenção básica (acompanhamento do RN egresso de UTI de até 24 meses)	De acordo com necessidade		--		--		--		--		--		--
Consulta médica em atenção especializada	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	1 exame até o 7º dia	5.823		763		2.185		2.895		2.625		14.291	--
Dosagem de fenilalanina TSH ou T4 e detecção da variante de hemoglobina (componente do teste do pezinho)	2 exames até o 7º dia	5.823		763		2.185		2.895		2.625		14.291	--
Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	1 exame e, dependendo do diagnóstico, pré-teste com especialista	5.823	--	763	--	2.185	--	2.895	--	2.625	--	14.291	--
Potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)	1 exame e, dependendo do diagnóstico, pré-teste com especialista	5.823	--	763	--	2.185	--	2.895	--	2.625	--	14.291	--
Teste do olhinho	1º teste logo após o nascimento e seguintes no 4º, 6º, 12º e 25º meses	23.060	--	3.023	--	8.653	--	11.464	--	10.395	--	25.595	--

Dosagem de vitamina A	Em áreas endêmicas de avitaminose A		--		--		--		--		--		--
Vacinação básica	De acordo com o protocolo de vacinação		--		--		--		--		--		--

**Fonte:** <https://estimamus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 e SIA/SUS/DATASUS/MS (Produção Apresentada), ano de referência 2022. Legenda: NE= Necessidade Estimada e PA: Produção Apresentada.

**Tabela 54:** Estimativa da Necessidade e Produção na assistência a crianças de 12 a 24 meses, na Atenção Básica e na Atenção Ambulatorial Especializada

PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO	REGIÕES DE SAÚDE										MACRORREGIÃO II	
		CENTRAL		VALE GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL		NE	PR
		NE	PR	NE	PR	NE	PR	NE	PR	NE	PR		
Consulta médica na atenção básica	2 consultas/ano	11.414	--	1.496	--	4.283	--	5.674	--	5.145	--	27.912	--
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico) CBO 2235-05	1 consulta/ano	5.707	--	748	--	2.141	--	2.837	--	2.573	--	13.979	--
Consulta médica em atenção especializada	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	1 atividade/população coberta/ano	5707	--	748	--	2141	--	2837	--	2573	--	13.979	--
Primeira consulta odontológica programática	1 consulta/ano	5707	--	748	--	2141	--	2837	--	2573	--	13.979	--
Exames - apoio diagnóstico e terapêutico	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Consulta/atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Consulta acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	De acordo com diagnóstico e necessidade		--		--		--		--		--		--
Vacinação básica	De acordo com protocolo de vacinação		--		--		--		--		--		--

**Fonte:** <https://estimamus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015 e SIA/SUS/DATASUS/MS (Produção Apresentada), ano de referência 2022. Legenda: NE= Necessidade Estimada e PA: Produção Apresentada

**Tabela 55:** Infraestrutura de Leitos para assistência às gestantes e Crianças (neonatologia)

TIPO DE LEITOS	REGIÕES DE SAÚDE												DIFERENÇA
	CENTRAL		VALE DO GUAPORÉ		ZONA DA MATA		CAFÉ		CONE SUL		MACRORREGIÃO II		
	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	
Leitos obstétricos	73	90	14	22	38	45	49	42	45	50	219	249	+30
Leitos obstétricos (GAR)	07	00	01	00	04	00	05	00	05	00	22	00	-22
UTI adulto	04	00	01	00	02	00	03	00	03	00	13	00	-13
UTI neonatal-	08	22	01	00	04	00	05	00	04	00	22	22	0

UCI neonatal	08	14	01	00	04	00	05	00	04	06	22	20	-02
Leito canguru	04	07	01	00	02	00	02	00	02	00	11	07	-04
Centro de Parto Normal-CPN	01	01	00	00	01	00	01	00	01	01	04	02	-02

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def> e

<https://estimasus.saude.gov.br/#/home>. Estimativa de necessidade Portaria MS 1631/2015.

Legenda: P = Parâmetro; E = Existente

Com relação aos leitos obstétricos, no total a Macrorregião II dispõe de leitos excedentes equivalentes a 13% para a sua população, do que o estimado como necessário. No entanto, observa-se nessa distribuição, que a região do Café dispõe de 15% a menos do que o esperado, evidenciando uma desigualdade inter-regional.

Quanto aos leitos GAR e de UTI Adulto (específico para gestante), a Macrorregião II não oferece, destacando a necessidade de implantação dos mesmos. Já para assistência neonatal, no que se refere a UTIN, de acordo com os parâmetros, o número de leitos existentes são suficientes para a Macrorregião, no entanto, vale ressaltar a má distribuição, visto que estão localizados 100% na região Central, que fica a uma distância aproximada de 500 km para alguns municípios do Cone Sul. Para os leitos de UCINco e UCINca, há necessidade de ampliação e redistribuição.

Quanto ao CPN, considerando os critérios populacionais, há necessidade de implantar mais duas unidades, sendo nas regiões Café e Zona da Mata.

## 19. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DA SÍNTESE DOS PARÂMETROS

Na análise do número de consultas e procedimentos ofertados a gestante e criança na APS e AAE, em comparação com os parâmetros estabelecidos observa-se:

- Ultrassom obstétrico, 36,56% da necessidade estimada foi executada na macrorregião, mostrando dificuldade de acesso às gestantes. Na comparação entre as regiões de saúde, a região Cone Sul realizou menos que 25% do esperado e a região do Café mais de 50%. As demais regiões realizaram entre 32% - 38%;
- Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado, apenas 4% da necessidade foi realizada, no período analisado, sendo que, com exceção da região Vale do Guaporé, as demais dispõe de equipamento pelo SUS;

- A análise da produção ambulatorial comparada com a estimativa de necessidade, demonstra déficit de produção realizada, o que evidencia a necessidade de disponibilizar recursos assistenciais adequados ao usuário, mediante a utilização de critérios definidos.

No que se refere a suficiência de profissionais especialista e equipamentos, com relação aos parâmetros estabelecidos, verifica-se:

- O número de profissionais Obstetra existentes na macrorregião II atende em média 31,28% da necessidade, de acordo com os parâmetros estabelecidos para assistência materna. Verificou-se a necessidade de ampliar o número de profissionais obstetra em aproximadamente 69%, para atender o parâmetro de suficiência;
- Quanto ao número de profissionais pediatra, verificou-se a necessidade de ampliar em aproximadamente 41%, para atender o parâmetro de suficiência;
- Já o número de o número de equipamentos de ultrassonografia existentes na macro II se apresenta 23% superior ao parâmetro de suficiência. Desse modo, observa-se que o número de equipamentos é suficiente para atender a Macrorregião II, considerando ainda que estão distribuídos em todas as regiões de saúde.

No que tange ao número de leitos assistenciais para gestante e criança, com relação aos parâmetros estabelecidos:

- Leitos obstétricos: no total, a Macrorregião II dispõe de leitos excedentes equivalente a 13% para a sua população, do que o estimado como necessário. No entanto, observa-se nessa distribuição, que a região do Café dispõe de 15% a menos do que o esperado, evidenciando uma desigualdade inter regional;
- Leitos GAR e de UTI Adulto (específico para gestante), a Macrorregião não oferece, destacando a necessidade de implantação os mesmo;
- Leitos de assistência neonatal: no que se refere a UTIN, de acordo com os parâmetros, o número de leitos existentes é suficiente para a Macrorregião, no entanto, vale ressaltar a má distribuição, visto que estão localizados 100% na região Central, que fica a uma distância aproximada de 500 km para alguns municípios do Cone Sul. Para os leitos de UCINco e UCINca, há necessidade de ampliação e redistribuição;
- Quanto ao CPN, considerando os critérios populacionais, há necessidade de implantar mais duas unidades, sendo nas regiões Café e Zona da Mata.

## **20. MATRIZ DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)**

Como resultados da fase 5 do PRI – na qual se elaborou o Plano Regional de Saúde da Macrorregião – foram definidos as prioridades de saúde nele contidas, com suas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, servirão de base e referência para as atividades da Fase 6 do PRI. O monitoramento, conforme pactuado nas instâncias deliberativas correspondentes, possibilitará o desenvolvimento presente e futuro do PRMS e a identificação de necessidades de ajuste durante sua execução. Trará elementos para evidenciar suas fragilidades e lacunas, considerando o que foi estabelecido nas etapas anteriores e favorece a produção permanente das melhores respostas às necessidades de cuidado da população da MRS.

## MATRIZ DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Atualizado em 10/10/2024 conforme recomendações do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) da Rede Materno Infantil (RAMI) e Rede de Atenção às Urgências (RAU) da Macrorregião I. A atualização foi informada na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que ocorreu em 10 de outubro de 2024.

<b>Diretriz 1: Ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos.</b>											
<b>Objetivo 1: Qualificar a Atenção Primária à Saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade na linha de cuidado materno-infantil e Rede de atenção às urgências.</b>											
Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
1	Ampliar e manter a cobertura das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em até 98% dos municípios da Macrorregião II até 2027.	Cobertura populacional estimada pelas equipes da Atenção Primária à Saúde	87,2%	2022	%	98%	Percentual	90%	93%	96%	98%

2	Ampliar e manter igual ou maior 50% a cobertura estimada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	29%	2021	%	50%	Percentual	30%	38%	48%	50%
3	Ampliar em 100% e manter a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde	88,5%	2020	%	98%	Percentual	90%	93%	96%	98%
4	Implantar e manter pelo menos uma equipe Multiprofissional (eMulti) da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II, até 2027	Número de municípios com pelo menos uma equipe Multiprofissional (e-Multi) implantada e mantida	16	2023	Nº	34	Número	20	25	30	34

5	Instituir a política de cofinanciamento como incentivo estadual da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de política de cofinanciamento instituída com incentivo financeiro para a estruturação da Atenção Primária à Saúde	0	2023	Nº	1	Número	1	1	1	1
6	Aderir em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a “Cessação do Tabagismo” com vistas à prevenção de morbimortalidad e relacionada ao consumo de tabaco, como os Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral/Encefálico (AVC/AVE) até 2027.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde que realizaram tratamento de cessação do tabagismo	39,2%	2023	%	100%	Percentual	50%	70%	80%	100%

7	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Proporção de gravidez na adolescência entre a faixa etária 10 a 19 anos	14%	2022	%	12,9	Percentual	13,7	13,4	13,2	12,9
8	Reduzir a taxa de mortalidade na infância (faixa etária de 0 a 4 anos) por causas de mortes evitáveis em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Taxa de mortalidade na faixa etária de 0 a 4 anos por causas evitáveis.	14,7	2020	Taxa	13,8	Taxa	14,4	14,1	13,8	13,5
9	Reduzir o número de óbitos maternos na Macrorregião II para zero até 2027.	Número de óbitos maternos	4	2022	Número	0	Número	3	2	1	0

10	Promover a participação do parceiro no pré-natal em 100% das equipes de Atenção Primária à Saúde da Macrorregião II até 2027.	Percentual de equipes da APS que registram consultas de pré-natal do parceiro no e-SUS	87,3%	2023	%	100%	Percentual	90%	100%	100%	100%
11	Realizar concurso público para contratação de profissionais para (re)compor as equipes de Atenção Primária à Saúde em 21 municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de concursos públicos municipais realizados	13	2023	Nº	21	Número	6	7	10	3

12	Integrar 100% dos estabelecimentos/SUS da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para garantir o cuidado compartilhado na Rede Materno-Infantil e Rede de Atenção às Urgências até 2027.	Percentual de estabelecimentos/SUS da APS e AAE integrados.	0%	2023	%	100%	Percentual		1	1	1
13	Construir 23 Unidades Básicas de Saúde de acordo com o porte populacional nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de Unidades Básicas de Saúde construídas.	171	2023	Número	23	Número	4	5	6	8

14	Realizar 44 reformas e/ou ampliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de Unidades Básicas de Saúde reformadas e/ou ampliadas	171	2023	Número	44	Número	4	8	12	20
15	Estabelecer um fluxo com critérios diferenciados de acesso à população privada de liberdade à APS e AAE em 15 municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de municípios com fluxo estabelecido para o acesso das pessoas privadas de liberdade	0	2023	Número	15	Número	3	4	4	4
16	Reduzir em 10% o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) da Macrorregião II até 2027.	Percentual reduzido de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	26,3%	2022	%	10%	Percentual	2%	2%	3%	3%

17	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de 2% ao ano na Macrorregião II até 2027.	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT	234,1	2022	Taxa	218,3	Taxa	229,4	224,8	222,8	218,3
18	Implantar em 100% das Unidades Básicas de Saúde o atendimento das urgências nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com atendimento às urgências implantado.	0,0%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
<b>Objetivo 2 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção às Urgências e Materno-infantil</b>											

1	Promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) em 100% das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio de Educação Continuada nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Percentual de Equipes de Saúde da Família com ações realizadas visando o uso racional de medicamentos	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
2	Elaborar e publicar no diário oficial dos municípios a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027	Percentual de municípios com REMUME elaborada e publicada	53%	2023	Número	100%	Número	59%	73%	82%	100%

3	Ampliar a dispensação de medicamentos para 100% das Unidades Básicas de Saúde na Macrorregião II até 2027	Número de Unidades Básicas de Saúde com dispensação e de medicamentos	20	2023	Número	197	Número	39	39	39	40
4	Ampliar a administração de medicamentos para 100% das Unidades Básicas de Saúde na Macrorregião II até 2027	Número de Unidades Básicas de Saúde que realizam administração de medicamentos	107	2023	Número	197	Número	22	22	23	23
5	Ampliar a implantação do registro das dispensações em Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica para 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027.	Número de municípios com Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica implantado.	31	2023	Número	34	Número	31	32	33	34

**Diretriz 2: Fortalecimento da atenção secundária e terciária, por meio da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados.**

**Objetivo 1: Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de atenção secundária e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.**

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027
1	Reduzir o percentual de parto cesariano para 48% nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Proporção de parto cesariano realizado	77,4%	2021	%	48%	Percentual	70%	60%	50%	48%
2	Implantar dois Centros Regionais Especializados em Atenção Materno Infantil (CREAMIs) até 2027.	Número de Centro Regional Especializado em Atenção Materno Infantil (CREAMI) implantado	2	2023	Número	2	Número	2	2	2	4

