

**ESTADO DE SANTA CATARINA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERVISÃO REGIONAL DA SAÚDE DE LAGES**

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA RAD - REDE DE ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA
DA SERRA CATARINENSE**

Lages (SC)

2020

PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA RAD - REDE DE ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE

Equipe de Elaboração Plano de Ação Regional da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência (PAR – RCPD) Serra Catarinense 2014:

CAMILA ROSÁLIA ANTUNES BACCIN
Gerente - 27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

LILIA A. KANAN
27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense / Articuladora CIES Serra Catarinense

DANIELA ROSA DE OLIVEIRA
27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

CLÁUDIA A. ATAIDE
27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

LUCIANE CRISTINA MORETTO
Fisioterapeuta – Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

LEATRICE CARBONERA SANTOS
Terapeuta Ocupacional Hospital Tereza Ramos

LISANDRA MARIA KONRAD
Educadora Física – Secretaria Municipal da Saúde de Lages

CRISTINA PAIM BRÄSCHER
APAE – Lages

RITA BATALHA PARIZOTTO
Associação Lageana da Terceira Idade

JOÃO CARLOS DE LIZ
Associação de Deficientes Físicos de Lages – ASDF

ADILSON MENDES FRANÇA
Associação de Deficientes Visuais de Lages – ADEVIPS

AUGUSTO FORNARI SOUZA
Instituto de Arquitetos do Brasil

Equipe de atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência (PAR – RCPD) Serra Catarinense 2020:

DANIELA ROSA DE OLIVEIRA
Supervisão Regional da Saúde de Lages

CLAITON DE SOUZA CAMARGO
Secretário Municipal da Saúde de Lages

ROSENI TEREZINHA FIRMINO
Coordenação Regional de Atenção Primária à Saúde

DIANA VARELA
Coordenação Regional de Atenção Primária à Saúde

STEFANY RODRIGUES FELDHAUS
Assistente Social - CER II

ANDRÉ ROBERTO FARIA
Enfermeiro - CER II

VIVIAN FÁTIMA OLIVEIRA
Psicóloga - CER II

BRUNA RAFAEL MOTA
Psicóloga - CER II

GUILHERME SECCHI
Psicólogo - CER II

JULIA CRISTINA MARIAN,
APAE – Lages

GUILHERME SECHI
Psicológico – CER II

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 APRESENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:.....	12
1.1 Atenção Primária à Saúde	13
1.1.1 Ações e serviços da Atenção Primária à Saúde organizada pela gestão local para as pessoas com deficiência:	17
1.2 Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.....	17
1.2.1 Centro Especializado em Reabilitação:	18
1.2.2 Acesso e Referência-Contra referência:	19
1.2.3 Regulação:	20
1.2.4 O protocolo de diretrizes clínicas é uma das propostas do Grupo condutor RCDP - proposta	20
1.2.5 Equipe.....	22
1.2.6 Articulação dos serviços da RCPD com os demais equipamentos sociais como educação, trabalho, assistência social, entre outros:.....	23
1.2.7 Produção dos serviços de reabilitação da RCPD:.....	23
1.2.7.1 Número de usuários atendidos nos serviços da RCPD:.....	24
1.2.8 Descrição das ações intersetoriais da RCPD (CERs, Oficinas Ortopédicas, NASF, CAPS, ESF, Academia da Saúde, etc.) como SUAS, trabalho, educação, esporte, lazer, arte, e demais serviços que são realizadas no território:	24
1.2.9 Serviços de atenção às pessoas ostomizadas:	25
1.2.9.1 A Rede Hospitalar:	29
1.2.9.2 Serviços de Referência Regional / CER.....	29
1.2.9.3 Serviços e fluxos assistenciais para atendimento às pessoas estomizadas no território;	33
1.2.10 Serviços credenciados pelo gestor que realizam concessão/dispensação de OPM por modalidade (Nº de serviços, CNES, tipos de OPM concedida)	36
1.2.11 Centros Especializados em Odontologia habilitados pela RCPD	49
1.2.12 Serviços que realizam os testes de Triagem Auditiva Neonatal e Triagem Ocular Neonatal.....	51
1.3 Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	54
1.3.1. Leitos de longa permanência	59

1.3.3 Serviço de Atenção Domiciliar.....	61
1,3.4 Centros Cirúrgicos Odontológicos	64
1.4 Apresentação das regiões de saúde do estado	65
1.4.1 Mapeamento das regiões de saúde do Estado com a relação nominal dos municípios que a compõem:.....	65
2. APRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:.....	69
2.1 Dados da população geral e população com deficiência nas quatro modalidades (auditiva, física, visual e intelectual) no território:.....	69
2.2 Perfis sócios sanitários e epidemiológicos do território:.....	80
3 DESENHO REGIONAL DA RCPD:.....	96
3.1 Mapa territorial com elementos da capacidade instalada em 2020	96
3.2 Desenho esquemático da integração dos serviços	97
3.3 Os pleitos para habilitações de serviço como Centro Especializado em Reabilitação - CER e em Oficina Ortopédica.....	98
3.4 Escalonamento com ordem de prioridade das ações	98
ANEXOS	102
Anexo I - Manual do centro especializado em reabilitação (física e intelectual) CER II UNIPLAC.....	102
Anexo II - Deliberações CIR.....	157
Anexo III - Regimento Interno do Grupo Condutor da RCPD Serra Catarinense	161

