



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PROPOSTA DO PLANO REGIONAL DAREDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA



REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

Itajaí, setembro de 2020.

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A REGIÃO: Balneário Camboriú; Balneário Piçarras; Bombinhas; Camboriú; Ilhota; Itajaí; Itapema; Luís Alves; Navegantes; Penha; Porto Belo.

Equipe de Elaboração:

- 17ª GERSA

– Marcello José

Ramos

- Balneário Piçarras – Aline Sant'Anna
- Itajaí –Jair Suavi
- Itapema – Aline Nacer
- Luís Alves – Cássio NoboroFuginami
- Porto Belo – Alexandre Evangelista Santos

Gerente de Saúde
17ª Gerência Regional de Saúde

- Pactuado no grupo técnico de condução do Plano de Ação Regional da Foz do Rio Itajaí (PAR) e no grupo condutor, em reuniões ocorridas nos meses de dezembro de 2019, março, agosto e setembro de 2020.

- Apresentado e aprovado na reunião da CIR Foz do Rio Itajaí em outubro de 2020.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL SOBRE AS POLÍTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	13
2.1 Breve trajetória dos seus paradigmas.....	13
3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS E ASPECTOS LÓGICOS E LEGAIS DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	17
3.1 Avanços e retrocessos na luta por reconhecimento e autonomia.....	17
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	22
4.1 Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. .	22
4.2 Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.....	22
4.3 Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).....	23
5 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	26
5.1 Caracterização do território de saúde.....	26
5.2 Epidemiologia.....	31
5.3 Distribuição da pessoa com deficiência no território.....	37
6 HISTÓRICO, CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	46
6.1 Quadro geral dos serviços de saúde.....	46
6.2 Rede Pública de Saúde.....	50
6.2.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	54
6.2.2 Atenção Secundária à Saúde (ASS).....	59
6.2.2.1 Centro de Especialidades.....	63
6.2.2.1.1 CERES - Centros de Referência Especializada.....	68
6.2.2.1.2 CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.....	70
6.2.2.1.3 CEFIR - Centro de Fisioterapia e Reabilitação.....	72
6.2.2.1.4 CERAC - Centro de Referência de Atenção à criança.....	73
6.2.2.1.5 CERRM - Centro de Referência em Reabilitação Multiprofissional.....	75
6.2.2.2 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.....	76
6.2.3 Atenção Terciária à Saúde (AST).....	78

6.3	Rede complementar de saúde.....	80
6.3.1	Serviços Especializados Regionais.....	80
6.3.1.1	CER II – Centro Especializado em Reabilitação.....	80
6.3.1.2	SASA – Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva.....	81
6.3.2	Clínica de fisioterapia.....	83
6.3.3	Outros pontos de apoio oferecidos pela Univali.....	83
6.3.4	Hospitais conveniados.....	84
6.3.5	Entidades não governamentais.....	87
7	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
8	ANÁLISE SITUACIONAL E MATRIZ DE INTERVENÇÃO.....	91
	MATRIZ PROBLEMA 1: Falta de conhecimento sobre a trajetória do movimento político da pessoa com deficiência.....	91
	MATRIZ PROBLEMA 2: Compreensão dos marcos lógicos e legais sobre os direitos da Pessoa com Deficiência.....	92
	MATRIZ PROBLEMA 3: Falta de aplicação da política pública para a pessoa com deficiência.....	93
	MATRIZ PROBLEMA 4: Desconhecimento da pessoa com deficiência no espaço territorial.....	95
	MATRIZ PROBLEMA 5: Setorização financeira e orçamentária da política pública de saúde.....	97
	MATRIZ PROBLEMA 6: Falta de conhecimento dos serviços não governamentais	98
	MATRIZ PROBLEMA 7: Dificuldade com a análise situacional.....	99
	MATRIZ PROBLEMA 8: Precarização do NASF.....	100
	MATRIZ PROBLEMA 9: Problemas na identificação precoce da deficiência.....	101
	MATRIZ PROBLEMA 10: Falta de educação permanente.....	102
	MATRIZ PROBLEMA 11: Falhas nos mecanismos de referência e contrarreferência	102
	MATRIZ PROBLEMA 12: Problemas no mapeamento de dados da pessoa com deficiência.....	103
	MATRIZ PROBLEMA 13: Falta de assistência a pacientes ostomizados e auditivos.....	104
	MATRIZ PROBLEMA 14: Falta de contratualizações do SUS em alguns municípios	105
	MATRIZ PROBLEMA 15: Adequação dos serviços contratualizados.....	107
	MATRIZ PROBLEMA 16: Falta de referência para reversão de ostomias.....	107

MATRIZ PROBLEMA 17: Falta de referência hospitalar para pacientes odontológicos.....	108
MATRIZ PROBLEMA 18: Falta de referência hospitalar para leitos de reabilitação, psiquiatria e crônicos.....	109
MATRIZ PROBLEMA 18: Melhoria nas ações de prevenção.....	109
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXO.....	113

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - Divisão das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina.....	26
MAPA 2 - Divisão das Microrregiões de Saúde de Santa Catarina.....	27
MAPA 3 - Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí.....	27

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Organograma da estrutura dos municípios de Pequeno Porte.....	47
FIGURA 2 - Organograma da estrutura dos municípios de Médio Porte.....	48
FIGURA 3 - Organograma da estrutura dos municípios de Grande Porte.....	49
FIGURA 4 - Organograma da estrutura fundamental da Rede da Pessoa com Deficiência.....	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Óbitos por causas, registrados na região da Foz do Rio Itajaí, entre o período de 2017 a 2019.....	32
TABELA 2 - Estratificação das causas de óbitos na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	32
TABELA 3 - Óbitos por causas externas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	33
TABELA 4 - Internações segundo CID na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	34
TABELA 5 - Internações por causas externas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	35
TABELA 6 - Internações por doenças cardíacas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Série histórica da população residente da Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí nos últimos 10 anos.....	28
GRÁFICO 2 - Distribuição de municípios por faixa populacional estimada em 2020	28
GRÁFICO 3 - Distribuição da população residente no território da Foz do Rio Itajaí	29
GRÁFICO 4 - Série histórica do PIB da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.....	29
GRÁFICO 5 - Divisão do PIB pelo território da Foz do Rio Itajaí 2017.....	30
GRÁFICO 6 - Divisão da renda per capita em 2017.....	31
GRÁFICO 7 - Internações por municípios da região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019.....	37
GRÁFICO 8 - Comparação entre base de dados municípios da Macrorregião e IBGE	38
GRÁFICO 9 - Compatibilidade entre as bases de dados dos municípios e do IBGE	39
GRÁFICO 10 - Número da população da Foz do Rio Itajaí e de pessoas com deficiência em uma projeção de 10 anos.....	40
GRÁFICO 11 - Número de pessoas com deficiência por município.....	40
GRÁFICO 12 - Representação da base de dados do IBGE.....	41
GRÁFICO 13 - Proporção da população na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.....	41
GRÁFICO 14 - População da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí com deficiência dividida por sexo.....	42
GRÁFICO 15 - População com deficiência dividida por sexo e espaço urbano e rural	42
GRÁFICO 16 - População da Macrorregião com deficiência dividida por tipo.....	43
GRÁFICO 17 - Divisão por deficiência e sexo.....	43
GRÁFICO 18 - Distribuição da pessoa com deficiência visual.....	44
GRÁFICO 19 - Distribuição da pessoa com deficiência física.....	44
GRÁFICO 20 - Distribuição da pessoa com deficiência física.....	45
GRÁFICO 21 - Distribuição da pessoa com deficiência intelectual.....	45
GRÁFICO 22 - Número de profissionais na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.....	50
GRÁFICO 23 - Número de profissionais da rede de Pequeno Porte.....	51
GRÁFICO 24 - Número de profissionais da rede de Médio Porte.....	51
GRÁFICO 25 - Número de profissionais da rede de Grande Porte.....	52
GRÁFICO 26 - Vínculo de ocupação profissional.....	53

GRÁFICO 27 - Vínculo de ocupação profissional.....	53
GRÁFICO 28 - Equipes e cobertura de Estratégias Saúde da Família.....	55
GRÁFICO 29 - Número de profissionais locados nas unidades de saúde.....	56
GRÁFICO 30 - Número de especialidades médicas nas unidades.....	56
GRÁFICO 31 - Número de Agentes Comunitárias de Saúde e cobertura.....	57
GRÁFICO 32 - Equipes de NASF e cobertura.....	57
GRÁFICO 33 - Saúde Bucal e cobertura.....	58
GRÁFICO 34 - Academias de saúde.....	59
GRÁFICO 35 - Total de serviços oferecidos pela atenção secundária na macrorregião.....	60
GRÁFICO 36 - Tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária.....	61
GRÁFICO 37 - Número de profissionais por tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária.....	61
GRÁFICO 38 - Profissionais vinculados à atenção secundária.....	62
GRÁFICO 39 - Estratificação dos Centros de especialidades.....	64
GRÁFICO 40 - Centros de Especialidades por municípios.....	65
GRÁFICO 41 - Número de Profissionais nos centros de especialidades.....	66
GRÁFICO 42 - Profissionais vinculados por Centros de Especialidades.....	67
GRÁFICO 43 - Número de CERES na Macrorregião.....	68
GRÁFICO 44 - Profissionais vinculados aos CERES.....	69
GRÁFICO 45 - Especialidades médicas vinculados aos CERES.....	70
GRÁFICO 46 - Número de CEO na Macrorregião.....	71
GRÁFICO 47 - Profissionais vinculados aos CEO.....	71
GRÁFICO 48 - Número de CEFIR na Macrorregião.....	72
GRÁFICO 49 - Profissionais vinculados aos CEFIR.....	73
GRÁFICO 50 - Número de CERAC na Macrorregião.....	73
GRÁFICO 51 - Profissionais vinculados aos CERAC.....	75
GRÁFICO 52 - Número de CRRM na Macrorregião.....	75
GRÁFICO 53 - Número de Profissionais vinculados ao CERRM.....	76
GRÁFICO 54 - Números de CAPS na Macrorregião.....	76
GRÁFICO 55 - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião.....	77
GRÁFICO 56 - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião.....	77
GRÁFICO 57 - Vínculo com o sistema de saúde.....	78
GRÁFICO 58 - Número de hospitais na região.....	78
GRÁFICO 59 - Número de hospitais na região.....	79

GRÁFICO 60 - Leitos hospitalares.....	79
GRÁFICO 61 - Profissionais vinculados ao CER.....	81
GRÁFICO 62 - Profissionais vinculados ao SASA.....	82
GRÁFICO 63 - Natureza jurídica dos hospitais da rede complementar.....	84
GRÁFICO 64 - Hospitais privados.....	85
GRÁFICO 65 - Hospitais filantrópicos.....	85
GRÁFICO 66 - Porte dos hospitais.....	86
GRÁFICO 67 - Leitos hospitalares.....	86
GRÁFICO 68 - Entidades não governamentais por municípios.....	87
GRÁFICO 69 - Entidades não governamentais.....	88
GRÁFICO 70 - Número de profissionais da rede não governamental.....	88
GRÁFICO 71 - Entidades não governamentais por municípios credenciadas SUS..	89
GRÁFICO 72 - Valores credenciados por vaga de atendimento.....	89

INTRODUÇÃO

O SUS, em suas deliberações legais, estabelece um sistema de acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; bem como, exerce garantia de assistência integral, com prioridade às atividades de prevenção, sem depreciar a assistência curativa; assistência à saúde de forma equânime; descentralização político-administrativa em cada esfera de governo; e participação da comunidade em seu cotidiano (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Esse trabalho pode ser visto na ampliação do olhar clínico, da escuta qualificada, da compreensão do contexto do sujeito no seu território e na elaboração de um fluxo de atenção à saúde, que tenha premissas prioritárias no desenho em rede da pessoa com deficiência. Traçam-se, assim, linhas de cuidados que iniciam na Atenção Primária e se estendam à Atenção Secundária e/ou Terciária, sem perder sua conexão integral aos cuidados à saúde (fluxos e contrafluxos).

É necessária uma defesa que considere a dimensão total dos cuidados dentro da rede de saúde, em contraposição ao sistema no qual temos o aumento da oferta de medicamentos e a sofisticação dos exames laboratoriais dominando o campo dos relacionamentos entre paciente e profissional. O processo relacional entre sujeitos tem diminuído e ficado restrito em procedimentos e protocolos de conduta. Um exemplo disso é a dependência cada vez maior dos psicofármacos como recurso terapêutico para tratar qualquer mal-estar da pessoa, ou, a necessidade imediata de exames e testes como procedimento a todo comportamento inadequado visto na criança. Não se trata apenas de responder às necessidades básicas das pessoas com deficiência, como diagnósticos, reabilitação e manutenção de tratamentos, mas de compor uma rede de proteção e linhas de cuidados a elas. Para isso, é necessário romper com os modelos tecnocêntrico e hospitalocêntrico que organizam os seus cuidados, para então, se ter um olhar de forma mais integral. Muitas vezes, é comum verificarmos que, na primeira inserção do usuário no sistema de saúde, ele é encaminhado diretamente para os centros de atenção especializada e acabam não sendo mais acompanhados pela atenção primária de saúde.

Não se deve deixar de reconhecer que há pouca oferta de serviços de diagnóstico e reabilitação, mas, eles devem ser montados de maneira a fortalecer os serviços de atenção integral. Para a construção dessa capacidade é necessário adquirir conhecimentos e recursos correspondentes às tecnologias relacionais e sociais, tais como, acolhimento, escuta, cuidado, apoio, grupos, análise histórica e territorial etc. Tal premissa deve englobar a perspectiva de uma linha de cuidado longitudinal, levando em consideração que cada indivíduo tem sua realidade diferenciada pelo contexto territorial, familiar e cultural.

A experiência profissional, relatada pelos integrantes dos municípios que compõem o Grupo Condutor da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (GCPD), demonstra a prática dos processos fragmentados e parciais na atenção à saúde. As falas, muitas vezes, descrevem profissionais intimidados em acolher a pessoa com deficiência em sua integralidade e requerem imediato encaminhamento às equipes da Atenção Secundária à Saúde (Atenção Especializada). Esse sentimento de incapacidade qualifica um processo que, ao mesmo tempo é de reconhecimento e acolhida da necessidade imediata do paciente, mas também de alocação da atenção e cuidado para longe de sua responsabilidade técnica, pressupondo que outras modalidades de atendimento teriam maiores respostas às suas.

Na verdade, o deslocamento da pessoa com deficiência para diferentes pontos da rede agrava um problema já colocado em sua existência, a exclusão. Sem um ponto de apoio dentro da rede de saúde, a referência fica suspensa e perde-se a linha de cuidado que deve ser estabelecida desde o primeiro contato do sujeito na Atenção Primária de Saúde (APS). O simples encaminhamento para pontos específicos não significa maior capacidade de responder adequadamente às suas necessidades, gerando como consequência um vácuo, onde não há responsabilização técnica pelo acompanhamento da evolução dos cuidados da pessoa com deficiência. O resultado desse processo é o “deslocamento” dela, de forma protocolar e superficial, de um ponto ao outro, deixando solto o processo ordenador da conduta terapêutica que trata do desenvolvimento da sua saúde. Perde-se a sequência hierárquica de complexidade, que deveria ter o seu início na Atenção Primária de Saúde, sem perder a base territorial e onde, de fato, a pessoa

pertence, até níveis maiores de complexidade (Atenção Secundária e Terciária de Saúde).

A superação desse desafio requer a formulação de um plano estratégico que considere vários aspectos da história e vida das pessoas com deficiência, tais como: o reconhecimento do contexto histórico-cultural da pessoa com deficiência; a compreensão e apropriação dos marcos lógicos-legais de conquistas da pessoa com deficiência; o conhecimento das políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência; o conhecimento territorial e a distribuição das pessoas com deficiência dentro dele; a história e os conceitos da rede de atenção à saúde; a composição da Rede Regional de Cuidados às Pessoas com Deficiência; a análise situacional da Rede Regional de Cuidados às Pessoas com Deficiência em seus níveis de complexidade: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária; e as definições, propostas e indicações de investimentos para a Rede Regional de Cuidados às Pessoas com Deficiência.

2 CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL SOBRE AS POLÍTICAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

2.1 Breve trajetória dos seus paradigmas

A análise sobre o processo histórico e social da pessoa com deficiência tem como base compreensiva a utilização dos conceitos de Thomas Kuhn (1970), que constrói como marco teórico, a concepção sobre paradigmas. Kuhn considera as categorias analíticas não como definições universais, mas dinâmicas historicamente realizadas e modificadas ao longo do tempo.

Na história das concepções definidas para compreender a pessoa com deficiência, esse quadro teórico será utilizado para poder caracterizar um conjunto progressivo de conceitos. A partir dessa análise, percebe-se como cada paradigma legitima práticas e definições aplicadas para o desenvolvimento das relações sociais e políticas, sendo desencadeado formas de tratamentos à pessoa com deficiência. Temos, no total, quatro paradigmas e, como primeiro, se cunhou o conceito de **exclusão**.

A exclusão também pode ser identificada como rejeição social. Ela marca o momento de marginalização das pessoas com deficiência ao conjunto da sociedade. As explicações para esses casos eram os mais variados possíveis e sempre apresentaram a pessoa com deficiência como desqualificada, pecaminosa e inferior. A prática social era deixá-la à própria sorte e ao destino. Caso alcançasse a vida adulta, teria como única realização a atividade de perambular e esmolar pelas ruas e praças. Moralmente, era aceitável o infanticídio, portanto, ao nascerem com qualquer anormalidade se dava direito à família interromper a vida da criança.

O tratamento do paradigma da exclusão perdurou até o Cristianismo, quando teve início a apresentação de um novo conjunto de valor à vida. Entre seus ensinamentos, o Cristianismo, pregava a caridade e o amor ao próximo, estendendo esse olhar para a pessoa com deficiência, considerando-a também como filha de Deus. Foi com a preocupação cristã que a Igreja passou a gerir iniciativas e ações a essa população, fornecendo alimentos e abrigos aos rejeitados e começando, assim, a combater duramente a prática de infanticídio aos nascidos com essa condição.

O segundo paradigma está estabelecido entre os séculos XIX e início do século XX. Ele está associado, neste momento, a visão médica, por isso, a

deficiência é identificado como doença. O paradigma que se apresenta é o da **institucionalização**, que dá base à prática social do aprisionamento, seja, em hospitais psiquiátricos, com intuito de estudarem e fornecerem cura, ou, em asilos, quando abandonados pela família. Também eram prática vigente as prisões, que ocorriam por medo de contágio e vagabundagem. As ideias de marginalização, de doente e de deficiente são acrescidas ao campo conceitual da pessoa com deficiência.

As políticas sociais se concentravam grande parte na tentativa de higienização, com foco na contenção da reprodução e contaminação de novos casos. Para tanto, criavam-se instituições de isolamento, sendo as principais as “Santas Casas de Misericórdias”, que forneciam como direito básico: abrigo, alimentos e vestuários. A prática higienista não se limitava apenas a pessoa com deficiência e era estendida também às classes pobres. Com a urbanização acelerada, provocada pelas revoluções tecnológicas e industriais, há a formação de aglomerados humanos em situações precárias. Nos cortiços se proliferavam doenças e epidemias e, a falta de emprego e condições de vida, abria espaço para marginalidade, crimes e vícios.

Na educação, as crianças com deficiência eram institucionalizadas para manter os indesejados longe dos “normais”, para tanto, aquelas que apresentavam atrasos eram encaminhadas para escolas especiais. Os testes de inteligência passaram a ter papel importante a cumprir, com a classificação intelectual necessária para a divisão educacional. Aqui se estabelece a centralidade da especialização da atenção à pessoa com deficiência.

No início do século XX há a criação de diversas escolas especiais, para esta finalidade, e os centros especializados começaram a atender surdos, cegos, deficientes mentais, distúrbios de aprendizagem, problemas na fala etc., o que orientava a preocupação pela rotulação. Era imprescindível o desenvolvimento de instrumentos classificatórios como meio de definir qual o destino das crianças e o tratamento mais adequado que elas deveriam receber desde cedo.

O terceiro paradigma é conhecido como **integração** e surge no início dos anos 1940. Ele deriva das convenções internacionais a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O centro desse movimento é caracterizado pela apresentação de serviços públicos de reabilitação física e profissional. Há uma

contraposição aos processos anteriores de segregação. A integração, portanto, visava capacitar, habilitar ou reabilitar a pessoa com deficiência em instituições especializadas, para que ela pudesse se inserir e participar da vida social.

Ocorre ainda nesse paradigma, uma forte base compreensiva no modelo médico, através de uma visão unilateral, onde as pessoas com deficiência precisam de tratamento e preparo, assumindo individualmente a responsabilidade de adaptação ao espaço social. No caso da educação, por exemplo, era permitido o ingresso da criança com deficiência na escola, mas sem nenhuma preocupação com os recursos necessários à permanência dela neste ambiente. Cabia ao deficiente estar preparado para as suas dificuldades. A adaptação era, portanto, um problema que deveria ser ajustado à pessoa limitada e não pela instituição que a acolhia.

O último paradigma é o da **inclusão**, que surge a partir de 1980. É uma concepção que considera a reflexão sobre a necessidade de questionamento dos serviços ofertados às pessoas com deficiência. O caminho proposto traz o pressuposto de reestruturação dos serviços e da representação social. As políticas públicas e os espaços sociais precisam ter como princípio organizador o respeito às diferenças e a consideração das necessidades de todos. A mudança é estrutural porque fundamenta a orientação do olhar de quem propõe, para que tenha sensibilidade à diversidade da vida social. A inclusão, com isso, não é um processo que diga respeito apenas à pessoa com deficiência, é uma postura que implica todos os sujeitos, compreendendo as diferenças físicas, mentais e subjetivas em que a pessoa possa participar a partir de sua maneira de ser.

As pessoas com deficiência precisam de serviços ao qual atendam às suas necessidades, visando o seu desenvolvimento, bem como, a garantia de acesso por meio de mudanças em estruturas e condições de direitos, através do investimento em adaptações necessárias para essa finalidade. É responsabilidade de todos a garantia dessa adaptação e do acesso.

Apesar das várias etapas observadas na história, a realidade nos mostra a exclusão, a segregação, a institucionalização e a integração como práticas amplamente vigentes no imaginário social e nas políticas de cuidados da pessoa com deficiência. O progressivo avanço nesta trajetória, não eliminou no cotidiano, todos os paradigmas anteriores. Existem diferentes momentos e níveis de relações estabelecidas, aos quais guiam a políticas públicas e o convívio social. Os

problemas vividos por essa população e seus familiares ainda são uma dura realidade, sendo um desafio constante de superação. A consciência dos processos históricos nos permite treinar o olhar e atuar de maneira sensível nas conquistas já realizadas. Precisamos mudar não só a estrutura dos serviços, mas o conjunto de concepções e posturas de quem atua.

3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS E ASPECTOS LÓGICOS E LEGAIS DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.1 Avanços e retrocessos na luta por reconhecimento e autonomia

Os aspectos lógicos e legais da pessoa com deficiência são mudanças institucionais e sociais que marcam alterações no Estado. Esses processos descrevem a evolução do tema no tempo e mostram um quadro nas políticas públicas onde é possível analisar a produção da prática social. Por isso, é importante conhecer tais processos ocorridos, com objetivo de considerá-los na formulação de um Plano adequado à realidade da pessoa com deficiência.

O percurso dessa análise tem como marco o final da década de 1970, quando ocorreu o início do movimento da pessoa com deficiência no Brasil. Como visto anteriormente, ou elas não tinham existência, ou eram tuteladas por familiares, instituições e profissionais. Não se escutavam, portanto, as suas necessidades e opiniões, tornando-as invisíveis na sociedade. Era imperativo a mobilização desse grupo para que falassem por si.

Os marcos principais em sua trajetória foram conquistados na educação de surdos e cegos no Brasil Imperial, com a criação do Instituto Imperial Benjamin Constant, 1854, e a criação do Instituto Nacional de Educação para Cegos e Surdos - INES, 1856. Eles seguiam, em regra, a política europeia de fomento a prática de institucionalização, que tinham como incentivo o interesse de grupos de pessoas que estudaram fora do Brasil, prática comum à época. A educação de grande parte das famílias ricas era feita na Europa, já que no Brasil o ensino era considerado de baixa qualidade. Ainda em 1932 e depois em 1959 a lógica da institucionalização se generalizou e formaram-se as instituições de educação de pessoa com deficiência intelectual, Pestalozzi e APAEs, respectivamente.

Destaca-se também o surgimento de outro marco antes de 1970, que ocorreu no ano de 1950, com a proliferação do surto de poliomielite. Por ser uma doença incapacitante, ela implicou grandes preocupações sanitárias e abriu frente para a necessidade de reabilitação. A centralidade da atenção à pessoa com deficiência deixou de ser apenas um conhecimento geral, para se tornar área da especialidade médica. Começava-se assim a formação de centros de reabilitação

por todo o país. A lógica da institucionalização ganhou a visão médica, como ordenadora das práticas destinadas aos cuidados à pessoa com deficiência, o que revelou um mecanismo refinado para ocultação da própria deficiência, isso porque, impuseram como obrigação torná-las funcionais, visando diminuir a sua incapacidade ao máximo possível como via de integração à sociedade.

Portanto, a década de 1970 tem um grande valor histórico, na qual, pela primeira, vez se estabeleceu a organização “de” e “para” as pessoas com deficiências, mais especificamente, em 1979, com o surgimento de mobilizações próprias. Com elas se alcançou ações que, pela primeira vez, estavam orientadas em prol do seu desejo. Essa emergência tem como contexto a abertura democrática e o processo de redemocratização, cuja ação se deu conjuntamente a vários segmentos sociais, como mulheres negras, homossexuais, movimento sanitária, saúde mental etc.

No mesmo ano a organização avançou com a Coalizão Pró-Federação Nacional de Entidades de Pessoas com Deficiência, processo pelo qual se fez a junção de vários segmentos e entidades mobilizadas em torno delas. Até aquele momento se encontravam fragmentadas, pelo território nacional, os serviços oferecidos. A coalizão foi uma articulação que fortaleceu o debate em torno do tema e gerou a capacidade de ações e iniciativas de mudanças na estrutura política federal. Com isso, em 1980, ocorreu o I Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, em Brasília, o que ganhou, no ano seguinte, amplitude com o Ano Internacional das Pessoas Deficientes.

Esse fato se originou das deliberações das Organizações das Nações Unidas - ONU, que havia decretado em 1976, o estabelecimento de um ano, 1981, dedicado à causa das pessoas com deficiências. É com essa ação que se apresenta o termo “pessoas” à frente de palavras como inválidos, deficientes e incapacitados. A iniciativa da ONU gerou enorme fortalecimento dos vários processos locais ao redor do globo, que estavam engajados na luta. Assim, como medida preparatória, para o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, recomendou-se, aos países signatários, a criação de comissões para os eventos, levando o Brasil a montagem de uma comissão nacional, como meio de garantir sua participação. Aos movimentos sociais, foi posto à sua frente à possibilidade de participação efetiva e direta na construção de políticas públicas.

Em 1981 ocorre o I Congresso Nacional de Pessoas Deficientes e o II Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes. São momentos onde se fez a discussão sobre a paridade entre as áreas da deficiência e apresentação das necessidades específicas de cada grupo. Ocorre a formação de uma consciência coletiva sobre a particularidade da pessoa com deficiência e da existência dos seus direitos. Essa mobilização nacional permaneceu forte e realizou o III Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, em 1983.

No terceiro encontro a disputa entre áreas se acirrou e o movimento sofreu consequências políticas na organização nacional. Houve fragmentação e dissolução do movimento de forma generalizada. Mesmo com o enfraquecimento da unidade nacional, a união não permaneceu mais geral, segmentando-se por tipo de deficiência. Isso estimulou a formação de novas associações e a articulação de organizações a partir de grupos com necessidades específicas, a exemplo da Associação Amiga dos Autistas – AMA, em 1983, e a Associação Brasileira de Ostimizados (ABRASO), em 1985.

Quando se abre a Assembleia Nacional Constituinte, entre 1987 e 1988, estavam consolidadas propostas que precisavam ser inseridas no texto constitucional. A organização das entidades nacionais conseguiu abrir brechas para que o tema nas audiências públicas, convocadas por diversas comissões do congresso, fosse discutido. A constituição se tornou um grande marco nesse processo, porque, primeiro incluiu em seus artigos um conjunto de normas para a pessoa com deficiência e, segundo, porque adotou uma forma onde esses direitos foram organizados ao longo do texto constitucional. Diferente do que se fazia de costume, não eram apenas um apêndice ou um bloco específico de algum capítulo.

No ano de 1986 foi criado a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, que era um órgão vinculado ao gabinete do presidente da república, para garantir a função básica de articulação interministerial. Para considerar a totalidade das áreas da deficiência, foi necessário criar, como estratégia, no ano de 1990, uma estruturação em forma de câmaras técnicas. Esse órgão teve o papel de convocação de representantes das várias entidades para a construção de políticas públicas federais. Observa-se, neste processo, que o meio governamental retomou o debate amplo das necessidades da pessoa com deficiência. E por uma via diferente do início do movimento social,

estabeleceu-se uma visão unificada sobre os direitos desses grupos. A câmara exercia a função de coleta de dados e informações, que foram editados em textos básicos para servir a formulação de várias diretrizes legislativas e políticas nacionais.

A experiência da CORDE foi transformada em 1999 no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE e trouxe um maior avanço na política pública. O grande avanço desse modelo foi propor um órgão com maior autonomia e poder através de uma vinculação à hierarquia do governo e não submetido a ele. Essa relação dá um ganho deliberativo ao conselho, garantindo formação paritária entre governo e sociedade civil nos debates e decisões. O modelo de conselhos reestruturou também os níveis governamentais, garantido elaboração desse mesmo formato nos estados e municípios.

O passo seguinte à organização política foram as Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ocorridos em 2006 e 2008. Ainda no ano de 2006 é aprovada a Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência, cujo Brasil teve representação na convenção da ONU e assinou o acordo internacional incluindo o texto nas normas nacionais com o decreto nº 186 de 2008. Ao ser aprovado por três quintos dos deputados federais e senadores, em dois turnos, o Senado promulgou o texto da convenção com poder de Emenda Constitucional.

É importante destacar que a ideia de um estatuto para a pessoa com deficiência já havia sido posta em debate no ano de 2000, porém, ele somente viria a ganhar força política após a convenção, por ter poder constitucional. Com essa novidade o estatuto avança, sendo aprovado em 2015 com a Lei 13.146. O principal ganho do texto, não está tanto em agrupar as várias leis da pessoa com deficiência, mas em garantir o direito ao exercício dos seus atos da vida civil, assegurando e promovendo o direito de igualdade naquilo que é de mais fundamental, por meio da inclusão social e cidadã.

A partir desses acontecimentos, o grande desafio que se forma no horizonte é a transição do modelo médico, como forma de concepção da pessoa com deficiência, para o modelo social da inclusão. Marca-se, assim, uma participação efetiva delas junto ao meio social. A construção de cidadania passa antes na garantia de direitos e acessos fundamentais, principalmente o direito a

escolha da maneira como se pode produzir e reproduzir a vida social. É por meio desse direito fundamental que se afirma a própria existência e se conquista a autonomia pessoal. Esse princípio deve guiar qualquer política de saúde nos mais variados serviços que ela ofereça. E cada serviço deve refletir-se em assistência, apoio e tratamento equivalentes a dignidade e a integridade da pessoa com deficiência, no seu modo de ser, agir e pensar.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

4.1 Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Considerando a necessidade de fortalecer o compromisso do Estado brasileiro com o reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência, garantindo a elas condições de vida com dignidade, autonomia e igualdade de oportunidades, o Brasil adotou, em 2008, o Protocolo Facultativo definido pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU.

Essa medida conferiu a ampliação de investimentos e elaboração de políticas intersetoriais, possibilitando a construção de políticas públicas. Esse protocolo define garantias, promoção da autonomia, igualdade de oportunidades e reafirmação dos direitos humanos, a partir do reconhecimento da deficiência como uma característica da condição humana, e não uma limitação.

Com isso, toda e qualquer ação de Política Pública e Social no Brasil para pessoas com deficiência deve adotar um novo conceito, compreendendo a deficiência como a interação entre pessoas com deficiência e barreiras existentes no ambiente, que as impedem, de maneira significativa, de participar na vida em sociedade e usufruir os mesmos direitos que as outras pessoas.

4.2 Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite

Em 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, por meio do decreto nº 7.612 de 17 de novembro. O Plano Viver sem Limite foi elaborado com a participação de mais de 15 ministérios e do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, expressando a articulação de políticas governamentais que envolvem acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade, com previsão de investimento total no valor de R\$ 7,6 bilhões até 2014.

O Plano foi formulado com objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência. Esse plano envolve ações desenvolvidas por 15 ministérios,

concentradas em 4 eixos de atuação, são eles: 1) acesso à educação; 2) atenção à saúde; 3) inclusão social; 4) acessibilidade.

No eixo de Atenção à Saúde, o foco de ação se concentra na organização do cuidado integral em rede, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituída na Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Essa ação buscou ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Oficinas Ortopédicas.

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pretende-se oferecer um conjunto de serviços de reabilitação integrados, articulados e efetivos nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; auditiva, física, intelectual ou visual.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde publicou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, por meio das quais consolida as normativas de funcionamento e financiamento das Redes de Atenção à Saúde, entre elas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essa medida fez com que as Portarias GM/MS 793 e 835, de 2012, fossem revogadas. Contudo, vale ressaltar que não houve modificações significativas no corpo do texto das normativas.

4.3 Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

A elaboração do Estatuto da Pessoa com Deficiência buscou assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades constitucionais e fundamentais pela pessoa com deficiência, objetivando a sua inclusão social e cidadã. A referida lei, instituída a partir da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, consolidou a mudança quanto ao que se entende por pessoa com deficiência e deficiência. No Brasil havia uma série de legislações anteriores à Convenção, que usavam termos ou

mesmo pensavam a deficiência ainda como uma condição estática e biológica da pessoa.

Portanto, os avanços com a nova lei foram significativos, destacando-se as seguintes formulações:

- Garantir às pessoas com deficiência o direito de casar ou constituir união estável e exercer direitos sexuais e reprodutivos em igualdade de condições com as demais pessoas.
- Abrir a possibilidade de aderir ao processo de tomada de decisão apoiada (auxílio de pessoas de sua confiança em decisões sobre atos da vida civil), restringindo-se a designação de um curador a atos relacionados a direitos de ordem patrimonial ou negocial.
- Assegurar a oferta de sistema educacional inclusivo em todos os níveis e modalidades de ensino.
- Estabelecer a adoção de um projeto pedagógico que institucionalize o atendimento educacional especializado, com fornecimento de profissionais de apoio. Proibindo as escolas particulares de cobrarem valores adicionais por esses serviços.
- Garantir prioridade na restituição do Imposto de Renda aos contribuintes com deficiência ou com dependentes nesta condição e no atendimento por serviços de proteção e socorro.
- Incluir o desrespeito às normas de acessibilidade como causa de improbidade administrativa e criar o Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão), registro público eletrônico que irá reunir dados de identificação e socioeconômicos da pessoa com deficiência.

- Estabelecer pena de um a três anos de reclusão, mais multa, para quem prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou exercício de direitos e liberdades fundamentais da pessoa com deficiência.
- Criar benefício assistencial para a pessoa com deficiência moderada ou grave que ingresse no mercado de trabalho em atividade que a enquadre como segurada obrigatória do Regime Geral de Previdência Social.

5 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

5.1 Caracterização do território de saúde

O Governo do Estado de Santa Catarina organiza sua estrutura no território por meio de divisões administrativas regionais. São, ao todo, duas divisões que podem ser observadas. A primeira está dividida em 9 macrorregiões: Macro Grande Oeste; Macro Meio Oeste; Macro Planalto Norte; Macro Nordeste; Macro Foz do Rio Itajaí; Macro Vale do Itajaí. Macrorregião Grande Florianópolis; Macro Serra Catarinense; e Macro Sul.