3	Ampliar 8 (oito) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na Macrorregião II até 2027.	Número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) implantados	22	2023	Número	30	Número	30	30	30	30
4	Ampliar 4 (quatro) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal convencional (UCINco) na Macrorregião II até 2027.	Número de leitos de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal convencional (UCINco) implantados	20	2023	Número	24	Número	24	24	24	24
5	Ampliar 6 (seis) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal canguru (UCINca) na Macrorregião II até 2027.	Número de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal canguru (UCINca) implantados	7	2023	Número	13	Número	13	13	13	13

6	Ampliar 22 (vinte e dois) leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) na Macrorregião II até 2027	Número de leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) implantados	0	2023	Número	22	Número	2	5	5	10
7	Implantar 2 (dois) Centros de Partos Normais (CPN) na Macrorregião II até 2027	Número de Centro de Parto Normal (CPN) implantado	2	2023	Número	4	Número	2	2	2	2
8	Implantar 5 (cinco) serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo uma em cada região de saúde da Macrorregião II até 2027.	Número de serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado	0	2023	Número	5	Número	1	1	1	2

9	Implantar um serviço de referência hospitalar em Alta Complexidade para atendimento às gestantes e puérperas na Macrorregião II até 2027.	Número de serviço de referência hospitalar em Alta complexidade para gestante e puérpera implantado	0	2023	Nº	1	Número	0	1	1	1
10	Implantar quatro Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU – 192) regional na Macrorregião II até 2027.	Número de Serviço de Atendimento Móvel de Urgências-SAMU-192 regional implantado	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1
11	Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) no município de Cacoal, até 2027.	Número de Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24H) implantado	0	2023	Nº	1	Número	0	0	0	1

12	Implantar um serviço de Atenção Ambulatorial Especializado (Policlínica) com as cinco subespecialidades para a área de pediatria (cardiopediatra, endócrinopediatra, neuropediatra, nefropediatra e pneumopediatra) para a Macrorregião II, no município de Cacoal até 2027.	Número de serviço de Atenção Ambulatorial Especializado (Policlínica), implantado, com as cinco subespecialidades para a área de pediatria.	0	2023	Número	1	Número	0	1	1	1	
<b>Objetivo 2 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde e os sistemas de apoio e logísticos das Redes de Atenção à Saúde tanto a materno-infantil quanto a de atenção às urgências.</b>												
1	Implantar uma Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) na Macrorregião II até 2027.	Número de Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) implantada	0	2023	Número	1	Número	1	0	0	0	

2	Ampliar a oferta de exames laboratoriais preconizados pelo Protocolo de Gestação de risco habitual, em 100% nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Percentual de municípios que ofertam exames laboratoriais para gestantes de risco habitual	8,8%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
3	Ampliar a oferta de exames de imagem preconizados pelo Protocolo de Gestação de risco habitual, em 100% nos municípios da Macrorregião II até 2027.	Percentual de municípios que ofertam exames de imagem para gestantes de risco habitual	8,8%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
4	Implantar uma extensão do Laboratório Central no município de Cacoal, para atender às demandas da Macrorregião II até 2027	Número de laboratório Central implantado	0	2023	Número	1	Número	0	0	0	1

**Objetivo 3 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos.**

1	Alcançar em todos os municípios da Macrorregião II a cobertura de 95% na vacina Pentavalente (3ª dose) para crianças menores de dois anos de idade.	Número de municípios da Macrorregião II que alcançaram 95% de cobertura da 3ª dose de Pentavalente	-	2022	%	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%
2	Alcançar em todos os municípios da Macrorregião II a cobertura de 95% na vacina Pneumocócica 10-valente (2ª dose) para crianças menores de dois anos de idade.	Número de municípios da Macrorregião II que alcançaram 95% de cobertura da 2ª dose de Pneumocócica 10-valente	-	2022	%	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%

3	Alcançar em todos os municípios da Macrorregião II a cobertura de 95% na vacina Poliomelite (3ª dose) para crianças menores de dois anos de idade.	Número de municípios da Macrorregião II que alcançaram 95% de cobertura da 3ª dose de Poliomielite.	-	2022	%	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%
4	Alcançar em todos os municípios da Macrorregião II a cobertura de 95% na vacina Tríplice Viral (1ª dose) para crianças menores de dois anos de idade.	Número de municípios da Macrorregião II que alcançaram 95% de cobertura da 1ª dose de Tríplice Viral	-	2022	%	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%

5	Ampliar para 100% nos municípios da Macrorregião II até 2027, a avaliação das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de cloro residual livre e turbidez, coliformes totais/ Escherichia coli e fluoreto.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto ao cloro residual livre, turbidez, coliformes totais/ Escherichia coli	58%	2022	%	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
---	--	--	-----	------	---	------	------------	-----	-----	-----	------

**Diretriz 3: Promoção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e a qualificação e valorização do trabalhador, a fim de melhorar a assistência na linha de cuidados materno-infantil e atenção às urgências.**

**Objetivo 1: Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores que atuam nas Redes de Atenção à Saúde.**

Nº	Descrição da meta	Indicador	Linha base			Meta do PRMS	Unidade	Meta prevista			
			Valor	Ano	Unidade			2024	2025	2026	2027

1	Capacitar até 90% os profissionais da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada Materno-Infantil até 2027.	Percentual de profissionais da APS e AAE capacitados em assistência ao pré-natal	0	2023	Percentual	90%	Percentual	50%	60%	80%	90%
2	Capacitar até 90% dos profissionais (médicos e enfermeiros) em Urgências da Atenção Primária à Saúde, até 2027.	Percentual de profissionais (médicos e enfermeiros) da Atenção Primária à Saúde-APS capacitados em urgência da APS	0	2023	Percentual	90%	Percentual	50%	60%	80%	90%

3	Realizar anualmente Oficina de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento voltada para profissionais de maternidades, CPNs e Hospitais de ocorrência de Parto, na Macrorregião II.	Número de oficinas de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento realizadas	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1
4	Capacitar 100% dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em estratificação de risco da gestante até 2027.	Percentual médicos e enfermeiros na Atenção Primária à Saúde capacitados em estratificação de risco gestacional.	65%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

5	Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos, até 2027.	Percentual de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde capacitados em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos.	65%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
6	Capacitar 100% das equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos, até 2027.	Percentual de equipes de Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos.	65%	2023	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
7	Capacitar 100 % das equipes da Atenção Primária à Saúde em Planejamento Reprodutivo até 2027.	Percentual de profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde capacitados em Planejamento Reprodutivo	52%	2023	Percentual	100%	Percentual	60%	70%	80%	100%

**Diretriz 4: Implementação da política de atenção à saúde indígena articulada entre os três entes federativos.**

**Objetivo 1: Promover estratégias de discussão, organização e pactuações voltadas à atenção à saúde dos Povos Indígenas na macrorregião II, seguindo os direcionamentos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).**

1	Fomentar a adesão de 100% dos municípios sedes de referência regional a Portaria nº 2.663/2017-IAE-PI, que define critérios de repasse de incentivo financeiro para a atenção especializada	Percentual de municípios que aderiram a Portaria nº 2663/2017 IAE-PI	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1
---	---	--	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

2	Instituir uma comissão técnica para as duas macrorregiões de saúde para monitoramento do acesso à Atenção Especializada dos povos indígenas cadastrados nos DSEI Porto Velho e Vilhena, com referências regionais e municipais juntamente com o DSEI até 2027	Número de comissão técnica macrorregional instituída	0	2023	Número	1	Número	1	1	1	1
---	---	--	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

3	Estabelecer fluxo com critérios diferenciados e equânimes de acesso da população indígena à atenção especializada, garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde em rede	Número de fluxo de atenção especializada com critérios diferenciados e equânimes elaborados	0	2023	Número	1	Número	1	1	1	1
4	Estabelecer fluxo interfederativo de acesso às Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil.	Nº de fluxos interfederativos estabelecidos de acesso às Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil	0	2023	Número	1	Número	1	1	1	1

5	Implementar fluxo de atendimento das Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil a cada equipamento de saúde da macrorregião que realizaram a adesão a Portaria nº 2.663/2017-IAE-PI.	Número de fluxo implementados de atendimento das Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil	0	2023	Número	1	Número	1	1	1	1
---	--	---	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

6	Definir articuladores interfederativos até 2024 com os estados limítrofes para atuarem como referências técnicas para a saúde indígena com o objetivo de monitorar qualitativamente e avaliar os atendimentos referenciados para os estados	4	Número de articulador interfederativo para os estados definidos em CIB.	0	2023	Número	1	Número	1	1	1	1
---	---	---	---	---	------	--------	---	--------	---	---	---	---

## 21. IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERADOS ENVOLVIDOS (GOB)

DIRETRIZ 1:	AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, FOMENTANDO A INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS, ESTIMULANDO A INTEGRAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E AUTOMATIZAÇÃO DE PROCESSOS.		
Objetivo 1.1	Responsabilidades		
<p>Qualificar a Atenção Primária à Saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade na linha de cuidado materno-infantil e Rede de Atenção às Urgências.</p>	<b>Meta 1.1.1</b> Ampliar e manter a cobertura das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em até 98% dos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.2</b> Ampliar e manter igual ou maior 50% a cobertura estimada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.3</b> Ampliar em 100% e manter a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		sim	sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.4</b> Implantar e manter pelo menos uma equipe Multiprofissional (eMulti) da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X		X	

	<b>Meta 1.1.5</b>		
	Instituir a política de cofinanciamento de incentivo estadual da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	
	<b>Meta 1.1.6</b>		
	Aderir em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a “Cessação do Tabagismo” com vistas à prevenção de morbimortalidade relacionada ao consumo de tabaco, como os Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral/Encefálico (AVC/AVE) até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.7</b>		
	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.8</b>		
	Reduzir a taxa de mortalidade infantil na faixa etária de 0 a 4 anos por causas de mortes evitáveis por imunoprevenção em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X	X	X	
<b>Meta 1.1.9</b>			
Reduzir o número de óbitos maternos na Macrorregião II para zero até 2027.			
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	

	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.10</b>		
	Promover a participação do parceiro no pré-natal em 100% das equipes de Atenção Primária à Saúde da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		X
	<b>Meta 1.1.11</b>		
	Realizar concurso público para contratação de profissionais para compor as equipes de Atenção Primária à Saúde em 21 municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 1.1.12</b>		
	Integrar 100% dos estabelecimentos/SUS da APS e AAE para garantir o cuidado compartilhado na Rede Materno-Infantil e Rede de Atenção às Urgências até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 1.1.13</b>		
	Construir 23 Unidades Básicas de Saúde de acordo com o porte populacional nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Não	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.14</b>		
	Realizar 44 reformas e/ou ampliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Não	Sim

	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.15</b> Estabelecer um fluxo com critérios diferenciados de acesso à população privada de liberdade à APS e AAE nos 15 municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 1.1.16</b> Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de 26,3% para 16,3% nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.17</b> Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de 2% ao ano na Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 1.1.18</b> Implantar em 100% das unidades básicas de saúde o acolhimento/atendimento das urgências e emergências nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X	X	X	
<b>OBJETIVO 1.2</b>	<b>RESPONSABILIDADES</b>		

<b>Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção às Urgências e Materno-infantil.</b>	<b>Meta 1.2.1</b>		
	Promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) em 100% das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio de Educação Continuada em Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 1.2.2</b>		
	Elaborar e publicar no diário oficial dos municípios a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
			X
	<b>Meta 1.2.3</b>		
	Ampliar a dispensação de medicamentos para 100% das Unidades Básicas na Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
			X
	<b>Meta 1.2.4</b>		
	Ampliar a administração de medicamentos para 100% das Unidades Básicas na Macrorregião II até 2027.		
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Não	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
		X	
<b>Meta 1.2.5</b>			
Ampliar a implantação do registro das dispensações em Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica para 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027.			
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Não	

	União	Estado	Município
			X
<b>DIRETRIZ 2:</b>	<b>FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA, POR MEIO DA EXPANSÃO DA OFERTA E MELHORIA DA QUALIDADE DE SERVIÇOS REGIONALIZADOS.</b>		
<b>OBJETIVO 2.1</b>	<b>RESPONSABILIDADES</b>		
Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de atenção secundária e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.	<b>Meta 2.2.1</b>		
	Reduzir o percentual de cesariana para 48% nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Existente</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Estado</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.2.2</b>		
	Implantar dois Centros Regionalizados Especializados em Atenção Materno Infantil (CREAMIs) até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.2.3</b>		
	Ampliar 8 (oito) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.2.4</b>		
	Ampliar 4 (quatro) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal convencional (UCINco) na Macrorregião II até 2027.		
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X	X	X	

	<b>Meta 2.2.5</b>		
	Ampliar 6 (seis) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal canguru (UCINca) na Macrorregião II até 2027		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.2.6</b>		
	Ampliar 22 (vinte e dois) leitos Gestação de Alto Risco (GAR) na Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.2.7</b>		
	Implantar 2 (dois) Centros de Partos Normais (CPN) na Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		X
	<b>Meta 2.2.8</b>		
	Implantar 5 (cinco) serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo uma em cada região de saúde da Macrorregião II até 2027.		
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Não	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X		X	
<b>Meta 2.2.9</b>			
Implantar um serviço de referência hospitalar em alta complexidade para atendimento às gestantes e puérperas na Macrorregião II até 2027.			
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
X	X		



		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.3.3</b>		
	Ampliar a oferta de exames de imagem preconizados pelo Protocolo de Gestação de risco habitual, em 100% nos municípios da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	X
	<b>Meta 2.3.4</b>		
	Implantar uma extensão do Laboratório Central no município de Cacoal, para atender às demandas da Macrorregião II até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
	Não	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X		
<b>OBJETIVO 2.2</b>			
<b>RESPONSABILIDADES</b>			
Fortalecer as a�es de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos.	<b>Meta 2.3.1</b>		
	Alcançar em pelo menos 70% dos municípios, a cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacina�o para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3� dose), Pneumocócica 10-valente (2� dose), Poliomielite (3� dose) e Tríplice viral (1� dose), anualmente.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
			X
	<b>Meta 2.3.2</b>		
	Ampliar para 100% nos municípios da Macrorregião II até 2027, a avalia�o das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de cloro residual livre e turbidez, coliformes totais/ Escherichia coli e fluoreto.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X	X	

DIRETRIZ 3:	PROMOÇÃO E DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO, DA INOVAÇÃO EM SAÚDE CONTRIBUINDO PARA A SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUALIFICAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR, A FIM DE MELHORAR A ASSISTÊNCIA NA LINHA DE CUIDADOS MATERNO-INFANTIL E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS		
OBJETIVO 3.1	RESPONSABILIDADES		
Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores que atuam nas Redes de Atenção à Saúde.	<b>Meta 3.3.1</b>		
	Capacitar até 90% os profissionais da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada Materno-Infantil até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 3.3.2</b>		
	Capacitar até 90% dos profissionais (médicos e enfermeiros) em Urgências da Atenção Primária à Saúde, até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 3.3.3</b>		
	Realizar anualmente Oficina de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento voltada para profissionais de maternidades, CPNs e Hospitais de ocorrência de Parto, na Macrorregião II.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X	X	
<b>Meta 3.3.4</b>			
Capacitar 100% das equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos, até 2027..			
<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>	
	Sim	Sim	
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X	X	