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – gráfico de atendimentos.....	23
FIGURA 2 – Fluxo da concessão de materiais de ostomia.....	33
FIGURA 3 – Fluxo da atenção a pessoa com ostomia de materiais de ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea.....	34
FIGURA 4 – Fluxo Reabilitação Pulmonar.....	35
FIGURA 6 - Fluxo de Próteses concedidas pelo CCR.....	40
FIGURA 7 - Fluxo de Órteses concedidas pelo CCR.....	41
FIGURA 8 - Fluxo de para concessão Meios Auxiliares de Locomoção.....	42
FIGURA 8 – fluxograma triagem auditiva neonatal.....	53
FIGURA 9: Fluxograma de Atenção Domiciliar.....	63
FIGURA 10: Localização geográfica dos municípios no Território.....	65
FIGURA 11 – Fluxo concessão/dispensação óculos.....	67
FIGURA 12 – Fluxo concessão/dispensação órteses e próteses exceto óculos.....	67
FIGURA 13: Mapa territorial com elementos da capacidade instalada em 2020.....	96
FIGURA 14. Desenho esquemático da integração dos serviços.....	97

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense:	16
TABELA 02: Discriminativo da equipe CER II:	22
TABELA 3 – Atendimentos CER II	24
TABELA 04: Quantitativo de pessoas ostomizadas da região	30
TABELA 5 - OPM - Contratualizadas pelo município de Lages.....	43
TABELA 06 - número de leitos hospitalares SUS e não SUS:.....	54
TABELA 07: habilitações	56
TABELA 08: taxa de ocupação de leitos e média de permanência hospitalar – 2019.....	58
TABELA 8: Leitos de Longa Permanência conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovadas na NT 404/2016 e já qualificados.	59
TABELA 09: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados;	60
TABELA 10: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados;	60
TABELA11: Divisão das EMADS pelas equipes de ESF existentes:	62 <u>1</u>
TABELA 12 - estratégias de educação permanente.....	68
TABELA 13: Distâncias dos municípios com relação a Lages.....	70
TABELA 14: Distribuição da população por municípios e percentual relativo na Região da Serra Catarinense.....	70
TABELA 15: Distribuição percentual da população residente, por tipo de deficiência, segundo o sexo e grupos de idade– Brasil, 2010	72
Tabela 16. Distribuição e quantitativo dos dados por município no que diz respeito às deficiências encontradas na região.	74
TABELA 17: Tabela dos Municípios que compõem a Serra Catarinense com suas respectivas áreas, população e Produto Interno Bruto (PIB).	81

TABELA 18: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos Municípios que integram a Região da Serra Catarinense, tendo como critério de comparação o IDH da capital Florianópolis.....	82
TABELA 19: Distribuição da população por faixa etária e percentual relativo na Região da Serra Catarinense.....	83
TABELA 20: Estimativa populacional por município, Região de Saúde (CIR): 42013 Serra Catarinense -2019:.....	84
TABELA 21: Taxa de analfabetismo na Região de Serra Catarinense por Ano.....	85
TABELA 22: Escolaridade da população de 18 a 24 anos - Santa Catarina Região da Serra Catarinense.	86
TABELA 23: Óbitos p/Residência na Região Serra Catarinense.....	88
Com relação às causas gerais, segue na Tabela 23 a mortalidade por causas gerais na região da Serra Catarinense.....	89
TABELA 24: Mortalidade por causas gerais na Região da Serra Catarinense.	89
TABELA 25: Taxa de mortalidade Específica por AVC 2018.....	90
TABELA 26: Taxa de mortalidade Específica por AVC 2019.....	91
TABELA 27: Taxa de mortalidade especifica por IAM 2018.	92
TABELA 28: Taxa de mortalidade especifica por IAM 2019.	93
TABELA 29: Óbitos por Causas Externas na Região da Serra Catarinense.....	94
TABELA 30: Óbitos por Causas Externas na Região de Saúde: Serra Catarinense - Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.....	95
TABELA 31 - Escalonamento com ordem de prioridade das ações.....	99

INTRODUÇÃO

O direito à saúde, assegurado na carta da Organização das Nações Unidas (ONU), sinaliza que "O desfrute do grau mais elevado de saúde que se possa atingir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica social" (ABC DO SUS, 1991). Na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, em seu artigo 198, as diretrizes do Sistema Único de Saúde incluem a descentralização, a participação da comunidade e o atendimento integral, "com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais", entendida a integralidade (Lei 8080/90) como o "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial primário até os transplantes de órgãos. É o único a garantir acesso integral, universal, igualitário e gratuito para a totalidade da população (GUIA DE SERVIÇOS DO SUS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2012).