MAPA 1 - Divisão das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude>

A segunda divisão estadual é feita através de 16 microrregiões de saúde: Grande Florianópolis; Extremo Oeste; Oeste; Xanxerê; Meio Oeste; Alto Uruguai Catarinense; Alto Vale do Rio do Peixe; Nordeste; Planalto Norte; Serra Catarinense; Região Carbonífera; Extremo Sul Catarinense; Laguna; Alto Vale Itajaí; Meio Vale Itajaí; e Foz do Rio Itajaí.

MAPA 2 - Divisão das Microrregiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude>

A divisão regional se apresenta constituída de 11 municípios, totalizando uma área de 1.525,17 km².

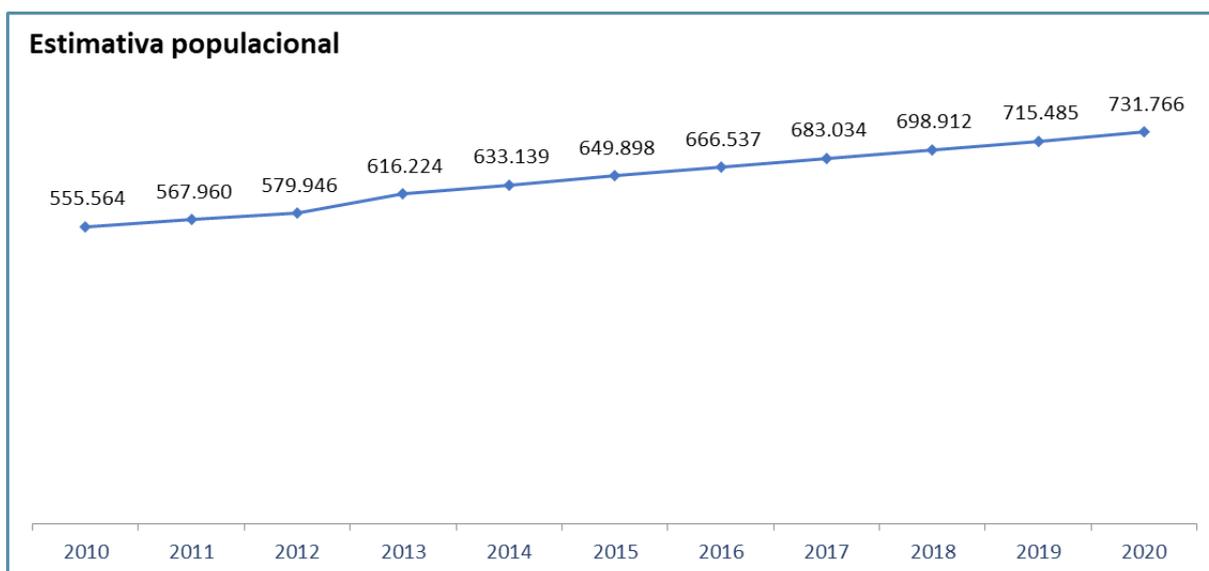
MAPA 3 - Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí



Fonte: Própria.

A população residente no território é estimada em 731.766 habitantes, segundo estimativa IBGE em 2020, o que corresponde à média de 2,76% de taxa de crescimento anual, no período de 2010-2020.

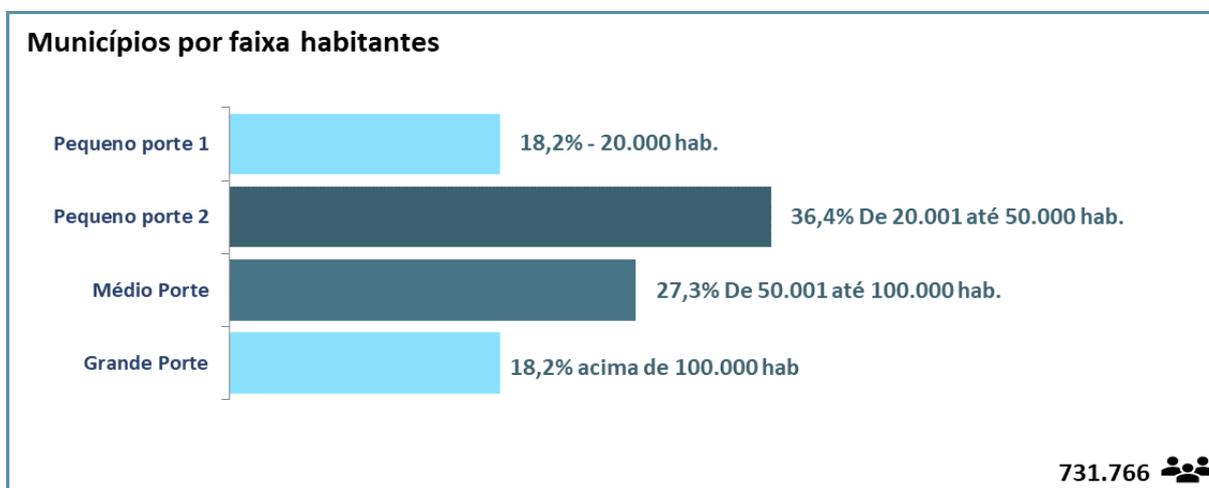
GRÁFICO 1 - Série histórica da população residente da Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí nos últimos 10 anos



Fonte: Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA, 2020.

Na Macrorregião encontramos mais da metade dos municípios dentro da faixa de pequeno porte 1 e 2, 54,5% (Luiz Alves, Ilhota, Bombinhas, Porto Belo, Balneário Piçarras e Penha), sendo a outra parte de porte médio, 27,3% (Itapema, Navegantes e Camboriú) e 18,2% (Balneário Camboriú e Itajaí) de grande porte.

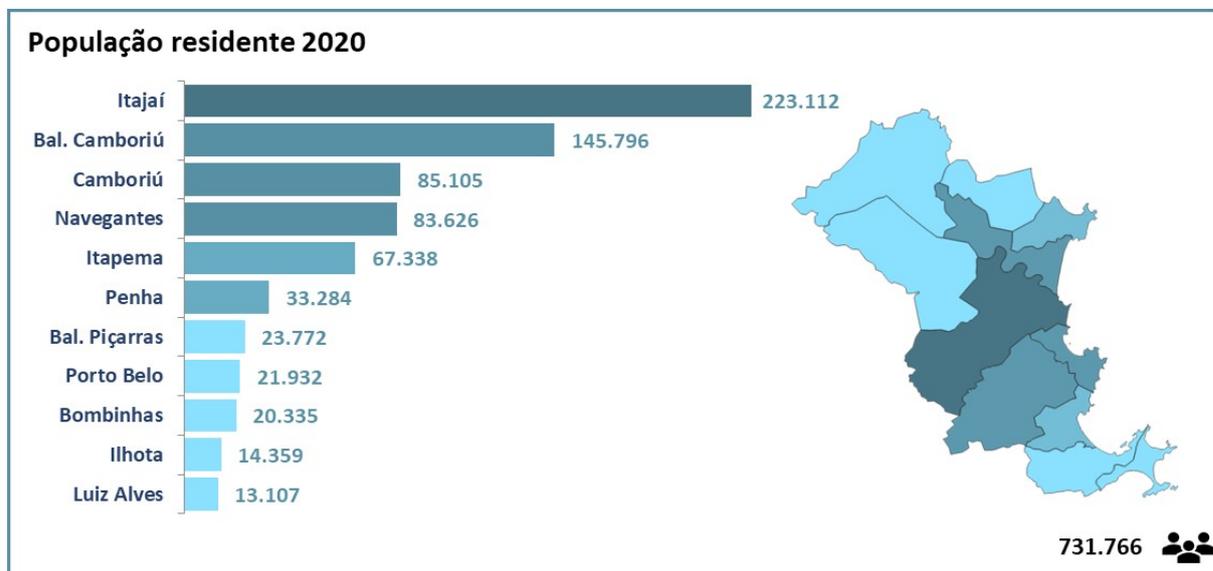
GRÁFICO 2 - Distribuição de municípios por faixa populacional estimada em 2020



Fonte: IBGE, Censo 2010, projeção da população em 2020.

Conforme gráfico a seguir, verifica-se a população residente por município, da seguinte maneira:

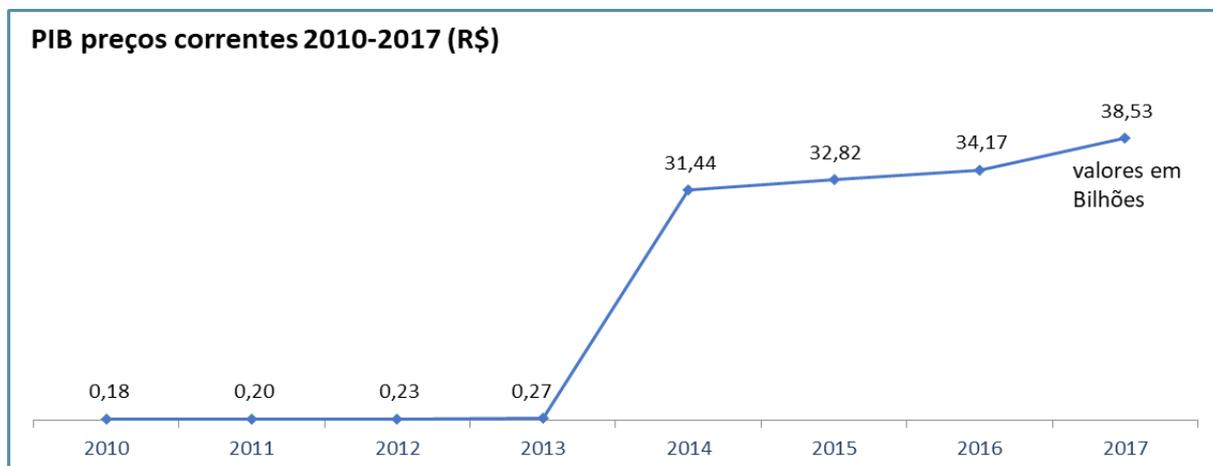
GRÁFICO 3 - Distribuição da população residente no território da Foz do Rio Itajaí



Fonte: IBGE, Censo 2010, projeção da população em 2020.

O PIB em valores correntes teve marca de R\$ 38,53 bilhões de reais, o que equivale a uma taxa de crescimento aproximadamente de 12,8%, no período 2016-2017. Esse crescimento é maior que a média do estado, com 4,0%, no mesmo período, e a média nacional, que alcançou 1,3%. Com esse resultado, a região é a terceira mais rica do estado, perdendo somente para a região de Joinville, região Nordeste, com R\$ 50,62 bilhões, e para a Grande Florianópolis, R\$ 42,35 bilhões.

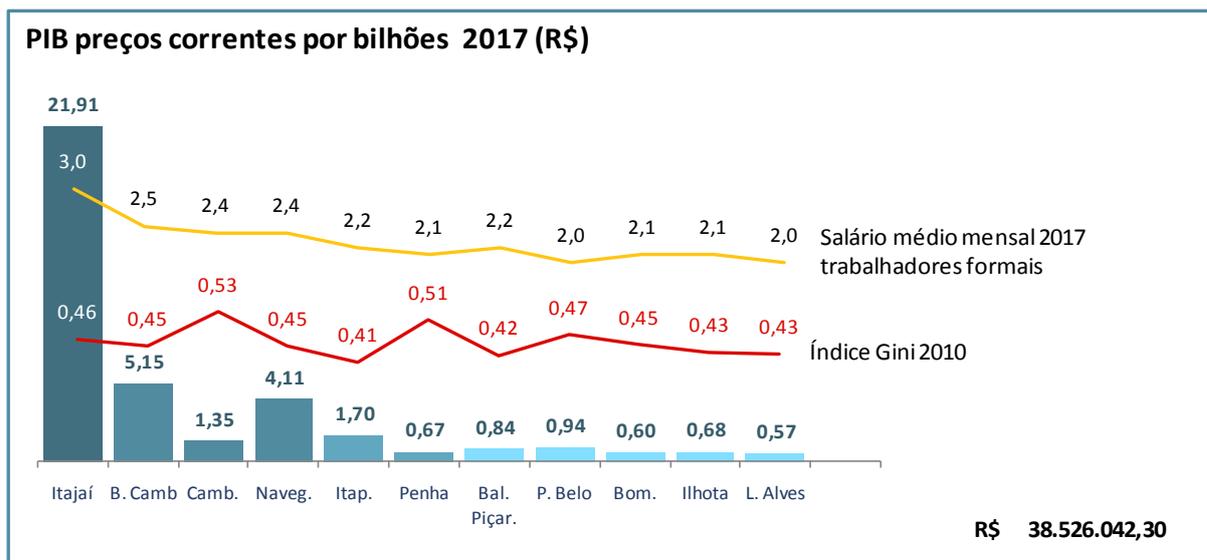
GRÁFICO 4 - Série histórica do PIB da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí



Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

A concentração dos valores correntes e a distribuição do PIB podem ser observadas abaixo. Como comparativo, inserimos as médias mensais de salários dos trabalhadores formais e o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade de renda.

GRÁFICO 5 - Divisão do PIB pelo território da Foz do Rio Itajaí 2017



Fonte: Fonte: Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

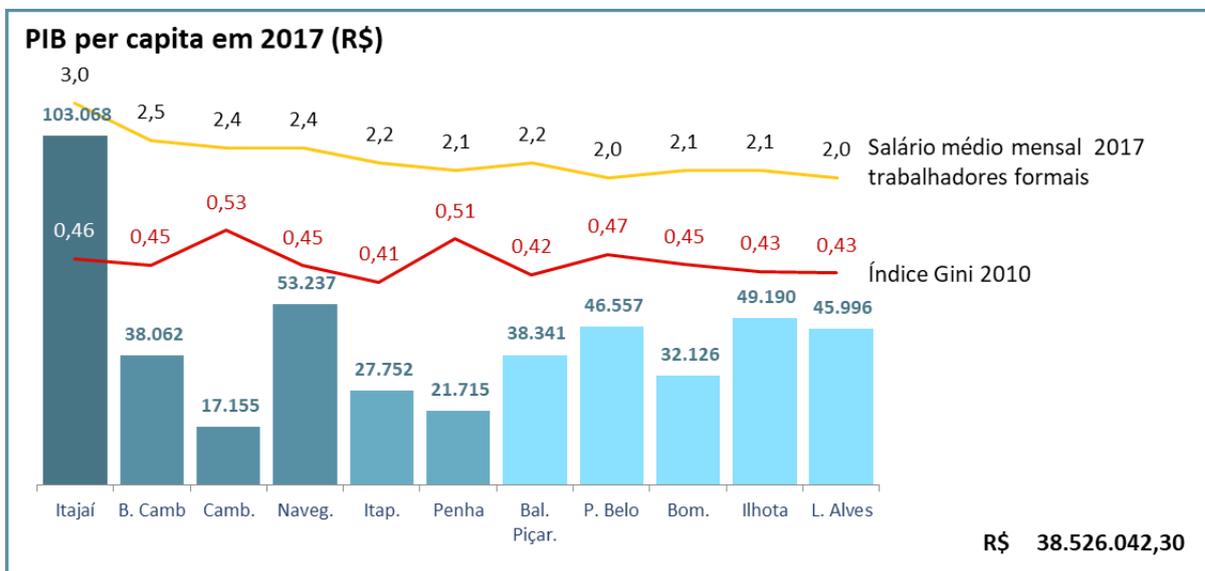
Observamos que dentro desses parâmetros os municípios de Itajaí, Balneário Camboriú e Navegantes concentram sozinhas 80,9% do PIB da região, o equivalente a R\$ 31,17 bilhões. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, a média salarial necessária para acesso da cesta básica seria de R\$ 3.744,52 mensais. Os dados indicam um número significativo de baixos salários, que pode ser confrontado também com o Coeficiente de Gini, um indicador de desigualdade da renda¹. Em 2010 a média Gini na região foi de 0,45, comparativamente, o Brasil assume, no mesmo período, uma posição intermediária nos padrões internacionais, com a média de 0,53, colocando-o entre os países mais desiguais do mundo.

1

Quanto mais perto de zero: maior é a igualdade de renda entre a população. Em outras palavras, quanto menor o indicador, menor é a desigualdade social e mais próxima é a renda dos mais pobres em relação aos mais ricos.

No próximo gráfico verificamos a média per capita em valores correntes com as médias salariais e o coeficiente de Gini.

GRÁFICO 6 - Divisão da renda per capita em 2017



Fonte: Fonte: Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

5.2 Epidemiologia

Organizamos nas próximas tabelas alguns dados epidemiológicos. Os quadros mostram séries históricas de 2017 a 2019.

Em relação à mortalidade, verificamos a taxa de crescimento no período 2018-2019 de 2,44% no número total. A maior causa dos óbitos indica doenças do aparelho circulatório (como doença arterial coronária, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca etc.), seguidos por neoplasias (tumores e cânceres).

As doenças cardíacas e os cânceres são as duas maiores causas mortes por problemas de saúde no Brasil. Parte desses problemas é decorrente do modelo de vida adotado, como sedentarismo, falta de exercícios físicos e má alimentação; portanto, evitáveis por políticas de prevenção. Esses problemas também se colocam como fatores de risco para as causas de deficiências temporárias ou permanentes, por incapacitar a autonomia das pessoas.

TABELA 1 - Óbitos por causas, registrados na região da Foz do Rio Itajaí, entre o período de 2017 a 2019

MORTALIDADE POR CAUSAS CID	2017	2018	2019
Doenças do aparelho circulatório	832	808	863
Neoplasias (tumores)	709	793	855
Causas externas	518	399	448
Doenças do aparelho respiratório	327	390	347
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	248	208	281
Mal Definidas	217	266	216
Alg dças infecciosas e parasitárias	171	164	184
Doenças do aparelho digestivo	172	193	148
Doenças do sistema nervoso	159	145	136
Doenças do aparelho geniturinário	84	132	131
Transtornos mentais e comportamentais	40	36	59
Algumas afec originadas no período perinatal	64	65	49
Anomalias congênicas	35	38	29
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10	13	14
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	16	13	9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	17	4
Gravidez parto e puerpério	4	8	3
Doenças do olho e anexos	-	-	1
Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	-
TOTAL	3.616	3.688	3.778

Fonte: TABNET - SES/SC.

Na sequência relacionamos as causas de mortes estratificadas, possibilitando uma melhor leitura da situação.

TABELA 2 - Estratificação das causas de óbitos na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

CAUSA CAPÍTULO	2017	2018	2019
I21 Infarto agudo do miocárdio	169	180	225
E14 Diabetes mellitus NE	141	109	131
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmões	111	141	129
I63 Infarto cerebral	43	86	121
J18 Pneumonia p/microorg NE	70	131	103
G30 Doenc de Alzheimer	71	60	73
I11 Doenc cardiaca hipertensiva	92	59	58
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas crônicas	185	171	162
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	71	179	151
N39 Outr transt do trato urinário	46	71	90
TOTAL	999	1.187	1.243

Fonte: TABNET - SES/SC.

A próxima tabela apresenta os dados das mortes por causas externas. Podemos ver no período 2018-2019 um aumento significativo de 12,28% de ocorrência. Chama a atenção os altos números de acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, representado, 66,74% das causas registradas em 2019.

TABELA 3 - Óbitos por causas externas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS	2017	2018	2019
Acidentes de Transportes	142	125	139
Homicídio	156	104	85
Suicídio	49	60	75
Acidentes-Quedas	85	50	62
Eventos cuja intenção é indeterminada	15	8	26
Intervenções Legais e operações de guerra	10	20	22
Acidentes-Afogamento	21	12	18
Acidentes-exposição a forças inanimadas	2	4	5
Acidentes-exposição a corrente elétrica	12	7	5
Acidentes-riscos a respiração	5	4	4
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	5	1	2
Demais causas externas	4	1	2
Acidentes-Envenenamento	4	2	1
Acidentes-Outros	1	1	1
Complicações de assistência médica e cirúrgica	4	-	1
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	3	-	-
TOTAL	518	399	448

Fonte: TABNET - SES/SC.

As internações hospitalares seguem nas tabelas seguintes. Elas foram 2,61% menores no período 2018-2019.

TABELA 4 - Internações segundo CID na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

INTERNAÇÕES SEGUNDO CAUSAS CAPÍTULOS	2016	2017	2018	2019
XV. Gravidez parto e puerpério	430	8.433	8.711	8.595
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	533	4.947	4.940	4.435
XI. Doenças do aparelho digestivo	242	3.204	4.045	3.804
IX. Doenças do aparelho circulatório	285	3.631	3.639	3.370
X. Doenças do aparelho respiratório	164	2.840	2.871	2.997
II. Neoplasias (tumores)	128	1.989	2.515	2.689
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	134	2.070	2.114	1.984
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	125	1.566	1.494	1.434
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	33	566	719	871
XXI. Contatos com serviços de saúde	46	745	882	816
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	35	1.043	841	809
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	68	689	702	664
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	59	689	606	592
VI. Doenças do sistema nervoso	33	419	460	495
V. Transtornos mentais e comportamentais	21	352	407	443
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	30	438	377	344
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9	279	350	311
VII. Doenças do olho e anexos	9	172	162	211
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	32	211	170	209
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	77	81	72
TOTAL	2.418	34.360	36.086	35.145

Fonte: DATASUS/TABNET-MS.

Em relação às internações por causas externas houve um aumento de 8,04% entre 2018 e 2019. Um número expressivo de causa está colocado de forma genérica em Fratura de outros ossos em membros; representam o total de 48,50% das internações hospitalares.

TABELA 5 - Internações por causas externas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

INTERNAÇÕES POR CAUSAS EXTERNAS	2017	2018	2019
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	5.109	4.699	5.047
.. Fratura do fêmur	433	444	483
.. Cert compl prec traum compl cirúrg ass méd NCOP	424	380	395
.. Traumatismo intracraniano	324	345	349
.. Luxações entorse distensão reg esp e múlt corpo	276	220	257
.. Traumatismo de outros órgãos internos	116	108	133
.. Fratura do crânio e dos ossos da face	64	103	111
.. Queimadura e corrosões	109	135	103
.. Fratura do pescoço tórax ou pelve	93	81	80
.. Envenenamento por drogas e substâncias biológ	60	53	58
.. Seqüel traum enven e outr conseq causas extern	61	40	52
.. Efeitos corpo estranho através de orifício nat	50	38	46
.. Efeitos tóxicos subst origem princ não-medicin	47	28	46
.. Lesões esmag amput traumát reg esp e múlt corpo	83	48	38
.. Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo	41	46	29
.. Traumatismo do olho e da órbita ocular	9	16	12
.. Síndromes de maus tratos	-	1	2
.. Fratura de outros ossos dos membros	2.364	2.159	2.448
.. Outr traum reg espec não espec e múltipl corpo	534	435	391
.. Outros efeitos e não espec de causas externas	21	19	14
TOTAL	5.109	4.699	5.047

Fonte: DATASUS/MS.

A tabela seguinte traz a estratificação dos dados relacionados às internações, referentes aos problemas cardíacos. Dentre as doenças do aparelho circulatório verificamos aumento de casos em 7,30% no último período, 2018-2019. As doenças relacionadas ao infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral chegam a 29,7% dos casos no ano de 2019.

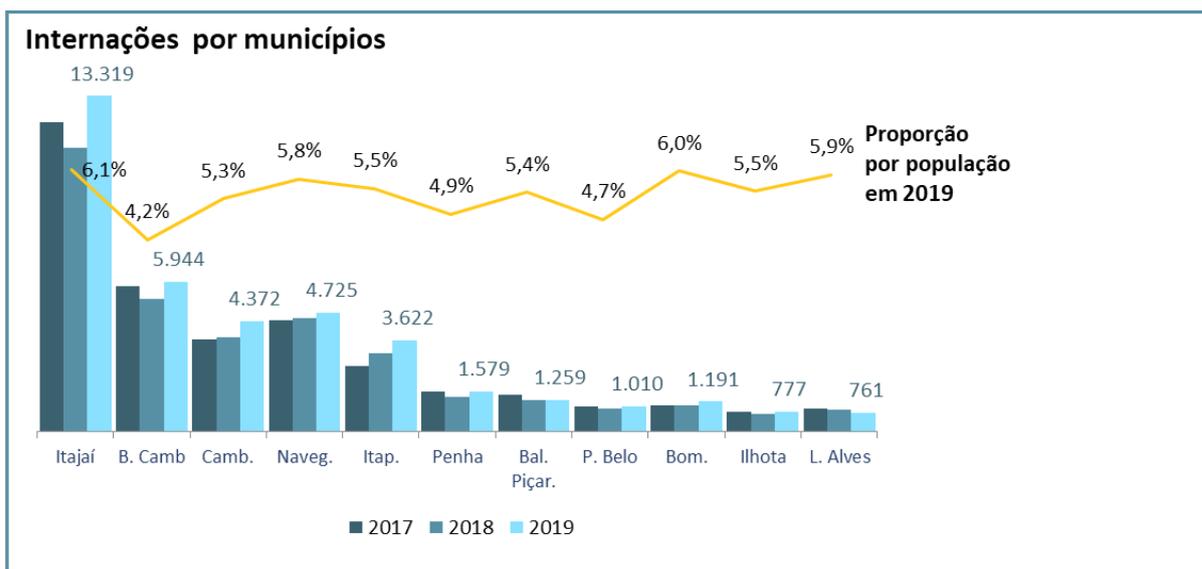
TABELA 6 - Internações por doenças cardíacas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES	2017	2018	2019
09 Doenças do aparelho circulatório	3.804	3.435	3.686
.. Infarto agudo do miocárdio	434	441	567
.. Acid vascular cerebr não espec hemorrág ou isq	524	484	528
.. Insuficiência cardíaca	506	370	394
.. Transtornos de condução e arritmias cardíacas	184	192	212
.. Hemorróidas	46	124	193
.. Embolia e trombose arteriais	57	109	142
.. Veias varicosas das extremidades inferiores	158	172	90
.. Hemorragia intracraniana	121	90	84
.. Arteroesclerose	126	125	77
.. Flebite tromboflebite embolia e trombose venosa	68	67	68
.. Infarto cerebral	156	114	44
.. Doença reumática crônica do coração	24	14	38
.. Hipertensão essencial (primária)	21	9	34
.. Embolia pulmonar	16	10	12
.. Febre reumática aguda	2	2	4
.. Outras doenças isquêmicas do coração	929	753	788
.. Outras doenças das artérias arteríolas e capil	150	125	139
.. Outras doenças vasculares periféricas	79	63	85
.. Outras doenças do coração	81	75	78
.. Outras doenças cerebrovasculares	68	38	73
.. Outras doenças hipertensivas	24	23	19
.. Outras doenças do aparelho circulatório	30	35	17
TOTAL	3.804	3.435	3.686

Fonte: DATASUS/MS.

Por fim, relacionamos os dados de internação referentes a cada município. Os dados indicam que as maiores proporções de internação por população de 2019, estiveram nos municípios de Itajaí, Bombinhas, Luís Alves e Navegantes.

GRÁFICO 7 - Internações por municípios da região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

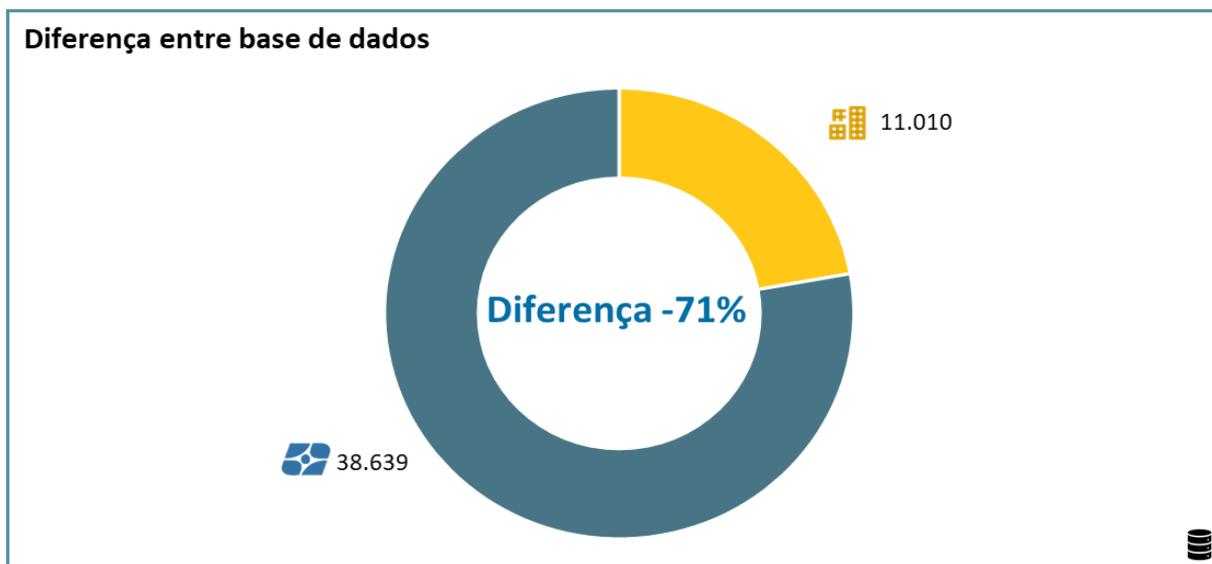


Fonte: DATASUS/MS.

5.3 Distribuição da pessoa com deficiência no território

A população com deficiência foi levantada através de duas fontes. O primeiro por meio do levantamento dos municípios, no que chamamos de planilha diagnóstica, realizada em 2018, e o segundo pelo censo de 2010 do IBGE. Conforme pode ser observado no gráfico, há grande diferença entre esses dados, chegando à diferença de 71%, quando comparados.

GRÁFICO 8 - Comparação entre base de dados municípios da Macrorregião e IBGE



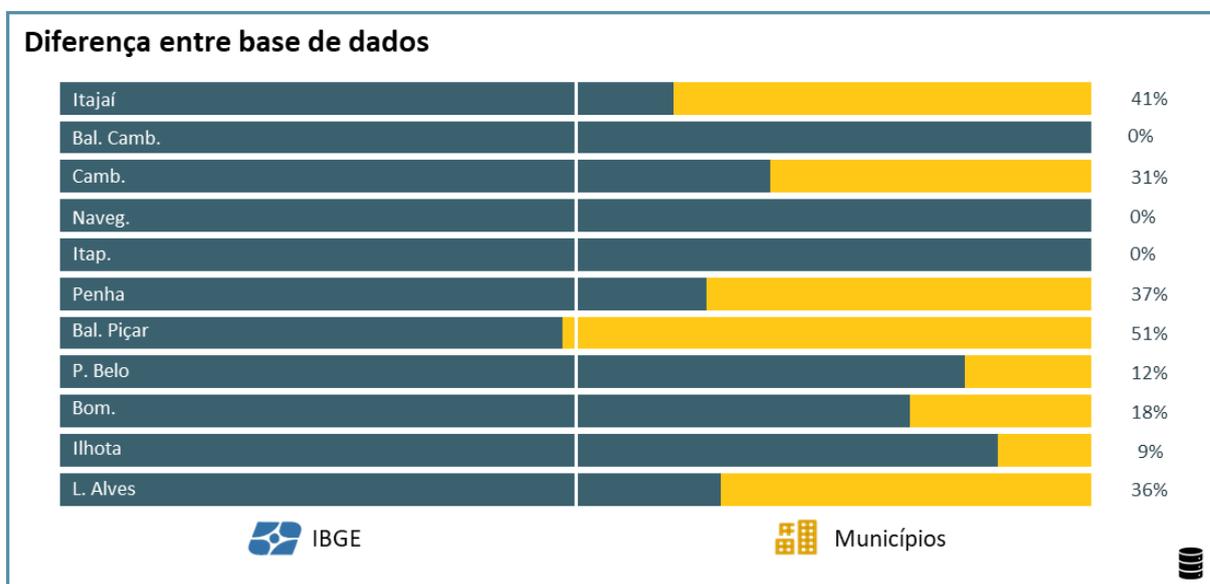
Fonte: IBGE 2010 e municípios da regional de saúde.

A inconsistência se mostra na relação dos dados do IBGE com todos os municípios, no qual, se alcançou apenas 67% do total, no município de Balneário Piçarras. Com o alto nível de inconsistência optamos por analisar a base do IBGE. Tal diferença reflete a dificuldade em reconhecer e diagnosticar a PD no território de saúde. Se, por um lado, há uma identificação exagerada como a relatada na identificação do IBGE, com usuários de lentes corretivas (óculos) como deficientes visuais, por outro lado, há relatos de invisibilidade das pessoas com deficiência intelectual, pelos municípios, ou pelos próprios familiares. Muitas vezes, quem fornece os dados aos técnicos do Grupo Condutor da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, são os Centros de Reabilitação e as Instituições, inseridas na Atenção Secundária de Saúde, limitando a precisão das informações.

O gráfico abaixo demonstra que, quanto mais próximo de 100%, maior é a compatibilidade entre as bases de dados. Como já citado anteriormente, verifica-se um índice elevado de incompatibilidade em todos os municípios da macrorregião.

GRÁFICO 9 - Compatibilidade entre as bases de dados dos municípios

e do IBGE



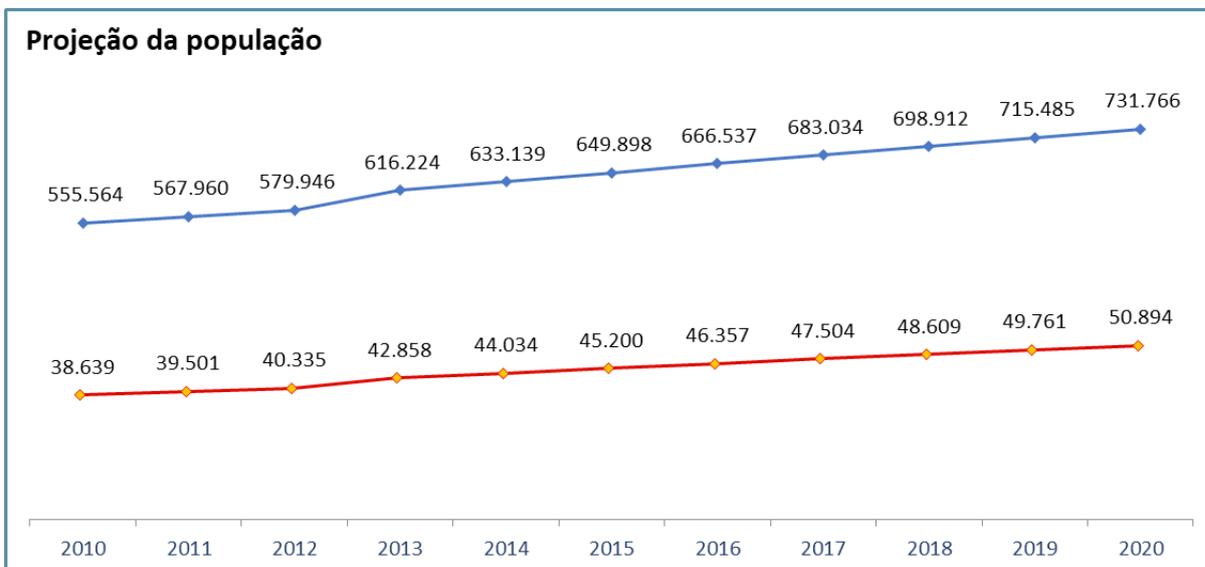
Fonte: IBGE 2010 e municípios da regional de saúde.

Em termos totais, segundo o Censo 2010, encontramos 38.639 pessoas com deficiência na região. Para aproveitar as taxas de projeções que o IBGE fornece a cada ano, publicadas nas bases de dados do Sistema do IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), optamos por considerar as mesmas proporções na aplicação à população da pessoa com deficiência, com isso obtivemos a estimativa de 50.894 pessoas com deficiência no território, no ano de 2020. Adotaremos esse valor como a referência de análise nas próximas tabelas. A base

de cálculo foi feita através da fórmula $Taxa\ de\ crescimento = \left(\frac{ano\ presente}{ano\ passado} \right)^{\frac{1}{n}} - 1$,

utilizando os mesmos parâmetros para as projeções do crescimento populacional da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.