	<b>Meta 3.3.5</b>		
	Qualificar 100% das equipes da Atenção Primária à Saúde na estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
		X	X
	<b>Meta 3.3.6</b>		
	Capacitar 100 % das equipes da Atenção Primária à Saúde em Planejamento Reprodutivo até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X	X	
<b>DIRETRIZ 4:</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA ARTICULADA ENTRE OS TRÊS ENTES FEDERATIVOS</b>		
<b>OBJETIVO 4.1</b>	<b>RESPONSABILIDADES</b>		
Promover estratégias de discussão, organização e pactuações voltadas à atenção à saúde dos Povos Indígenas na macrorregião II, seguindo os direcionamentos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).	<b>Meta 4.1.1</b>		
	Fomentar a adesão de 100% dos municípios sedes de referência regional a Portaria nº 2.663/2017-IAE-PI, que define critérios de repasse de incentivo financeiro para a atenção especializada.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		
	<b>Meta 4.1.2</b>		
	Instituir uma comissão técnica para as duas macrorregiões de saúde para monitoramento do acesso à Atenção Especializada dos povos indígenas cadastrados nos DSEI Porto Velho e Vilhena, com referências regionais e municipais juntamente com o DSEI até 2027.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>	
	X	X	

	<b>Meta 4.1.3</b>		
	Estabelecer fluxo com critérios diferenciados e equânimes de acesso da população indígena à atenção especializada, garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde em rede.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Sim	Não
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X	X	
	<b>Meta 4.1.4</b>		
	Estabelecer fluxo interfederativo de acesso às Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Não	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		
	<b>Meta 4.1.5</b>		
	Implementar fluxo de atendimento das Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil a cada equipamento de saúde da macrorregião que realizaram a adesão a Portaria nº 2.663/2017-IAE-PI.		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Não	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		
	<b>Meta 4.1.6</b>		
	Definir 4 articuladores interfederativos até 2024 com os estados limítrofes para atuarem como referências técnicas para a saúde indígena com o objetivo de monitorar qualitativamente e avaliar os atendimentos referenciados para os estados		
	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Existente</b>	<b>Necessário</b>
		Não	Sim
	<b>União</b>	<b>Estado</b>	<b>Município</b>
	X		

Fonte: Autoria própria, 2023.

## **22. INDICADORES DE SAÚDE**

*Atualizado em 10/10/2024 conforme recomendações do Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) da Rede Materno Infantil (RAMI) e Rede de Atenção às Urgências (RAU) da Macrorregião I. A atualização foi informada na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que ocorreu em 10 de outubro de 2024.*

Indicadores são compostos por componentes de dados ou informação a partir de uma base matemática. Nessa linha, de acordo com o Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores (BAHIA, 2021), os indicadores apontam informações para controle, comunicação e melhoria da realidade observada e, de forma prática, são importantes para conhecer as necessidades e expectativas de determinados atores; facilitar o planejamento; mensurar os resultados; embasar a análise crítica do desempenho; facilitar o processo de tomada de decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos de trabalho; entre outros.

Toda a definição de indicadores tem como pré-requisito a identificação do objetivo a ser alcançado. É muito importante que haja alinhamento dos indicadores e metas com a legislação aplicável aos objetivos institucionais e aos eixos de atuação das unidades a serem analisadas.

Com base em uma lista preliminar de indicadores, devemos verificar os indicadores já monitorados; se existem indicadores determinados por leis e/ou regulamentos para observar determinada realidade; se há evidências na literatura que indiquem o uso de determinado indicador na observação de certas realidades; e se existem lacunas de medição para contemplar o acompanhamento daquilo que foi identificado como crítico para o alcance do objetivo pretendido com base nos normativos vigentes, planos estratégicos, projetos e outros instrumentos.

Os indicadores sintetizam em números uma determinada realidade, mas esse aspecto quantitativo deve ser complementado por análises e interpretações embasadas nos requisitos que ajudaram a definir o indicador, levando-se em consideração ainda mudanças de cenário, sazonalidades, *outliers* (observações que se encontram a uma distância anormal de outros valores em uma amostra), entre outras condições que podem gerar algum impacto. Por isso, é fundamental que os responsáveis pela coleta, análise e validação, definidos na formalização dos indicadores, sejam preparados para executar essas atividades.

Para qualificar o processo de seleção dos indicadores mais pertinentes e precisos ao acompanhamento da realidade da macrorregião, apresenta-se a seguir as fichas dos Indicadores de Saúde da II macrorregião.

<b>INDICADOR 1 - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional.</p> $\frac{(N^{\circ} \text{ de eSF} \times 3.450 + (N^{\circ} \text{ eAB} + N^{\circ} \text{ eSF equivalente}) \text{ em determinado local e período} \times 3.000)}{\text{Estimativa da populacional do ano anterior}} \times 100$ <p>Numerador: N° de eSF x 3.450 + (N° eAB + N° eSF equivalente ) x 3.000 em determinado local e período</p> <p>Denominador: Estimativa da populacional do ano anterior</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p> <p>Unidade de Medida: Porcentagem</p>
Observações e Limitações	Observações: Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador. É considerado para as eSF o parâmetro de 3.450, e para as equipes eAB e eSF parametrizadas é considerado o parâmetro de 3.000. Assim, é indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”. São excluídas do cálculo do indicador as equipes de Saúde da Família que apresentarem irregularidades no cadastro de profissionais no SCNES.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população.
Observações e Limitações	A principal limitação está no fato de ele mensurar a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Ele constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços na APS, e não o acesso efetivamente proporcionado.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 2 - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da APS. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  $\frac{(n^{\circ} \text{ eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} * 3.000)}{\text{Estimativa populacional}} \times 100$ <p>Numerador: ((n° eSB*3.450)+(n° eSB equivalentes*3.000)) em determinado local e período.  Denominador: população no mesmo local e período  Fator de multiplicação: 100  Unidade de Medida: Porcentagem</p>
Observações e Limitações	Limitações: Mensura a carga horária de profissionais e não o trabalho efetivamente realizado por eles. Constitui-se como meio de aferir a oferta potencial de ações e serviços de saúde bucal e não o acesso efetivamente proporcionado.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população.
Periodicidade para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 3 - COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
Objetivo/Relevância do Indicador	O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde e desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividade.

Método de cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional</p> $\frac{(n^{\circ} ACS * 575 \text{ pessoas}) \times 100}{\text{Estimativa Populacional}}$ <p>Numerador - n° ACS: Número de Agentes Comunitários de Saúde (CBO: 515105). Denominador – estimativa populacional IBGE</p> <p>Lotação: profissionais lotados em equipes da Estratégia Saúde da Família (código 01 a 03, 12 a 15, 24 a 39 e 70), Equipe de Atenção Básica (código 16 a 21 e 76) e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (código 04, 10 e 11), desde que vinculadas aos estabelecimentos de saúde instituídas em sua respectiva portaria e cadastradas no SCNES.</p> <p>Crítica da carga horária: Serão excluídos do cálculo os profissionais que tiverem registradas no SCNES quantidade de horas semanais superiores a: 44 horas de outras horas ou 60 horas ambulatoriais ou 96 horas hospitalares ou 120 horas resultantes da soma dessas categorias de horas semanais de trabalho.</p> <p>Parâmetro: Considera o valor de 575, resultado da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2017.</p> <p>Estimativa populacional: será considerada sempre a estimativa do ano anterior, e atualizada no mês de janeiro, para fins de cálculo do indicador.</p> <p>Unidade de Medida: Percentual</p>
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estimativas populacionais anuais de população.
Observações	Para fazer o cálculo da UF, região de Saúde, ou de outro bloco de municípios é necessário fazer o cálculo para cada município e depois somar tanto o numerador como o denominador. O indicador de cobertura não deve passar de 100%; caso ultrapasse este valor, então considerar no numerador a “Estimativa populacional”. São excluídos do cálculo do indicador os Agentes Comunitários de Saúde que apresentarem irregularidade por duplicidade no cadastro de profissionais no SCNES (em toda série histórica) ou suspensos por não envio de produção ao SISAB.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 4 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (E-MULTI) IMPLANTADA E MANTIDA</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Ampliar o escopo de práticas, aprimorar a resolubilidade da APS e integrar assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde. Favorece os atributos essenciais e derivados da APS, oportunizando a comunicação, integração e articulação com os outros serviços da RAS.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Número de e-Multi implantadas em determinado local e período.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
Observações/limitações	O indicador não se refere a cobertura populacional, mas sim em possuir uma equipe de referência a nível municipal. O alcance da meta não garante a resolubilidade da APS por equipe.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 5 - NÚMERO DE POLÍTICA DE COFINANCIAMENTO INSTITUÍDA COM INCENTIVO FINANCEIRO PARA A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
Objetivo/Relevância do Indicador	Ampliar o acesso e fortalecer a atenção primária por intermédio de repasse de incentivo financeiro do estado aos municípios, para manutenção das ações e serviços pertinentes a esse nível de atenção.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/ regional/ macrorregional  <i>Número de política de incentivo financeiro estadual da APS instituída, em determinado local e período.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto.
Fonte	Resolução CIB; Portaria SESAU; Diário Oficial do Estado (DOE)
Observações/limitações	O indicador limita-se à criação de uma política estadual de incentivo de financiamento para APS.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Avaliação: Anual

Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU
---------------------------------	---

<b>INDICADOR 6 - PERCENTUAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE REALIZARAM TRATAMENTO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO</b>	
Objetivo/Relevância do Indicador	Mede o quantitativo de Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem ações do Programa de Controle do Tabagismo. Mensurar a expansão do Programa de Controle do Tabagismo nas unidades de saúde da Atenção Primária.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/ macrorregional.  $\frac{\text{Número de UBS com PCT em funcionamento} \times 100}{\text{Número total de Unidades Básicas de Saúde}}$  Numerador: Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o Programa de Controle do Tabagismo (PCT) em funcionamento Denominador: Número total de Unidades Básicas de Saúde Fator de multiplicação: 100 Unidade de medida: Percentual
Fonte	CNES, Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA); Relatório Anual de Gestão (RAG), e-SUS APS.
Observações/limitações	A Planilha do INCA não possibilita a visualização do número de UBS com Programa de Tabagismo implantado, mas sim, o número de equipes que ofertam o tratamento. Este indicador não possibilita uma análise acerca do grau de implantação das ações do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde. Não contempla outras unidades de saúde que não são da Atenção Primária e que possuem o referido Programa em funcionamento.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 7 - PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE A FAIXA ETÁRIA 10 A 19 ANOS</b>	
Objetivo/Relevância do Indicador	Monitorar a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/ macrorregional</p> $\frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Numerador: Número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período  Denominador: Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.  Fator de multiplicação: 100</p>
Observações e Limitações	Tempo de fechamento do sistema de informação SINASC: 18 meses.
Fonte	SINASC
Periodicidade para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 8 - TAXA DE MORTALIDADE NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 4 ANOS POR CAUSAS EVITÁVEIS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Importante indicador para acompanhar o desenvolvimento humano em uma localidade, seja país, estado ou município, pois indica sobre as condições de vida e a assistência à saúde.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Número de óbitos de menores de 4 anos 11 e 29 dias de idade por causas evitáveis em um determinado local de residência e ano}}{\text{Número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano}} \times 1000$ <p>Numerador: número de óbitos de menores de 4 anos 11 e 29 dias de idade por causas evitáveis em um determinado local de residência e ano  Denominador: número de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano  Fator de multiplicação: 1.000</p> <p><b>OBSERVAÇÃO:</b>  Unidade de Medida: Taxa para municípios acima de 100.000 habitantes.  Número absoluto para municípios com menos de 100.000 habitantes</p>

Observações e Limitações	Parâmetro nacional de referência: O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos. Limitações: Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.
Fonte	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
Periodicidade para monitoramento e avaliação	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 9 - NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto e ainda as variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde das mulheres.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Observações e Limitações	Limitações: tempo de 14 meses para validação final no SIM. O número de mortalidade materna precisa ser comparado com o número de nascidos vivos para acompanhar sua evolução (RMM). O % de investigação de óbito em MIF e óbitos maternos em tempo oportuno precisa ser ampliado. Com a dificuldade do % de investigação em tempo oportuno gerou a necessidade do MS desenvolver um fator de correção para cálculo da RMM que só é possível para abrangência estadual e só foi viável de calcular para as regiões sul e sudeste. A comparação do número absoluto de óbitos maternos precisa ser comparada com os anos anteriores.