Segundo a lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência no art. 2º, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Em 2012, O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma nova conjuntura para o atendimento à população vivendo com deficiência, através de portarias que instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e regulamentam os incentivos do componente especializado, e que nos fez revisitar nossos conceitos sobre qualidade do acesso na Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Starfield, (2002), a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja, adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho ou orientação do profissional de atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção.

E neste sentido entendemos a clareza do termo acessibilidade, que se refere a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços para atingirem o primeiro contato. Ao falarmos em acesso, logo nos vem em mente a necessidade de entender o que é o acolhimento que, segundo Brasil, (2008) ele dá significado e importância ao momento da chegada e à consequente trajetória do usuário pela unidade, e o usuário torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde. Sendo assim, o acolhimento é um ato de escuta, de empatia com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda como expectativa. Desafios para a gestão e para todos os profissionais, trazendo agora, um olhar equânime aos aspectos da assistência e do cuidado integralmente, independente de que nível de complexidade em que o usuário se encontre.

Ainda que se parta de tais pressupostos, encontra-se que na Região da Serra Catarinense as condições de vida e saúde apresentam tal ordem de gravidade que a possibilidade de enfrentamento dos problemas derivados das necessidades sociais e de saúde da população impõe intervenção e proposição de respostas sociais, o que só pode ser efetivamente atendido sob a égide da saúde coletiva.

O grave quadro de condições de vida e saúde coletiva na região, os vazios assistenciais e tecnológicos, a extensão territorial da região em foco, a baixa densidade demográfica, os índices de desenvolvimento humano encontrados, a condição de vida da população e o compromisso social dos governantes, são alguns aspectos que podem ser citados de modo a justificar o projeto ora apresentado.

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde ofertada à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País.

As RAS segundo Brasil (2010) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Segundo o Decreto nº 7.508, publicado em 2011, define as RAS como [...] o conjunto de ações e serviços de saúde

articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Para se compreender melhor o trabalho em Rede, referencia-se a OPAS/OMS como parte fundamental, trazendo informações pertinentes ao nosso plano de Ação Regional para pessoas com Deficiência. Notando-se assim que a tendência à inclusão de questões referentes à rede, consta com instrumentos de investigação sobre as condições de saúde populacional dando-se a partir da compreensão de que a saúde individual ou coletiva resulta de complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Destacamos a ainda, outro comentário sobre a gestão de Redes na pela OPAS:

[...]nas instituições, o trabalho em rede pode ser considerado uma alternativa prática, capaz de apresentar resultados às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das ações. Para isso, são necessários meios adequados para o desenvolvimento de fluxos de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional. Além disso, é fundamental haver uma cultura interna que permita romper com as relações tradicionais de poder, possibilitando vivenciar nas relações sociais e políticas uma forma de discussão horizontal, descentralizada e com desconcentração de poder, realizada coletivamente. Nesse contexto, ao apoiar o desenvolvimento do trabalho em redes, a Representação da OPAS/OMS no Brasil aceita o desafio de estimular novas relações interpessoais e interinstitucionais que sejam democráticas e participativas, capazes de decidir, de compartilhar e de estimular iniciativas de multilideranças. (OPAS, 2008).

Diante disso, entende-se a Rede dentro da lógica desta proposta como um espaço de muitos atores, todos vinculados entre si com uma missão prática de uma sociedade, e que isso ocorra de forma cooperativa e interdependente para assim garantir o direito destes usuários com algum grau de deficiência.

Entre as redes de atenção priorizadas pelo Ministério da Saúde, a Rede de Cuidado com a pessoa deficiente foi planejada considerando que “a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua” (Portaria MS/GM N° 793, de 24 de abril de 2012).

Nestes termos, a construção deste Projeto de Implantação da Rede de Atenção a Deficiência da Serra Catarinense envolveu diversos atores de todos os níveis de atenção à saúde, controle social, universidade, e os municípios que integram a macrorregião.

E ainda também no Plano Viver sem limites (2011) que constitui diretrizes que garantam um sistema educacional inclusivo; que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado; ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional; ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza; prevenção das causas de deficiência; ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva.

Tendo em vista a realidade de saúde desta região, são desenhadas as necessidades de desenvolvimento científico e tecnológico da saúde coletiva em termos específicos da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Considera-se fundamentais os investimentos em redes de atenção à saúde para a população que a região abarca, de modo a responder às demandas existentes e já identificadas.