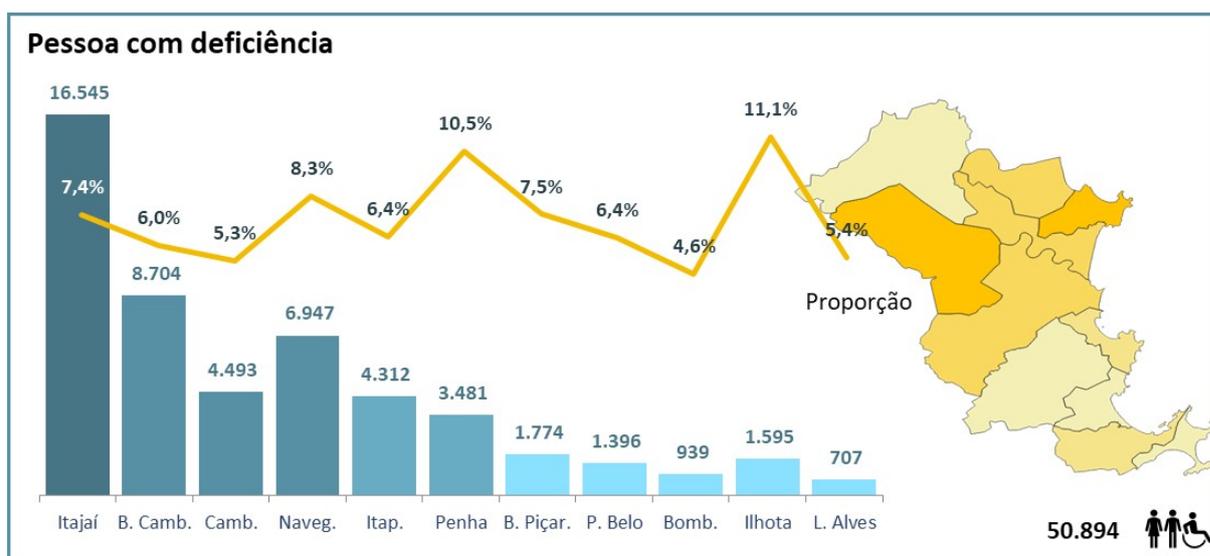
GRÁFICO 10 - Número da população da Foz do Rio Itajaí e de pessoas com deficiência em uma projeção de 10 anos



Fonte: IBGE 2010, projeção pelo Sistema do IBGE de Recuperação Automática para os anos de 2010-2020.

Na relação com o número da população residente, temos o município de Ilhota e Penha com as proporções mais altas de pessoas com deficiência na região.

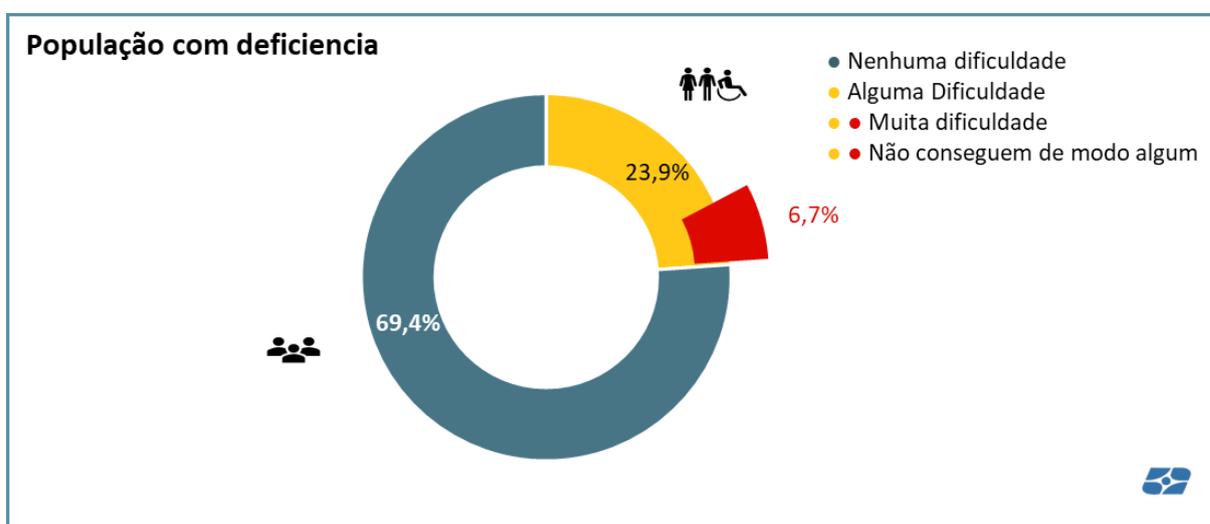
GRÁFICO 11 - Número de pessoas com deficiência por município



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

Em 2018 o IBGE fez uma revisão em sua base de dados. Essa mudança teve como motivo a adoção de um novo critério de análise que segue o padrão de orientação do Grupo de Washington (GW). O levantamento em 2010 identificou 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, representando à época 23,9% da população. Com a nova margem de corte o percentual caiu para 6,7%. As informações que organizamos levam em consideração o novo modelo de corte feito em 2018, ou seja, dizem respeito à amostra de 6,7% da população.

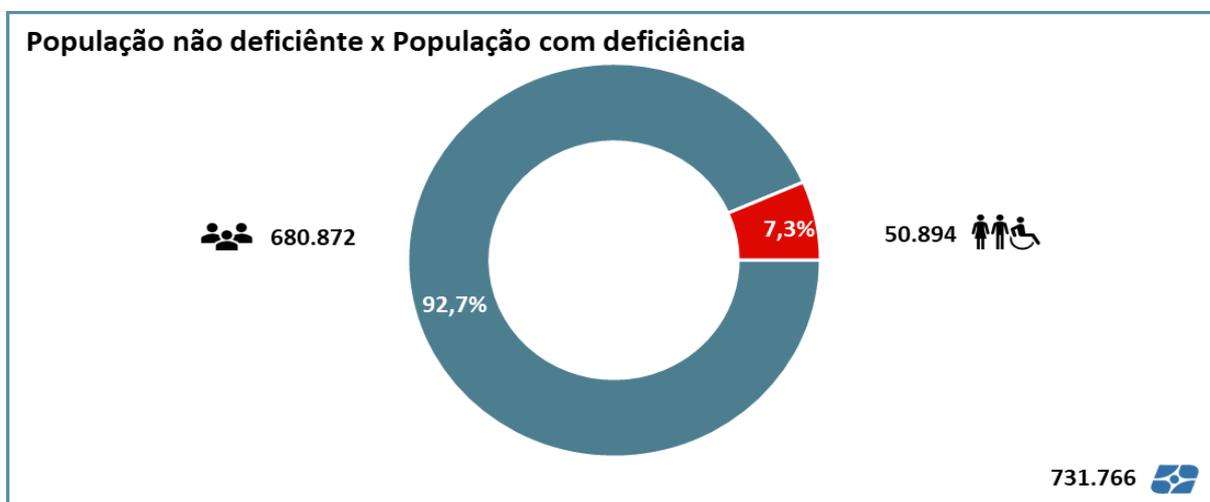
GRÁFICO 12 - Representação da base de dados do IBGE



Fonte: IBGE 2010, atualização 2018.

No território da Foz do Rio Itajaí essas proporções ficam da seguinte maneira:

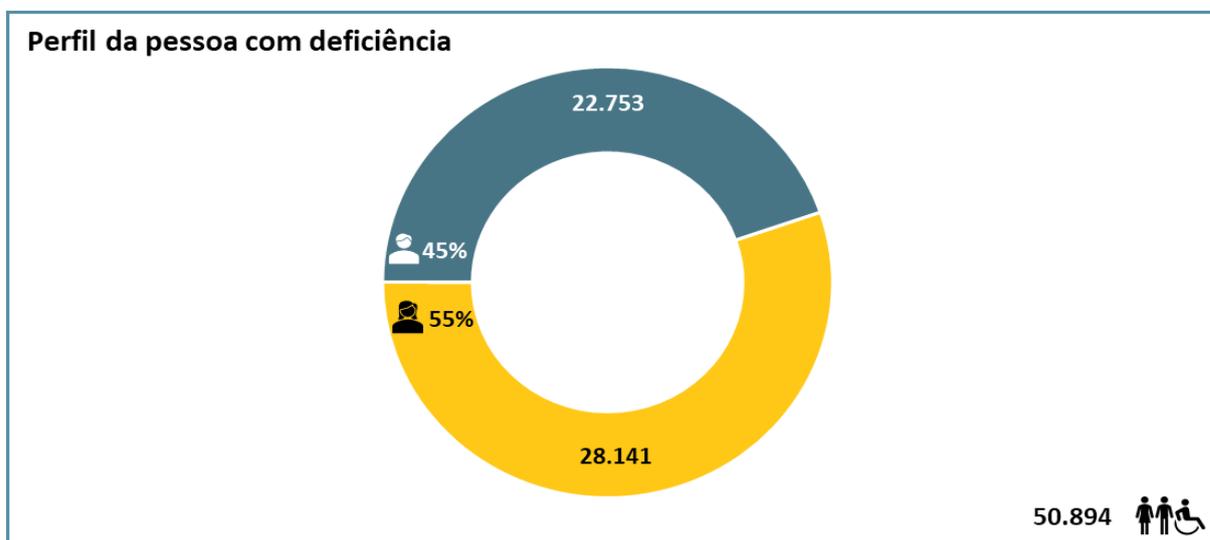
GRÁFICO 13 - Proporção da população na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí



Fonte: IBGE, Censo 2010, atualização 2018, projeção 2020.

A população com deficiência na região é um pouco maior no caso do sexo feminino, com 55% da amostra.

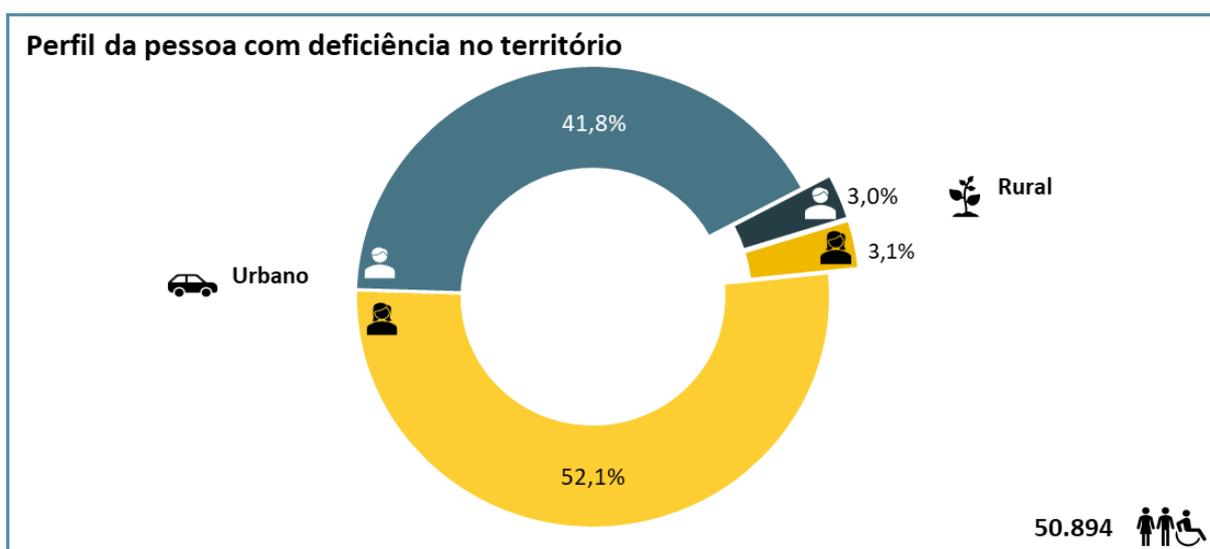
GRÁFICO 14 - População da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí com deficiência dividida por sexo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

Os dados também dizem que a predominância deles está no espaço urbano, com 93,9% dos casos. Nomeio rural o número de homens e mulheres é praticamente igual.

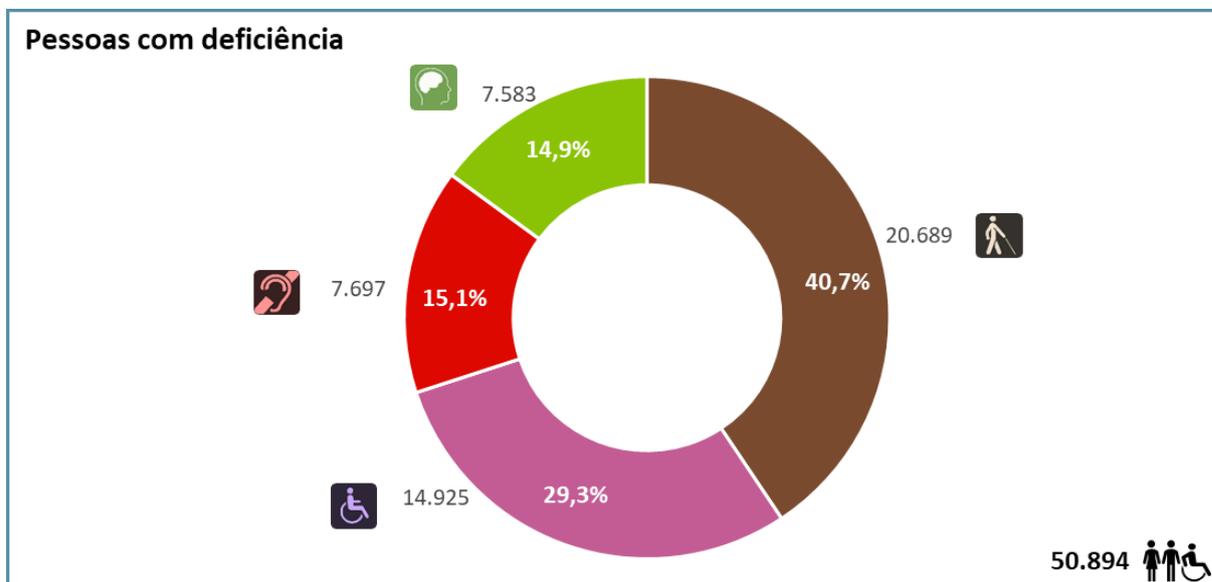
GRÁFICO 15 - População com deficiência dividida por sexo e espaço urbano e rural



Fonte: IBGE 2010, projeção2020.

O gráfico abaixo demonstra que a maioria das PD possui deficiência visual e física, correspondendo a 70% dos casos.

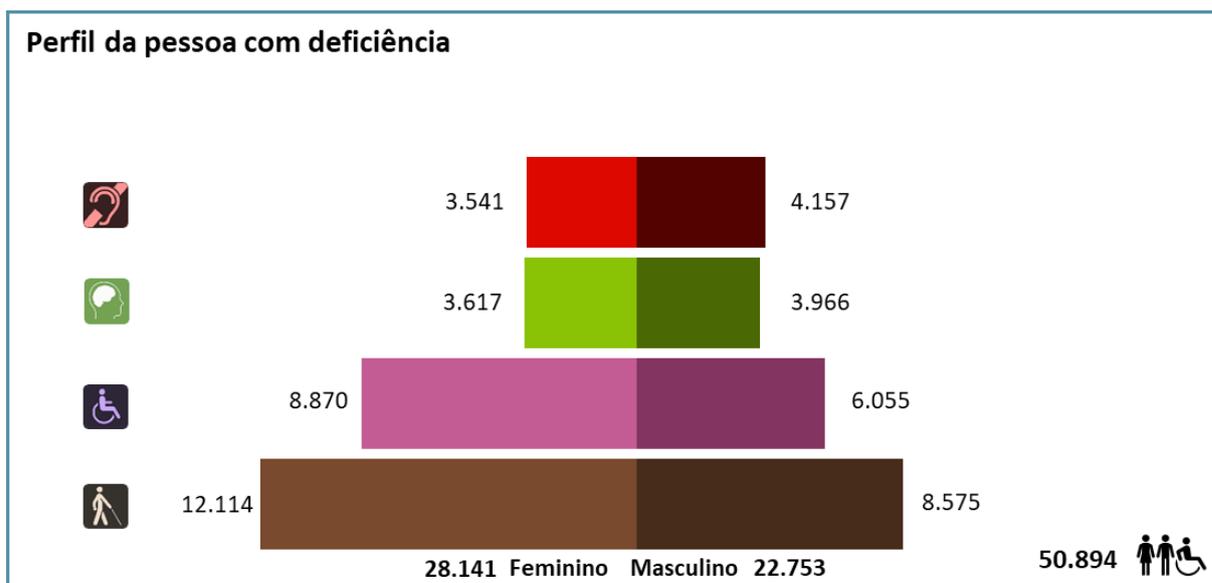
GRÁFICO 16 - População da Macrorregião com deficiência dividida por tipo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

O IBGE também apresenta a população com deficiência estratificada por sexo, conforme gráfico abaixo.

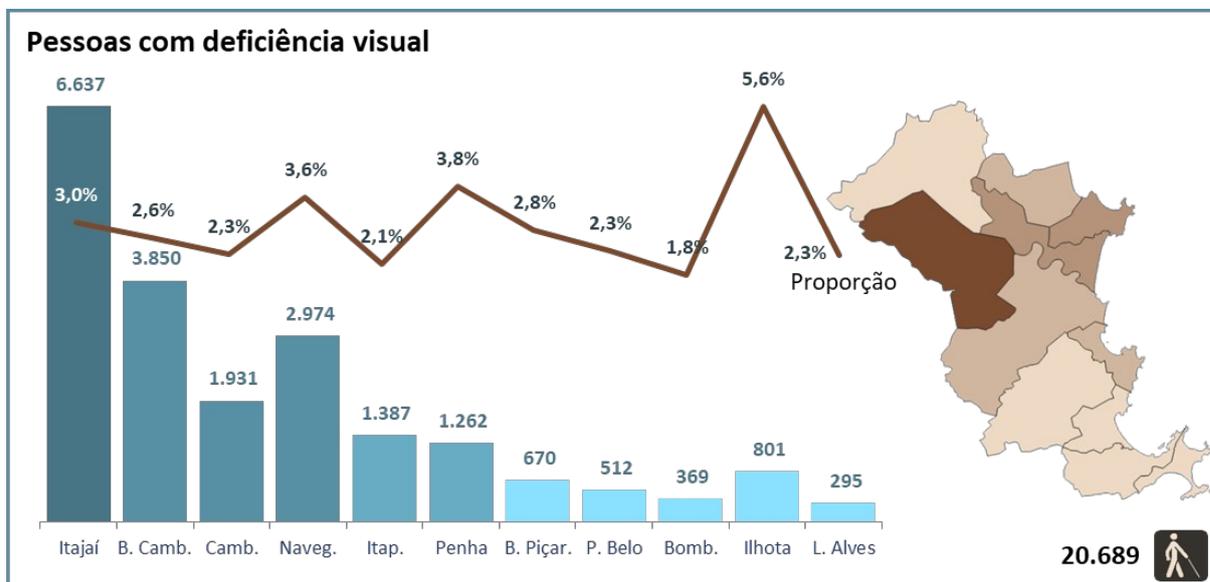
GRÁFICO 17 - Divisão por deficiência e sexo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

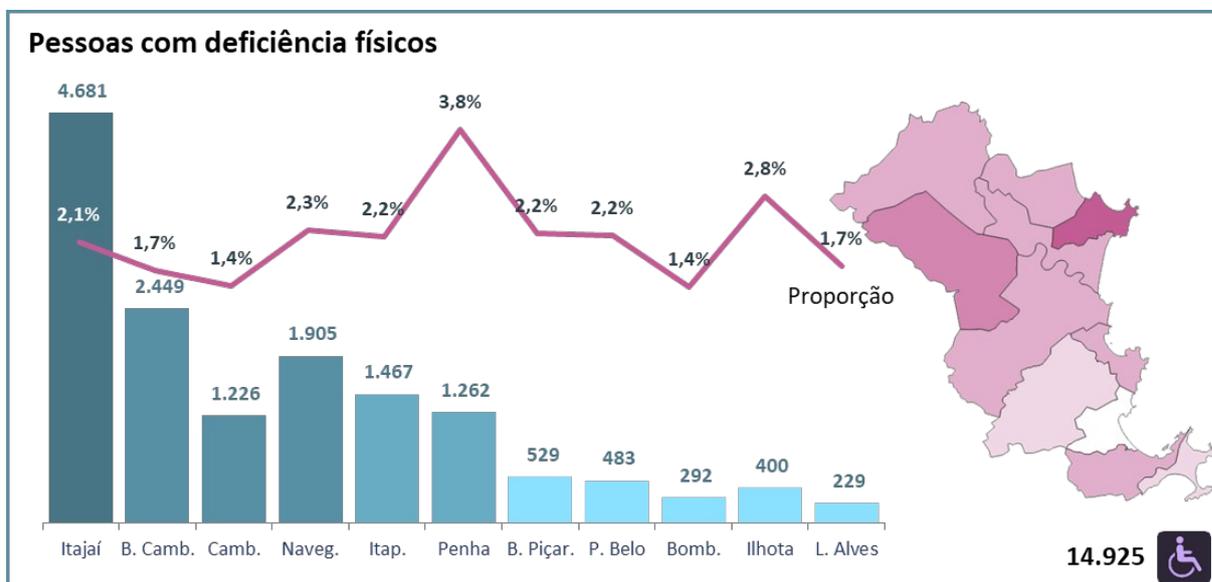
Os próximos gráficos demonstram a distribuição da população da amostra por deficiência e a proporção deles pelo número de habitantes.

GRÁFICO 18 - Distribuição da pessoa com deficiência visual



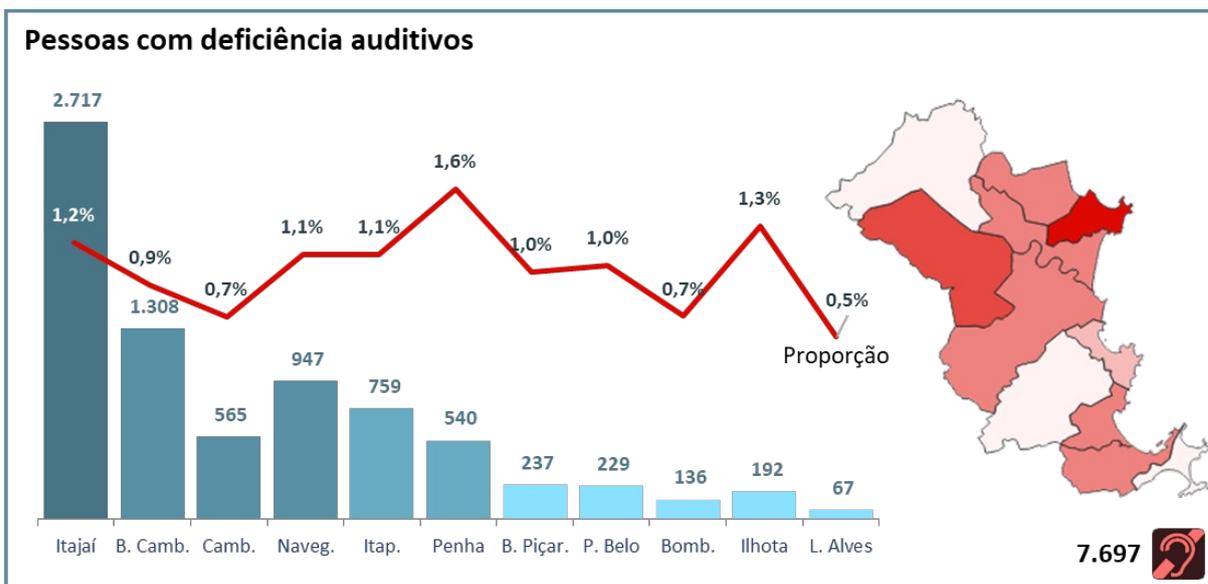
Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

GRÁFICO 19 - Distribuição da pessoa com deficiência física



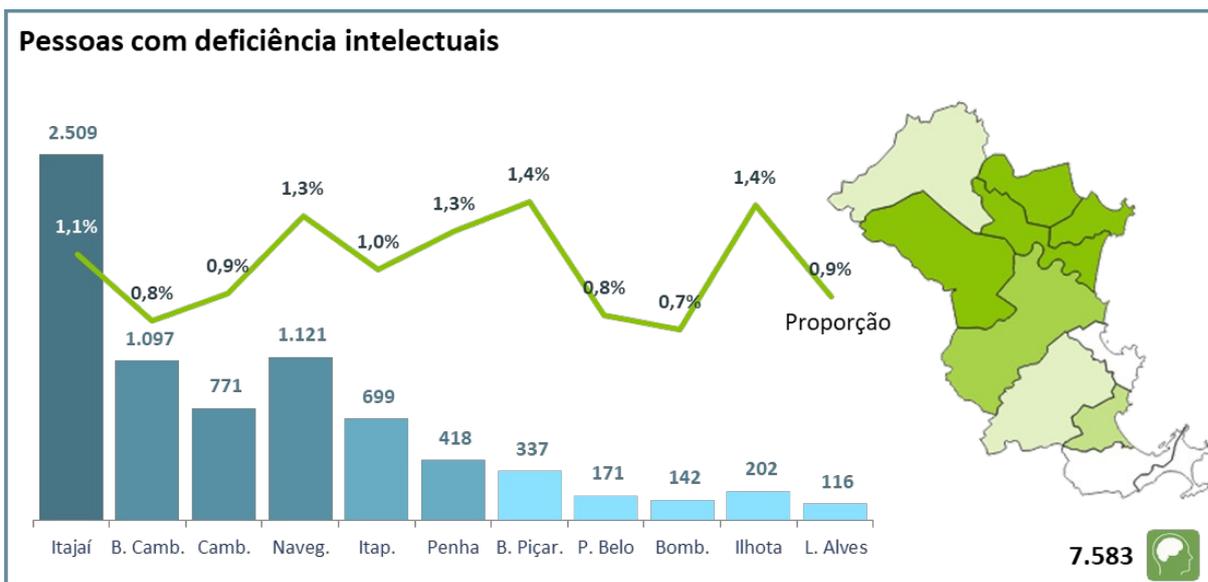
Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

GRÁFICO 20 - Distribuição da pessoa com deficiência física



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

GRÁFICO 21 - Distribuição da pessoa com deficiência intelectual



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

6 HISTÓRICO, CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

6.1 Quadro geral dos serviços de saúde

A concepção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se forma a partir da crítica ao modelo tradicional da organização estatal. Nela se estabelece uma estrutura piramidal de hierarquia em nível de atenção: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária à Saúde (ASS) e Atenção Terciária à Saúde (ATS). A questão central defendida por Mendes (2015) é que esse modelo se faz incompatível com as necessidades da população.

O modelo em rede se constitui como uma alternativa multinucleada, onde os serviços se vinculam a uma ação comum entre si, com intenção de cooperação entre os trabalhos. Apesar de vários núcleos, a rede articula a sua ação centralizada na comunicação da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso ocorre porque é a atenção primária quem mantém a relação mais direta e imediata no território com a população adscrito.

Em Santa Catarina o processo de disposição da RAS teve início no município de Joinville, sendo recomendado pelo então governador do Estado. A primeira etapa foi feita em 2007, com a realização da Oficina de Sensibilização. Na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí ela vem pela portaria 793/2012. A estratégia prevista passou pela criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

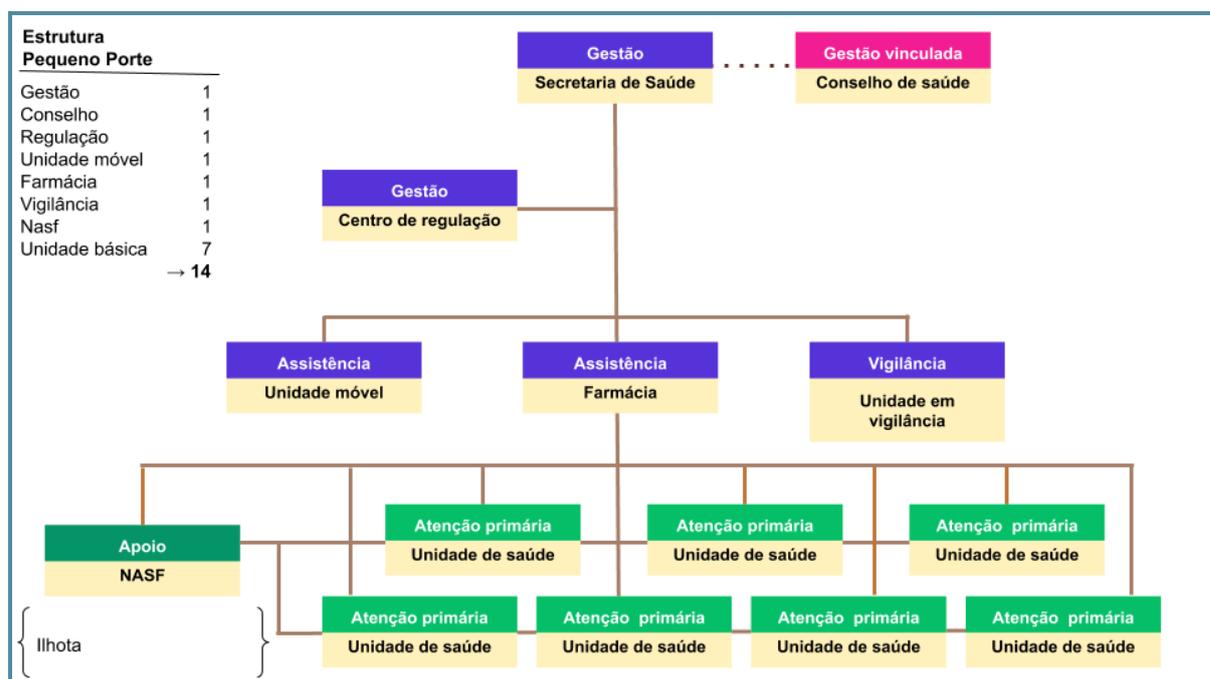
Quando acessamos os vários serviços da rede observamos a complexidade da sua estrutura e a variedade de referência relativa à realidade de cada município. Diante do desafio de organizar um desenho que desse uma leitura geral e gerar alguma análise, consideramos aproximar as estruturas oferecidos por cada município, montando um padrão de semelhança. Conforme levantamento

realizado na base de dados do CNES², podemos caracterizar 3 modelos de estrutura de serviços: Pequeno Porte, Médio Porte e Grande Porte.

É importante destacar que os termos utilizados não seguem o desenho do porte dos municípios pelo corte da população, apresentados pelo IBGE. Utilizamos uma metodologia própria, que tem como critério somente o número de órgão e serviços encontrados nos municípios na Macrorregião da Foz do rio Itajaí. Isso nos ajuda a comparar melhor a estrutura geral entre cada um deles.

Na estrutura de Pequeno Porte o padrão da rede segue: estrutura de gestão (secretaria de saúde e conselho de saúde), estrutura de regulação, unidade móvel (carros ou vans de transportes), farmácia básica, estrutura de vigilância epidemiológica, NASF e unidades básicas. Nesse modelo encontramos apenas o município de Ilhota, não sendo possível compará-lo a nenhum outro município da Macrorregião.

FIGURA 1 - Organograma da estrutura dos municípios de Pequeno Porte



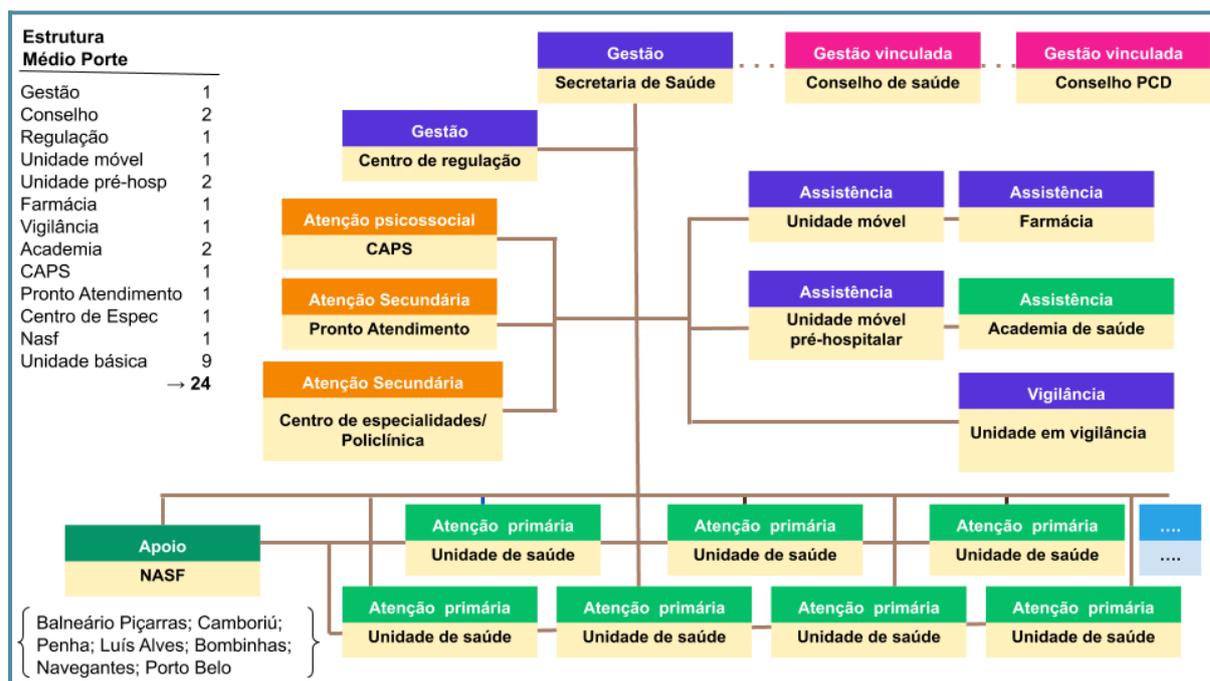
Fonte: Próprio.

2

Os dados que coletamos para a formulação do plano foram fornecidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. O site do CNES destina-se a publicar dados de todos os estabelecimentos de saúde. As informações publicadas no Portal correspondem aos dados transmitidos pelos gestores responsáveis pelos respectivos estabelecimentos de saúde, através do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

A estrutura de Médio Porte tem como diferencial: dois conselhos (saúde e pessoa com deficiência), CAPS, unidade móvel de suporte (ambulância), academia de saúde, pronto atendimento, pronto atendimento e centro de especialidades/policlínica. Nesse padrão encontramos 6 municípios: Balneário Piçarras, Camboriú, Penha, Luís Alves, Bombinhas, Navegantes e Porto Belo.