Periodicidade de monitoramento e avaliação	de e	Monitoramento: quadrimestral Avaliação: anual  OBS: Os dados fechados não se referem ao ano imediatamente anterior, mas sim aquele que o antecede. Isto é, 2023, os dados fechados são relativos ao ano de 2021.
Responsáveis pelo Monitoramento	pelo	CEGRAS: Atenção Materno Infantil

**INDICADOR 10 - PERCENTUAL DE EQUIPES DA APS QUE REGISTRAM CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DO PARCEIRO NO E-SUS**

Objetivo /Relevância do Indicador		Medir o percentual das equipes de Atenção Primária à Saúde realizando pré-natal do parceiro. Analisar variações geográficas e temporais na cobertura do pré-natal do parceiro, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal do parceiro. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal do parceiro.
Método de Cálculo		Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Número de equipes da APS que registram consultas de pré-natal do parceiro no E-SUS</i> <hr/> <i>Número total de equipes da APS</i> x 100  Numerador: Número de equipes da APS que registram consultas de pré-natal do parceiro no E-SUS Denominador: Número total de equipes da APS Fator de multiplicação: 100 Unidade de medida: Percentual
Fonte		e-SUS/AB e CNES
Observações/limitações		Sub-registro das consultas de pré-natal do parceiro no e-SUS.
Periodicidade de Monitoramento e Avaliação	para e	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	pelo	CEGRAS: Atenção Materno Infantil

**INDICADOR 11 - NÚMERO DE CONCURSOS PÚBLICOS MUNICIPAIS REALIZADOS**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Os concursos públicos para contratação de profissionais na Atenção Primária à Saúde visam suprir as necessidades de recursos humanos, a fim de garantir a qualidade, eficiência, transparência e continuidade dos serviços, garantindo a presença de profissionais capacitados para atender às necessidades da população de forma justa e equitativa.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional.  <i>Nº de concursos públicos realizados</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Edital publicado em Diário Oficial dos municípios
Observações/limitações	Condições orçamentárias e financeiras dos municípios Priorização da meta pelos gestores
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

**INDICADOR 12 - PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS/SUS DA APS E AAE INTEGRADOS.**

Objetivo/Relevância do Indicador	<p>Integrar 100% dos estabelecimentos/SUS da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para garantir o cuidado compartilhado na Rede Materno-Infantil e Rede de Atenção às Urgências.</p> <p>Considerando que a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) refere-se à colaboração e coordenação entre esses dois níveis de cuidados de saúde, visando oferecer um atendimento mais abrangente, eficiente e centrado no paciente, com intuito de oferecer uma gama de serviços integrados que abrangem desde a gravidez até o pós-parto, incluindo cuidados pré-natais, obstetrícia, neonatologia, pediatria e acompanhamento pós-natal, sendo a Rede de Atenção às Urgências destinado a gestantes de alto risco, sendo um sistema especializado que visa oferecer cuidados de qualidade para mulheres grávidas com condições de saúde que requerem atenção diferenciada durante a gestação, parto e pós-parto.</p>
----------------------------------	---

Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/ macrorregional  $\frac{\text{Quant. de Unidades de APS com AAE integrado}}{\text{Quantitativo total de unidades APS}} \times 100$  Percentual de estabelecimentos de APS e AAE integrados: Numerador: Quant. de Unidades de APS com AAE integrado Denominador: Quantitativo total de unidades APS Fator de multiplicação: 100 Unidade de medida: Percentual
Fonte	CNES, RAG, Secretaria de Saúde dos Municípios.
Observações/ limitações	Limitações: Necessidade de institucionalizar e integrar a fonte de coleta dos dados/instrumentos.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

<b>INDICADOR 13 - NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CONSTRUÍDAS.</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Construir unidades Básicas de Saúde de acordo com o porte populacional nos municípios da Macrorregião II.
Método de Cálculo	Método de cálculo:municipal/ regional/macrorregional  $\text{Número absoluto de Unidades Básicas de Saúde construídas nos municípios da Macrorregião II.}$  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	SISMOB,CNES e RAG
Observações/limitações	Este indicador não possibilita uma análise acerca do grau de desenvolvimento das construções das UBS. Conforme levantamento de necessidades dos municípios da Macrorregião II há necessidade da construção de 23 Unidades Básicas de Saúde.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

<b>INDICADOR 14 - NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE REFORMADAS E/OU AMPLIADAS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Realizar reformas e/ou ampliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Macrorregião II até 2027.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/regional/macrorregional  <i>Número absoluto de reformas e/ou ampliação</i>  Unidade de medida: número absoluto
Fonte:	Relatórios Quadrimestrais e RAG
Observações/limitações	Conforme levantamento de necessidades dos municípios da Macrorregião II há necessidade de reforma/ampliação de 44 Unidades Básicas de Saúde.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

<b>INDICADOR 15 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM FLUXO ESTABELECIDO PARA O ACESSO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Estabelecer um fluxo com critérios diferenciados de acesso à população privada de liberdade à APS e AAE. O estabelecimento do fluxo possibilitará a organização de serviço e garantia de acesso à população privada de liberdade.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Número de fluxo estabelecido</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Resolução CIB.
Observações/limitações	Na macrorregião II há um número insuficiente de equipes de saúde prisional.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 16 - PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSP)</b>
---

Objetivo/ Relevância do Indicador	Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. Relevância, promovendo a não internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção básica acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional e macrorregional  <i>Nº de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período</i> <hr/> <i>Total de internações clínicas, em determinado local e período.</i> x 100  Considerar a Lista CID-10 das Condições Sensíveis à Atenção Básica
Fonte	Segundo dados do SIH/SUS
Observações/limitações	Observações: Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. Limitações: O percentual, entre os meses, pode variar em função da entrada tardia de resultados de investigações
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

**INDICADOR 17- TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.
--------------------------------------	---

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/ macrorregional</p> <p>1. Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local.</p> <p>2. Para município/estado/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta: Numerador: Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local. Denominador: População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fator de multiplicação: 100.000</p>
Fonte	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
Observações/limitações	Parâmetro Nacional para Referência: Redução de 2% em relação ao ano anterior
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Mês de fechamento do banco de dados da base nacional: fevereiro, 14 meses após término do ano. Isto é, em fevereiro de 2013, os dados fechados foram relativos ao ano de 2011. Periodicidade para monitoramento: anual Periodicidade para avaliação: anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Atenção às Urgências-RAU Macrorregião II RAU

<b>INDICADOR 18 - PERCENTUAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS IMPLANTADO</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Estruturar os Sistemas Estadual de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial nas Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família (PSF) capacitando e responsabilizando a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados das demandas de urgência e emergência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional</p> <p>Numerador: Total de UBS com atendimento em urgência e emergência. Denominador: Total de Unidades Básicas de Saúde</p> <p>Fator de multiplicação: 100 Unidade de medida: Percentual</p>
Fonte	Sistema de informação municipal, prontuário eletrônico. CNES

Observações/ limitações	Equipe reduzida, período de férias, licença ou afastamento de servidores.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Atenção às Urgências-RAU

**INDICADOR 19 - PERCENTUAL DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM AÇÕES REALIZADAS VISANDO O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Melhorar as ações dos municípios no intuito de enfatizar o uso racional das medicações por meio dos dados dos pacientes que fazem acompanhamento mensalmente nas unidades.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/ macrorregional Numerador: Número de ESF que realizam ações visando uso racional de medicamentos Denominador: Número de ESF. de determinado local e período Fator de multiplicação: 100 Unidade de medida: Percentual Paciente/Quantidade de medicações/Modo de usar
Fonte	CNES, eSUS.
Observações/limitações	Capacitação dos profissionais de saúde para orientação.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

**INDICADOR 20 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM REMUME ELABORADA E PUBLICADA**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Elaborar e publicar no diário oficial dos municípios a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027
--------------------------------------	--

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/ macrorregional</p> $\frac{\text{Número de municípios com REMUME publicado} \times 100}{\text{Número Total de municípios da Macrorregião}}$ <p>Numerador: Número de municípios com REMUME elaborada e publicada  Denominador: Total de municípios da Macrorregião II.  Fator de multiplicação: 100  Unidade de medida: Percentual</p>
Fonte	Diário Oficial dos Municípios.
Observações/limitações	<p>A seleção de medicamentos da REMUME é um instrumento orientador das ações de assistência farmacêutica e terapêutica, indispensável para o uso racional de medicamentos no contexto do SUS.</p> <p>Considerando que este é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde e sua falta pode significar interrupções no tratamento, afetando a qualidade de vida do usuário e a credibilidade do serviço e do sistema de saúde como um todo. (A REMUME Deverá ser legalizada, ou seja, registrada e publicada, podendo ser por meio de Resolução municipal, aprovação na câmara de vereadores ou publicação em diário oficial)</p>
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual</p>
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 21 - NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Ampliar a dispensação de medicamentos para 100% das Unidades Básicas. Relevâncias Permite observar informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/ macrorregional</p> $\text{Número de Unidades Básicas de Saúde com dispensação de medicamentos implantada.}$ <p>Unidade de medida: Nº absoluto</p>
Fonte	Base Nacional de Dados de Ações e Serviços a Assistência Farmacêutica (Portaria MS/GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013.

Observações/limitações	O indicador mede a evolução da implantação do Sistema Hórus e do envio do conjunto de dados por meio do serviço Webservice nos municípios e nas regiões de Saúde. Sistema Hórus: Considera-se município implantado aquele que finaliza as quatro fases de adesão e está utilizando regularmente o Sistema nos estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica (farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico) para os processos de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (aquisição – distribuição – dispensação). Fase de adesão: 1ª FASE: Cadastro de Adesão – Questionário com o objetivo de identificar como os municípios estão estruturados (mobiliário, equipamentos, recursos humanos) e seu interesse em aderir ao Sistema Hórus. 2ª FASE: Termo de Adesão – Oficializa a adesão e os compromissos do gestor federal, estadual e municipal com o Sistema Hórus. 3ª FASE: Capacitação – Objetiva preparar os profissionais para utilização do Sistema Hórus. 4ª FASE: Disponibilização e Implantação do Sistema Hórus – Liberação da senha para implantação do Sistema Hórus. Serviço Webservice: A transmissão do conjunto de dados por meio do serviço Webservice, para os municípios, os estados e o DF, caso optem por solução informatizada própria, deve atender ao disposto na Portaria MS/GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que institui a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 22 - PERCENTUAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE QUE REALIZAM ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, em tempo oportuno, atendendo suas necessidades e aprimorando a política de atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/regional/macrorregional:</p> $\frac{\text{Número de UBS que realizam a administração de medicamentos, em determinado local e período}}{\text{Total de Unidades Básicas de Saúde, no mesmo local e período}} \times 100$ <p>Numerador: Percentual de Unidades Básicas de Saúde que realizam a administração de medicamentos, em determinado local e período. Denominador: Total de Unidades Básicas de Saúde, no mesmo local e período. Fator de Multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual</p>
Fonte	e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/ limitações	Sub-registro do procedimento individualizado de administração de medicamentos, no sistema e-SUS APS.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

**INDICADOR 23 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA IMPLANTADO**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Ampliar a implantação do registro das dispensações medicamentosas no Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica. Ferramenta tecnológica utilizada para auxiliar os gestores de saúde na qualificação da assistência farmacêutica, bem como na transparência dos serviços prestados, tendo em vista as diretrizes traçadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo municipal/regional/macrorregional:</p> $\text{Nº de municípios com o Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica implantado, em determinado local e período.}$ <p>Unidade de medida: Número absoluto</p>

Fonte	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e outros sistemas de informação farmacêuticos locais.
Observações/limitações	O indicador mede a evolução da implantação do sistema de informação da assistência farmacêutica nos municípios.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

<b>INDICADOR 24 - PROPORÇÃO DE PARTO CESARIANO REALIZADO</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse e possibilita subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção integral à saúde das mulheres e das crianças.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional / macrorregional  $\frac{\text{Número de nascidos vivos por partos cesáreos ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano.}}{100} \times$ <p><i>Número total de nascidos vivos de todos os partos de mães residentes, no mesmo local e período.</i></p> <p>Fator de Multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual</p>
Fonte	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Observações/ limitações	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, como o modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços). Não é possível identificar se o parto cesáreo realizado possui ou não indicação clínica.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 25 - NÚMERO DE CENTRO REGIONAL ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL (CREAMI) IMPLANTADO</b>	
Objetivo/Relevância do Indicador	Assegurar o acesso da gestante e da criança de alto risco a especialistas, com apoio da equipe multiprofissional e em conformidade com o modelo de atenção às condições crônicas (MACC), visando a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) articulando os diferentes níveis de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Nº de CREAMI implantado em determinado local e período.</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub-cadastro.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 26 - NÚMERO DE LEITOS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) IMPLANTADOS**

Objetivo/Relevância do Indicador	Ampliar e garantir o acesso, acolhimento dos neonatos a serviços essenciais, para a melhoria do cuidado e à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional:  <i>Nº de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) implantados, em determinado local e período.</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub-cadastro.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 27 - NÚMERO DE LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) IMPLANTADOS**

Objetivo/Relevância do Indicador	Ampliar e garantir o acesso, acolhimento dos neonatos a serviços essenciais, para a melhoria do cuidado e à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido.  O Cuidado Intermediário é uma etapa bem delimitada para o grupo de recém-natos que não requer cuidados intensivos desde sua internação ou que já superou seu período crítico, mas ainda não tem condições de alta hospitalar.
----------------------------------	---

Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional.  <i>Nº de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINco) implantados, em determinado local e período.</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub cadastro.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Anual Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 28 - NÚMERO DE LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA) IMPLANTADOS**

Objetivo/ Relevância do indicador	Garantia do acesso, para a melhoria do cuidado e para a redução da morbimortalidade neonatal. O método canguru, promove o cuidado com o rn (recém-nascido) de baixo peso de forma progressiva em três etapas: a primeira tem início no pré-natal da gestação que necessita de cuidados especializados e tem continuidade na internação do rn pré-termo na utin e/ou ucinco. Na segunda etapa, realizada na ucinca, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe que participa ativamente dos cuidados do filho e é estimulada a permanecer com o bebê na posição canguru o maior tempo possível. Na terceira etapa, o bebê é acompanhado de forma compartilhada no ambulatório do mc no hospital de origem e na unidade básica de saúde (ubs), até atingir o peso de 2.500 g.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Nº de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca) implantados, em determinado local e período.</i>  Unidade de medida: Número absoluto

Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub cadastro.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 29 - NÚMERO DE LEITOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GAR) IMPLANTADOS</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>Implantar leitos GAR (Gestação de Alto Risco), de acordo com a necessidade regional, destinados a acompanhar a evolução do parto de gestantes de alto risco, com garantia ao acesso regulado à maternidade/hospital de referência.</p> <p>Necessidade de organização e melhoria da qualidade de atenção à saúde na gestação de alto risco objetivando a redução da morbimortalidade materna e neonatal.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional</p> <p style="text-align: center;"><i>Nº de leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) implantados em determinado local e período.</i></p> <p>Unidade de medida: Número absoluto</p>
Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub cadastro
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS: Atenção Materno Infantil

**INDICADOR 30 - NÚMERO DE CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) IMPLANTADO**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para o parto, promovendo uma abordagem mais humanizada e menos medicalizada do parto. Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, fora de estabelecimento hospitalar, que presta assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. São projetados especificamente para oferecer assistência a gestantes que desejam o parto de forma natural, sem intervenções médicas desnecessárias.
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/regional/macrorregional:  <i>Nº de Centro de Parto Normal (CPN) Implantado, em determinado local e período.</i>  Unidade de medida: Número absoluto
Fonte	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Observações/limitações	CNES desatualizado ou Sub cadastro
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 31 - NÚMERO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL IMPLANTADO**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Ampliar/Implementar o número de unidades de saúde para referência aos atendimentos às mulheres em situação de violência sexual.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/estadual/regional  <i>Número de serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual ampliados/implantados.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	Fragilidade no planejamento em saúde, dificuldades operacionais( CNES desatualizado); Estruturação e manutenção destes serviços em redes é uma tarefa que exige esforços de articulação técnica e política.

Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Secretarias Municipais de Saúde.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU.

**INDICADOR 32 - NÚMERO DE SERVIÇO DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ALTA COMPLEXIDADE PARA GESTANTE E PUÉRPERA DE ALTO RISCO IMPLANTADO**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Implantar o serviço de referência Hospitalar em Alta Complexidade para gestante e puérpera de alto risco na Macrorregião II.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregião  <i>Número absoluto de hospitais que são referência para atendimento à GAR.</i>  Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas. Leitos GAR (gestação de alto-risco): 10% do total de leitos obstétricos. Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança; Regionalização da Atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local; Regulação de acesso.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Secretaria de Saúde dos municípios.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 33 - NÚMERO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) REGIONAL IMPLANTADO</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) regionalizado.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Número de Serviços Móvel de Urgência (SAMU 192) regional implantado</i>  Unidade de Medida: número absoluto e percentual.
Observações e Limitações	As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.  O SAMU propõe um modelo de assistência padronizado que opera através do acionamento à Central de Regulação das Urgências, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); MS-SAS; Secretaria de Saúde dos Municípios; MS-SAS.  Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012/MS.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral.  Avaliação: Anual.
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 34 - NÚMERO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 H HABILITADA</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Implantar Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h.

Método de Cálculo	Método de cálculo municipal/regional/macrorregional  <i>Número de Serviços UPA (24 horas) implantado.</i>  Demanda ao serviço com uma base populacional de uma área geográfica definida (área de cobertura do serviço). Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas; Regulação de acesso pela Central de Regulação das Urgências – 192.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); Secretaria de Saúde dos Municípios.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Urgências e Emergências.

<b>INDICADOR 35 - NÚMERO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO (POLICLÍNICA) IMPLANTADO, COM AS CINCO SUBESPECIALIDADES PARA A ÁREA DE PEDIATRIA</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Implantar Serviço de Atenção Ambulatorial Especializado nas cinco subespecialidades para a área de pediatria.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional  <i>Número de Serviço de Atenção Ambulatorial Especializado implantado, nas cinco subespecialidades para a área de pediatria</i>  Unidade de Medida: Número Absoluto.

Observações e Limitações	<p>A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (Conass-MS/SAS/2007. Cabe aos gestores de saúde a organização da média complexidade adotando critérios que levem em conta a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais, capacidade clínica e resolutiva, diagnóstico e terapêutico respectivamente, complexidade e custo dos equipamentos, economias de escala, abrangência de cada tipo de serviço e por fim métodos e técnicas exigidas para a promoção das ações (NOAS-SUS 01/01). No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS. Contribui na avaliação da adequação do acesso a atenção de média complexidade, segundo as necessidades da população atendida. A oferta de serviços reflete a disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como os critérios técnico-administrativos.</p>
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); SESAU-RO/Secretaria de Saúde dos Municípios.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 36 - NÚMERO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (CRUE) IMPLANTADA</b>	
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/regional/macrorregional</p> <p><i>Número de Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) implantado.</i></p> <p>Unidade de Medida: Número absoluto.</p>

Observações e Limitações	A Central de Regulação de Urgências e Emergências (CRUE) busca melhorar o acesso da população aos serviços especializados de saúde. Os Planos de Atenção Integral às Urgências deverão explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que compõem a rede de atenção e o sistema de referência e contra-referência, além da implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002a). Cabe à esfera de governo estadual, dentro de suas macro funções de regulação e cooperação, o papel de coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos. Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria MS/GM nº 2.048/ 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), integrado ao Complexo Regulador permitindo, assim, que as ações estejam em conformidade com os fluxos predeterminados.
Fonte	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); SESAU/RO.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Rede de Atenção às Urgências-RAU

<b>INDICADOR 37 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE OFERTAM EXAMES LABORATORIAIS PARA GESTANTES DE RISCO HABITUAL</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Contribuir para avaliação da qualidade dos atendimentos de pré-natal ofertados pela Atenção Básica; Contribuir para que possam pensar no processo de trabalho, ofertando a gestante o acesso aos exames preconizados no pré-natal de risco habitual; Contribuir para que a equipe realize diagnóstico precoce de alterações e intervenção necessárias às gestantes em tempo oportuno.

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Número de municípios com oferta de exames laboratoriais para gestante de risco habitual}}{\text{Total de municípios da Macrorregião II}} \times 100$ <p>Numerador: Número de municípios com oferta de exames laboratoriais para gestante de risco habitual de acordo com o protocolo. Denominador: Total de municípios da Macrorregião II Fator de Multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual.</p>
Observações e Limitações	<p>Viabilidade de recursos financeiros para ampliação da oferta de exames laboratoriais às gestantes durante o pré natal de risco habitual. Limitação: Os códigos de procedimentos do SIA/SUS relacionados aos exames laboratoriais não fazem distinção por subpopulação (código único).</p>
Fonte	<p>Tabnet/Datasus; SISAB, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) Secretaria Municipal de Saúde</p>
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual.</p>
Responsável pelo Monitoramento	<p>CEGRAS: Atenção Materno Infantil.</p>

<b>INDICADOR 38 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE OFERTAM EXAMES DE IMAGEM PARA GESTANTES DE RISCO HABITUAL</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>Contribuir para avaliação da qualidade dos atendimentos de pré-natal ofertados pela Atenção Básica; Contribuir no processo de trabalho, ofertando à gestante o acesso aos exames preconizados no pré-natal de risco habitual; Contribuir para que a equipe realize diagnóstico precoce de alterações e intervenção necessárias às gestantes em tempo oportuno.</p>

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Número de municípios com oferta de exames de imagem para gestante de risco habitual}}{\text{Total de municípios da Macrorregião II}} \times 100$ <p>Numerador: Número de municípios com oferta de exames de imagem para gestante de risco habitual de acordo com o protocolo. Denominador: Total de municípios da Macrorregião II Fator de Multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual.</p>
Observações e Limitações	Viabilidade de recursos financeiros para ampliação da oferta de exames de imagem às gestantes durante o pré natal de risco habitual. Falta de profissionais responsáveis pela realização e laudo dos exames de imagem.
Fonte	Tabnet/Datasus; Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil

<b>INDICADOR 39- NÚMERO DE LABORATÓRIO CENTRAL IMPLANTADO</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação diagnóstica; Responsável por habilitar laboratórios integrados à rede estadual; Contribuir para Vigilância epidemiológica. Atuar como Laboratório de Referência Regional para os diagnósticos laboratoriais de alguns agravos.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\text{Nº de laboratórios Central implantados em um determinado local e período}$ <p>Unidade de Medida: Número Absoluto.</p>
Observações e Limitações	Viabilização para a implantação do LACEN.
Fonte	CNES/DATASUS
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências-RAU

**INDICADOR 40 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO II QUE  
ALCANÇARAM 95% DE COBERTURA DA 3ª DOSE DE PENTAVALENTE**

<p>Objetivo/ Relevância do Indicador</p>	<p>A vacinação é uma intervenção de elevado benefício, pois tem contribuído para o avanço na prevenção, no controle, na eliminação e na erradicação de doenças imunopreveníveis. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação nos últimos anos.</p> <p>A vacina Pentavalente, previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B;</p>
<p>Método de Cálculo</p>	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Nº de municípios com coberturas da 3ª dose de pentavalente acima de 95\%}}{\text{Total de municípios da Macrorregião}} \times 100$ <p>Numerador: Nº de municípios com coberturas da 3ª dose de pentavalente acima de 95% Denominador: Total de municípios da Macrorregião. Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual.</p>
<p>Fonte</p>	<p>Sistema de Informação do Ministério da Saúde-SIPNI Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC</p>
<p>Observações/ limitações</p>	<p>Observação: Os municípios devem inserir os dados das vacinas aplicadas no e-SUS e ou SIPNI em tempo oportuno dos imunobiológicos aplicados, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde. Devem utilizar os dados locais, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenções adequadas. A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada deverá obedecer ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado do Ministério da Saúde.</p> <p>Limitações: Transição de sistema; Eventuais falhas na inserção de dados no sistema e Fragilidade internet.</p>
<p>Periodicidade para Monitoramento e Avaliação</p>	<p>Monitoramento: Quadrimestral</p> <p>Avaliação: Anual</p>

Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.
------------------------------------	-----------------------------------

<b>INDICADOR 41 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO II QUE ALCANÇARAM 95% DE COBERTURA DA 2ª DOSE DE PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>A vacinação é uma intervenção de elevado benefício, pois tem contribuído para o avanço na prevenção, no controle, na eliminação e na erradicação de doenças imunopreveníveis. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação nos últimos anos.</p> <p>A vacina Pneumocócica 10-valente, previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil;</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Nº de municípios com coberturas da 2ª dose de Pneumocócica 10-valente acima de 95\%} \times 100}{\text{Total de municípios da Macrorregião}}$ <p>Numerador: Nº de municípios com coberturas da 2ª dose de pneumocócica 10-valente acima de 95%  Denominador: Total de municípios da Macrorregião.  Fator de multiplicação: 100  Unidade de Medida: Percentual.</p>
Fonte	Sistema de Informação do Ministério da Saúde-SIPNI Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC
Observações/ limitações	<p>Observação: Os municípios devem inserir os dados das vacinas aplicadas no e-SUS e ou SIPNI em tempo oportuno dos imunobiológicos aplicados, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde. Devem utilizar os dados locais, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenções adequadas. A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada deverá obedecer ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado do Ministério da Saúde.</p> <p>Limitações: Transição de sistema; Eventuais falhas na inserção de dados no sistema e Fragilidade internet.</p>

Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

INDICADOR 42 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO II QUE ALCANÇARAM 95% DE COBERTURA DA 3ª DOSE DE POLIOMIELITE	
Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>A vacinação é uma intervenção de elevado benefício, pois tem contribuído para o avanço na prevenção, no controle, na eliminação e na erradicação de doenças imunopreveníveis. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação nos últimos anos.</p> <p>A vacina inativada poliomielite, para a prevenção da doença poliomielite, em fase de erradicação global.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Nº de municípios com coberturas da 3ª dose de Poliomielite acima de 95\%} \times 100}{\text{Total de municípios da Macrorregião}}$ <p>Numerador: Nº de municípios com coberturas da 3ª dose de Poliomielite acima de 95% Denominador: Total de municípios da Macrorregião. Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual.</p>
Fonte	Sistema de Informação do Ministério da Saúde-SIPNI Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC

Observações/ limitações	<p>Observação: Os municípios devem inserir os dados das vacinas aplicadas no e-SUS e ou SIPNI em tempo oportuno dos imunobiológicos aplicados, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde. Devem utilizar os dados locais, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenções adequadas. A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada deverá obedecer ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado do Ministério da Saúde.</p> <p>Limitações: Transição de sistema; Eventuais falhas na inserção de dados no sistema e Fragilidade internet.</p>
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	<p>Monitoramento: Quadrimestral</p> <p>Avaliação: Anual</p>
Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 43 - NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO II QUE  
ALCANÇARAM 95% DE COBERTURA DA 1ª DOSE DE TRÍPLICE VIRAL**

Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>A vacinação é uma intervenção de elevado benefício, pois tem contribuído para o avanço na prevenção, no controle, na eliminação e na erradicação de doenças imunopreveníveis. As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação nos últimos anos.</p> <p>A vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo, caxumba e rubéola. Existe o compromisso de eliminação do sarampo e rubéola na região das Américas.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Nº de municípios com coberturas da 1ª dose de Tríplice Viral acima de 95\%} \times 100}{\text{Total de municípios da Macrorregião}}$ <p>Numerador: Nº de municípios com coberturas da 1ª dose de Tríplice Viral acima de 95%</p> <p>Denominador: Total de municípios da Macrorregião.</p> <p>Fator de multiplicação: 100</p> <p>Unidade de Medida: Percentual.</p>

Fonte	Sistema de Informação do Ministério da Saúde-SIPNI Sistema de Informação de Nascidos Vivos-SINASC
Observações/ limitações	Observação: Os municípios devem inserir os dados das vacinas aplicadas no e-SUS e ou SIPNI em tempo oportuno dos imunobiológicos aplicados, de acordo com as normas vigentes do Ministério da Saúde. Devem utilizar os dados locais, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenções adequadas. A idade adequada para aplicação de cada vacina selecionada deverá obedecer ao Calendário Nacional de Vacinação atualizado do Ministério da Saúde. Limitações: Transição de sistema; Eventuais falhas na inserção de dados no sistema e Fragilidade internet.
Periodicidade para Monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral  Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento no	CEGRAS Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 44 - PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AO CLORO RESIDUAL LIVRE, TURBIDEZ, COLIFORMES TOTAIS/ ESCHERICHIA COLI**

Objetivo/ Relevância do Indicador	A vigilância da qualidade da água para consumo humano guarda estreita relação entre vigilância em saúde ambiental e a vigilância epidemiológica das doenças de veiculação hídrica, bem assim com a APS responsável pela detecção, notificação e assistência a esses agravos, possibilitando a verificação da adequação do tratamento para a inativação de agentes patogênicos, sinalizando para a necessidade da intensificação do uso do hipoclorito de sódio para o tratamento doméstico da água de consumo, bem como para adequação dos sistemas de abastecimento de água..
--------------------------------------	--

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Total de amostras obrigatórias para o parâmetro cloro residual livre, turbidez, coliformes totais}}{\text{Escherichia coli, no período considerado.}} \times 100$ <p>Numerador: Total de amostras examinadas para o parâmetro cloro residual livre, turbidez, coliformes totais  Denominador: Escherichia coli, no período considerado.  Fator de multiplicação: 100.</p>
Observações e Limitações	<p>Recomenda-se que os municípios alimentem regularmente a base de dados nacional, de acordo com as normativas vigentes, e que também utilizem seus dados locais, de forma a dar melhor visibilidade à dinâmica de seu quadro epidemiológico, em tempo oportuno, propiciando, quando necessária, a implementação de medidas de intervenção adequadas. As análises de cloro e turbidez são realizadas pelos municípios, sendo necessária a aquisição dos insumos para realização dessas análises. As análises de coliformes totais/ Escherichia coli são realizados pelo LACEN-RO, distando aproximadamente de 800 km de vários municípios, sendo a distância um fator limitante para envio das amostras.</p>
Fonte	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 45 - PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS (MÉDICOS E ENFERMEIROS) DA APS E AAE CAPACITADOS EM ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>A qualificação da atenção às gestantes, puérperas e crianças no sentido de prevenir a morbimortalidade materna e infantil é uma prioridade nacional e aponta para a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. O Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha instituída em 2011, fomenta a ampliação do acesso, acolhimento, resolutividade e a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país.</p>