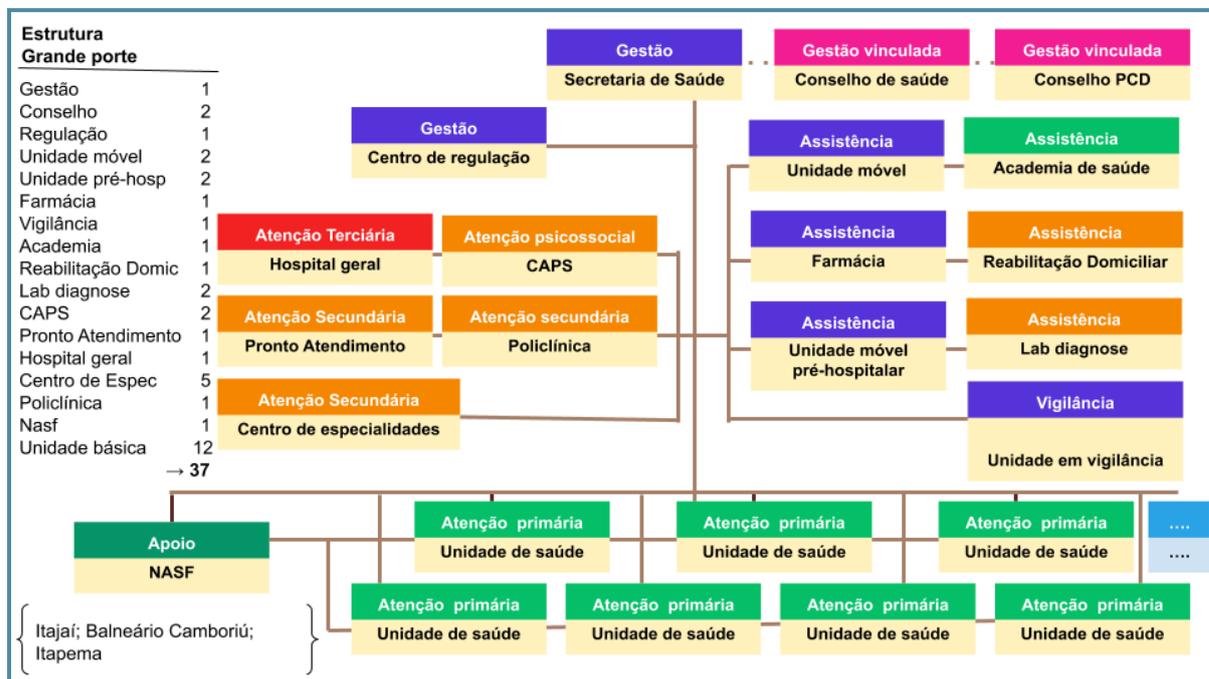
FIGURA 2 - Organograma da estrutura dos municípios de Médio Porte



Fonte: Próprio.

E nos municípios de Grande Porte temos como estruturas diferenciais: hospitais gerais, reabilitação domiciliar, unidades pré-hospitalares (SAMU) e laboratório de diagnose. Nesse modelo podem ser enquadrados os municípios de: Itajaí, Balneário Camboriú e Itapema.

FIGURA 3 - Organograma da estrutura dos municípios de Grande Porte



Fonte: Próprio.

Os municípios de grande porte, por terem maior estrutura de saúde, assumem a função de centro de referência de serviços dos municípios de pequeno e médio porte, no qual, por serem menores, não podem oferecer muita estrutura. Essa articulação de referência ocorre pela instalação de serviços de responsabilidade, tanto do Estado, quanto do Governo Federal. Nestes casos, os municípios sedes assumem o papel de reguladores dos serviços pactuados na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.

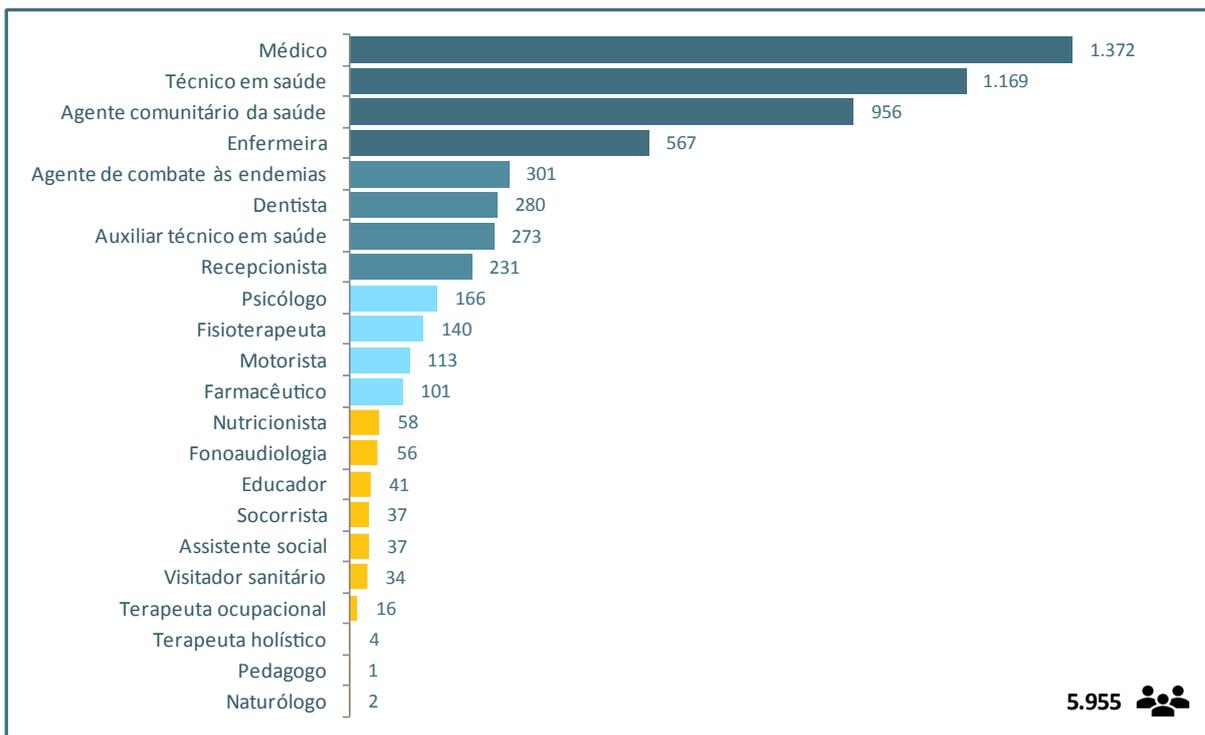
Serviços que não são oferecidos pelos entes federados, ou são oferecidos por consórcio intermunicipais, através do Programa de Parcerias de Investimentos do Estado (PPI-SC), ou são feitos por contratos estabelecidos pelos próprios municípios, individualmente.

Por fim, há serviços prestados na Rede Complementar de Saúde, como aqueles habilitados pelo setor público e desenvolvidos por entidades não governamentais, como é o caso da APAE, e os serviços ofertados pela Univalli, ou por prestadores privados.

6.2 Rede Pública de Saúde

Na rede oferecida pelo serviço público, temos o universo de 5.955 profissionais, sendo que os médicos e técnicos em saúde representam 42,67% do contingente.

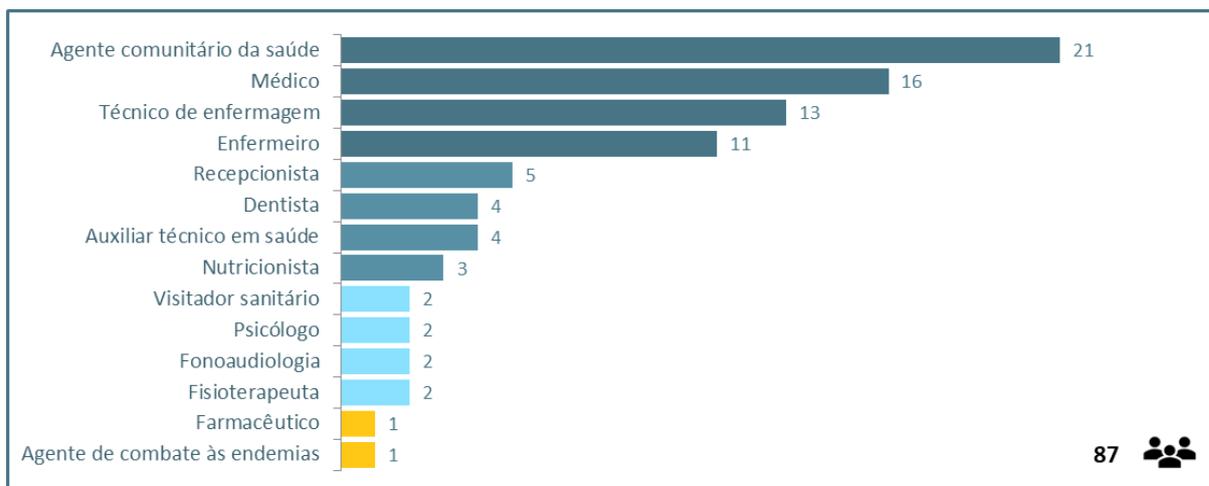
GRÁFICO 22 - Número de profissionais na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí



Fonte: CNES jan., 2020.

Na divisão por porte da estrutura de saúde, temos, no caso do Pequeno Porte, referente ao município de Ilhota, 87 profissionais envolvidos. Os ACSs estão em primeiro na relação, com maior quantitativo, 21 profissionais, seguido pelos médicos, 16 profissionais, que juntos ocupam 42,5% dos profissionais envolvidos.

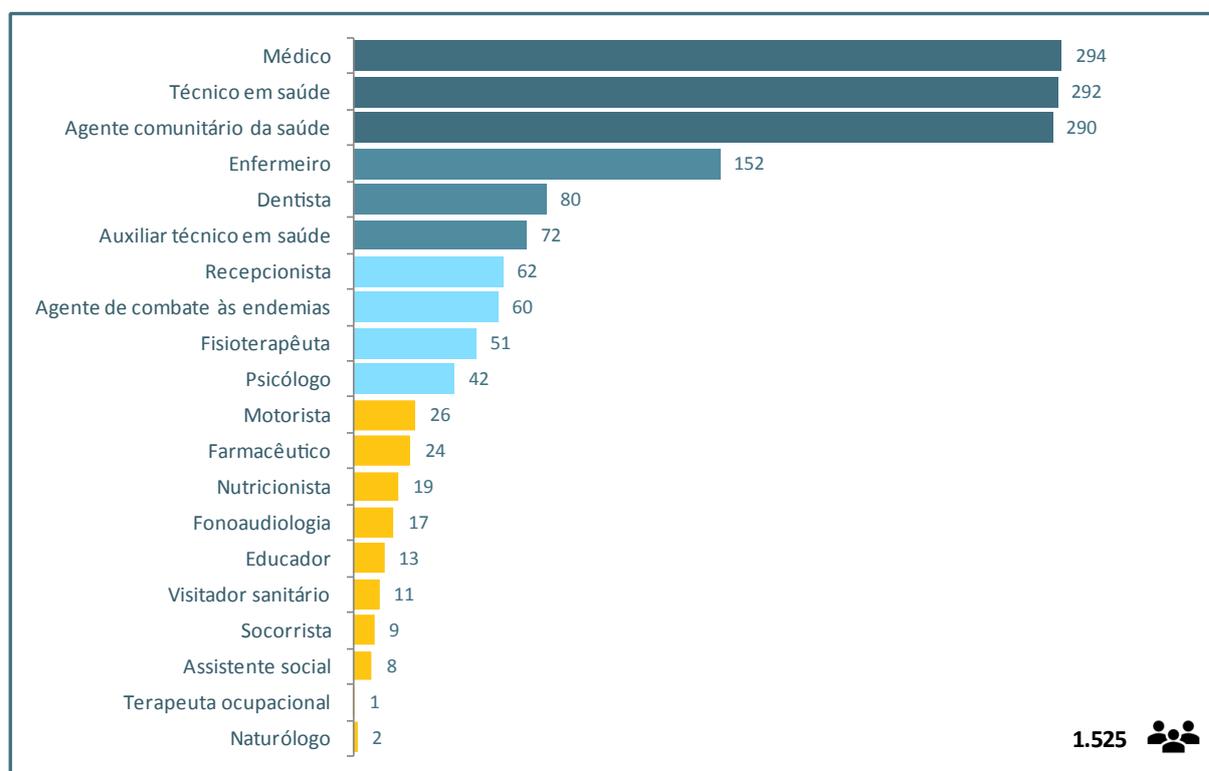
GRÁFICO 23 - Número de profissionais da rede de Pequeno Porte



Fonte: CNES jan., 2020.

Na estrutura de Médio Porte, temos 1.525 profissionais envolvidos, o que corresponde a 17 vezes mais que a de pequeno porte.

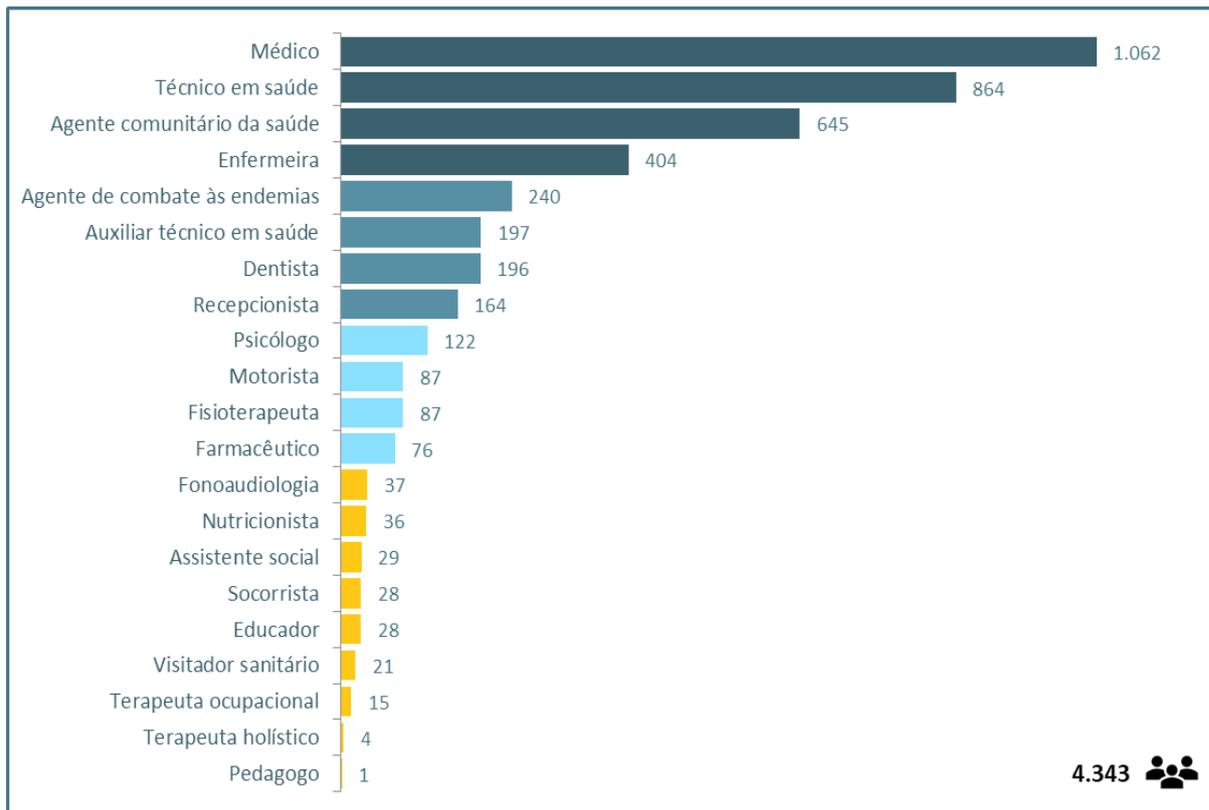
GRÁFICO 24 - Número de profissionais da rede de Médio Porte



Fonte: CNES jan., 2020.

E são 4.343 profissionais envolvidos na estrutura de Grande Porte. Os 3 municípios (Itajaí, Balneário Camboriú e Itapema) correspondem a 73% do total dos profissionais da rede de saúde na Região e tem uma estrutura 50 vezes maior que a do município considerado de pequeno porte.

GRÁFICO 25 - Número de profissionais da rede de Grande Porte



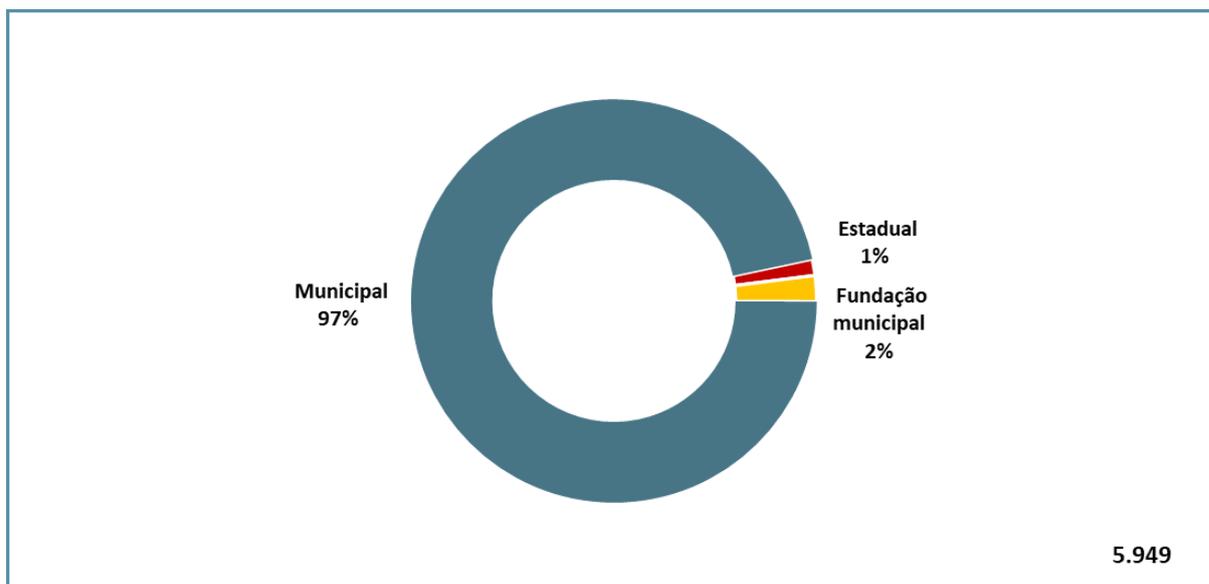
Fonte: CNES jan., 2020.

Os profissionais, em sua maioria, estão alocados nos municípios, 97% dos casos, mas encontramos profissionais com vínculo estadual, 1%, e em fundações municipais de saúde³, 2%.

3

Fundação pública – entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes.

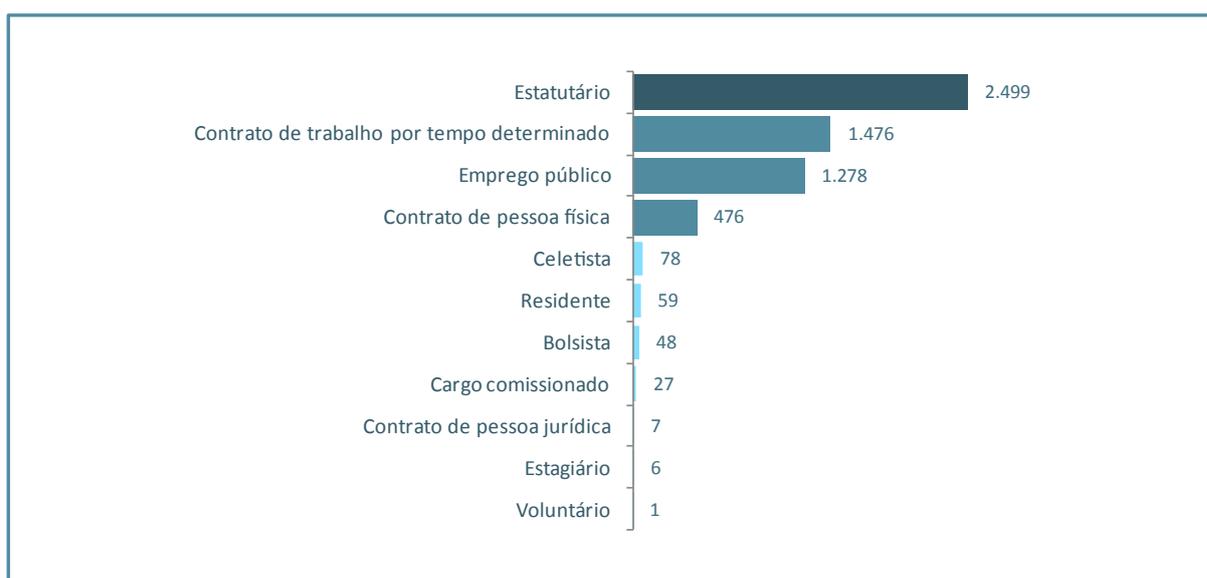
GRÁFICO 26 - Vínculo de ocupação profissional



Fonte: CNES jan., 2020.

O regime de trabalho, quando analisado individualmente, em sua maioria é estabelecido pelo regime único (estatutário), com 41,9%. No entanto, quando somamos os contratos temporários (24,8%) e empregos públicos (21,5%) há um percentual total de 46,3%, compondo quase metade do vínculo de ocupação profissional.

GRÁFICO 27 - Vínculo de ocupação profissional



Fonte: CNES jan., 2020.

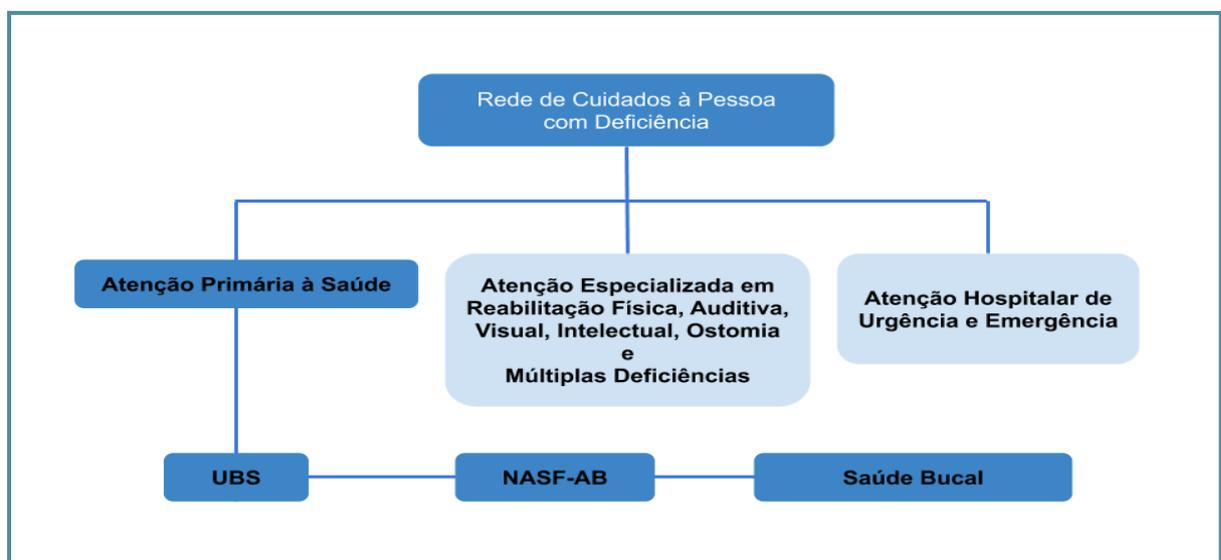
6.2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como ordenadora das redes de atenção à saúde. Ela é constituída por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, atuando de forma mais próxima à vida das pessoas.

No atendimento às pessoas com deficiência é comum a tendência de realizar encaminhamento imediato a serviços especializados, muito embora, algumas das demandas dessa população já possam ser resolvidas nela mesma. Por isso, ela se destaca como um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência, principalmente no que diz respeito à circulação e participação social, sob a perspectiva de inclusão e cidadania. Porém, este é um tema ainda pouco desenvolvido nas unidades básicas de saúde.

Apesar do desenho padrão da rede ser definida por uma hierarquia como nos modelos das figuras 1, 2 e 3 (municípios de pequeno, médio e grande porte), consideramos pertinente à lógica aplicada do movimento histórico da pessoa com deficiência. Nessa análise o desenho da atenção a essa população se coloca transversal a estrutura da saúde. Na prática a pessoa com deficiência deve ser considerada em todos os serviços da rede de saúde e, em alguns pontos, de forma específica, como demonstrado na figura abaixo:

FIGURA 4 - Organograma da estrutura fundamental da Rede da Pessoa com Deficiência

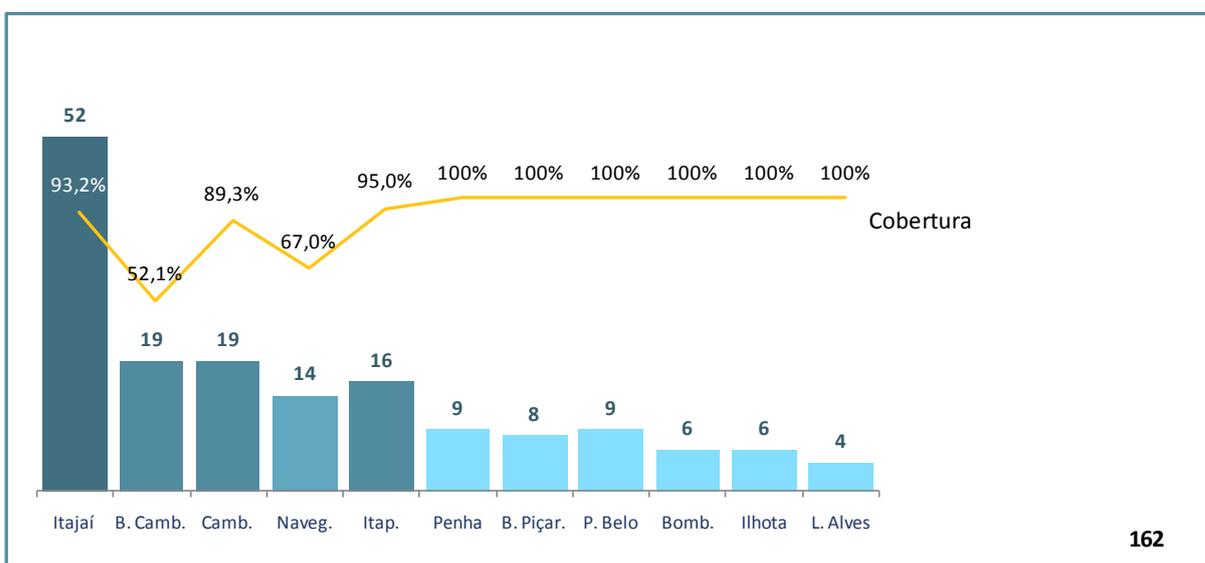


É preciso que as ações em torno das pessoas com deficiência não fiquem restritas aos serviços prestados nos CER - Centros Especializados em Reabilitação ou nos ambulatórios da atenção especializada e hospitais. O planejamento deve também ser baseado no território em que a pessoa reside, buscando a elaboração de ações a partir das necessidades encontradas e também pelo reconhecimento das potencialidades deste espaço. Para isso é fundamental a articulação da APS com a rede, a qual priorizará ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, fortalecendo assim uma rede de cuidados, na qual cada componente se co-responsabilize pelo processo da linha de cuidado em saúde.

No território os serviços são organizados por unidades de saúde, no qual sediam 162 equipes da Estratégia da Saúde da Família, isso corresponde à cobertura de 88,6% da população.

Abaixo estratificamos esse dado por municípios.

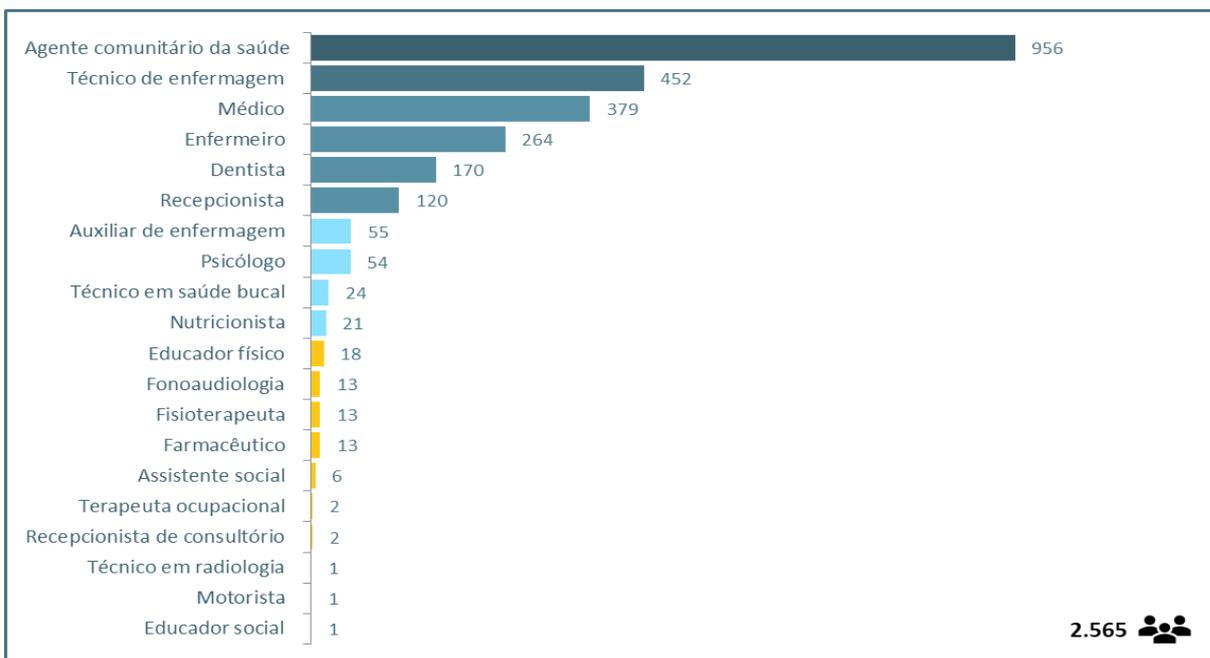
GRÁFICO 28 - Equipes e cobertura de Estratégias Saúde da Família



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

As equipes das ESF reúnem o contingente de 2.565 profissionais, entre eles os mais presentes são: Agentes comunitários, 37,27%, Técnico de enfermagem, 17,62%, Médico 14,78% e Enfermeiros, 10,29%.

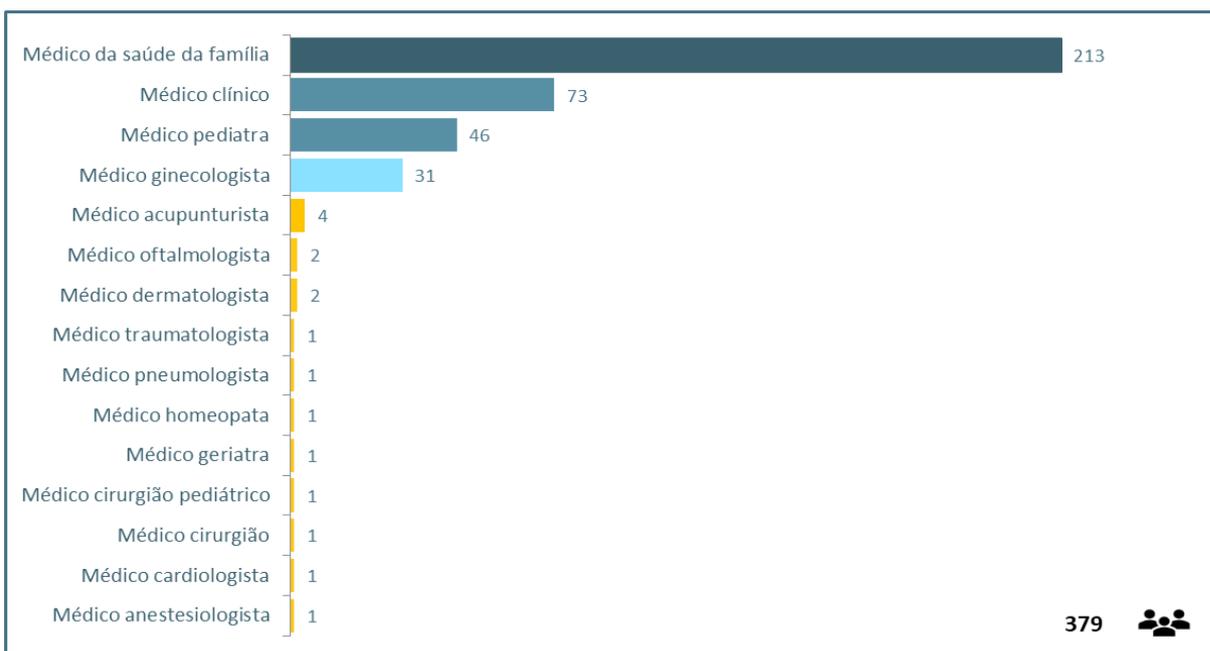
GRÁFICO 29 - Número de profissionais locados nas unidades de saúde



Fonte: CNES jan., 2020.

Em relação aos médicos, que totalizam 376 inseridos na APS, verificamos que 56,20% são cadastrados como médicos da saúde da família e 19,26% médicos clínicos gerais. Além deles, existe um conjunto de especialistas cadastrados na unidade de saúde, conforme tabela abaixo.

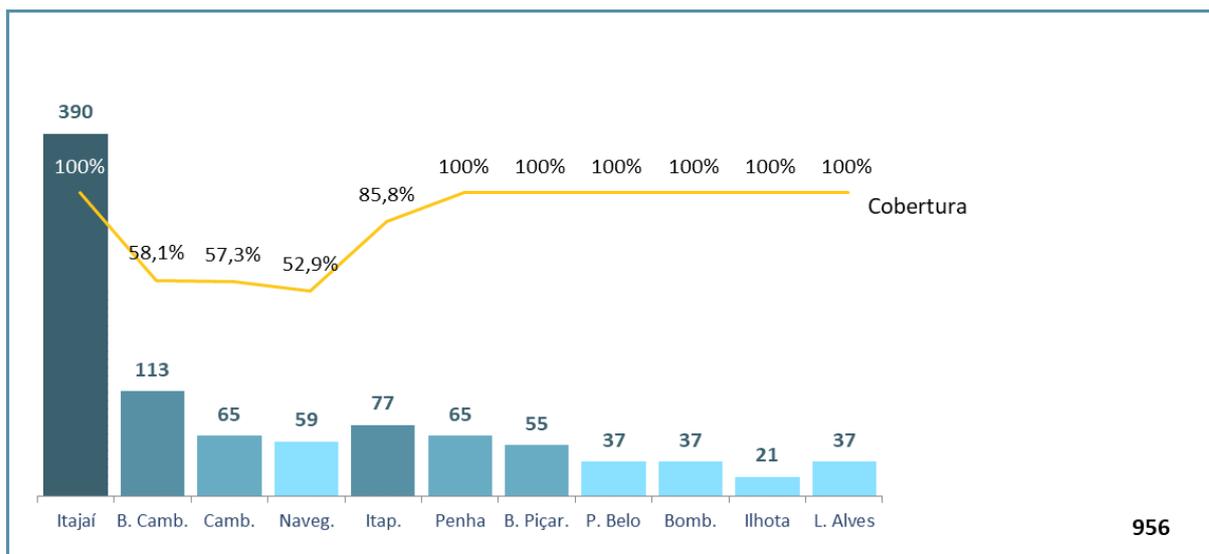
GRÁFICO 30 - Número de especialidades médicas nas unidades



Fonte: CNES jan., 2020.

A cobertura de Agentes Comunitárias é de 98%, o que corresponde a praticamente a totalidade da população do território da Foz do Rio Itajaí. Apesar disso alguns municípios mostram números reduzidos de profissionais em relação a sua população, como ocorrem em Balneário Camboriú, Camboriú e Navegantes.

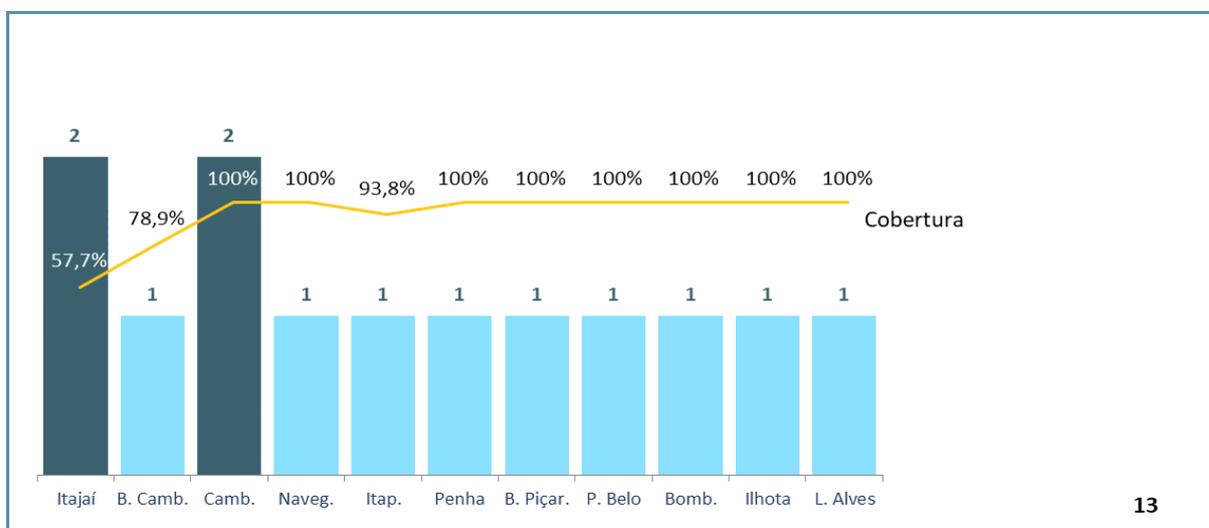
GRÁFICO 31 - Número de Agentes Comunitárias de Saúde e cobertura



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

A cobertura de equipes NASF alcança 100% da cobertura das unidades da Macrorregional, correspondendo pouco mais de 50% apenas no município de Itajaí.

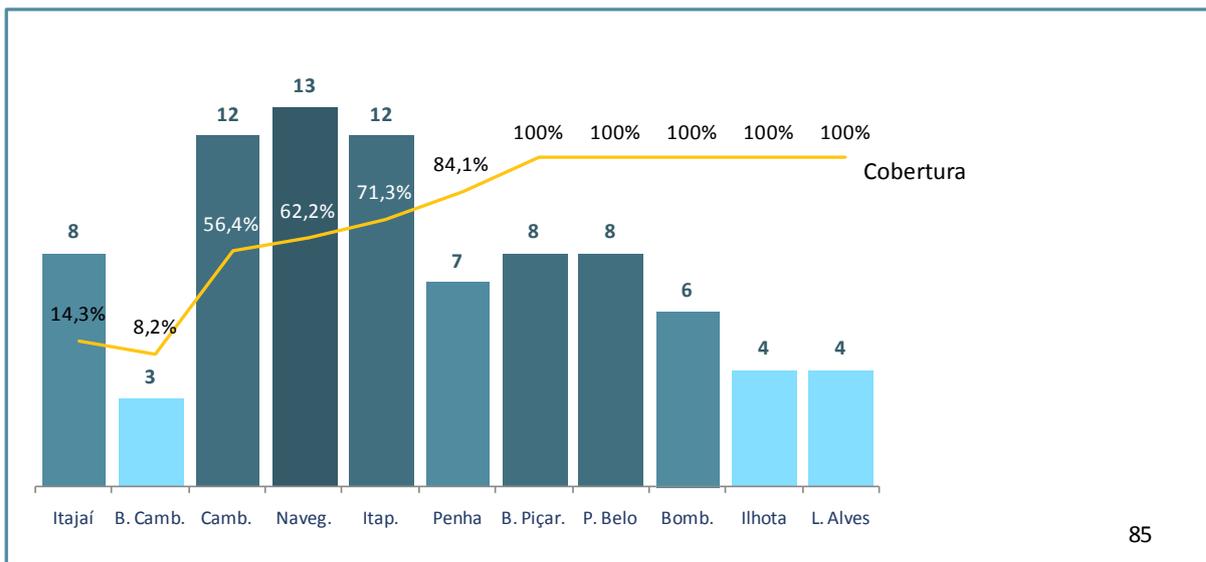
GRÁFICO 32 - Equipes de NASF e cobertura



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

Os serviços de Saúde Bucal são os únicos serviços básicos a indicarem baixo percentual de cobertura na Macrorregião, corresponde a 46,5%. Balneário Camboriú e Itajaí se destacam com índices muito baixos, 8,2% e 14,3%, respectivamente.

GRÁFICO 33 - Saúde Bucal e cobertura

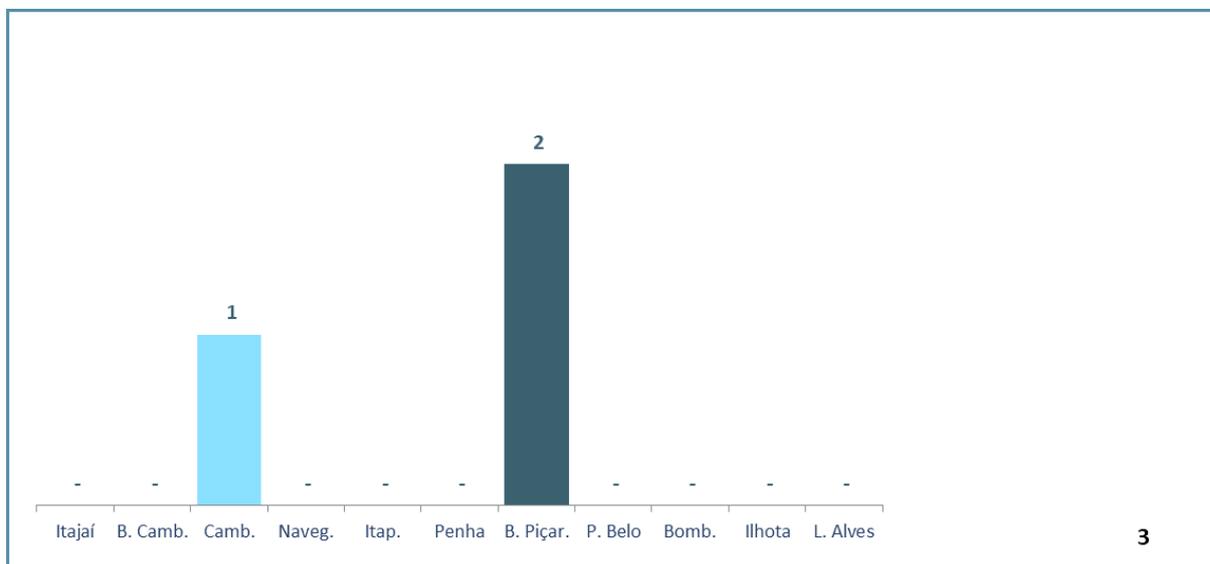


Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

Além das questões estruturais primárias, é preciso que as pessoas com deficiência ganhem visibilidade em todos os pontos de atenção. Tal visibilidade se dá pelo enfrentamento, cotidiano, de problemáticas que envolvem a deficiência, sob o ponto de vista histórico-político-social existente na sociedade e no SUS em relação a esse público. É imprescindível fazer com que as pessoas com deficiência entrem na agenda comum dos serviços e processos de trabalho em saúde, usando as redes em favor do acolhimento e do cuidado de que essa população necessita. O entendimento deve caminhar no sentido de que as pessoas com deficiência são cidadãos brasileiros, acima de tudo e apesar das suas diferenças. Aqui fazemos referência a um serviço que poderia ser desenvolvido no território com mais investimentos, como é o caso, por exemplo, das Academias de Saúde. Além de oferecerem atividades ao público geral, podem ser um espaço privilegiado de atividades para a pessoa com deficiência.

Sobre esse equipamento podemos ver que apenas 2 municípios têm desenvolvido esse serviço, é o caso de Balneário Piçarras e Camboriú.

GRÁFICO 34 - Academias de saúde



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

Cabe ainda, destacar que, nos anos de 2019 e 2020, as Equipes da APS iniciaram um processo de reorganização, traçadas pelas ideias do PlanificaSUS (Planificação da Atenção à Saúde), fruto da parceria do Ministério da Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Tal processo implicou a destituição do programa do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), na região. Não temos o reflexo dessa mudança, mas a estimativa é perder gradualmente uma importante ferramenta para ampliar as estratégias de cuidado às pessoas com deficiência, nesse nível de Atenção. Essa equipe, composta por diversos profissionais, configurava-se como instrumento estratégico e potencializador de ações de cuidados.

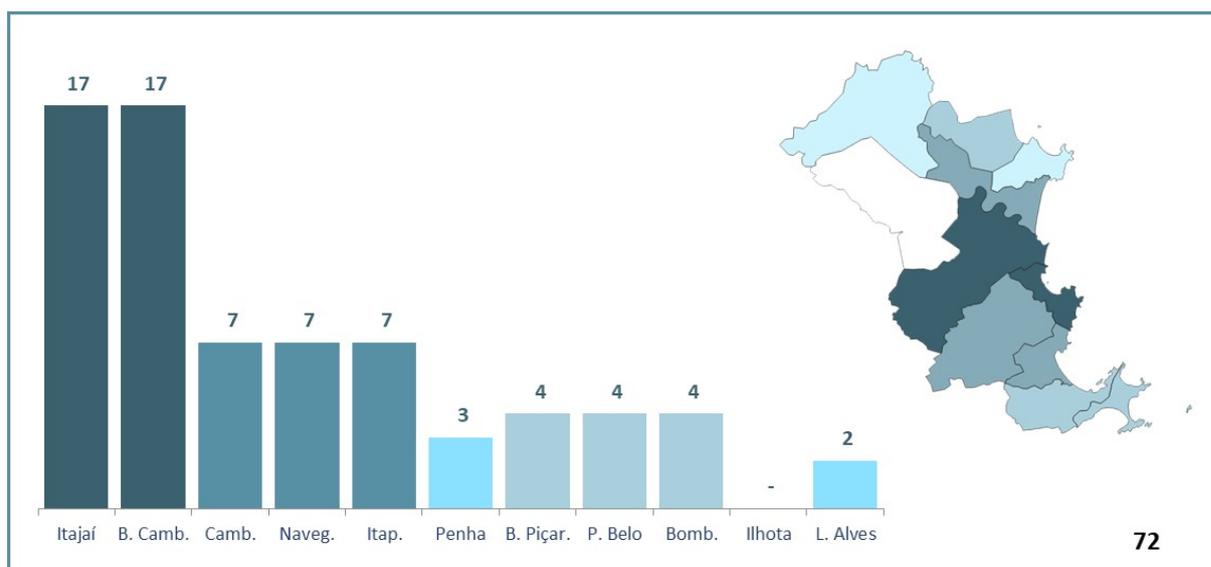
6.2.2 Atenção Secundária à Saúde (ASS)

O Ministério da Saúde define a Atenção Secundária à Saúde como aqueles serviços formados pelas especializadas em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível

compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Alguns dos serviços fornecidos são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; etc.

Os levantamentos realizados mostram que há 72 serviços especializados na macrorregião. As ofertas dos serviços têm maior concentração nos municípios de Itajaí e Balneário Camboriú, totalizando 47,2%. Por concentrarem mais recursos e serviços de saúde, eles assumem a característica de pólos de referências de especialidades, prestando atendimentos à população dos municípios que não dispõe da mesma estrutura.

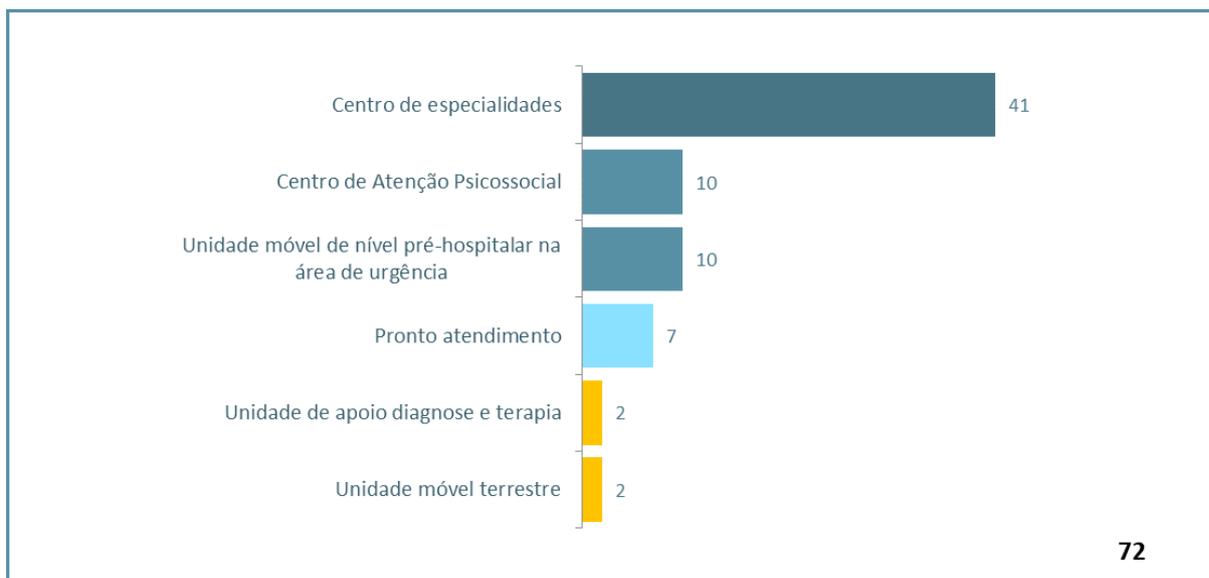
GRÁFICO 35 - Total de serviços oferecidos pela atenção secundária na macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

Nas tabelas do CNES os serviços são classificados por tipos, nos quais, encontramos 6 classificações para a atenção secundária, conforme gráfico abaixo. A maioria deles, 41 serviços, está nos centros de especialidades, representando, 56,9%.

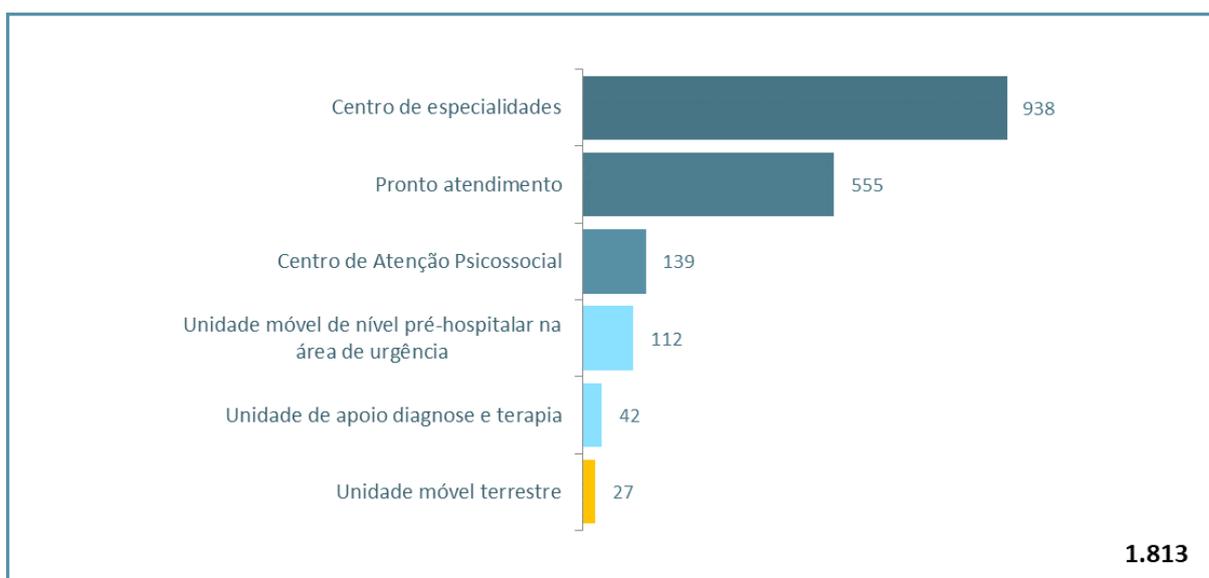
GRÁFICO 36 - Tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária



Fonte: CNES jan., 2020.

Nos vários tipos de serviços temos 1.813 profissionais vinculados, sendo, em sua maioria, alocados nos centros de especialidades e prontos atendimentos, totalizando 82,3% do total.

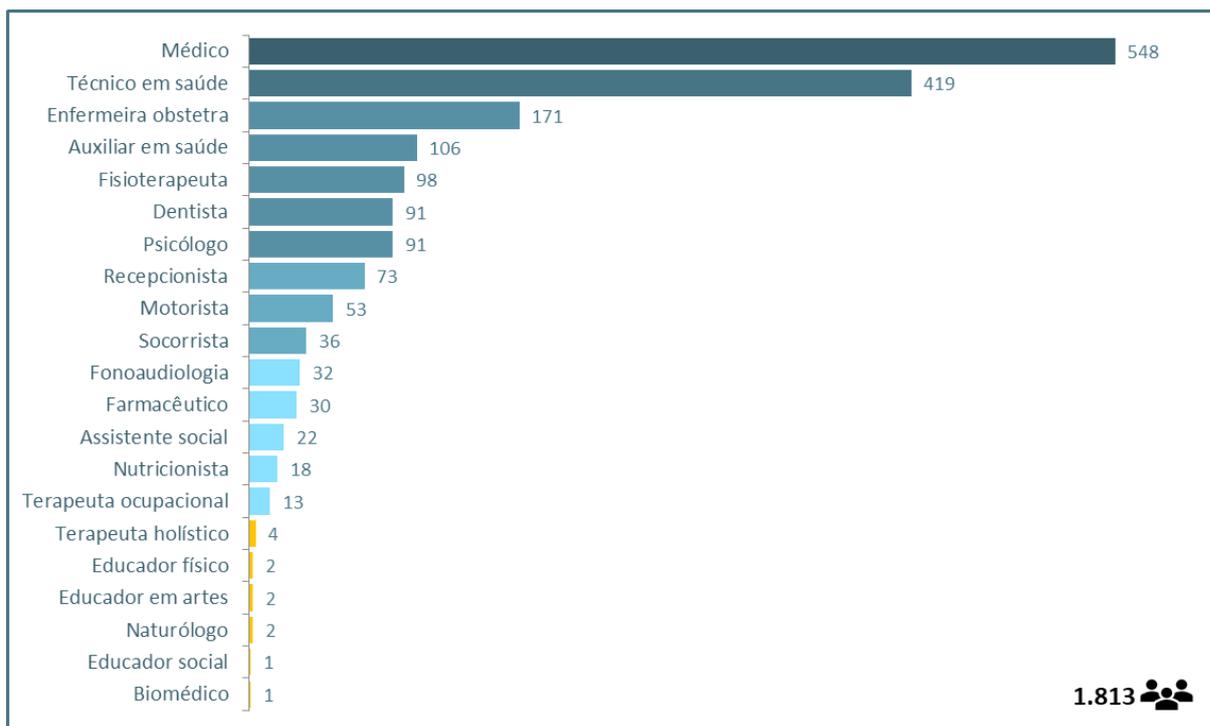
GRÁFICO 37 - Número de profissionais por tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária



Fonte: CNES jan., 2020.

Na estratificação profissional, observamos a presença dos médicos, representando 30,2% das categorias, e os técnicos em saúde, com 23,1%. Em relação aos técnicos em saúde, consideramos a soma dos seguintes profissionais: técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e técnica em radiologia.

GRÁFICO 38 - Profissionais vinculados à atenção secundária



Fonte: CNES jan., 2020.

Conforme verificado, os vários serviços da Atenção Secundária à Saúde foram agrupados por tipos de serviços e cada um deles agrupa outro conjunto de atividades e profissionais da especialidade. Sabemos que a pessoa com deficiência deve ser atendida em sua integralidade, por isso, ela está considerada em todos os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Abaixo iremos apresentar algumas referências de destaque nos cuidados das pessoas com deficiência.

No desenho da atenção secundária é importante destacar que alguns dos serviços têm claras as previsões financeiras e o incentivo a sua estruturação, porque há descrição no Plano Viver sem Limites (2013), como no caso dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS) e os Centros Especializados em Reabilitação (CER). Outros, apesar da previsão, não foram implementados num

serviço próprio, por isso, ou não são oferecidos, ou estão dentro de outros serviços especializados, como o caso, das Oficinas Ortopédicas⁴. E alguns estão ligados a outras redes, como o caso do CAPS, mas, por terem interface com a necessidade de algumas deficiências, como no caso da mental, devem ser consideradas nas análises, ou são iniciativas desenvolvidas pela iniciativa do próprio município.

Seguindo essa proposta, apresentaremos na sequência os serviços dos Centros de Especialidades e os Centros de Atenção Psicossociais, que são referências comuns em todos os municípios, portanto, comportam a rede geral de Atenção Secundária de Saúde no território.

Todos aqueles serviços especializados que não são prestados diretamente pelo poder público serão descritos na Saúde Complementar.

6.2.2.1 Centro de Especialidades

O grupo de serviços voltado ao diagnóstico, tratamento e reabilitação da pessoa com deficiência são os Centros de Especialidades. Esse é um termo genérico que organiza várias referências especializadas nos municípios da macrorregião.

A organização desses serviços, para elaboração deste plano, foi feita a partir da aglutinação de serviços semelhantes, usando como critério as suas características técnicas e finalidades. Tal trabalho foi necessário porque cada município adota nomes próprios para referências semelhantes. Podemos ter como exemplo o CISS – Centro Integrado de Solidariedade em Saúde de Balneário Camboriú, o SAE – Serviço de Atendimento Especializado de Balneário Piçarras e o CIS – Centro Integrado em Saúde de Itajaí, que, por serem centros de referências multiprofissionais, foram aglutinados no CERES – Centro de Referência Especializada. E, em alguns casos, como da Atenção Especializada em Psicologia e Fonoaudiologia de Itapema e o CIR – Centro Integrado de Reabilitação de Balneário Piçarras, optamos por criar uma nomenclatura diferente, CERRM - Centro Especializado de Referência em Reabilitação Multiprofissional, para a padronização

4

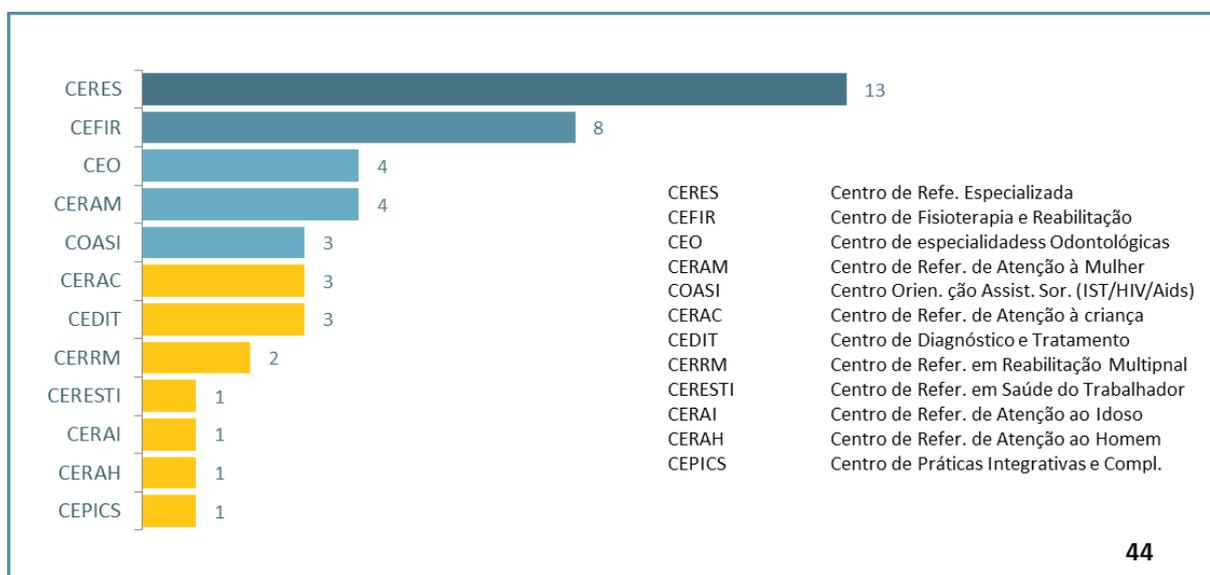
As Oficinas Ortopédicas são serviços ou estabelecimentos de saúde destinados à promoção do acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, por meio da dispensação, confecção, adaptação, manutenção, ajustes e pequenos consertos.

e facilitação do processo de análise. Em todos os casos, buscamos manter integral o máximo de características possíveis nos nomes dos serviços oferecidos em cada município.

O objetivo de construir esse modelo metodológico se justifica pela tentativa de propor uma forma de representar a rede de maneira simples e objetiva, em que fosse exposta rapidamente a identificação dos serviços de diagnose, tratamento e reabilitação para a pessoa com deficiência na região.

Abaixo apresentamos as especialidades encontradas na Atenção Secundária à Saúde dos municípios da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí.

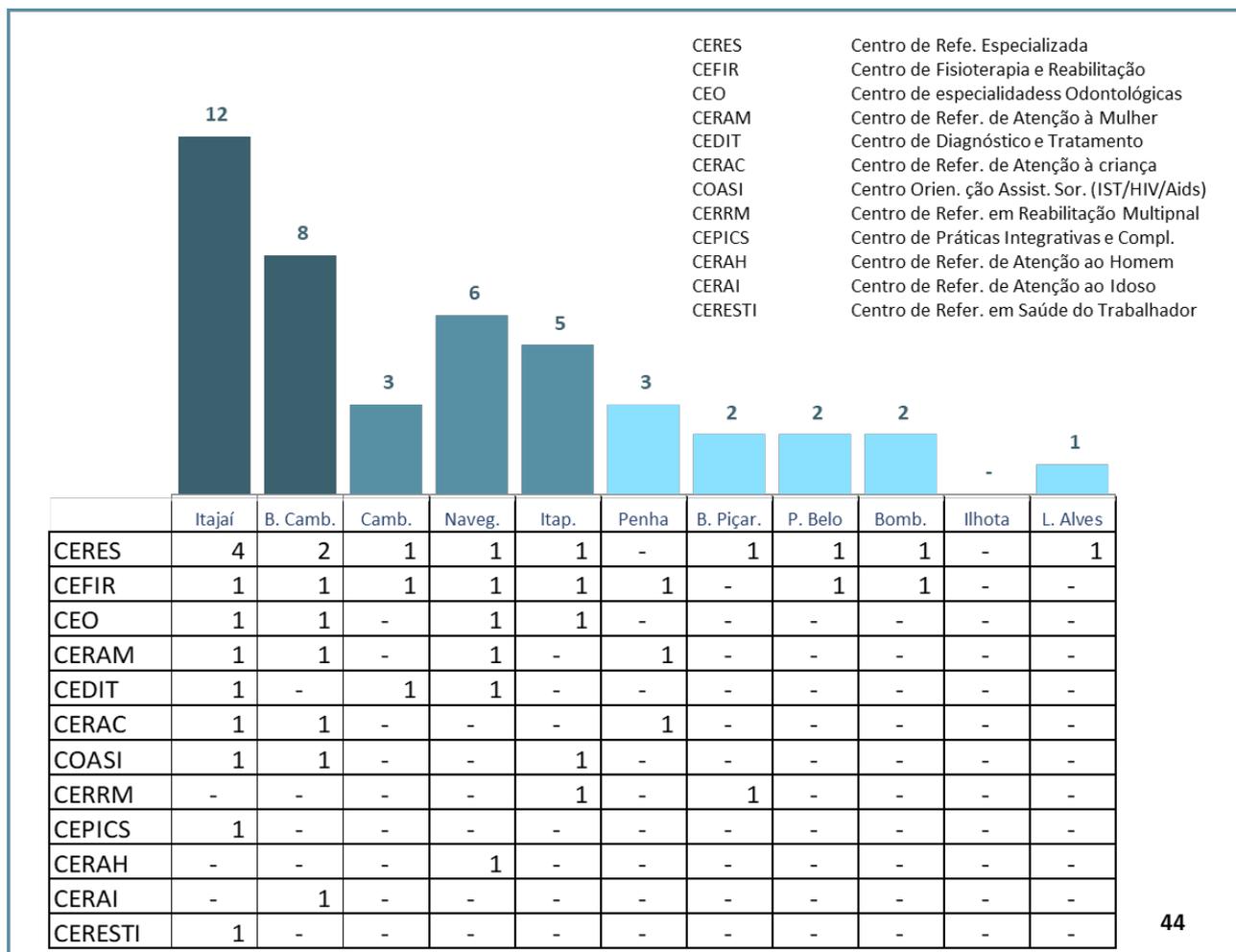
GRÁFICO 39 - Estratificação dos Centros de especialidades



Fonte: CNES jan., 2020.

Os municípios de Itajaí e Balneário Camboriú, como grandes pólos de especialidades, têm 47,4% dos serviços.

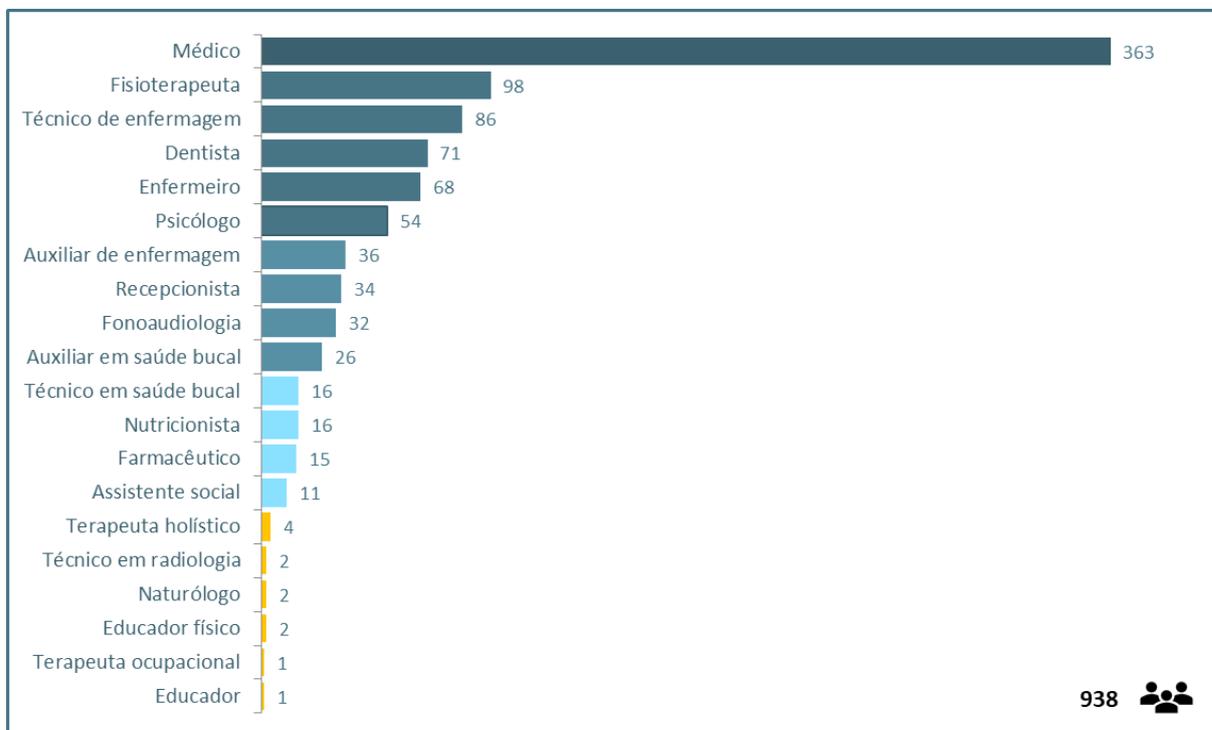
GRÁFICO 40 - Centros de Especialidades por municípios



Fonte: CNES jan., 2020.

Nesses serviços a maior categoria profissional encontrada são os médicos, somando 38,7% do total.

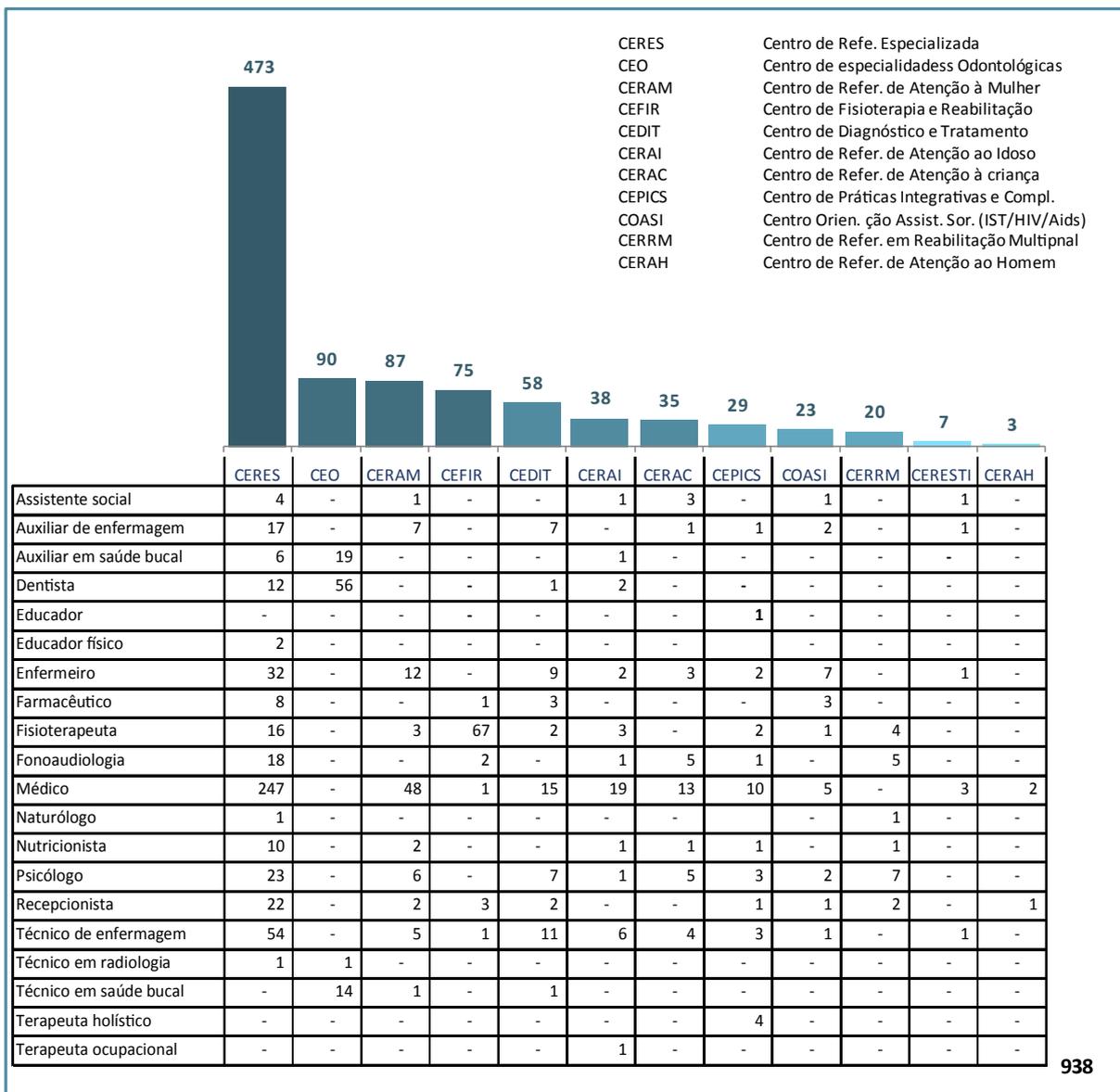
GRÁFICO 41 - Número de Profissionais nos centros de especialidades



Fonte: CNES jan., 2020.

Na tabela a seguir, estratificamos os profissionais por serviços.

GRÁFICO 42 - Profissionais vinculados por Centros de Especialidades



Fonte: CNES jan., 2020.

Passaremos na sequência a aprofundar os centros de referências onde encontramos equipes vinculadas diretamente ao trabalho de diagnóstico, tratamento e reabilitação às pessoas com deficiências. São eles: CERES – Centro de Referência Especializada, CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, CEFIR – Centro de Fisioterapia e Reabilitação, CERAC – Centro de Referência de Atenção à Criança e o CERRM – Centro de Referência em Reabilitação Multiprofissional.

6.2.2.1.1 CERES - Centros de Referência Especializada

Classificamos como CERES – Centros de Referências Especializadas os serviços que reúnem a maior diversidade de profissionais. A maioria dos municípios, por não terem recursos, ou não terem a necessidade de criar um núcleo de referência especial, organizam serviços com vários especialistas em um único espaço, como cardiologia, ginecologia, pediatria etc.