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais capacitados em assistência pré-natal}}{\text{n}^\circ \text{ profissionais cadastrados no CNES das APS e AAE}} \times 100$ <p>Numerador: N° de profissionais capacitados em assistência pré-natal.  Denominador: Total de profissionais cadastrados no CNES das Unidades da APS e AAE  Fator de multiplicação:100  Unidade de Medida: Percentual.</p>
Observações e Limitações	<p>A captação precoce da gestante é de fundamental importância, pois possibilita a identificação de eventuais fatores de risco e intervenções em tempo oportuno, como também para o cumprimento do n° de consultas recomendadas pelo MS. A equipe deve manter o cadastro atualizado das mulheres de idade fértil residentes no território de abrangência, acompanhando-as sistematicamente, de forma a identificar as mulheres com suspeita de gravidez.</p>
Fonte	Planilha consolidada das listas de frequências.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS:I Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 46 - PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS (MÉDICOS E ENFERMEIROS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE-APS CAPACITADOS EM URGÊNCIAS DA APS**

<p>Objetivo/ Relevância do Indicador</p>	<p>A APS efetiva é capaz de absorver e resolver a grande maioria dos problemas que se apresentam nos cuidados primários, sem encaminhamento a outro nível do sistema de atenção à saúde. (Mendes, 2015). Na Rede de Atenção à Saúde-RAS a APS tem suas funções ampliadas, cumprindo três funções: resolutiva, coordenadora de ordenar fluxos e contrafluxos da pessoa usuária e de responsabilização pela saúde da população usuária adstrita. (Mendes, 2015).</p> <p>O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, as unidades da APS. (MS, 2015). A Portaria 2.048/GM de 2002, já retrata sobre a necessidade de atendimento imediato, na atenção básica de saúde, dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, seja de natureza clínica, psiquiátrica ou mesmo traumática. Para a classificação de risco geral dos casos de demanda espontânea na atenção Básica será utilizado o caderno 28, volume II.</p>
<p>Método de Cálculo</p>	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{Nº de profissionais capacitados em urgência na APS}}{\text{Total de profissionais cadastrados no CNES na APS}} \times 100$ <p>Numerador: Nº de profissionais capacitados em urgência na APS. Denominador: Total de profissionais cadastrados no CNES das Unidades da APS. Fator de multiplicação:100 Unidade de Medida: Percentual.</p>
<p>Observações e Limitações</p>	<p>A APS constitui a primeira porta de entrada da pessoa usuária na rede de atenção à Saúde, geralmente o primeiro ponto de contato, portanto, é necessário estar organizada para acolher de acordo com a necessidade da pessoa usuária.</p> <p>Limitações: CNES desatualizado ou Sub cadastro</p>
<p>Fonte</p>	<p>Planilha consolidada das listas de frequências. CNES desatualizado ou Sub cadastro</p>
<p>Periodicidade para monitoramento e Avaliação</p>	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual</p>
<p>Responsável pelo Monitoramento</p>	<p>CEGRAS:Rede de Atenção às Urgências-RAU.</p>

**INDICADOR 47 - NÚMERO DE OFICINAS DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO REALIZADA**

Objetivo/ Relevância do Indicador	As boas práticas além de possibilitarem o repensar do modelo obstétrico e contribuir para organizar a atenção à saúde materno infantil a fim de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, estimulam o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Nº de Oficinas realizadas em determinado local e período.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto de oficinas..
Observações e Limitações	As capacitações irão contribuir na atualização de conhecimentos técnicos, habilidades e atitudes da equipe para assistência ao parto e nascimento nas maternidades e hospitais de ocorrência de partos. CNES desatualizado ou Sub cadastro.
Fonte	Planilha de frequência CNES desatualizado ou Sub cadastro
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

<b>INDICADOR 48 - PERCENTUAL DE MÉDICOS E ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CAPACITADOS EM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Os fatores de risco gestacionais são condições ou aspecto biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade. A maioria desses fatores e determinantes já está presente na vida da mulher em idade fértil, antes mesmo da gestação , devendo ser mapeados e abordados. A estratificação de risco gestacional é um instrumento que tem como objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança, também leva a conhecer a complexidade clínica e sociofuncional da gestação, o que possibilita a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando a uma gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual. (Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada).

Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> <p><i>Nº de profissionais da APS (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco gestacional</i></p> $\frac{\quad}{\text{Nº total de profissionais da APS (médicos e enfermeiros)}} \times 100$ <p>Numerador: Nº de profissionais das Equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco gestacional.  Denominador: Total de profissionais Equipe da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros).  Fator de multiplicação: 100  Unidade de Medida: Percentual</p>
Observações e Limitações	<p>A captação precoce da gestante é de fundamental importância, pois possibilita a identificação de eventuais fatores de risco e intervenções em tempo oportuno. A equipe deve manter o cadastro atualizado das mulheres de idade fértil residentes no território de abrangência, acompanhando-as sistematicamente, de forma a identificar as mulheres com suspeita de gravidez. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser capazes de investigar e identificar os sinais e sintomas durante as visitas domiciliares. A qualificação continuada da estratificação de risco dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde se dá devido à rotatividade de pessoal e poderá sempre que houver necessidade. A capacitação em estratificação de risco poderá ocorrer também por meio de matriciamentos da equipe da AAE a APS sempre que identificado equívocos na estratificação de risco.</p> <p>Limitações: CNES desatualizado ou Sub cadastro.</p>
Fonte	Planilha consolidada das listas de frequências.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.

**INDICADOR 49 - PERCENTUAL DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CAPACITADOS EM ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS.**

<p>Objetivo/ Relevância do Indicador</p>	<p>A estratificação de risco cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua do crescimento e o desenvolvimento da criança, identificando precocemente as situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessários para sua proteção. Também por meio da estratificação há o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da criança, possibilitando a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, oferecendo a criança de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados, se comparada com a criança de risco habitual. A estratificação de risco nunca pode ser compreendida de maneira reduzida a um simples check list classificatório. Ela reflete um contexto multidimensional de fatores que podem determinar a saúde e a vida da criança e remete a intervenções amplas e multifatoriais, para proteger e promover a potencialidade do seu crescimento e desenvolvimento. O acompanhamento da criança é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando necessário.</p>
<p>Método de Cálculo</p>	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais da APS (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco da criança}}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais da APS (médicos e enfermeiros)}} \times 100$ <p>Numerador: N° de profissionais das Equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco da criança. Denominador: Total de profissionais Equipe da Atenção Primária à Saúde. (médicos e enfermeiros). Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual</p>
<p>Observações e Limitações</p>	<p>As capacitações de forma contínua em estratificação de risco dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde se dá devido a rotatividade de pessoal; A capacitação em estratificação de risco poderá ocorrer uma vez por ano presencial com todos profissionais médicos e enfermeiros da APS, ou sempre que houver necessidade e/ou por alteração no instrumento utilizado. A capacitação em estratificação de risco poderá ocorrer também por meio de matriciamentos da equipe da AAE a APS sempre que identificado equívocos na reestratificação de risco. Limitações: CNES desatualizado ou Sub cadastro</p>
<p>Fonte</p>	<p>Planilha consolidada das listas de frequências.</p>
<p>Periodicidade para monitoramento e Avaliação</p>	<p>Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual</p>

Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil.
--------------------------------	-----------------------------------

<b>INDICADOR 50 - PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CAPACITADOS EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Capacitar 100 % das equipes da Atenção Primária à Saúde em Planejamento Reprodutivo com enfoque e discussão de temas variados. Dentre os direitos sexuais e direitos reprodutivos, o planejamento reprodutivo aparece com destaque, já que implica no respeito à liberdade e autonomia das pessoas para decidir de forma livre e responsável se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais da APS (médicos e enfermeiros) capacitados em planejamento reprodutivo}}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais da APS (médicos e enfermeiros)}} \times 100$ <p>Numerador: N° de profissionais das Equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) capacitados em Planejamento Reprodutivo Denominador: Total de profissionais da Equipe da Atenção Primária à Saúde. Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual</p>
Observações e Limitações	<p>Observações: Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (Plataforma de Ação do Cairo apud Brasil, 2005).</p> <p>Limitações: CNES desatualizado ou Sub cadastro</p>
Fonte	Planilha consolidada das listas de frequências.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil .

**INDICADOR 51 - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS SEDE DE REFERÊNCIA REGIONAL QUE REALIZARAM A ADESÃO A PORTARIA 2.663/2017 – IAE-PI.**

Objetivo/ Relevância do Indicador	<p>Garantir incentivo financeiro para os equipamentos pactuados.</p> <p>Ao buscar a adesão de todos os municípios sedes de referência regional, a meta visa criar um padrão uniforme na aplicação dos critérios de repasse de incentivo financeiro. Isso promove eficiência e coesão nas práticas de gestão, evitando disparidades e assegurando que todos os municípios envolvidos sigam as mesmas diretrizes. A Portaria Nº 2.663/2017 – IAE-PI define critérios para o repasse de incentivo financeiro, e a adesão universal dos municípios garante que todos eles tenham acesso igualitário a recursos financeiros destinados à atenção especializada. Isso contribui para a equidade no financiamento da saúde, assegurando que as áreas de referência regional recebam os recursos necessários para atender às demandas específicas da população. O repasse de incentivos financeiros de acordo com critérios estabelecidos pode resultar na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos.</p>
Método de Cálculo	<p>Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional</p> <p>Numerador: nº de equipamentos de saúde da sede de referência regional que realizaram a adesão a PT 2663/2017 –IAE-PI Denominador: nº de equipamentos da sede de referência regional elegíveis a adesão a PT 2663/2017 – IAE-PI Fator de multiplicação: 100 Unidade de Medida: Percentual</p>
Observações e Limitações	CNES, SISMAC
Fonte	Garantir o consenso entre os Estados. Sistema de informação com fragilidade na identificação étnica.
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

**INDICADOR 52 - NÚMERO DE COMISSÃO TÉCNICA MACRORREGIONAL  
INSTITUÍDA**

Objetivo/ Relevância do Indicador	Acompanhamentos e monitoramentos contínuo, regular e sistemático dos acessos a atenção especializada da população indígena, garantindo a equidade do usuário e condições socioculturais dos povos originários. Envolver profissionais com experiências consolidadas, técnicos estaduais, municipais e dos DSEIs. Ter um profissional de referência para tratar sobre o acompanhamento e monitoramentos do acesso à atenção especializada. Constituir técnicos de referência para acompanhar e monitorar o acesso à atenção especializada dos povos indígenas nas esferas de poder das macrorregiões.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Número de comissão técnica macrorregional instituída com a composição das regiões de saúde de Rondônia</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	Não se aplica
Fonte	Resoluções CIR e CIB - RO
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

<b>INDICADOR 53 - NÚMERO DE FLUXO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA COM CRITÉRIOS DIFERENCIADOS E EQUÂNIMES ELABORADOS NA RAU E RAMI</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Estabelecer fluxo de acessos a uma regulação equânime aos equipamentos das macrorregiões de saúde, contudo garantindo a integralidade e continuidade da assistência à saúde e garantindo a integralidade e continuidade da assistência à saúde.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Número de fluxo da atenção especializada com critérios diferenciados e equânimes elaborados na RAU e RAMI aprovados em CIB.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	Ao estabelecer fluxo não é garantia que ele será implementado nos equipamentos de saúde.
Fonte	Resolução CIB RO
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral Avaliação: Anual
Responsável pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

<b>INDICADOR 54 - NÚMERO DE FLUXOS INTERFEDERATIVOS ESTABELECIDOS DE ACESSO ÀS REDES DE RAMI E RAU</b>	
Objetivo/ Relevância Indicador	do Agir de forma sinérgica, organizando as especificidades da população indígena atendida junto aos DSEIs, para que estes tenham acesso a RAU e RAMI. O DSEI de Porto Velho e Vilhena possuem toda sua estrutura de CASAI situada no estado de Rondônia, porém em seu cadastro há indígenas que não são moradores de Rondônia dessa forma se faz necessário que os indígenas que são cadastrados tenham acesso a rede RAU e RAMI dos equipamentos em Rondônia devido ao fluxo de referência da saúde indígena.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Número de fluxo interfederativo dos Estados limítrofes a Rondônia.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações Limitações	e Garantir o consenso entre os Estados. Sistema de informação com fragilidade na identificação étnica.
Fonte	Resoluções CIR e CIB - RO
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

<b>INDICADOR 55 - NÚMERO DE FLUXOS IMPLEMENTADOS DE ATENDIMENTO NA RAU E RAMI</b>	
Objetivo/ Relevância Indicador	do Criar e implementar um fluxo organizado e estruturado de atendimento para a RAMI e RAU em cada equipamento de saúde que aderiu à Portaria 2663/2017. Isso implica na definição clara de procedimentos, responsabilidades e etapas no atendimento a mulheres, crianças e usuários do subsistema de saúde indígena. Implementar fluxos de atendimento em cada equipamento de saúde da macrorregião ajuda a reduzir disparidades regionais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. Garantir que cada unidade siga procedimentos padronizados contribui para a equidade no atendimento, independentemente da localização geográfica. A instalação de fluxos estruturados pode aumentar a eficiência operacional nas unidades de saúde, otimizando os recursos disponíveis e proporcionando um atendimento mais ágil e coordenado.

Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Total de fluxos da RAU e RAMI plantados nos equipamentos da RAU e RAMI.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	Garantir o consenso entre os Estados. Sistema de informação com fragilidade na identificação étnica
Fonte	CNES e SISMAC
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

<b>INDICADOR 56 - NÚMERO DE ARTICULADOR INTERFEDERATIVO PARA OS ESTADOS DEFINIDOS EM CIB.</b>	
Objetivo/ Relevância do Indicador	Objetivo principal é definir quatro articuladores inter federativos até 2024 que atuarão como referências técnicas para a saúde indígena. Esses profissionais desempenharão um papel crucial no monitoramento quali-quantitativo e na avaliação dos atendimentos referenciados para os estados, com foco específico nas populações indígenas. Estabelecer articuladores interfederativos envolve a criação de parcerias entre diferentes níveis de governo (federal, estadual e, possivelmente, municipal) para coordenar esforços na saúde indígena. Essa colaboração é fundamental para garantir uma abordagem integrada e eficiente. A meta se destaca ao abordar não apenas a prestação direta de serviços, mas também a avaliação dos atendimentos referenciados para os estados. Isso permite uma análise mais aprofundada do impacto e efetividade das referências, garantindo que os pacientes indígenas recebam cuidados adequados e de qualidade. Viabilizar encaminhamentos para macrorregiões quando for necessário.
Método de Cálculo	Método de cálculo: municipal/ regional/macrorregional  <i>Número de articuladores interfederativos dos estados definidos.</i>  Unidade de Medida: Número absoluto
Observações e Limitações	Garantir o consenso entre os Estados. Sistema de informação com fragilidade na identificação étnica.
Fonte	Resoluções: CIB Interestadual e interfederativa
Periodicidade para monitoramento e Avaliação	Monitoramento: Quadrimestral. Avaliação: Anual
Responsáveis pelo Monitoramento	CEGRAS: Atenção Materno Infantil e Rede de Atenção às Urgências das Macrorregiões I e II.