Aglutinamos no CERES os seguintes serviços: AEC - Ambulatório de Especialidades Central, Centro de Atenção Especializada, Centro de especialidades José Olímpio, Centro de especialidades Municipal, Centro de especialidades São João, Centro de Referências São Judas, Centro de Saúde Américo Luciani, Centro Especializado de Saúde, CERES - Centro de Referência Especializada, CIS - Centro Integrado em Saúde, CISS - Centro Integrado de Solidariedade em Saúde, Presídio Dom Bosco e SAE - Serviço de Atendimento Especializado.

Na região encontramos em praticamente todos os municípios um centro de especialidades.

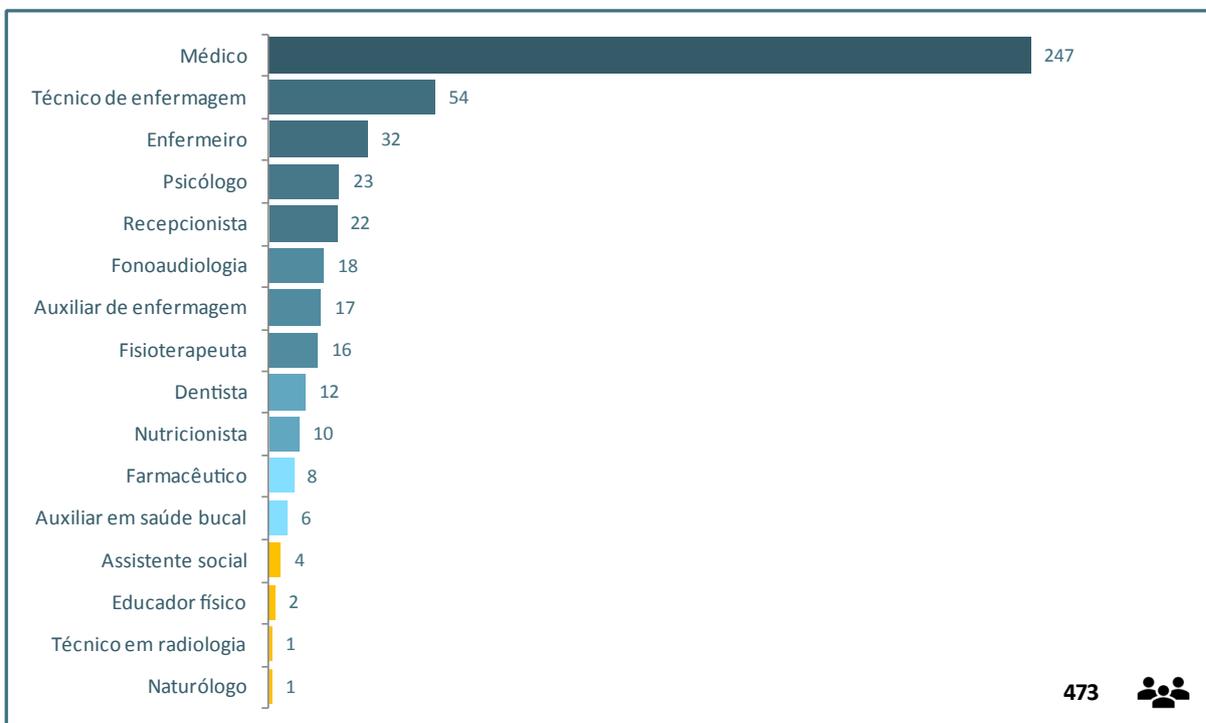
GRÁFICO 43 - Número de CERES na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

A maioria dos profissionais vinculados a eles são da categoria médica, somando 47,1% do total de categorias.

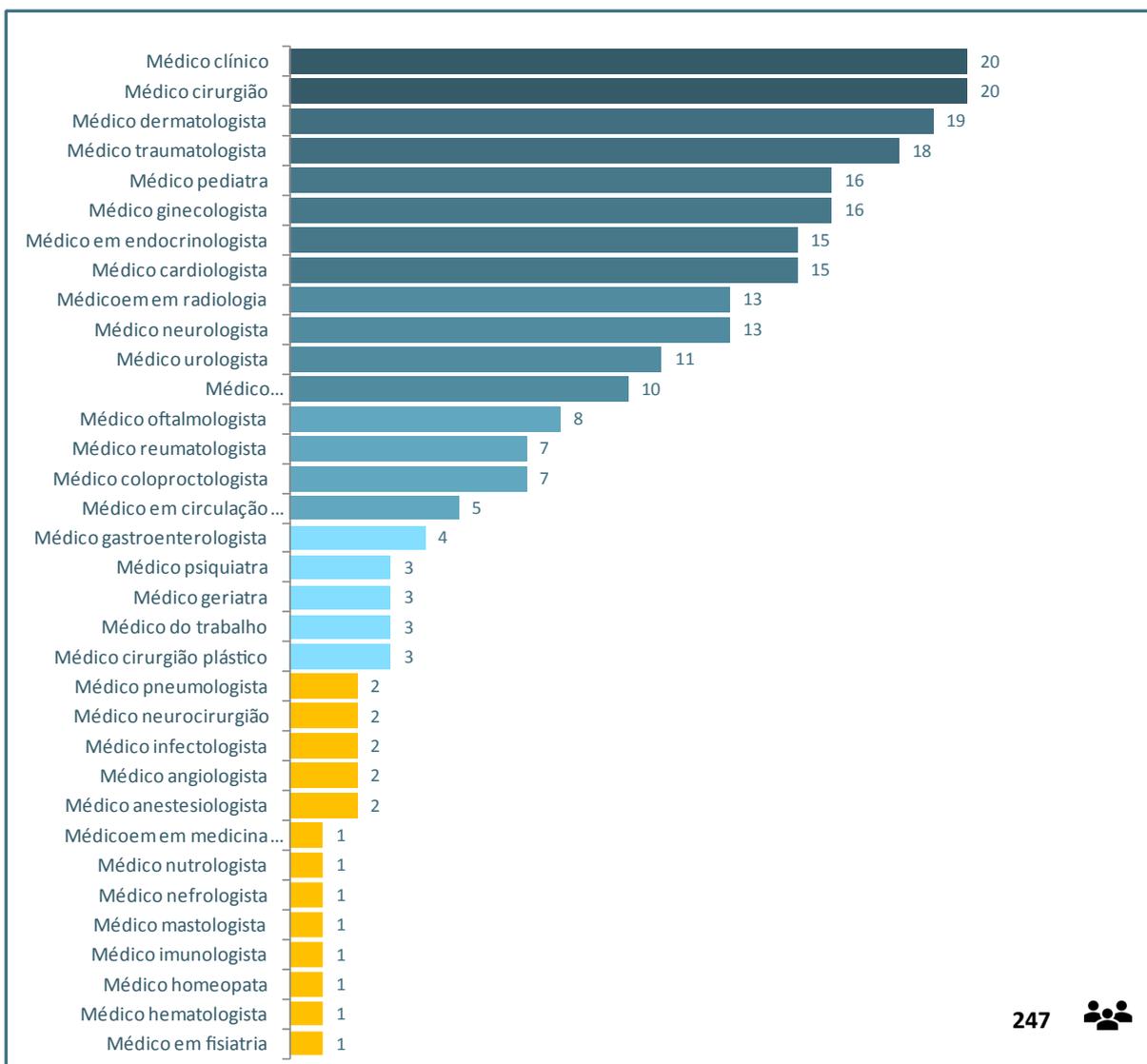
GRÁFICO 44 - Profissionais vinculados aos CERES



Fonte: CNES jan., 2020.

Organizamos na tabela abaixo uma lista das especialidades médicas encontradas nos CERES. Médico clínico geral, cirurgião, dermatologia e traumatologia, formam as especialidades em maior número, 31,2%. Apesar disso, há uma proporcionalidade equilibrada entre todas elas.

GRÁFICO 45 - Especialidades médicas vinculados aos CERES



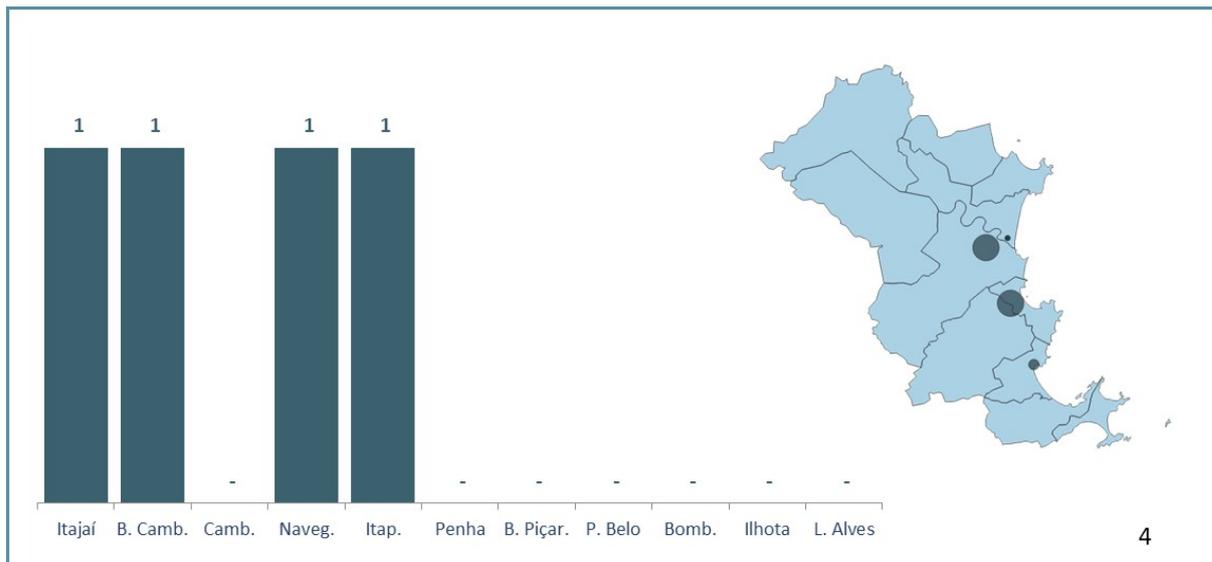
Fonte: CNES jan., 2020.

6.2.2.1.2 CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

No âmbito da saúde bucal, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado e resolutivo a todas as pessoas com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que poderá referenciá-la para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar), caso se apresente necessidades específicas que demandam uma continuidade no atendimento da linha de cuidado traçada.

Aglutinamos nesse serviço: CEO - Centro de especialidades Odontológicas e COE - Centro Odontológico Especializado. Ao todo as especialidades em odontologia estão organizadas em 4 municípios: Itajaí, Balneário Camboriú, Navegantes e Itapema.

GRÁFICO 46 - Número de CEO na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

Há no total 90 profissionais vinculados a eles, sendo mais presente a categoria dos dentistas, 24,4%.

GRÁFICO 47 - Profissionais vinculados aos CEO



Fonte: CNES jan., 2020.

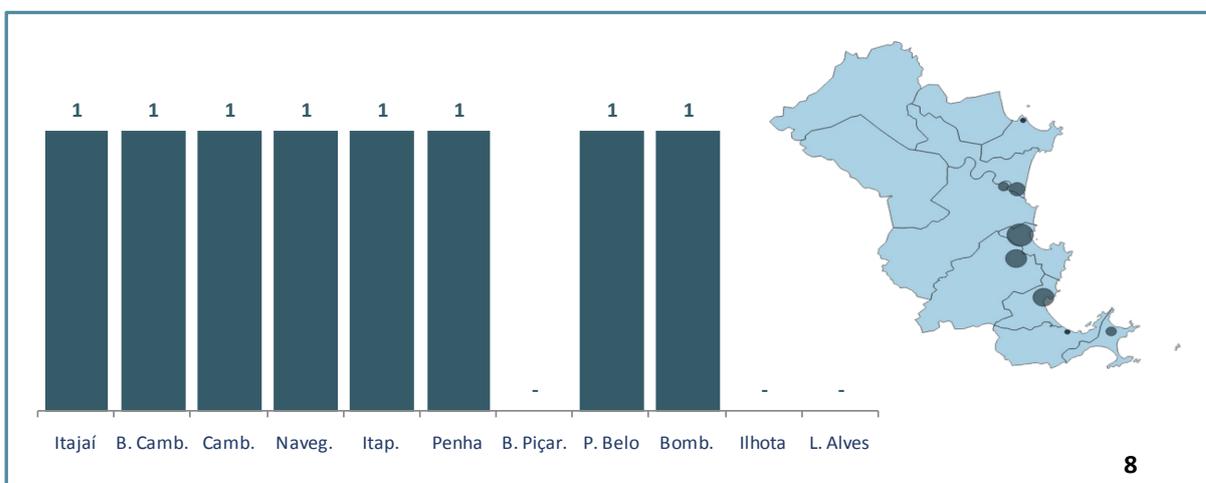
De todos os CEOS oferecidos pela rede pública de saúde apenas 1 aderiu à rede da pessoa com deficiência que é o CEO de Balneário Camboriú. Há uma segunda oferta, mas neste caso está oferecida pela rede complementar de saúde que se localiza no CEO da Univalli em Itajaí.

6.2.2.1.3 CEFIR - Centro de Fisioterapia e Reabilitação

Os Centros de Fisioterapia e Reabilitação são serviços especializados em fisioterapia e ortopedia na macrorregião. Esses serviços são oferecidos em quase todos os municípios.

Estão aglutinamos nessa referência: CEFIR - Centro de Fisioterapia e Reabilitação, CERFIS - Centro de Reabilitação e Fisioterapia, Clínica Municipal de Fisioterapia, Núcleo de Fisioterapia Domiciliar e SAFT CEFIR - Centro de Fisioterapia e Reabilitação.

GRÁFICO 48 - Número de CEFIR na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

Estão vinculados a esses serviços 81,1% dos profissionais de fisioterapia.

GRÁFICO 49 - Profissionais vinculados aos CEFIR

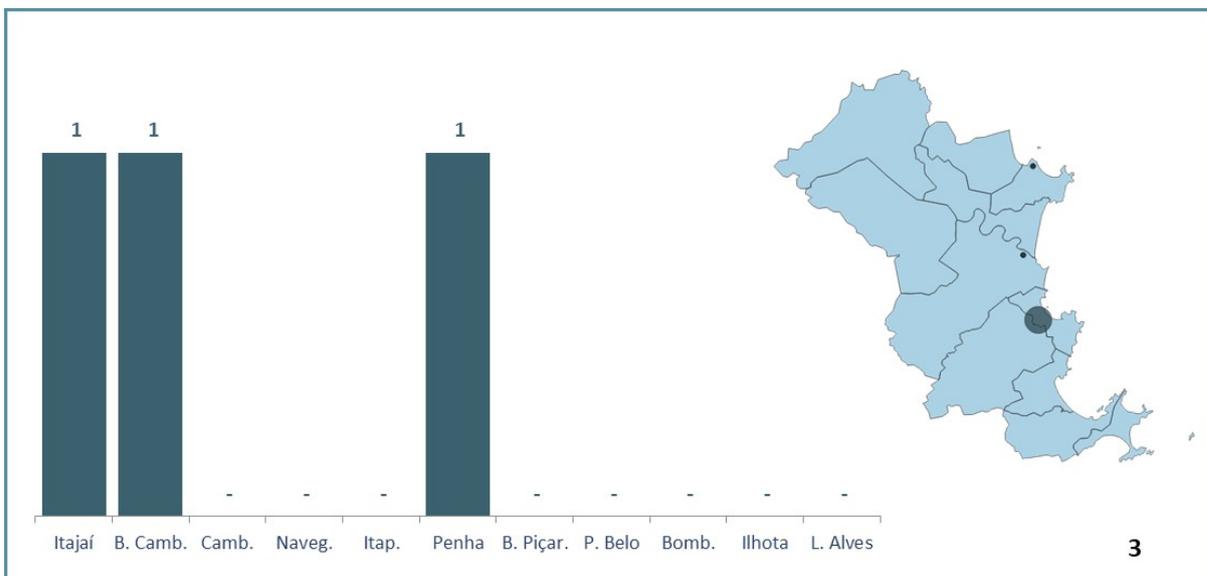


Fonte: CNES jan., 2020.

6.2.2.1.4 CERAC - Centro de Referência de Atenção à criança

Nos municípios de Itajaí, Balneário Camboriú e Penha encontramos referência especializadas no atendimento da criança, no caso do CERAC - Centro de Referência de Atenção à criança, reunimos informações dos: Centro de Atenção à Mulher e à Criança, CRESCEM - Centro de Referência da Saúde da Criança e Mulher e PAI - Posto de Atenção Infantil. Nos casos das referências que incluem a mulher, apenas destacamos parte da equipe, não incluindo ginecologistas, obstetras, entre outras especialidades que não estão relacionadas à saúde da criança.

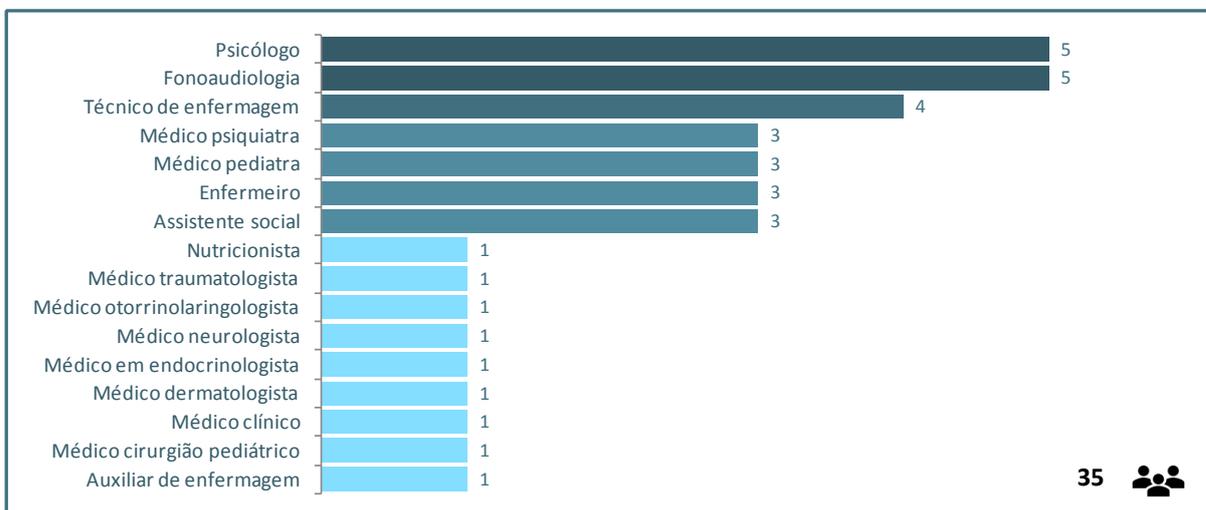
GRÁFICO 50 - Número de CERAC na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

As categorias em maior número, 28,5% de profissionais, são psicólogos e fonoaudiólogos.

GRÁFICO 51 - Profissionais vinculados aos CERAC

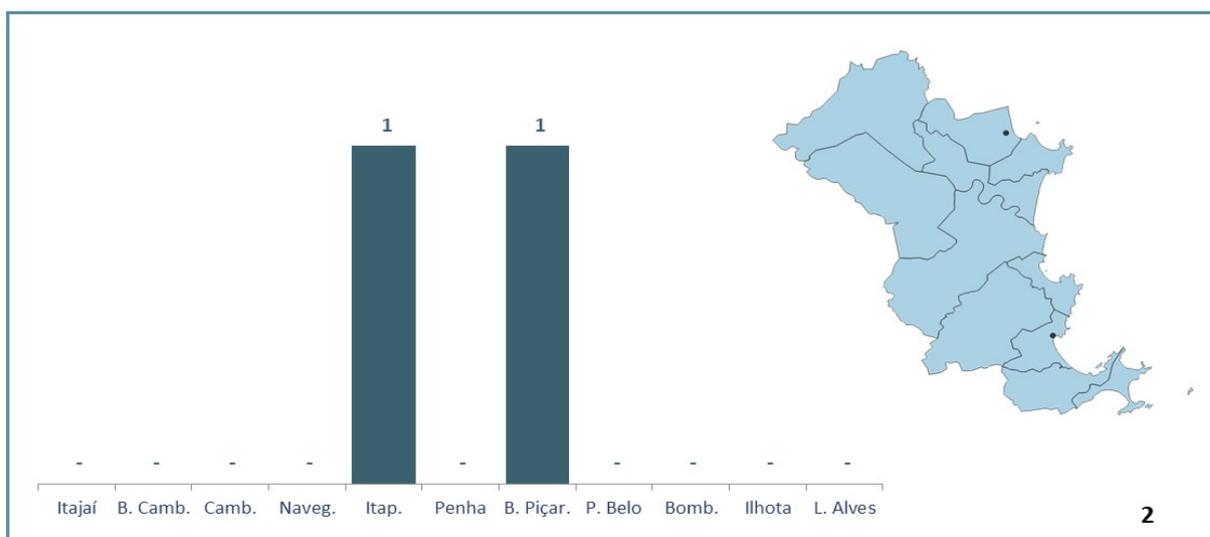


Fonte: CNES jan., 2020.

6.2.2.1.5 CERRM - Centro de Referência em Reabilitação Multiprofissional

Na rede, ainda encontramos duas experiências particulares no município de Itapema e Balneário Piçarras. Neles foram criados serviços especializados de reabilitação multiprofissionais. Atenção Especializada em Psicologia e Fonoaudiologia e CIR - Centro Integrado de Reabilitação

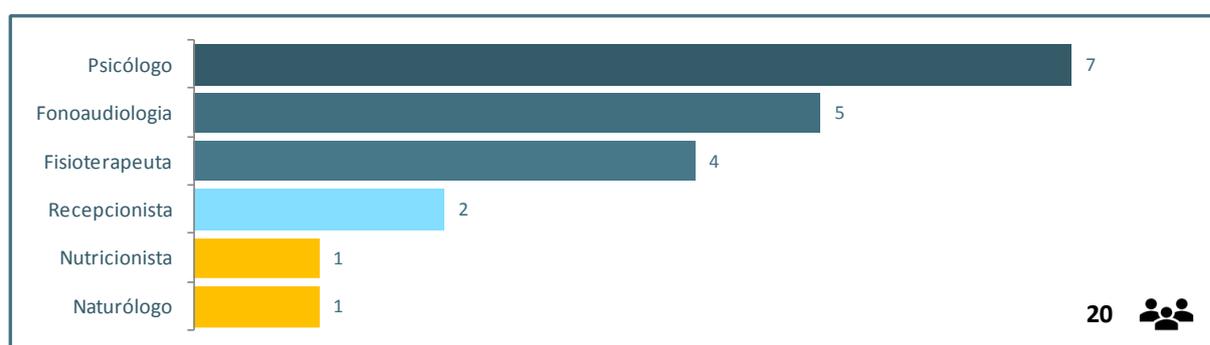
GRÁFICO 52 - Número de CRRM na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

São vinculados nesse serviço 20 profissionais ao todo, sendo os psicólogos a sua maioria, 35%.

GRÁFICO 53 - Número de Profissionais vinculados ao CERRM



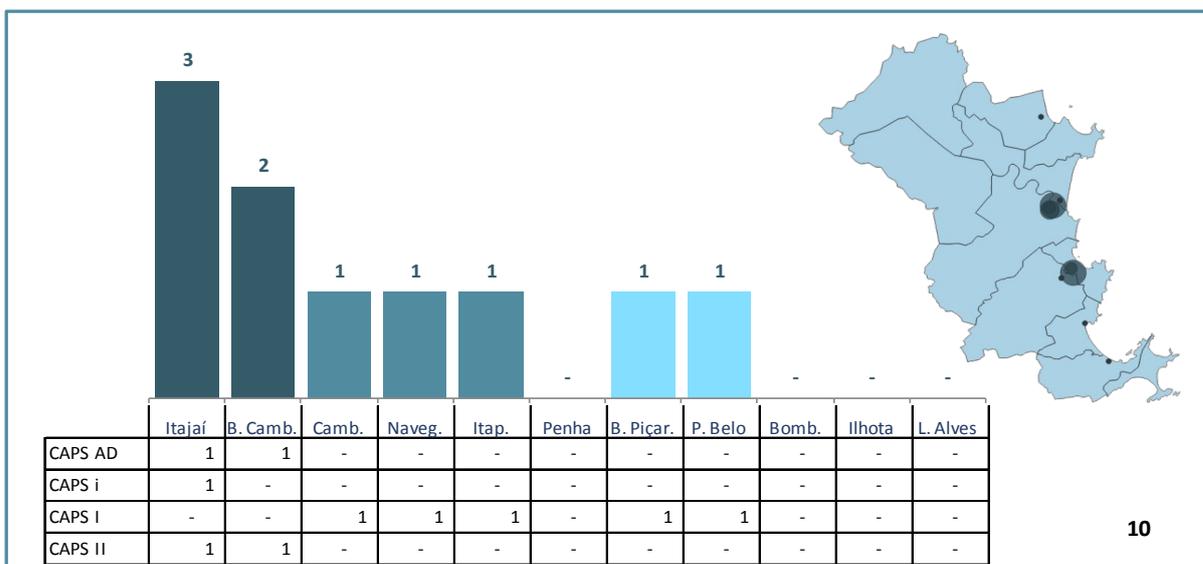
Fonte: CNES jan., 2020.

6.2.2.2 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS ad Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS ad III Álcool e Drogas) são pontos de atenção estratégicos das Redes de Atenção Psicossocial, mas como mencionamos, também cumprem como apoio e assistência à pessoa com deficiência que sofrem com transtornos, como comorbidades.

Atualmente na macrorregião estão disponíveis 10 CAPS, sendo os únicos municípios abarcando mais de uma modalidade, CAPS II, CAPS i e CAPS AD, Itajaí e Balneário Camboriú.

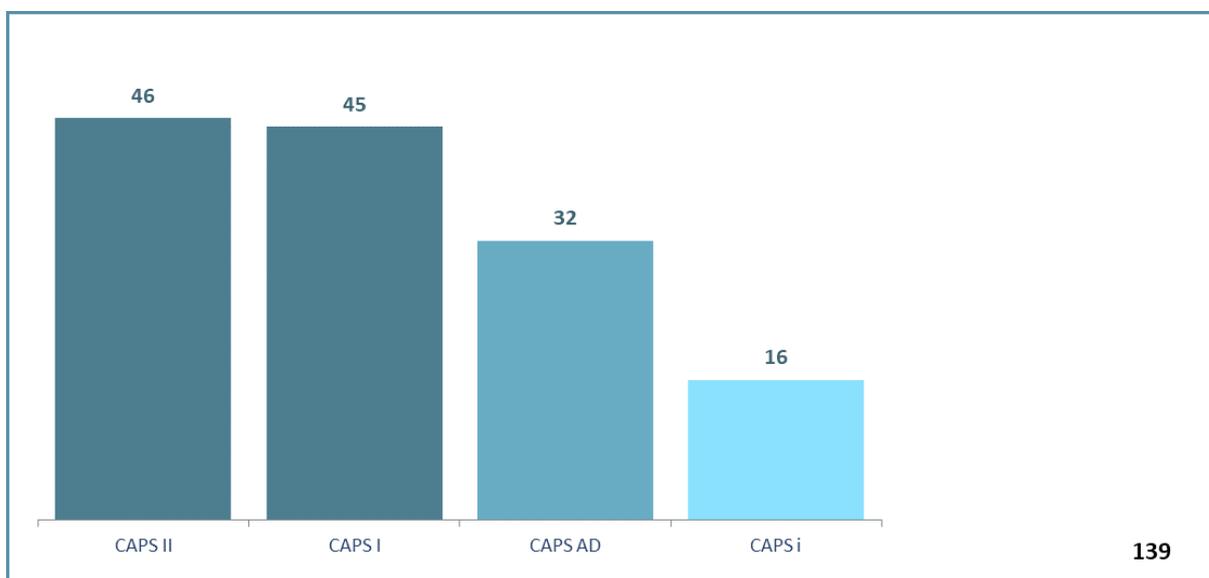
GRÁFICO 54 - Números de CAPS na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

Entre as modalidades de CAPS, grande parte dos profissionais está nos CAPS II e CAPS I, 65,4%.

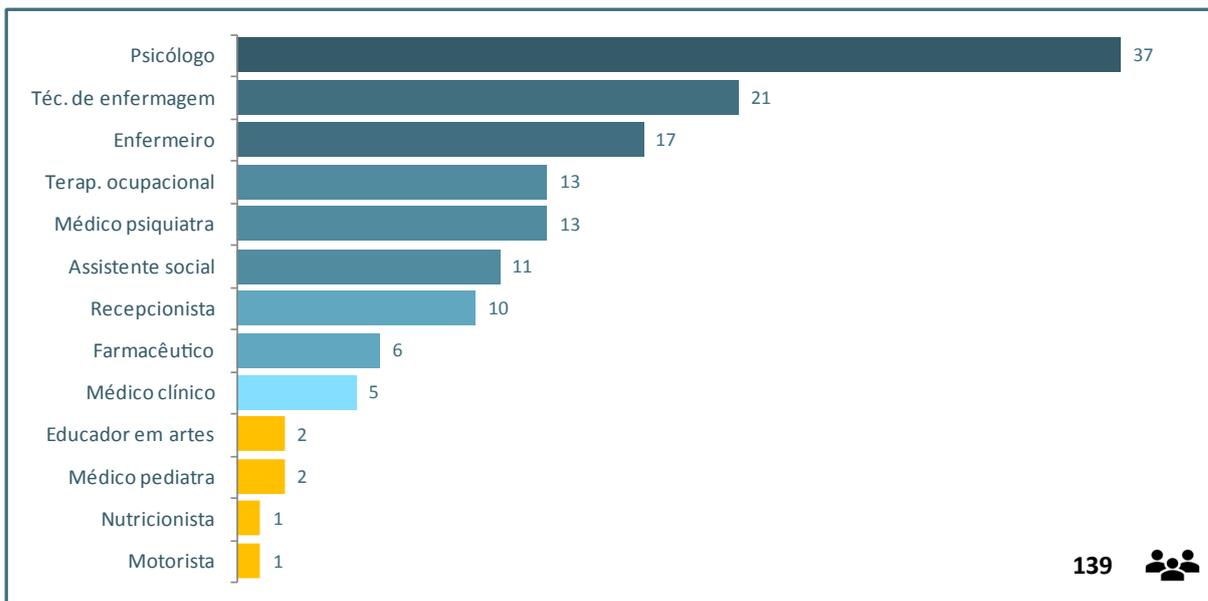
GRÁFICO 55 - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

Os psicólogos representam 26,6% das equipes nos serviços.

GRÁFICO 56 - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião

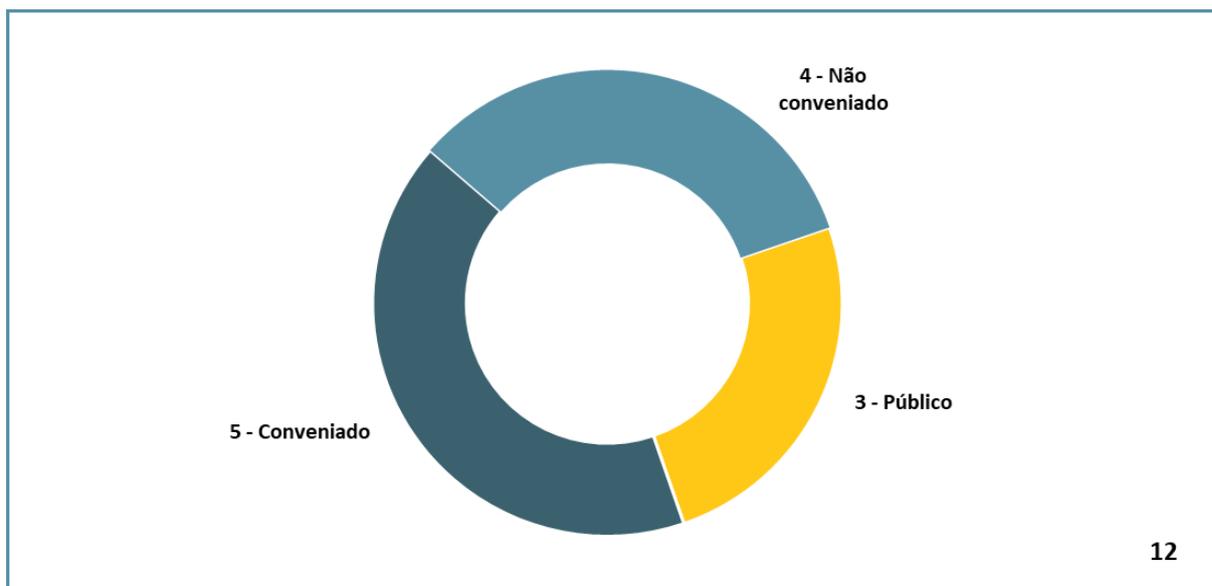


Fonte: CNES jan., 2020.

6.2.3 Atenção Terciária à Saúde (AST)

Na Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí está ofertado 12 Unidades Hospitalares, destes, 3 são públicos e 4 entidades privadas credenciadas para atendimento ao SUS.

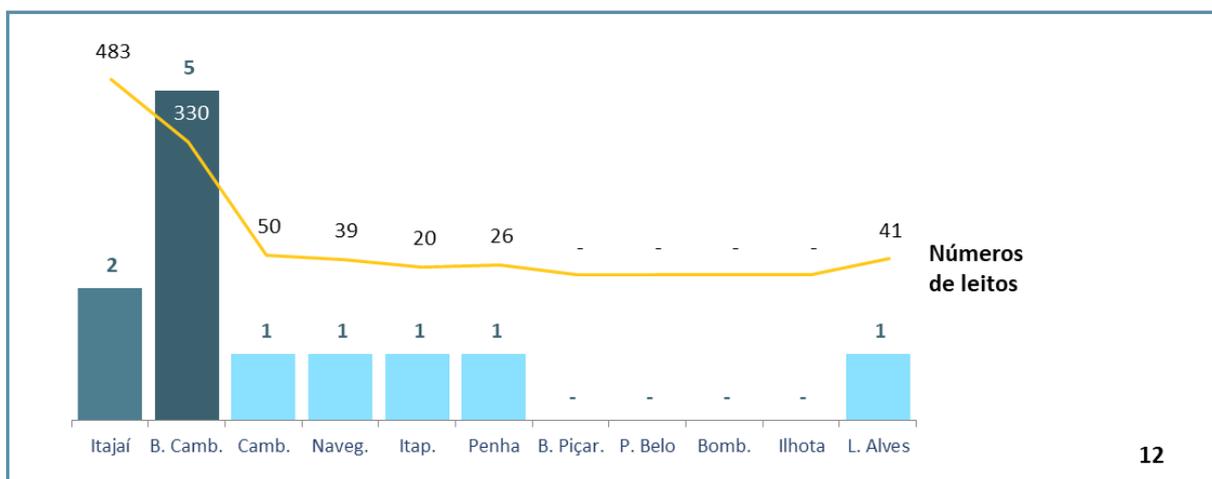
GRÁFICO 57 - Vínculo com o sistema de saúde



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Em sua maioria os hospitais estão concentrados no município de Balneário Camboriú.

GRÁFICO 58 - Número de hospitais na região

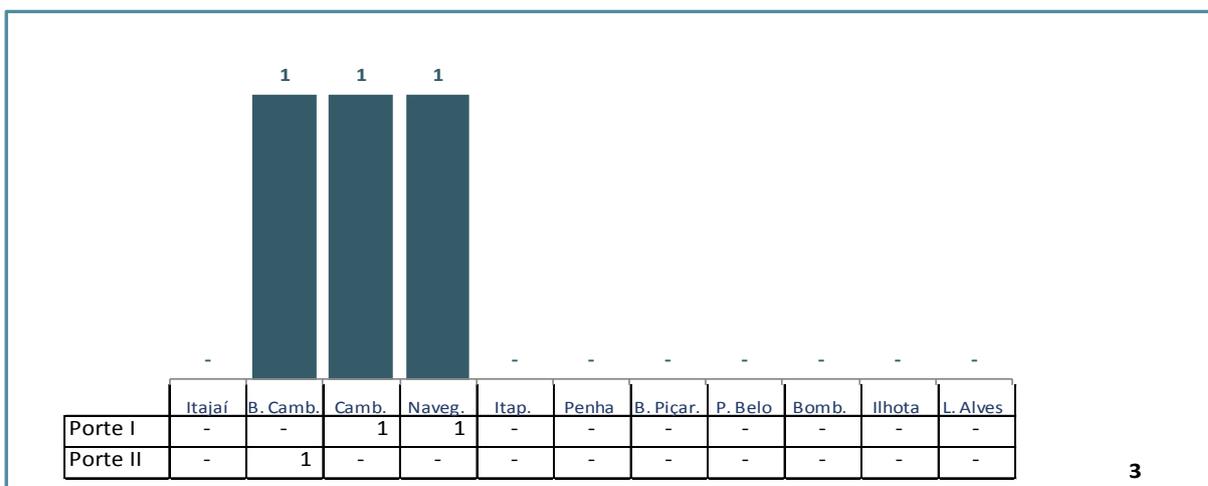


Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Seguiremos na sequência, primeiro com o desenho dos 3 hospitais da rede pública de saúde e quando tratarmos da a rede complementar, faremos referência aos conveniado.

A Macrorregião dispõe apenas de 3 hospitais públicos, totalizando 25% dos 12 hospitais na região. O maior deles, Hospital Municipal Ruth Cardoso, Porte II, está localizado em Balneário Camboriú.

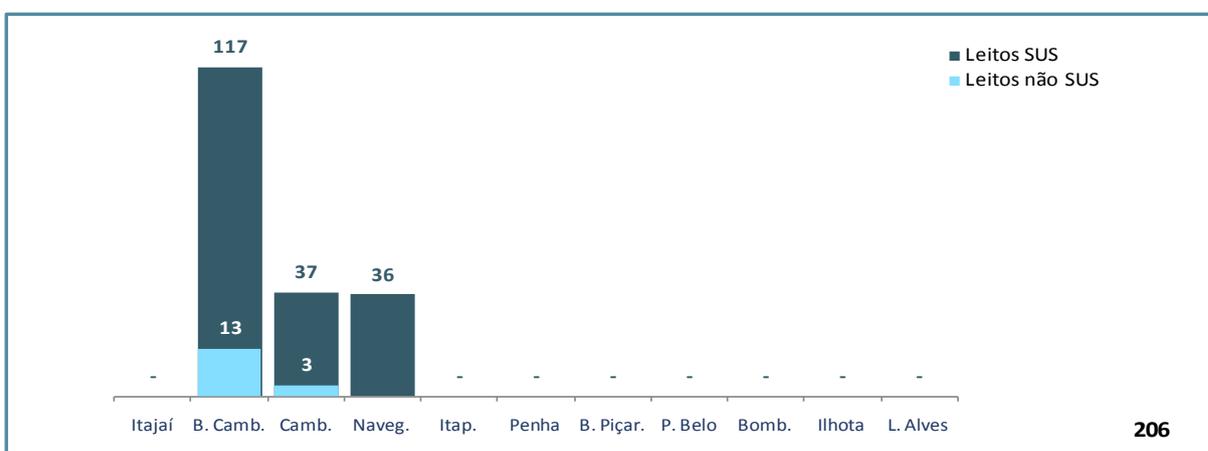
GRÁFICO 59 - Número de hospitais na região



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Verificamos a maior parte dos leitos disponíveis no município de Balneário Camboriú, 56,8%. Entre os vários tipos de leitos não encontramos, nos hospitais públicos, aqueles destinados à reabilitação, psiquiatria e crônicos.

GRÁFICO 60 - Leitos hospitalares



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

6.3 Rede complementar de saúde

6.3.1 Serviços Especializados Regionais

Na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD, estão previstos investimentos destinados à construção, reforma e ampliação para CER - Centro Especializado em Reabilitação, que se caracteriza como um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação e realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Esse serviço se constituindo em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território. A sua organização é feita a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual). Atualmente, os CERs estão presentes em todos os estados da Federação e na região ele se localiza na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI de Itajaí.

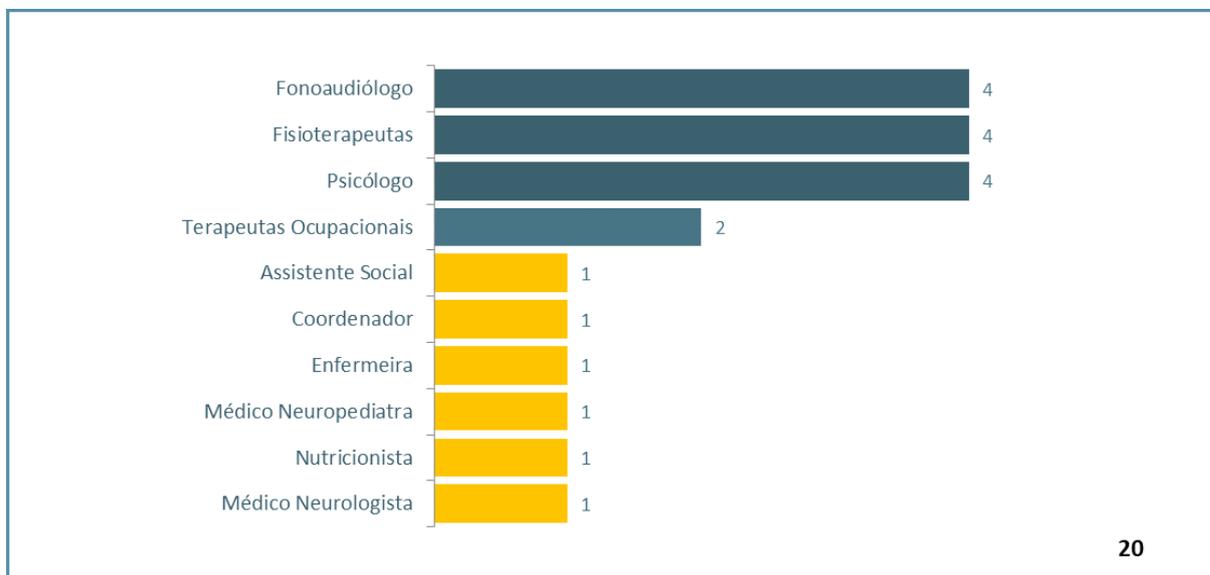
Os serviços foram divididos em 2 centros de referências, o CER – Centro Especializado em Reabilitação, propriamente, que abrange os atendimentos das pessoas com deficiência física e intelectual, e o SASA – Serviço de Saúde Auditiva.

6.3.1.1 CER II – Centro Especializado em Reabilitação

Os serviços de reabilitação físicas e intelectuais são oferecidos na Univali de Itajaí desde novembro de 2005. São atendidos em torno 450 pacientes e feitos 21.000 procedimentos. É importante destacar que, no caso da deficiência intelectual, o CER se especializou no atendimento do Transtorno do Espectro Autista.

Os fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas formam a maioria da equipe, 60%.

GRÁFICO 61 - Profissionais vinculados ao CER



Fonte: CER II, 2020.

O CER realiza a triagem e acolhimento do usuário com deficiência física e/ou intelectual, avaliação interprofissional e individuais por especialidades, elaboração de Planos Terapêuticos Singulares, aplicação de testes e escalas (Wisc), intervenções terapêuticas individuais e em grupos, assistência a grupo de pais, adequação de OPM (órteses e próteses), lesões por pressão, toxina botulínica, visitas domiciliares e escolares.

Todos os usuários acessam o serviço pelo SISREG, no caso dos deficientes físicos, são feitos as UBS e TFD, como meio de inserção, e, em relação aos usuários de deficiência intelectual, a inserção é feita pelo município gestor Itajaí, onde o CERII está localizado. Após 12 meses de assistência terapêutica, o usuário é contra referenciado para a Atenção Básica.

6.3.1.2 SASA – Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva

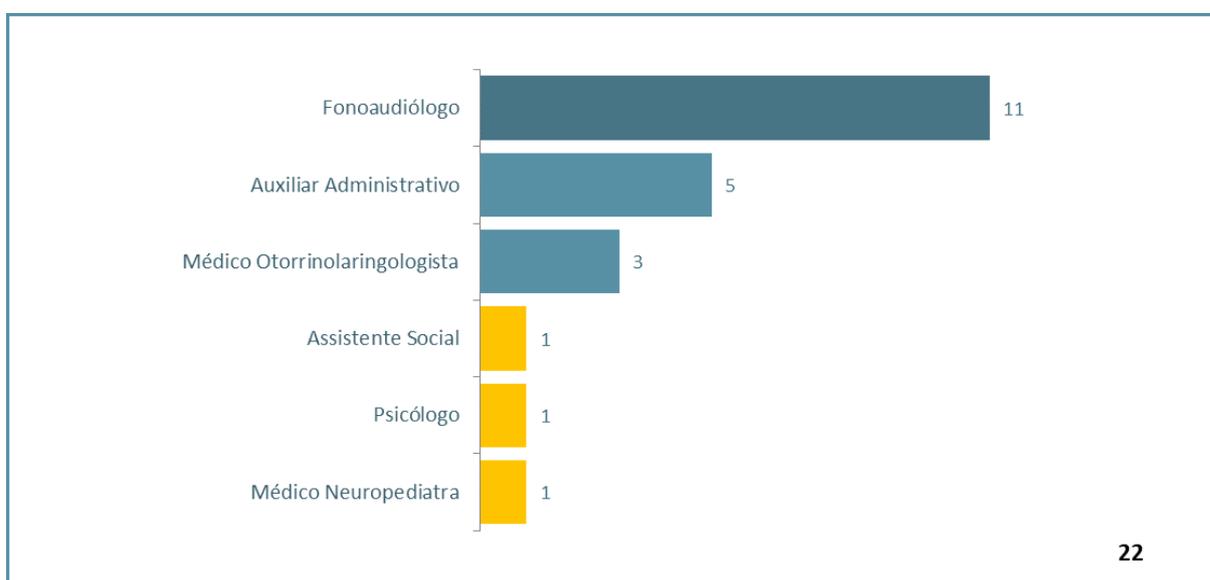
Na região dos serviços de reabilitação auditivos são oferecidos na Univali de Itajaí. O serviço existe desde novembro de 2005, sendo atendidos em

torno 3.570 pacientes e 12.100 procedimentos, inclui todos os procedimentos, avaliação, anual, devolutiva e entrega de molde.

O SASA não restringe os seus serviços apenas a Macrorregião da Foz do Rio Itajaí, dando suporte a 52 municípios de Santa Catarina – Alto Vale, Médio Vale e Foz do Vale do Itajaí.

Ele apresenta 22 profissionais vinculados, sendo os fonoaudiólogos maioria, 50%.

GRÁFICO 62 - Profissionais vinculados ao SASA



Fonte: CER II, 2020.

No dia do acompanhamento mensal, todos os usuários recebem uma carta de contra referência e são orientados a entregá-las para a coordenadora da UBS de referência, para que fique registrado o atendimento e a importância dos retornos de acompanhamento na Atenção Básica, porém fica na responsabilidade do usuário a entrega desta carta e muitos não a fazem.

No caso de crianças que vieram para diagnóstico diferencial de deficiência auditiva e a mesma não foi confirmada, é enviado um relatório multidisciplinar para a UBS, a fim de manter o acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Básica – também fica na dependência dos responsáveis entregarem o documento.

Em casos de crianças faltantes, a assistente social faz contato com a UBS e, quando necessário, com o Conselho Tutelar a fim de garantir o diagnóstico e

acompanhamento necessários. Quando há necessidade de encaminhar para outros serviços especializados, se faz tal encaminhamento. E na reabilitação, as fonoaudiólogas realizam o monitoramento auditivo e mantêm contato com as fonoaudiólogas que atendem as crianças nos municípios de origem, realizando orientações e discussões de caso para um melhor processo de reabilitação.

6.3.2 Clínica de fisioterapia

Além do CER II e SASA a UNIVALI ainda oferece a Clínica de Fisioterapia. Nela, são atendidos em torno 2.050 pacientes e 10.362 procedimentos: avaliação, acompanhamento e fisioterapêutico. Os atendimentos são realizados por acadêmicos e acompanhados por 18 docentes que fazem supervisão em disciplinas e estágios.

O serviço atende toda a demanda das deficiências físicas, traumaortopédicas, genéticas, adquiridas, neurológicas, reumatológicas, uroginecológicas, cardiológicas e pneumológicas; e o público de recém-nascidos a idosos. Os pacientes acessam ao serviço por demanda espontânea, referenciados pela atenção básica e pela atenção especializada dos municípios. Importante destacar que na clínica de fisioterapia englobamos deficiência temporária e deficiência permanente.

6.3.3 Outros pontos de apoio oferecidos pela Univali

A Univali ainda oferece outros serviços para a pessoa com deficiência:

- Trabalho com os afásicos. A proposta iniciou em 2011, para assessorar a Associação de Afásicos de Itajaí e Região (AAfas), sendo estabelecido como Projeto de extensão para ofertar suporte a pessoas com afasia e familiares. Ela conta com uma equipe multidisciplinar (professores do projeto de extensão).
- O SAPS- O Serviço de Atendimento à Pessoa Surda oferece educação especial, organizado para apoiar e complementar os

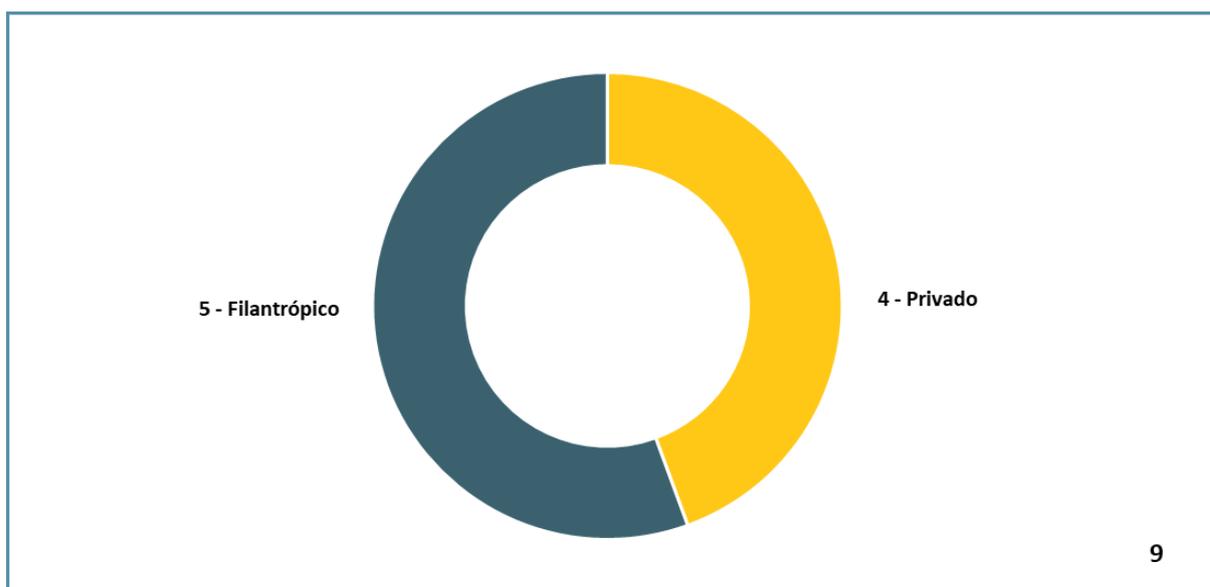
serviços educacionais comuns, viabilizando a sustentação e a construção da educação inclusiva.

- Ambulatório de disfagia - O Ambulatório é um serviço ofertado pelo curso de Fonoaudiologia por meio de convênio estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí, que acolhe e reabilita pacientes encaminhados via CIS, com patologias e comorbidades associadas à disfagia. O serviço existe há mais de cinco anos, com atendimentos especializados para o desmame de sondas, reabilitação e habilitação da alimentação via oral e/ou alternativa, no intuito de promover melhor qualidade de vida ao paciente, relacionando tanto questões de ingestão bem como comunicação e interação.

6.3.4 Hospitais conveniados

Na rede hospitalar complementar encontramos 9 hospitais privados, nos quais 5 são privados e 4 são filantrópicos.

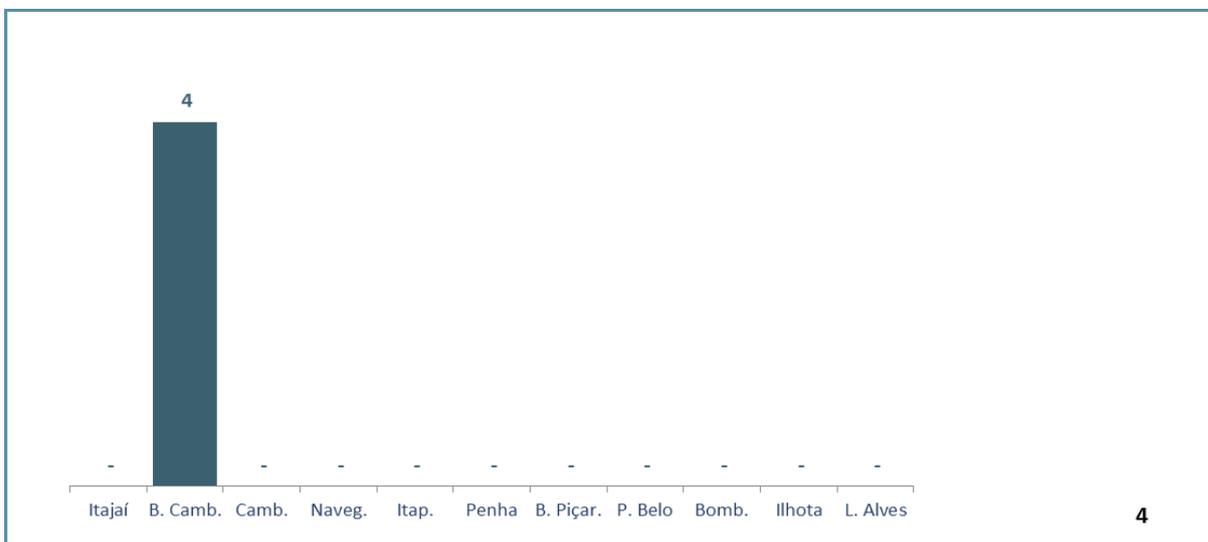
GRÁFICO 63 - Natureza jurídica dos hospitais da rede complementar



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Em relação aos privados, verificamos que eles se concentram em Balneário Camboriú.

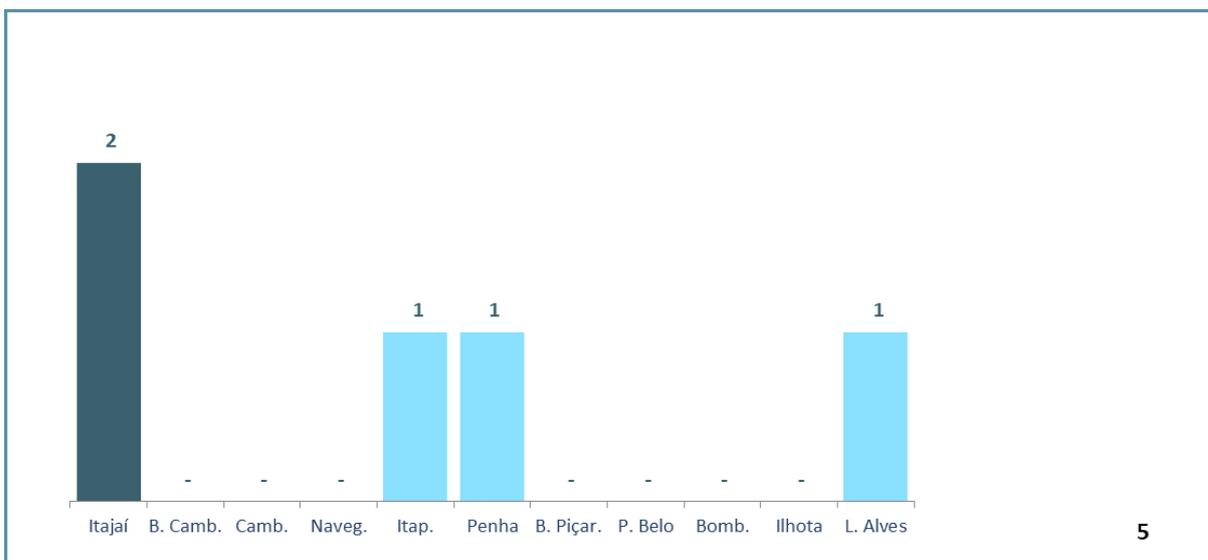
GRÁFICO 64 - Hospitais privados



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

E em relação às filantrópicas, encontramos hospitais em 4 municípios, são eles: Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Hospital Universitário Univali – Pequeno Anjo, Hospital Santo Antônio de Itapema, Hospital HOSCOLA e Hospital de Penha.

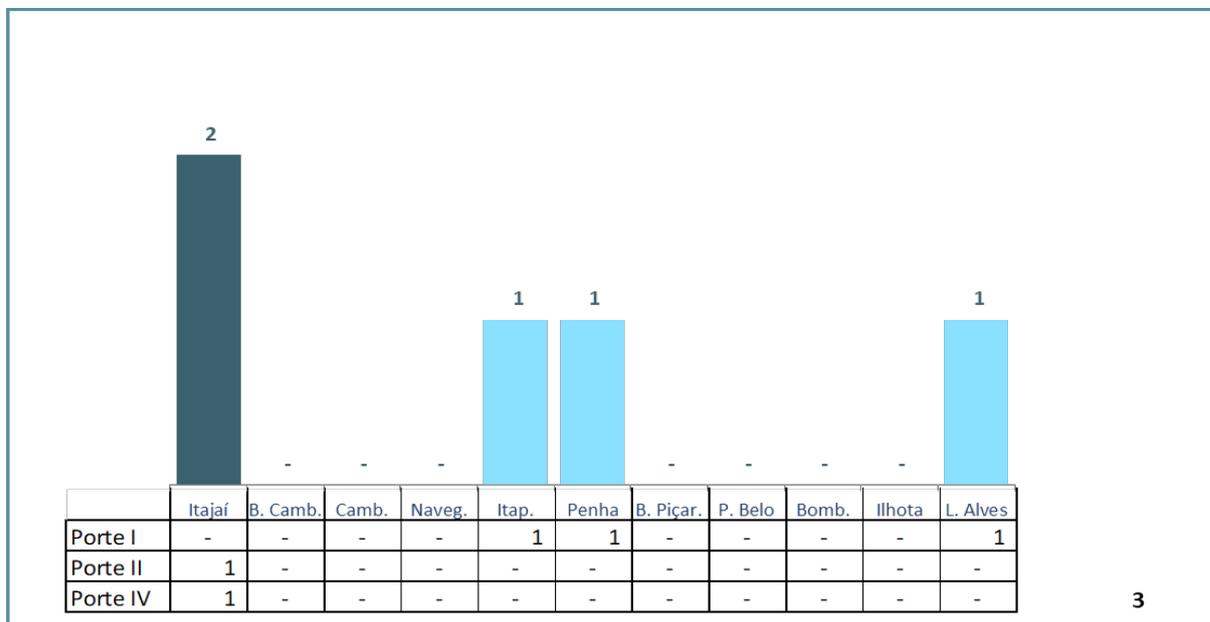
GRÁFICO 65 - Hospitais filantrópicos



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Itajaí é o único município que comporta um Hospital de porte IV.

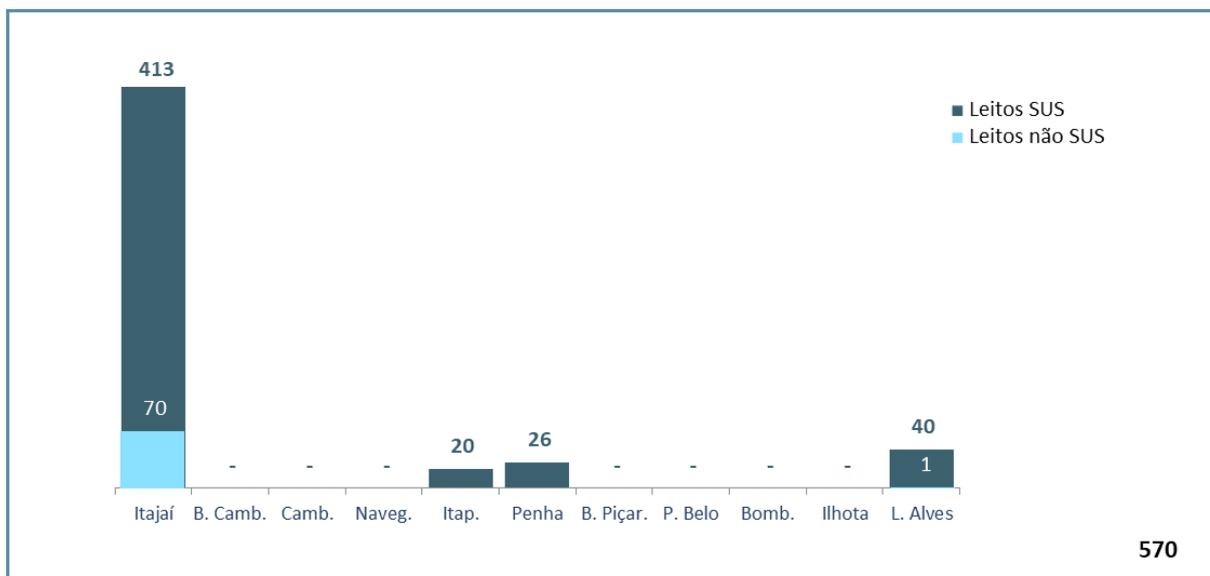
GRÁFICO 66 - Porte dos hospitais



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

Na rede hospitalar, todos os filantrópicos são conveniados ao SUS, apresentando 570 vagas. Esse valor representa 64% a mais de leitos que aqueles oferecidos nos hospitais públicos, 206 vagas. Itajaí oferece a maioria dos leitos representando 72,4% do total.

GRÁFICO 67 - Leitos hospitalares



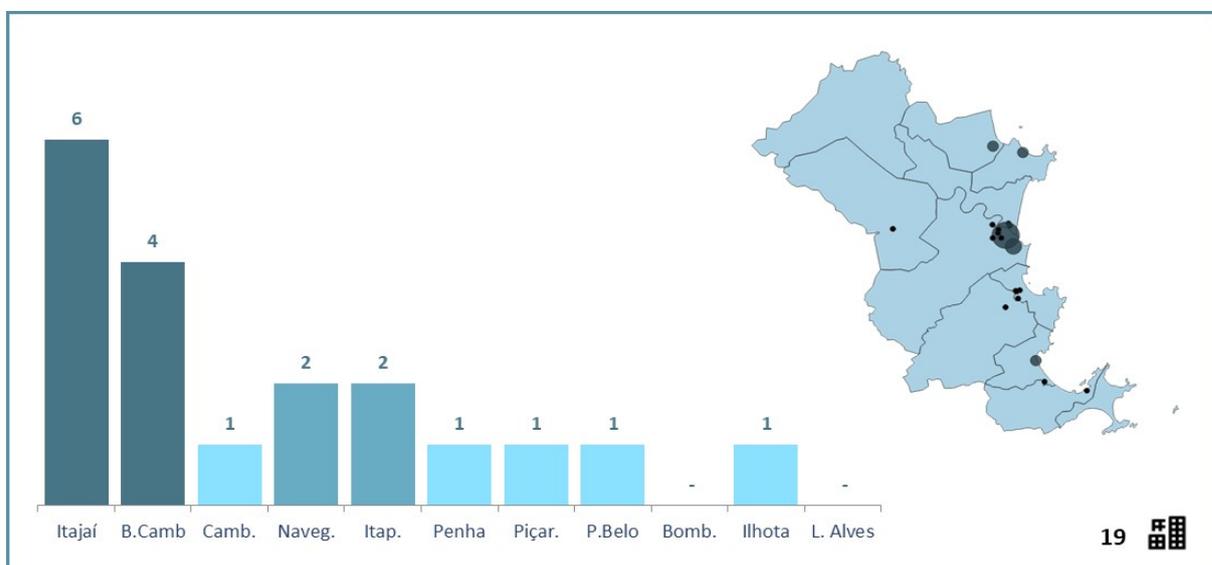
Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

O Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen é o único hospital filantrópico a apresentar leitos especializados em Reabilitação, 16, Psiquiatria, 2, e crônicos,8.

6.3.5 Entidades não governamentais

Realizamos levantamento das entidades não governamentais no território e encontramos 26 instituições.

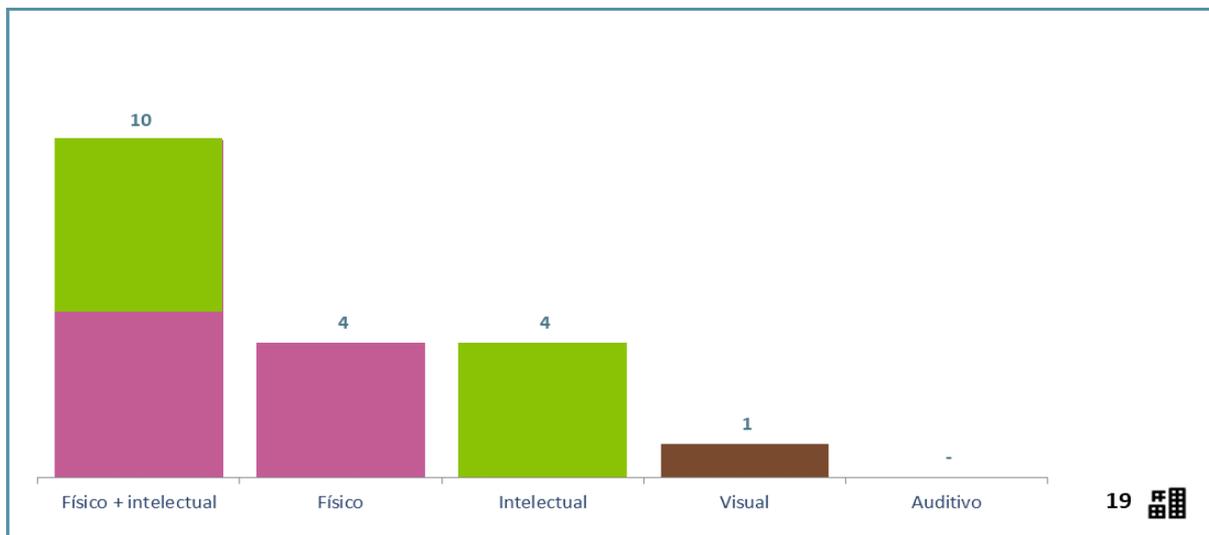
GRÁFICO 68 - Entidades não governamentais por municípios



Fonte: CNES jan., 2019.

A atuação dessas entidades, em sua maioria, foca as deficiências físicas e intelectuais.

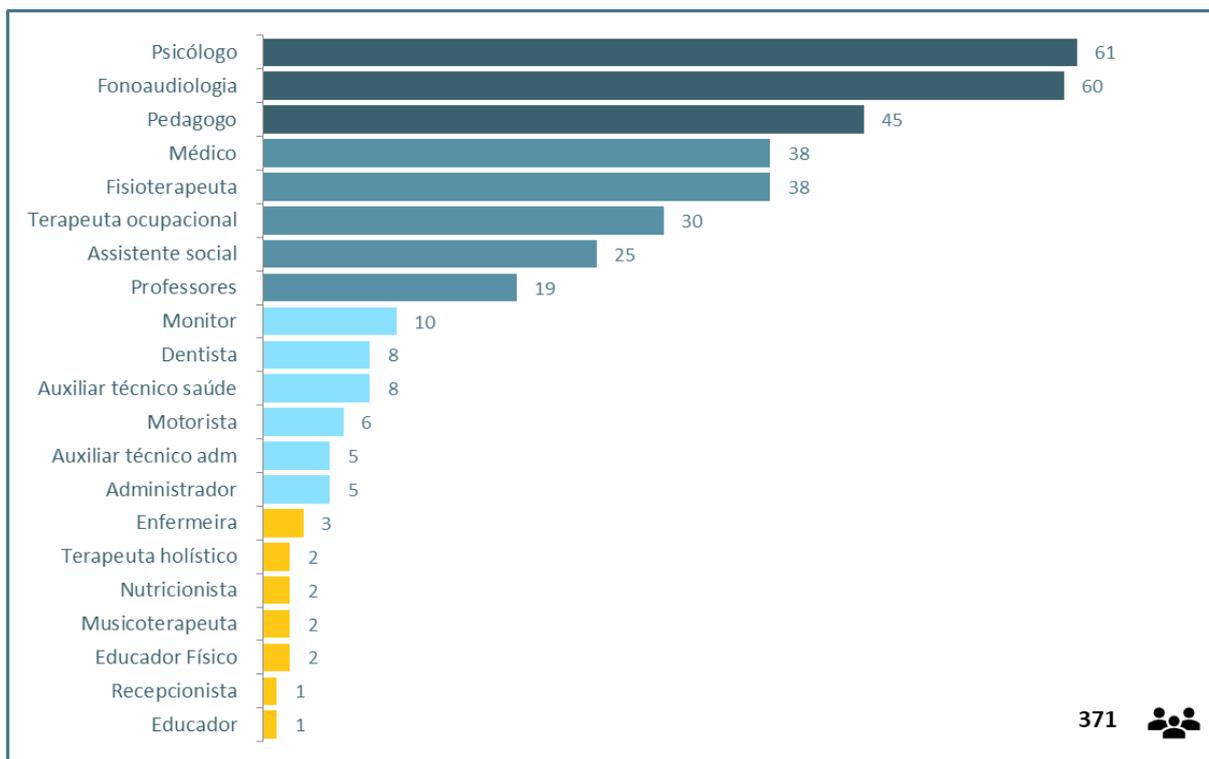
GRÁFICO 69 - Entidades não governamentais



Fonte: Sites das próprias instituições

Nelas estão atuantes 371 profissionais.

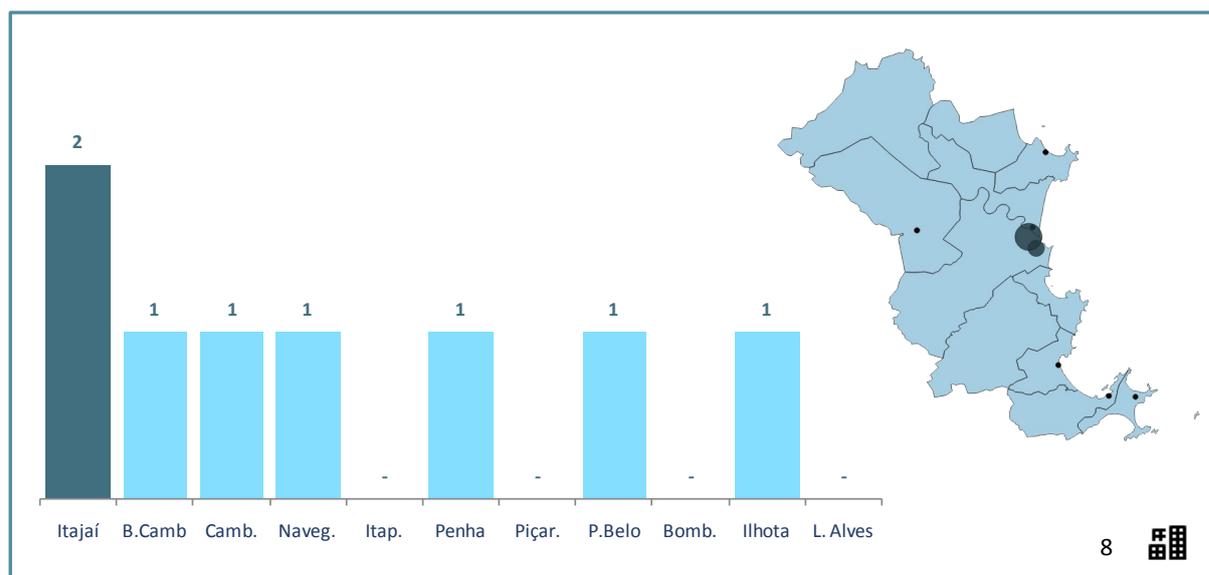
GRÁFICO 70 - Número de profissionais da rede não governamental



Fonte: CNES jan., 2019.