## 23. PAINEL DE MONITORAMENTO E O MONITORAMENTO

A estrutura de organização do Painel de Monitoramento e a prática de Monitoramento se fundamenta nas bases da elaboração dos PRMS. Procurou-se apresentar metodologia simples e exequível, alinhada e não conflitante com outros instrumentos de monitoramento utilizados na gestão do SUS, particularmente com o painel proposto no documento “Diretrizes Metodológicas para o Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS” apoiado pelo HAOC. A essência do desenho proposto segue a seguinte ideia:

1. As prioridades definidas se desdobrarão em diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI). Cada prioridade poderá se desdobrar em uma ou mais diretrizes, estas em um ou mais objetivos, que por sua vez poderão conter uma ou mais metas, cada uma com seu respectivo indicador;
2. O desempenho será medido pela relação entre o Indicador e a Meta estabelecidos, podendo resultar em um indicador numérico ou categórico. O indicador numérico se apresenta como um valor (a razão de mortalidade materna, por exemplo), caso esta seja a forma escolhida para sintetizar a condição a ser descrita. O indicador categórico resume a situação de forma qualitativa (a maneira mais simples seria pelas categorias ‘sim’ ou ‘não’). Tanto um tipo quanto o outro servirão para apontar o cumprimento parcial ou total de determinada meta;
3. Propõe-se estabelecer 3 níveis de atingimento das metas, com seus respectivos graus de desempenho:

Nível	Atingimento das metas	Desempenho
1	Meta alcançada	
2	Meta alcançada parcialmente	
3	Meta Não alcançada	
4	Meta programada para outro período	

4. A definição do grau de desempenho será estabelecida para cada meta quando da elaboração do Plano. Para classificar os indicadores, propõe-se a utilização das três categorias de indicadores definidas por Donabedian:

Indicadores Estrutura	de	Relacionados basicamente à mobilização de recursos materiais, humanos e de estrutura organizacional
Indicadores Processo	de	Relacionados aos arranjos operacionais, fluxos e tecnologias de atenção
Indicadores Resultado	de	Relacionados aos impactos sobre a saúde bem-estar da população

**PAINEL DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DA MACRORREGIÃO II**

LINHA DE CUIDADO	DIRETRIZ	OBJETIVO	META	INDICADOR	CATEGORIA	DESEMPENHO			
<p><b>Linhas de cuidado Materno Infantil e Urgência e Emergência</b></p>	<p><b>DIRETRIZ 1: Ampliação do acesso e da qualidade da Atenção Primária à Saúde, fomentando a incorporação de novas tecnologias, estimulando a integração de sistemas de informação e automatização de processos.</b></p>	<p><b>OBJETIVO 1.1:</b> Qualificar a Atenção Primária à Saúde, de forma a consolidar esse nível de atenção como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde, ampliando o acesso com resolutividade, equidade e integralidade na linha de cuidado materno-infantil e de atenção às urgências.</p>	<p><b>META 1.1.1:</b> Ampliar e manter a cobertura das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em até 98% dos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 1.1.1.1:</b> Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde-APS.</p>	Resultado	Red	Amel	Bom	Ótimo
			<p><b>META 1.1.2:</b> Ampliar e manter igual ou maior que 50% a cobertura estimada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 1.1.2.1:</b> Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde-APS.</p>	Resultado	Red	Amel	Bom	Ótimo
			<p><b>META 1.1.3:</b> Ampliar em 100% e manter a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 1.1.3.1:</b> Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária à Saúde.</p>	Resultado	Red	Amel	Bom	Ótimo
			<p><b>META 1.1.4:</b> Implantar e manter pelo menos uma equipe Multiprofissional (eMulti) da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 1.1.4.1:</b> Número de municípios com pelo menos uma equipe implantada e mantida.</p>	Resultado	Red	Amel	Bom	Ótimo

			<p>META 1.1.5: Instituir a política de cofinanciamento como incentivo estadual da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.5.1: Número de política de cofinanciamento instituída como incentivo financeiro para a estruturação da Atenção Primária à Saúde.</p>	Processo				
			<p>META 1.1.6: Aderir em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a “Cessação do Tabagismo” com vistas à prevenção de morbimortalidade relacionada ao consumo de tabaco, como os Infartos Agudos do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral/Encefálico (AVC/AVE) até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.6.1: Percentual de Unidades Básicas de Saúde realizando tratamento de cessação do tabagismo anualmente.</p>	Resultado				
			<p>META 1.1.7: Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.7.1: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.</p>	Resultado				

			META 1.1.8: Reduzir a taxa de mortalidade na infância ( faixa etária de 0 a 4 anos) por causas evitáveis por imunoprevenção em 2% ao ano nos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.1.8.1: Taxa de mortalidade na faixa etária de 0 a 4 anos por causas evitáveis.	Resultado				
			META 1.1.9: Reduzir o número de óbitos maternos na Macrorregião II para 02 até 2027	INDICADOR 1.1.9.1: Número de óbitos maternos.	Resultado				
			META 1.1.10: Promover a participação do parceiro no pré-natal em 100% das equipes de Atenção Primária à Saúde da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.1.10.1: Percentual de equipes da APS que registram consultas de pré-natal do parceiro no E-SUS.	Processo				
			META 1.1.11: Realizar concurso público para contratação de profissionais para (re) compor as equipes de Atenção Primária à Saúde em 21 municípios da Macrorregião II.	INDICADOR 1.1.11.1: Número de concursos públicos municipais realizados.	Estrutura				

			<p>META 1.1.12: Integrar 100% dos estabelecimentos/SUS da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para garantir o cuidado compartilhado na Rede Materno-Infantil e Rede de Atenção às Urgências, até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.12.1: Percentual de estabelecimentos/SUS da APS e AAE integrados.</p>	Resultado				
			<p>META 1.1.13: Construir 23 Unidades Básicas de Saúde de acordo com o porte populacional nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.13.1: Número de Unidades Básicas de Saúde construídas.</p>	Estrutura				
			<p>META 1.1.14: Realizar 44 reformas e/ou ampliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.14.1: Número de Unidades Básicas de Saúde reformadas e/ou ampliadas</p>	Estrutura				
			<p>META 1.1.15: Estabelecer fluxo com critérios diferenciados de acesso à população privada de liberdade à APS e AAE em 15 municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>INDICADOR 1.1.15.1: Número de municípios com fluxo estabelecido para o acesso das pessoas privadas de liberdade.</p>	Processo				

			META 1.1.16: Reduzir o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de 26,3% para 16,3% nos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.1.16.1: Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).	Resultado				
			META 1.1.17: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em 2% ao ano na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.1.17.1: Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT.	Resultado				
			META 1.1.18: Implantar em 100% das Unidades Básicas de Saúde o acolhimento/atendimento das urgências e emergências nos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.1.18.1: Percentual de Unidades Básicas de Saúde com acolhimento e atendimento às urgências e emergências implantado.	Processo				
		OBJETIVO 1.2: Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção às Urgências e Materno-infantil	META 1.2.1: Promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) em 100% das Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio de Educação Continuada nos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.2.1.1: Percentual de Equipes de Saúde da Família com ações realizadas visando o uso racional de medicamentos.	Resultado				

			META 1.2.2: Elaborar e publicar no diário oficial dos municípios a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.2.2.1: Percentual de municípios REMUME elaborada e publicada.	Estrutura				
			META 1.2.3: Ampliar a dispensação de medicamentos para 100% das Unidades Básicas de Saúde na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.2.3.1: Número de Unidades Básicas de Saúde com dispensação de medicamentos.	Processo				
			META 1.2.4: Ampliar a administração de medicamentos para 100% das Unidades Básicas de Saúde na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.2.4.1: Percentual de Unidades Básicas de Saúde que realizam a administração de medicamentos.	Processo				
			META 1.2.5: Ampliar a implantação do registro das dispensações em Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica para 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 1.2.5.1: Número de municípios com Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica implantado.	Processo				

<p><b>DIRETRIZ 2: Fortalecimento da atenção secundária e terciária, por meio da expansão da oferta e melhoria da qualidade de serviços regionalizados.</b></p>	<p><b>OBJETIVO 2.1:</b> Promover, desenvolver, qualificar e efetivar as ações de atenção secundária e terciária à saúde, adequando a oferta e ampliando o acesso aos serviços, observando as especificidades regionais e a estruturação das redes de atenção à saúde.</p>	<p><b>META 2.1.2:</b> Reduzir o percentual de cesariana para 48% nos municípios da Macrorregião II até 2027.</p>	<p>Proporção de Partos cesáreo</p>	<p>Resultado</p>				
		<p><b>META 2.1.3:</b> Implantar dois Centros Regionais Especializados em Atenção Materno Infantil (CREAMIs) até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 2.1.3.1:</b> Número de Centro Regional Especializado em Atenção Materno Infantil (CREAMI) implantado.</p>	<p>Estrutura</p>				
		<p><b>META 2.1.4:</b> Ampliar 8 (oito) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) na Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 2.1.4.1:</b> Número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) implantados.</p>	<p>Estrutura</p>				
		<p><b>META 2.1.5:</b> Ampliar 4 (quatro) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) na Macrorregião II até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 2.1.5.1:</b> Número de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINco) implantados.</p>	<p>Estrutura</p>				

			META 2.1.6: Ampliar 6 (seis) leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.6.1: Número de leitos Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINca) implantados.	Estrutura				
			META 2.1.7: Ampliar 22 (vinte e dois) leitos GAR (Gestação de Alto Risco) na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.7.1: Número de leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) implantados.	Estrutura				
			META 2.1.8: Implantar 2 (dois) Centros de Partos Normais (CPN) na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.8.1: Número de Centro de Parto Normal (CPN) implantados.	Estrutura				
			META 2.1.9: Implantar 5 (cinco) serviços de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo uma em cada região de saúde da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.9.1: Número de serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual implantado.	Estrutura				
			META 2.1.10: Implantar um serviço de referência hospitalar em alta complexidade para atendimento às gestantes e puérperas na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.10.1: Número de serviço de referência hospitalar em alta complexidade para gestante e puérpera de alto risco implantado.	Estrutura				

			META 2.1.11: Implantar quatro Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU – 192) Regional na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.1.11.1: Número de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) regional implantado.	Estrutura				
			META 2.1.12: Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H) no município de Cacoal, até 2027.	INDICADOR 2.1.12.1: Número de Unidade de Pronto Atendimento (UPA-24H) implantado.	Estrutura				
			META 2.1.13: Implantar um serviço de Atenção Ambulatorial Especializada (Policlínica) com as cinco subespecialidades para a área de pediatria (cardiopediatra, endocrinologia, neurologia, nefrologia e pneumologia) na Macrorregião II no município de Cacoal, até 2027	INDICADOR 2.1.13.1: Número de serviço de Atenção Ambulatorial Especializada (Policlínica) implantado, com as cinco subespecialidades para a área de pediatria.	Estrutura				
		OBJETIVO 2.2: Ampliar e qualificar a regulação em saúde e os sistemas de apoio e logísticos das Redes de Atenção à Saúde tanto a	META 2.2.1: Implantar uma Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) na Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.2.1.1: Número de Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE) implantada.	Estrutura				

		materno-infantil quanto a de atenção às urgências.	META 2.2.2.: Implantar o protocolo de acesso dos pacientes às internações em 100% dos serviços de atenção às urgências, por meio das Centrais Macrorregionais de Regulação.	INDICADOR 2.2.2.1: Implantar o protocolo de acesso dos pacientes às internações em 100% dos serviços de atenção às urgências, por meio das Centrais Macrorregionais de Regulação.	Processo				
			META 2.2.3: Ampliar a oferta de exames laboratoriais preconizados pelo Protocolo de Gestação de risco habitual em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027	INDICADOR 2.2.3.1: Percentual de municípios que ofertam exames laboratoriais para gestante de risco habitual.	Estrutura				
			META 2.2.4: Ampliar a oferta de exames de imagem preconizados pelo Protocolo de Gestação de risco habitual, em 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.2.4.1: percentual de municípios que ofertam exames de imagem para gestante de risco habitual.	Estrutura				
			META 2.2.5: Implantar uma extensão do Laboratório Central no município de Cacoal, para atender as demandas da Macrorregião II até 2027.	INDICADOR 2.2.5.1: Número de laboratório Central implantado.	Estrutura				

		<p><b>OBJETIVO 3:</b> Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos</p>	<p><b>META 2.3.1:</b> Alcançar em pelo menos 70% dos municípios, a cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose), anualmente.</p>	<p><b>INDICADOR 2.3.1.1:</b> Proporção de municípios com vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª) com cobertura vacinal adequada (≥95%), para crianças menores de dois anos de idade, conforme preconizado do MS.</p>	Processo				
			<p><b>META 2.3.2:</b> Ampliar para 100% dos municípios da Macrorregião II até 2027, a avaliação das amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de cloro residual livre e turbidez, coliformes totais/Escherichia coli.</p>	<p><b>INDICADOR 2.3.2.1:</b> Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto ao cloro residual livre, turbidez, coliformes totais/Escherichia coli.</p>	Processo				
	<p><b>DIRETRIZ 3: Promoção e disseminação do conhecimento científico e tecnológico, da</b></p>	<p><b>OBJETIVO 1:</b> Capacitar, desenvolver e valorizar os servidores</p>	<p><b>META 3.1.1:</b> Capacitar até 90% dos profissionais (médicos e enfermeiros) da APS e AAE em assistência ao pré-natal até 2027.</p>	<p><b>INDICADOR 3.1.1.1:</b> Percentual de profissionais (médicos e enfermeiros) da APS e AAE capacitados em assistência ao pré-natal.</p>	Processo				