Atualmente existem 8 dessas entidades credenciadas e habilitadas para o trabalho complementar do SUS.

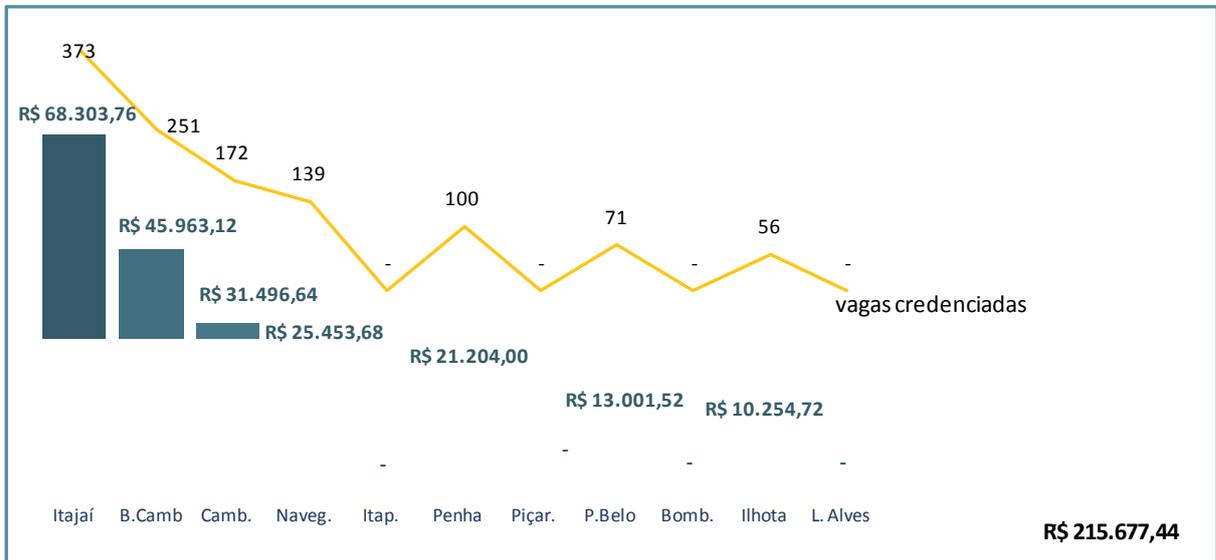
GRÁFICO 71 - Entidades não governamentais por municípios credenciadas SUS



Fonte: PPI 2019.

Os valores habilitados aos credenciados são um pouco mais de R\$ 189 mil.

GRÁFICO 72 - Valores credenciados por vaga de atendimento



Fonte: PPI 2019.

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise e a crítica exaustiva feita neste plano têm como princípio, ser conseqüente e comprometida com a produção de proposições as estratégias, serviços e investimentos para a rede. O esforço de aprofundar temas e análises tem por objetivo se contrapor a qualquer consideração de reducionismo e simplificação das necessidades das pessoas com deficiência. A proposição do Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência – GCPD, por meio de seus representantes legais, têm feito um trabalho sério e dedicado, principalmente, porque sentem o problema em suas rotinas de trabalho.

O presente plano expressa e aponta necessidades diárias, vividas não só pelos profissionais da saúde, mas também, pelas pessoas com deficiência e seus familiares. No capítulo que segue serão construídas algumas problemáticas e sugestões, definindo a elaboração de pelo menos uma proposta para cada crítica apontada, consolidando um plano provocativo e consistente à política e servindo de orientador ao desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para a região.

8 ANÁLISE SITUACIONAL E MATRIZ DE INTERVENÇÃO

MATRIZ PROBLEMA 1: Falta de conhecimento sobre a trajetória do movimento político da pessoa com deficiência

ANÁLISE SITUACIONAL: Não há política pública sem trazer o conhecimento da trajetória, avanços e retrocesso desse grupo social ao qual se faz alvo. A falta desse conhecimento é uma falha fundamental da rede, porque limita a percepção dos problemas ligados ao conjunto das pessoas com deficiências e incapacitam respostas as suas situações. Se o problema é visto de maneira simplificada a resposta também será simplificada. Deve-se compreender que há uma trajetória de lutas já travadas pelas pessoas com deficiências, que formam um conjunto de acontecimentos a serem consideradas nas estratégias de construção da rede de cuidados.

Com a realidade das necessidades do setor saúde em nosso país, na qual os orçamentos são enxutos, na prática grupos já excluídos e marginalizados jamais irão competir com a massa de necessidades da população geral de um território. Portanto, não irão aparecer como prioridade em momento nenhum diante de um permanente fluxo de problemas de saúde nesse espaço. A concorrência orçamentária é um grave problema e coloca premissas secundárias ao investimento e ações para políticas voltadas às pessoas com deficiência, porque dificilmente eles chegarão a um número representativo dentro daquilo considerado “emergente” no quadro de saúde da população, mantendo a sua invisibilidade. E quando finalmente eles alcançam, em alguma circunstância essa prioridade, não chegam a receber atenção profunda, sendo suas necessidades resumidamente respondidas por política pontuais e específicas, mantendo-se lógicas fragmentadas, inconsistentes e de baixa resolutividade.

META/OBJETIVO: Fomentar e problematizar o tema da pessoa com deficiência na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Criar calendário de seminários sobre o tema da Pessoa com Deficiência	GCPG e CIES	X	2				CIR e CIES

Realizar um encontro Regional sobre a saúde da Pessoa com Deficiência	GCPG e CIR		X			CIR
Revisa e divulga o PAR	GCPG			X	X	Próprio

MATRIZ PROBLEMA 2: Compreensão dos marcos lógicos e legais sobre os direitos da Pessoa com Deficiência

ANÁLISE SITUACIONAL: A compreensão e apropriação dos marcos lógicos e legais da pessoa com deficiência é uma tarefa feita pela leitura histórica ao longo de anos e que não deve ser desprezada ou diminuída. Há falta de sensibilidade do poder público em tornar mais efetiva as políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência.

Sem esse conhecimento, várias conquistas ficam relegadas, enfraquecidas e rebaixadas. É comum a ocorrência de retrocessos políticos em que há perdas de direitos e cidadania nas políticas setoriais voltadas ao público vulnerável, como idoso, mulheres, crianças, pessoas com deficiências, entre outros. Esses momentos são expostos principalmente quando os governos passam por crises fiscais e tomam medidas de cortes no orçamento, orientando sua ação apenas à problemas gerais da população. Com políticas enfraquecidas, mesmo diante de recuperação financeira, não se observa o retorno do interesse pela aplicação dos princípios e regras anteriormente definidas e tais conquistas permanecem esquecidas.

Também não é raro faltar, nos planejamentos públicos, consideração às normativas definidas nos dispositivos jurídicos da pessoa com deficiência. Os planos governamentais são instrumentos provocadores e multiplicadores para a promoção desses dispositivos. Mesmo nos momentos em que não são orientados recursos para serviços especializados para atender esta população, é relevante a atenção às normas existentes, que devem ser sempre consideradas e respeitadas.

Os princípios lógicos e legais dos direitos da pessoa com deficiência são transversais ao poder público, porque precisam garantir o exercício pleno de sua autonomia a todo o momento. Portanto, qualquer serviço ou plano básico para pessoas com deficiência deve garantir respeito intransigente e permanente às suas conquistas, assumindo um compromisso

ético-político com os seus direitos.

META/OBJETIVO: Fomentar a disseminação dos direitos da pessoa com deficiência

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Criar cartilha sobre os direitos da pessoa com deficiência na saúde	GCPD			X			CIR
Fomentar a ativação dos conselhos da pessoa com deficiência no território	GCPD			X	X		Próprio
Fomentar e articular V Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa	GCPG e CIR	X					Próprio

MATRIZ PROBLEMA 3: Falta de aplicação da política pública para a pessoa com deficiência

ANÁLISE SITUACIONAL: De modo geral, tem-se o desconhecimento de novos serviços voltados à pessoa com deficiência. Neste caso, há o Plano Nacional da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites - como exemplo, em que não se conhece ao certo qual o impacto se conquistou.

Neste documento se formulou a orientação, dispositivos, serviços e financiamentos como medidas de fomento de políticas públicas para as pessoas com deficiência. O plano foi lançado pelo Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, e teve como meta o investimento de R\$ 7,6 bilhões até 2014. Desde o prazo final, não se tem claro sobre sua reedição ou renovação, nem a apresentação da manutenção e ampliação de tal política. Apesar de significar um avanço de implementação de acordos públicos, como a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a impressão que fica diz respeito a ações cuja finalidade seria a prestação de contas internacional.

Portanto, desde o lançamento do plano até seu prazo final tem-se em vista apenas três anos de fomento, ao considerar o tamanho continental e a diversidade política e cultural do Brasil, esse tempo representa pouca expressividade no interesse público para essa pauta. O território da AMFRI mostra esse quadro sintomático com a instalação do CER II. Ao mesmo tempo em que significou um ganho no atendimento à pessoa com deficiência na região, o serviço expôs um conjunto de fragilidades, sendo uma delas a falta de uma rede efetiva que correspondesse a fluxos e contrafluxos. Hoje esse serviço encontra-se com filas de espera e com dificuldades de fornecer o suporte adequado para o retorno das pessoas aos seus municípios de origem. Além disso, no caso da deficiência intelectual, o CER II atende apenas um público restrito, que são as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de 0 a 12 anos. Na mesma direção, mas ratificando tais problemas, está o fomento de entidades não governamentais que recebem recursos financeiros do Estado para o desenvolvimento de serviços e atendimentos. Neste caso, tem-se como problema a falta de articulação orgânica à rede de atenção à saúde.

A realidade regional revela, na verdade, pontos de atendimento, mas não uma rede de cuidados. Esse é um cenário pessimista de respostas refratárias aos direitos e necessidades da pessoa com deficiência, reforçando a ação fragmentada do serviço de saúde pública. Não se tem resultados efetivos diante de práticas de investimentos pontuais e a perspectiva. Como se vê, é a sobrecarga de tensões e desgaste dos serviços, colocando os profissionais, as pessoas e suas famílias em situação de maior vulnerabilidade, pois, depositam esperanças em serviços pouco resolutivos. Nesse ponto, abre-se margem novamente para o sofrimento e a exclusão, porém, decorrentes de práticas institucionais. Por isso, são importantes o aprofundamento e a análise ampla da realidade vivida pelos grupos de pessoas com deficiência.

META/OBJETIVO: Propor serviços e financiamento para avançar na construção de uma rede efetiva de atenção à saúde das pessoas com deficiência

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Revisar o quadro situacional dos serviços e as demandas reprimidas das pessoas com deficiência	GCPD	X	X			Próprio	
Criar uma plataforma de pautas de necessidades e serviços para envio ao governo	GCPD e CIR			X	X	Próprio	

estadual e federal						
Revisar políticas públicas com orçamento vinculado para propor implantação aos municípios da Macrorregional	GCPD	X	X			Próprio
Propor a implantação e ampliação de serviços previstos	GCPD e CIR			X	X	Governos estadual e federal

MATRIZ PROBLEMA 4: Desconhecimento da pessoa com deficiência no espaço territorial

ANÁLISE SITUACIONAL: A falta de informação do territorial e a distribuição das pessoas com deficiência dentro dele são graves entraves para o desenvolvimento de políticas públicas. Muitas famílias sofrem com a pouca informação de serviços, programas e projetos no território de abrangência. Isso faz com que as pessoas com deficiência não procurem os serviços correlacionados em prol de seus direitos. Torna-se mais difícil, nesse contexto, o acesso, bem como, o conhecimento de suas dificuldades/necessidades e também da sua realidade. Não se conhece minimamente o contingente das pessoas com deficiência e sua localização, nem se faz a análise dos cenários sobre suas condições, tais como, condições econômicas, acessibilidade, ofertas de serviços (transporte, lazer, entre outros), identificação de barreiras etc.

Pensar a pessoa com deficiência é conhecer cada vez mais o território, sob a concepção, na qual, a deficiência sai do eixo da pessoa, para ser colocada no espaço. Neste sentido, a deficiência, muito mais do que limitações e incapacidades físicas e mentais inerentes ao sujeito, é resultado da construção intencional de barreiras, que impedem o exercício pleno da autonomia do sujeito. Nessa concepção as deficiências são criadas diante às condições desfavoráveis à autonomia das pessoas. Alguém na verdade se vê deficitária diante circunstâncias onde o meio impede o seu acesso, como a colocação de escadas e falta de intérpretes para tradução de informações. A pessoa com deficiência, por si só têm as condições necessárias para sua autorrealização, falta-lhe, portanto, os meios.

Não se pode ter como meta a confecção de serviços, planos e a articulação de nenhuma rede de cuidados, sem que fique claro o reconhecimento da realidade da vida da pessoa com deficiência no seu território. Muito mais do que um

amontoado de dados e informações sobre essa população, os levantamentos revelam limites, capacidades e possibilidades desse grupo, o que pode abrir margem para medidas mais assertivas na elaboração de mecanismos que incluam a sua participação no processo de construção da rede de cuidado. Nesse sentido, o estudo do território se faz totalmente importante, a fim de criar alternativas/estratégias que contemple a realidade dessa população.

META/OBJETIVO: Qualificar e integrar a base cadastral dos serviços ligados às pessoas com deficiência

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Qualificação das equipes da Atenção Primária para o preenchimento completo da base de cadastro do @-SUS ou sistema próprios	GCPD e Vigilância Epidemiológica	X	X				Próprio
Organizar campanhas de atualização da base cadastral dos municípios	GCPD e Vigilância Epidemiológica			X	X		Próprio
Pactuar ações estratégicas da macrorregião com o SICORDE-SC	GCPD, CIR, 17ª Regional de Saúde	X					Próprio

MATRIZ PROBLEMA 5: Setorização financeira e orçamentária da política pública de saúde

ANÁLISE SITUACIONAL: A história e os conceitos da rede atenção à saúde impactam a formulação de políticas adequadas. Atualmente o modelo adotado pelo poder público segue a administração gerencial, mas, as práticas patrimonialistas e burocráticas continuam dominantes. Sem entrar no mérito do debate, o que importa ao trabalho, neste momento, diz respeito a capacidade de superar um modelo organizador impregnado pela racionalidade burocrática e personalista. Nela a lógica dominante segue a setorização da política, a hierarquia funcional e a impessoalidade no trabalho como premissas. A organização em rede propõe mudança nessa lógica, procurando construir, dentro de cada hierarquia, processos articulados nos seus 5 eixos temáticos das Redes de Atenção à Saúde.⁵ Essa tarefa é complexa, pois, envolve alterar uma cultura organizacional fortemente enraizada e contraditória ao objetivo das redes de atenção/apoio.

Mesmo diante da importância das Redes de Atenção à Saúde, não se tem amplo o conhecimento sobre seu processo de funcionamento, sendo indispensável o domínio dos seus dispositivos conceituais e legais. Essa visão assume como desafio a apropriação, não somente do seu aspecto mais específico, como a Rede de Proteção à Pessoa com Deficiência, mas também, a ampla da organização do Estado, como sobre a formulação e aprovação das suas diretrizes orçamentárias, o processo licitatório, entre outros temas. Não só ao gestor cabe tal conhecimento, pois, trata-se de funcionamentos básicos do funcionamento do Estado. O conhecimento e fomento da rede, assim como avaliações sistemáticas para o seu melhoramento não serão promovidas por ato espontâneo, sem que a organização estatal seja minimamente conhecida.

META/OBJETIVO: Participação das equipes nos planos orçamentários

5

Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Qualificar as equipes de saúde sobre os orçamentos públicos	GCPD	X	X			Próprio	
Fomentar a participação das equipes de saúde na formulação dos orçamentos públicos, LDO, LOA e o PPA	GCPD e CIR	X	X	X	X	Próprio	

MATRIZ PROBLEMA 6: Falta de conhecimento dos serviços não governamentais

ANÁLISE SITUACIONAL: A consideração dos serviços não governamentais na avaliação situacional da pessoa com deficiência é uma tarefa básica para a composição da Rede Regional de Cuidados à Pessoas com Deficiência. Saber descrever, localizar e analisar os serviços ofertados constitui tarefa da rede. Deve-se considerar a vigilância de movimentação dos agravos de saúde da pessoa com deficiência e de como eles são resolvidos no território. O trabalho inclui o conhecimento sobre a oferta permanente de todos os serviços ligados à pessoa com deficiência, quer ele público ou não. Ou seja, deve ser interesse o mapeamento permanente de serviços governamentais, não governamentais e privados.

META/OBJETIVO: Aproximação da rede não governamental

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Mapeamento dos serviços não governamentais e privados para pessoa com deficiência	GCPD	X				Próprio	

Realizar encontro com a rede complementar de saúde	GCPD			X		Próprio
Fomentar credenciamento e habilitação de novas vagas para atendimento da pessoa com deficiência	GCPD e CIR				X	Governo estadual
Construir protocolo de fluxos e contrafluxos	GCPD e CIR			X	X	Próprio

MATRIZ PROBLEMA 7: Dificuldade com a análise situacional

ANÁLISE SITUACIONAL: A análise Situacional da Rede Regional de Cuidados à Pessoas com Deficiência em seus níveis de complexidade, Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária, deve ser aprofundada e detalhada para que se revele o seu funcionamento. Neste caso, verificam-se duas frentes a seguir: 1) a formulação de dados quantitativos, 2) qualitativos e 3) proposições de ações. O motivo dessa tarefa é a necessidade de um quadro analítico e de proposições que compreenda uma leitura estrutural e não estrutural da rede. Ou seja, que o plano não fique restrito apenas em reconhecer a falta de equipamentos e a estruturação de novos. Saber sobre o processo histórico, político, legal, instrumental e territorial acerca do trabalho em rede e sobre as pessoas com deficiência é imperativo. Precisa-se melhorar a quantidade de serviços e ações da rede, mas com ela, a compreensão e conhecimento amplo das necessidades da pessoa com deficiência. Não se tem a ilusão idealista, na qual todos obterão um profundo conhecimento sobre o conjunto de assuntos em torno da pessoa com deficiência, porém, cada profissional que atua na rede precisa ter um mínimo de conhecimento e discernimento sobre o tema e saber atuar de forma coletiva. A qualificação, não só nos aspectos técnicos, mas nos aspectos gerais de dados devem ser transversais ao trabalho. Saber sobre o nível de compreensão e de respostas oferecidas pela rede deve ser conhecimento generalizado. Como já descrito anteriormente, a análise que se vê indica mais do que a falta de instrumentos técnico-tecnológicos, indica a falta de conhecimentos gerais

e básicos.

META/OBJETIVO: Desenvolver maior integração e participação das ações em torno da pessoa com deficiência

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Seminário de apresentação do PAR para a rede de cuidados da pessoa com deficiência	GCPD, CIR e CIES			X	X	CIR e CIES	
Capacitar, Incentivar e apoiar a organização de análises e planejamento dos serviços para as pessoas com deficiência nos municípios	GCPD e CIR				X	Próprio	
Fomentar estratégias de participação das pessoas com deficiência nos planejamentos locais	GCPD e CIR				X	Próprio	

MATRIZ PROBLEMA 8: Precarização do NASF

ANÁLISE SITUACIONAL: Nos anos de 2019 e 2020, as Equipes da APS iniciaram um processo de reorganização, traçadas pelas ideias do Planifica SUS (Planificação da Atenção à Saúde), fruto da parceria do Ministério da Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Tal processo implicou a destituição do programa do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e atenção Básica) na região. Assim, gradativamente a regional perde uma importante ferramenta para ampliar as estratégias de cuidado às pessoas com deficiência, no nível da Atenção Primária à Saúde. Essa equipe, composta por diversos profissionais, configurava-se como instrumento estratégico e potencializador de ações de cuidados.

META/OBJETIVO: Restabelecimento e fortalecimento da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB)

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem

	RESPONSÁVEL					
Criação de plataforma de defesa do NASF junto a CIB e CIT	GCPD e CIR	X	X			Pactuações com o Governo Federal
Incentivo de manutenção dos NASF nos municípios da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí	GCPD e CIR	X	X	X	X	Próprio

MATRIZ PROBLEMA 9: Problemas na identificação precoce da deficiência

ANÁLISE SITUACIONAL:

META/OBJETIVO: Identificação precoce dos casos do espectro autista.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Capacitar e aplicar o M-Chat nas creches de todos os municípios da Macrorregião.	GCPD			X		Próprio	

MATRIZ PROBLEMA 10: Falta de educação permanente

ANÁLISE SITUACIONAL: Observa-se a necessidade da contínua capacitação dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde, com destaque para a APS para o acolhimento e acompanhamento da pessoa com deficiência, pois a situação atual mostra constantes questionamentos sobre fluxos de encaminhamentos para serviços especializados, bem como encaminhamentos incorretos que contribuem para o aumento das filas de espera para atendimento nos serviços especializado. Já, no contrafluxo observa-se o desconhecimento das redes de apoio à pessoa com deficiência, deixando a PD, muitas vezes, sem o atendimento/acompanhamento necessário para manutenção de sua saúde e bem estar.

META/OBJETIVO: Educação continuada para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Plano de capacitação para os profissionais da RAS	GCPD, CIR e CIES		X				Governo federal e estadual

MATRIZ PROBLEMA 11: Falhas nos mecanismos de referência e contrarreferência

ANÁLISE SITUACIONAL: Os atuais mecanismos de referência e contrarreferência apresentam falhas, uma vez que, diferentes níveis de atenção, podem encaminhar a PD para os serviços especializados e estes, por sua vez, encontram barreiras para contrarreferenciar o usuário para a APS. Assim, a APS não atua como coordenadora do cuidado da PD na maioria dos casos.

META/OBJETIVO: Fortalecer a APS como coordenadora do cuidado

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Elaboração de protocolos e capacitação de processo de trabalho	GCPD e CIR			X	X	Próprio	
Apoiar a incentivar a ampliação dos serviços de reabilitação e tratamento na atenção secundária	GCPD e CIR			X	X	Próprio	
Apresenta a situação de falta de tratamento, diagnose e reabilitação na atenção secundária aos gestores municipais	GCPD e CIR			X	X	Próprio	

MATRIZ PROBLEMA 12: Problemas no mapeamento de dados da pessoa com deficiência

ANÁLISE SITUACIONAL: Desde 2018 há, na região, movimentos que buscam mapear todos os pontos da rede que realizam atendimento à PD, tanto os da rede formal de saúde, quanto ONGs, Associações e Instituições Particulares de Saúde e Educação, porém a falta de recursos e equipe destinada para esta atividade dificulta este mapeamento.

META/OBJETIVO: Mapear os diferentes pontos da rede

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Incentivar o fomento de recursos para instituir uma equipe profissional a vigilância da pessoa com deficiência, que possa mapear todos os	GCPD e CIR				X	Pacto intermunicipal e governo estadual	

pontos da Rede de Cuidado à PD						
--------------------------------	--	--	--	--	--	--

MATRIZ PROBLEMA 13: Falta de assistência a pacientes ostomizados e auditivos

ANÁLISE SITUACIONAL: O câncer no intestino, por exemplo, já é o segundo com maior prevalência no país entre homens e mulheres. A criação de um pólo para trabalho com esse público alvo fortaleceria o trabalho em rede.

Outro problema enfrentado são as longas filas e espera dos pacientes com deficiência auditiva da terceira idade, muitos aguardam anos para o acesso a aparelhos, o que prejudica ainda mais a sua condição de saúde e autonomia. Há experiências exitosas que precisam ser reproduzidas na Rede de Cuidados da pessoa com Deficiência.

META/OBJETIVO: Investimento na assistência aos pacientes ostomizados

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Incentivo à criação de um Centro Multidisciplinar (psicólogos, nutricionistas, assistente social e médicos)				X	X	Pactuações com o Estado.	
Fomento de estratégias de investimentos para grupos de pacientes da terceira idade na fila de espera seguindo modelo de Balneário Piçarras		X	X			Consórcio intermunicipal	

MATRIZ PROBLEMA 14: Falta de contratualizações do SUS em alguns municípios

ANÁLISE SITUACIONAL: Alguns municípios da Macrorregião ainda não tem contratualização com o SUS, esse processo permitiria a melhoria na oferta dos atendimentos, atendendo as demandas de pacientes oriundos do serviço pedagógico da própria instituição; pacientes referenciados pelos serviços da Rede Básica, equipes de PSF e/ou profissionais vinculados às Redes Ambulatoriais e Hospitalares que integram o SUS.

META/OBJETIVO: Realizar a contratualização com o SUS das APAES e demais entidades que atendem a pessoa com deficiência.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Propor contratualizações	GCPD e CIR		X			Limite Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade – Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios	
Propor habilitação dos CEOs de Itajaí, Navegantes e Itapema para atendimento de pessoa com deficiência	GCPD e CIR		X			Limite Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade – Componente	

						Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios
--	--	--	--	--	--	---

MATRIZ PROBLEMA 15: Adequação dos serviços contratualizados

ANÁLISE SITUACIONAL: Sendo critério para as novas contratualizações, que se estabelece o prazo de 90 dias para adequação dos Serviços já contratualizados para ingresso dos pacientes em atendimentos. Precisa-se regular os serviços via SISREG, conforme portaria vigente.

META/OBJETIVO: Fiscalizar para que todos os Serviços, já contratualizados e os novos passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do SISREG, bem como acompanhar e fiscalizar os tetos de produção pactuados.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Fiscalização dos serviços contratualizados	GCPD e CIR			X		Próprio	

MATRIZ PROBLEMA 16: Falta de referência para reversão de ostomias

ANÁLISE SITUACIONAL: Desde 2018, quando o Hospital de Timbó fez a despactuação com o Estado para reversão das ostomias, os pacientes não são mais atendidos. Há pessoas aguardando na fila de espera do SUS há quase 04 anos. Os pacientes estão sofrendo pelo pior prognóstico no controle dos esfíncteres, tendo prejuízos emocionais, familiares, de independência financeira e social. O município de Itajaí, por exemplo, tem um gasto mensal, em média, de R\$150.000,00 em insumos. O SUS paga em torno de R\$100,00 por cirurgia (incluindo a internação). Mais de 30% dos pacientes ostomizados desenvolvem saco hérnia rioparaestomal.

META/OBJETIVO: Viabilidade das cirurgias de reversões das ostomias.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/	PROGRAMAÇÃO	RECURSOS
------	----------------	-------------	----------

	RESPONSÁVEL	2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Fomentar e orientar nova pactuação para reversão de pacientes ostomizados	GCPD e CIR	X					Pactuações com o Estado/AMFRI

MATRIZ PROBLEMA 17: Falta de referência hospitalar para pacientes odontológicos

ANÁLISE SITUACIONAL: As PD que necessitassem de procedimentos odontológicos hospitalares, com sedação, eram atendidas no Hospital Universitário de Florianópolis. Desde 2018 essa porta de entrada para os pacientes da região da Foz do Rio Itajaí foi rompida. Não há referência de um ponto da rede hospitalar até o momento, o que culmina na total desassistência das PD ao necessitarem desse serviço.

META/OBJETIVO: Atendimento odontológico hospitalar.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Fomentar a pactuação de leitos hospitalares para pacientes odontológicos	GCPD e CIR	X					Pactuações com o Estado/AMFRI.

MATRIZ PROBLEMA 18: Falta de referência hospitalar para leitos de reabilitação, psiquiatria e crônicos

ANÁLISE SITUACIONAL: Pelos levantamentos feitos verifica-se a dificuldade na oferta de leitos de reabilitação, psiquiatria e crônicos. É necessário que a rede de atenção da pessoa com deficiência tenha retaguarda hospitalar para

atendimento de suas necessidades.

META/OBJETIVO: Atendimento odontológico hospitalar.

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Fomentar a pactuação de leitos hospitalares de reabilitação, psiquiatria e crônicos	GCPD e CIR	X					Pactuações com o Estado/AMFRI.

MATRIZ PROBLEMA 18: Melhoria nas ações de prevenção**ANÁLISE SITUACIONAL: Já existem dados indicando que 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas de prevenção. A formação de estratégias de prevenção à saúde é fundamental para essa finalidade.**

META/OBJETIVO: Criação de estratégias de prevenção à deficiência

AÇÃO	ENTE EXECUTOR/ RESPONSÁVEL	PROGRAMAÇÃO				RECURSOS	
		2021	2022	2023	2024	R\$	Origem
Criação de matéria informativa e campanhas para a prevenção da deficiência	GCPD e CIR	X					Pactuações com o Estado/AMFRI.
Fomento e apoio à criação de serviços e quadro profissional específicos de estímulo ao desenvolvimento infantil de primeira e segunda instância	GCPD e CIR		X				Pactuações com o Estado/AMFRI.
Criação de centros de avaliação e diagnose de deficiências	GCPD e CIR		X				Pactuações com o Estado/AMFRI.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, 2009.

BRASIL. Decreto-Lei n. 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro. **Diário Oficial da União**, 9 set. 1942. Seção 1.p. 13635.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, 07 jul. 2015. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, 26 abr. 2012. n. 81. Seção 1, p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 jul. 2012. Seção 1, p. 415.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 30 abr. 2012. Seção 1, p. 94-05.

DANTAS, J. B. **Tecnificação da Vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21, p. 563-580, 2009.

História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Brasília, 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oxscYK9Xr4M>

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, CONASS, 2015.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013. Ebook.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Informações em saúde. Cadernos de Saúde. **Modelos de Cadernos**. Disponível em http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=270&Itemid=294. Acesso em 10 jun 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Informações em saúde. Banco de Dados Tabnet. **Informações Residentes IBGE**. Disponível em http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=263&Itemid=280. Acesso em 10 jun 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Informações em Saúde. 2012b. Banco de dados TABNET. **Nascidos vivos SINASC**. Disponível em <http://200.19.222.8/cgi/deftohtm.exe?sinasc.def>. Acesso em 10 jun 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Planejamento em Saúde. Instrumento de Gestão Estadual. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=339&Itemid=331. Acesso em 10 jun 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação regional das redes de atenção às urgências e emergências da Região da Foz do Itajaí**, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de ação regional da Rede Cegonha da Região da Foz do Itajaí**, 2013.

SANTOS, J. P. da C. dos, et all. **Os paradigmas históricos da inclusão de pessoas com deficiência no Brasil**. Educação e Cultura Contemporânea, v. 14, p. 313, 2017.

SASSAKI, R.K. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos**. 3ª edição. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

ANEXO

LEGISLAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

“A história da construção dos direitos humanos das pessoas com deficiência compreende quatro fases: a) uma fase de intolerância em relação às pessoas com deficiência, em que a deficiência simbolizava impureza, pecado, ou mesmo, castigo divino; b) uma fase marcada pela invisibilidade das pessoas com deficiência; c) uma terceira fase orientada por uma ótica assistencialista, pautada na perspectiva médica e biológica de que a deficiência era uma “doença a ser curada”, sendo o foco centrado no indivíduo “portador da enfermidade”; e d) finalmente uma quarta fase orientada pelo paradigma dos direitos humanos, em que emergem os direitos à inclusão social, com ênfase na relação da pessoa com deficiência e do meio em que ela se insere, bem como na necessidade de eliminar obstáculos e barreiras superáveis, sejam elas culturais, físicas ou sociais, que impeçam o pleno exercício de direitos humanos.” (PIOVESAN, 2013)

● **DOCUMENTO INTERNACIONAL**

Convenção ONU Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2007.

● **LEGISLAÇÃO FEDERAL**

LEI 13.977, de 2020,

Cria a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea)

DECRETO Nº 10.014, DE 6 DE SETEMBRO DE 2019

Altera o Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

DECRETO Nº 9.546, DE 30 DE OUTUBRO DE 2018

Altera o Decreto nº 9.508, de 24 de setembro de 2018, para excluir a previsão de adaptação das provas físicas para candidatos com deficiência e estabelecer que os critérios de aprovação dessas provas possam seguir os mesmos critérios aplicados aos demais candidatos.

DECRETO Nº 9.508, DE 24 DE SETEMBRO DE 2018

Reserva às pessoas com deficiência percentual de cargos e de empregos públicos ofertados em concursos públicos e em processos seletivos no âmbito da administração pública federal direta e indireta.

DECRETO Nº 9.451, DE 26 DE JULHO DE 2018

Regulamenta o art. 58 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência.

DECRETO Nº 9.405, DE 11 DE JUNHO DE 2018

Dispõe sobre o tratamento diferenciado, simplificado e favorecido às microempresas e às empresas de pequeno porte, previsto no art. 122 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

DECRETO Nº 9.404, DE 11 DE JUNHO DE 2018

Altera o Decreto nº 5.296, de 2 dezembro de 2004, para dispor sobre a reserva de espaços e assentos em teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares para pessoas com deficiência, em conformidade com o art. 44 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

DECRETO Nº 9.345, DE 16 DE ABRIL DE 2018

Altera o Regulamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, aprovado pelo Decreto nº 99.684, de 8 de novembro de 1990, para dispor sobre as normas de movimentação da conta vinculada do FGTS para aquisição de órtese e prótese pelo trabalhador com deficiência.

DECRETO Nº 9.296, DE 1º DE MARÇO DE 2018

Regulamenta o art. 45 da lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência.

DECRETO Nº 9.099, DE 18 DE JULHO DE 2017

Dispõe sobre o Programa Nacional do Livro e do Material Didático.

DECRETO Nº 8.954, DE 10 DE JANEIRO DE 2017

Institui o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência e dá outras providências.

LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015

Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

LEI Nº 12.622, DE 8 DE MAIO DE 2012

Institui o Dia Nacional do Atleta Paraolímpico e dá outras providências.

DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011

Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite.

DECRETO Nº 7.235, DE 19 DE JULHO DE 2010

Regulamenta a Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010, que concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida.

LEI Nº 12.190, DE 13 DE JANEIRO DE 2010

Concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 1.034, de 05 DE MAIO DE 2010

Estabelece critérios quanto à participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS (APAEs).

DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009

Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007

Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

DECRETO Nº 5.904, DE 21 DE SETEMBRO DE 2006

Regulamenta a Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia e dá outras providências.

DECRETO Nº 5.626, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005

Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras), e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

LEI Nº 11.133, DE 14 DE JULHO DE 2005

Institui o Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência.

LEI Nº 11.126, DE 27 DE JUNHO DE 2005

Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia.

DECRETO Nº 5.296, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004

Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

LEI Nº 10.436, DE 24 DE ABRIL DE 2002

Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e dá outras providências.

DECRETO Nº 3.956, DE 8 DE OUTUBRO DE 2001

Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

LEI Nº 10.182, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001

Restaura a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis destinados ao transporte autônomo de passageiros e ao uso de portadores de deficiência física, reduz o imposto de importação para os produtos que especifica, e dá outras providências.

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

LEI Nº 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000

Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

DECRETO Nº 3.691, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000

Regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999

Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995

Dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências.

LEI Nº 8.899, DE 29 DE JUNHO DE 1994

Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993

Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.

LEI Nº 8.687, DE 20 DE JULHO DE 1993

Retira da incidência do Imposto de Renda benefícios percebidos por deficientes mentais.

LEI Nº 8.686, DE 20 DE JULHO DE 1993

Dispõe sobre o reajustamento da pensão especial aos deficientes físicos portadores da Síndrome de Talidomida, instituída pela Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982.

LEI Nº 8.160, DE 8 DE JANEIRO DE 1991

Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva.

LEI Nº 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989

Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

LEI Nº 7.405, DE 12 DE NOVEMBRO DE 1985

Torna obrigatória a colocação do “Símbolo Internacional de Acesso” em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiência e dá outras providências.

DECRETO-LEI Nº 2.236, DE 23 DE JANEIRO DE 1985

Altera a tabela de emolumentos e taxas aprovada pelo art. 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.

LEI Nº 7.070, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1982

Dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que especifica e dá outras providências.