<p><b>inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e a qualificação e valorização do trabalhador, a fim de melhorar a assistência na linha de cuidados materno-infantil e atenção às urgências.</b></p>	<p>atuam nas Redes de Atenção à Saúde.</p>	<p>META 3.1.2: Capacitar até 90% dos profissionais (médicos e enfermeiros) nas urgências da APS até 2027.</p>	<p>INDICADOR 3.1.2.1: Percentual de profissionais (médicos e enfermeiros) da Atenção Primária à Saúde capacitados nas urgências da APS.</p>	<p>Processo</p>	
		<p>META 3.1.3: Realizar anualmente Oficina de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento para 90% dos profissionais dos serviços de referência.</p>	<p>INDICADOR 3.1.3.1: Número de Oficinas de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, realizadas</p>	<p>Processo</p>	
		<p>META 3.1.4: Capacitar 100% das equipes da Atenção Primária à Saúde (médico e enfermeiro) em estratificação de risco gestacional até 2027.</p>	<p>INDICADOR 3.1.4.1: Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (médicos e enfermeiros) capacitados em estratificação de risco gestacional.</p>	<p>Processo</p>	

			META 3.1.5: Capacitar 100% de equipes da Atenção Primária à Saúde (médico e enfermeiro) em estratificação de risco de crianças de zero a cinco anos, até 2027.	INDICADOR 3.1.5.1: Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (médico e enfermeiro) capacitados em estratificação de risco da criança de zero a cinco anos..	Processo				
			META 3.1.6: Capacitar 100% das equipes da Atenção Primária à Saúde em Planejamento Reprodutivo até 2027.	INDICADOR 3.1.6.1: Percentual de profissionais das equipes da Atenção Primária à Saúde capacitados em Planejamento Reprodutivo.	Processo				
	<b>DIRETRIZ 4: Implementação da política de atenção à saúde indígena articulada entre os três entes federativos.</b>	OBJETIVO 1: Promover estratégias de discussão, organização e pactuações voltadas à atenção à saúde dos Povos Indígenas na macrorregião II, seguindo os direcionamentos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)	META 4.1.1: Fomentar a adesão de 100% dos municípios sede de referência regional à Portaria N° 2.663/2017 que redefine os critérios de repasse de incentivo financeiro para a atenção especializada.	INDICADOR 4.1.1.1: Percentual de municípios que aderiram a Portaria nº 2663/2017 - IAE-PI	Processo				

			<p>META 4.1.2: Instituir uma comissão técnica macrorregional para pactuação, acompanhamento e monitoramento do acesso à Atenção Especializada a população indígena com referências regionais, representantes de municípios juntamente com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) até 2027.</p>	<p>INDICADOR 4.1.2.1: Número de comissão técnica macrorregional instituída.</p>	Processo				
			<p>META 4.1.3: Estabelecer um fluxo com critérios diferenciados e equânimes de acesso da população indígena à atenção especializada, garantindo a integralidade e continuidade da atenção à saúde em rede.</p>	<p>INDICADOR 4.1.3.1: Número de fluxo de atenção especializada com critérios diferenciados e equânimes elaborados</p>	Processo				
			<p>META 4.1.4: Estabelecer fluxo interfederativo de acesso às Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil</p>	<p>INDICADOR 4.1.4.1: Nº de fluxos interfederativos estabelecidos de acesso às Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil</p>	Processo				

			META 4.1.5: Implementar fluxo de atendimento das Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil a cada equipamento de saúde da macrorregião que realizaram a adesão a Portaria nº 2.663/2017-IAE-PI.	INDICADOR 4.1.5.1: Número de fluxo implementados de atendimento das Redes de Atenção às Urgências e Atenção Materno Infantil	Processo				
			META 4.1.6: Definir 4 articuladores interfederativos até 2024 com os estados limítrofes para atuarem como referências técnicas para a saúde indígena com o objetivo de monitorar qualitativamente e avaliar os atendimentos referenciados para os estados	INDICADOR 4.1.6.1: Número de articulador interfederativo para os estados definidos em CIB.	Processo				

## 24. REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf);
2. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.317, DE 3 DE AGOSTO DE 2017. **Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações indígenas no CNES.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317\\_08\\_08\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html);
3. PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015. **Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)
4. BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
5. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em: 19 de fev. de 2017. 18:50.
6. BRASIL. Gestante de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Brasília. 2016
8. FRANCO, Camila Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde.** Rio Grande do Sul: 2012. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20onceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20onceito%20como%20fazer.pdf). Acesso em 19 de jun. 12:56.
9. FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34. São Paulo: 2003. Disponível em: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-cronicas-nao-transmissiveis/integralidade\\_na\\_assistencia\\_a\\_saude\\_a\\_organizacao\\_das\\_linhas\\_do\\_cuidado.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-cronicas-nao-transmissiveis/integralidade_na_assistencia_a_saude_a_organizacao_das_linhas_do_cuidado.pdf). Acesso em: 19 de jun. 2017. 12:41.

10. ATLAS SOCIOECONÔMICO. **Indicadores Sociais. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH e IDHM**. 2022. Página Inicial. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/indice-de-desenvolvimento-humano-idh-e-idhm>. Acesso em: 06 de jan. de 2023
11. BRASIL, FLÁVIA; SILVA, GUSTAVO MELO; CARNEIRO, RICARDO; ALMEIDA, MARIANA (2012), “**Gestão democrática das cidades e instituições participativas: tendências no contexto brasileiro recente**”, em **Economia Global e Gestão**, v. 17, n. 1, pp. 117-134. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/CONASS**. Brasília, 2011. 534. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf). Acesso em 14 dez. 2022.
13. BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei n. 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 interfederativo, e dá outras providencias**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p 1. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em 14 dez. 2022.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/1100046599877>
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Inter federativa e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 62 p. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KleNXermnOHHTfo.pdf>. Acesso em 16 dez.2022.
16. CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Ambulatorial Especializada Nas Redes De Atenção À Saúde**. Publicado em | 31 jul 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>
17. DATASUS. Indicadores de Cobertura. 2000. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqf17.htm>. Acesso em 06de jan. de 2023.
18. IBGE Educa. Página principal [S.l.]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
19. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

20. PROADESS. **Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde.** Laboratório de Informação em Saúde - ICICT – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011-2022. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>
21. file:///C:/Users/dalvelena.sousa/Downloads/237731-138756-1-PB.pdf. Acesso em: 5 set. 202
22. SILVA, L.M.S. D.; SILVA, M. R. F. D.; LIMA, L. L. D.; FERMANDES, M. C.; OLIVEIRA, N. R. N.; TORRES, R. A. M. **“Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE”, em Saúde e Sociedade**, v. 21, suppl.1, pp. 117-125,2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022.
23. TAXA de Analfabetismo. Página principal [S.l]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/idb2010/b01.pdf>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
24. ATLAS SÓCIO ECONÔMICO. **Indicadores Sociais. Índice de Desenvolvimento Humano - IDH e IDHM.** 2022. Página Inicial. Disponível em: <https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/indice-de-desenvolvimento-humano-idh-e-idhm>. Acesso em: 06 de jan. de 2023
25. BENTO, Victor Régio da silva et al. ANÁLISE DE DINÂMICA POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS DO ACRE SOB A ÓTICA DAS PIRÂMIDES ETÁRIAS. **UÁQUIRI-Revista do Programa de Pós Graduação em Geografia da Universidade Federal do Acre**, v. 4, n. 1, 2022. Disponível em:< <https://revistas.ufac.br/index.php/Uaquiri/article/view/5719>>. Acesso 20 de set de 2022 às 02h32min.
26. BERTOLLI, Filho, **História da saúde pública no Brasil** (5a ed.), 2011. Ática. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13458/12036>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.
27. BRANT LCC, Pinheiro PC, Machado IE, Correa PRL, Santos MR, Ribeiro ALP, et al. (2021) O impacto do curso da pandemia de COVID-19 no número e gravidade das internações por outras causas naturais em um grande centro urbano do Brasil.
28. **PLOS Glob Saúde Pública** 1(12):e0000054. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000054>
29. BRASIL, FLÁVIA; SILVA, GUSTAVO MELO; CARNEIRO, RICARDO; ALMEIDA, MARIANA (2012), **“Gestão democrática das cidades e instituições participativas: tendências no contexto brasileiro recente”, em Economia Global e Gestão**, v. 17, n. 1, pp. 117-134. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022
30. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/CONASS.** Brasília, 2011. 534. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf). Acesso em 14 dez. 2022.
31. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal;1988.

Disponível em:

[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em 14 dez. 2022.

32. BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei n. 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.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p 1. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em 14 dez. 2022.
33. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 14 dez. 2022.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 136 p. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf), acesso em 15/08/2022.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual\\_Para\\_Entender\\_Control\\_Social.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf) . Acesso em: 14 de dezembro de 2022.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama.** Brasília: 2ª ed - Ministério da Saúde, 2013.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2. ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf), acesso em 15/08/2022.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES.** Disponível em:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/1100046599877>

40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2011.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Mortalidade infantil no Brasil**. Volume 52 | Nº 37 | Out. 2021
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Inter federativa e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 62 p. Disponível em:  
<https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/va52fSwXLuX4mrhJCKZiVs4D1KleNXermnOHHTfo.pdf>. Acesso em 16 dez.2022.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde (1. : 1999 : Rio de Janeiro) **Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde : Rio de Janeiro, 13 e 14 de abril de 1999** / Ministério da Saúde; Banco Mundial – Brasília : 2001. 216p. Disponível em:  
<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento.pdf>
44. BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. : il.
45. CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 987-998, 2006. Disponível em:  
<file:///C:/Users/61526240106/Desktop/social%20inequalities%20in%20hospital%20admissions%20in%20Brazil%20what%20has%20changed%20from%201998%20to%202003.pdf>
46. CCPR - Casa Civil da Presidência da República 1990. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, Brasília. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022.
47. CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º. 333, de 4 de novembro de 2003**, Brasília. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022.
48. CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Ambulatorial Especializada Nas Redes De Atenção À Saúde**. Publicado em | 31 jul 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>

49. DATASUS. Indicadores de Cobertura. 2000. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqf17.htm>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
50. FRANÇA E, LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: **Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**; 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).
51. FROLICH, A. et al. A behavioural model of clinicians responses to incentives to improve quality. **Health Policy**, 80: 179-183, 2007.
52. FUJISHIMA, Mayumi Aragão; LEMOS, Lanna Xantipa de Oliveira; MATOS, Haroldo José de. Distribuição espacial da hanseníase em menores de 15 anos de idade, no município de Belém, estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude** , Ananindeua , v. 11, e202000229, 2020 . Disponível em  
<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232020000100017&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232020000100017&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2022. Epub 25-Ago-2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000229>.
53. FURTADO MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. The evaluation of newborn care in the relationship between maternity hospital and basic health net. **Rev eletrônica enferm**. 2010 Oct/Dec;12(4):640-6. Doi:  
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>.
54. GUEDES, B. A. P. et al. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciencia Saúde Coletiva**, Brasília, v. 24, n. 6, p. 2125-34, 2019.
55. IBGE Educa. Página principal [S.I.]. Disponível em:  
<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
56. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
57. MENDES, E. V. Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) – **Representação Brasil Gerência de Sistemas de Saúde** / Unidade Técnica de Serviços de Saúde Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em 15 dez.2022.
58. MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em:  
[file:///C:/Users/61526240106/Downloads/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](file:///C:/Users/61526240106/Downloads/redes_de_atencao_saude.pdf) acesso em 23/09/2022
59. MUNDO EDUCAÇÃO. Densidade Demográfica, [S.I.]. Página inicial. Disponível em:  
<https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/densidade-demografica.htm#:~:text=D>

ensidade%20demogr%C3%A1fica%20ou%20densidade%20populacional.quadrado%20(hab%2Fkm%C2%B2). Acesso em: 09 de jan. de 2023.

60. OLIVEIRA, S.G et al. Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a2018. **Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 1, p.832-846jan./feb. 2020. ISSN 2595-682505**, [S. I.], p. 832-846, 5 fev. 2020. DOI DOI:10.34119/bjhrv3n1-066. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/6678/5891>. Acesso em: 5 set. 2022.
61. OPAS. **Recomendação da OPAS em relação à Meta global da OMS para a cobertura vacinal contra a COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-6-2022-recomendacao-da-opas-em-relacao-met-a-global-da-oms-para-cobertura-vacinal-contra>
62. PESQUISA NACIONAL DO SANEAMENTO BÁSICO. **Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário**. Rio de Janeiro: IBGE. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101734.pdf>. Acesso em: 06 de jan. de 2023.
63. PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. – **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em 15 dez.2022.
64. PROADESS. **Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. Laboratório de Informação em Saúde - ICICT – FUNDAÇÃO OSVALDO CRUS, 2011-2022. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>
65. REDE Interagencial de Informação para a Saúde **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.**
66. RONDÔNIA. Secretaria De Estado Da Saúde. Assessoria Técnica da SESAU. **Indicadores De Desempenho Quantitativo. Relatório Anual De Gestão 2021**. ASTEC/SESAU/Eixo Gestão Em Saúde. Porto Velho-RO, 2021.
67. SATO, A. P. S. (2020), '**Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas - pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas**', Revista de Saúde Pública 54, 1–8.
68. SHEEDY, A., MACKINNON, M. P., PITRE, S., WATLING, J., & NETWORKS, C. P. R. ). Handbook on citizen engagement: beyond consultation. Ottawa (CA): **Canadian Policy Research Networks**.2008. Disponível em [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_controle\\_social\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf). Acesso em 14 de dezembro de 2022.
69. SILVA, A.P; TOBIAS, G.C; TEIXEIRA, C.C. Perfil Dos Óbitos Infantis: Um Reflexo Da Assistência À Saúde. **Rev enfermagem UFPE on line., Recife, 13(4):973-80, abr., 2019**, [S. I.], p. ISSN: 1 ISSN: 1981-8963, 13 abr. 2019. DOI <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237731p973-980-2019>. Disponível em:

file:///C:/Users/dalvelena.sousa/Downloads/237731-138756-1-PB.pdf. Acesso em: 5 set. 202

70. SILVA, L.M.S. D.; SILVA, M. R. F. D.; LIMA, L. L. D.; FERMANDES, M. C.; OLIVEIRA, N. R. N.; TORRES, R. A. M. **“Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE”**, em **Saúde e Sociedade**, v. 21, suppl.1, pp. 117-125,2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/676/67668465005/html>. Acesso em 14 de dez. 2022.
71. TAXA de Analfabetismo. Página principal [S.l]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/idb2010/b01.pdf>. Acesso em 06 de jan. de 2023.
72. VÍA, J. M. Experiências internacionais: a experiência da Catalunha. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL. **Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.