1 APRESENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

De modo a ser apresentada a Rede existente na região da Serra Catarinense, é pertinente esclarecer as categorias que se enquadram as pessoas com deficiência, de acordo como o [Decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999.](#)

- DEFICIÊNCIA FÍSICA: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

- DEFICIÊNCIA AUDITIVA: Perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na seguinte forma: de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve; de 41 a 55 db – surdez moderada; de 56 a 70 db - surdez acentuada; de 71 a 90 db – surdez severa; acima de 91 db – surdez profunda; e anacusia.
- DEFICIÊNCIA VISUAL: Acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.
- DEFICIÊNCIA MENTAL: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.
- DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: Associação de duas ou mais deficiências.

1.1 Atenção Primária à Saúde

A organização de uma rede de cuidados é fundamental para atender as necessidades das pessoas e das comunidades, considerando o que o processo de produção da saúde é uma construção histórico-social.

Santos (2011, s.p.) define o modelo de atenção à saúde “A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos)*, *regionalização (região de saúde)* e *hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*”.

Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada*, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O Ministério da Saúde define que “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades de saúde”. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Primária como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Para Mendes (2012) o centro de comunicação das redes de atenção é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela equipe de Saúde da família. Pacientes que chegam à unidade de saúde em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea receberão o primeiro atendimento neste local. Esta condição exige uma reconfiguração destes serviços em relação ao espaço físico e os fluxos, além da qualificação da equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados sem orientação do complexo regulador, que será estruturado posteriormente.

Atenção Primária à Saúde é ordenadora do sistema em saúde e da capacidade instalada desta. As ações realizadas são cruciais à execução do trabalho em rede. A Estratégia de Saúde da Família – ESF é o sistema que substituiu e reordenou o modelo de atenção convencional existente desde 1994.

Conforme a nova PNAB (2017) Acolhimento é um dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe a implantação dele pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número

limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica.

Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Primária: o Acolhimento com Classificação de Risco e a Estratificação de Risco; Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravamento à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc.) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

A APS faz parte hoje do grupo condutor da RAD da Serra Catarinense, com inclusão nos fluxos como ordenadora das RAS, com todas as equipes realizando o acolhimento, acompanhamento, gestão coordenada do cuidado, promovendo a integralidade aos seus usuários, nas Unidades de Saúde da Família, conforme a nova PNAB preconiza o processo de trabalho das equipes estar organizado, buscando articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, deficiências e agravos, buscando evitar a fragmentação e descontinuidade do cuidado e assistência.

Os municípios com maior população, Lages, São Joaquim, Otacílio Costa e Correia Pinto possuem uma cobertura menor de ESF. Até a presente data existem implantadas, 92 Equipes de Saúde da Família - ESF, 67 Equipes de Saúde Bucal I - SB I e 01 Equipes de Saúde Bucal II - SB II. A demanda espontânea na atenção primária tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, a coordenação do cuidado, bem como encaminhamento e acompanhamento a outros pontos de atenção. Na região da Serra Catarinense existem 10 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, sendo 03 modalidade 01; 2 modalidade 02 e 04 modalidade 03.

TABELA 01: Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense:

Municípios	População coberta %	Total ESF	Nº equipes SFB1	Nº equipes SFB2	Nº ACS	CEO	NASF
Anita Garibaldi	7.708	03	01		21		01
Bocaina do Sul	3.440	01	01		08		
Bom Jardim da Serra	4.663	02	01		14		
Bom Retiro	9.698	04	02		21		
Campo Belo do Sul	7.237	04	03		20		
Capão Alto	2.625	01	01		12		01
Cerro Negro	3.308	01	01		12		
Correia Pinto	13.591	05	01	01	20		
Lages	158.620	46	35		278	01	02
Otacílio Costa	18.075	06	04		36		01
Painel	2.378	01	01		01		
Palmeira	2.562	01	01		10		
Ponte Alta	4.796	02	02		13		
Rio Rufino	2.487	01	01		09		01
São Joaquim	26.447	07	07		51	01	
São José do Cerrito	8.705	2	2		19		01
Urubici	11.147	04	02		27		01
Urupema	2.492	01	01		06		01
Total	289.979	92	67	01	578	02	09

Fonte: Secretaria de Atenção Primária (SAPS), 2019.

1.1.1 Ações e serviços da Atenção Primária à Saúde organizada pela gestão local para as pessoas com deficiência:

- Fazer o registro das pessoas com deficiência no seu território de atuação;
- Apoiar as equipes de ESF/APS na abordagem e no processo de trabalho referente a reabilitação e manutenção do estado físico autônomo de pessoas acamadas;
- Discutir com as equipes de ESF/APS os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação aos cuidados de reabilitação;
- Criar em conjunto com as equipes de ESF/APS estratégias para abordar a prevenção e reabilitação de quedas em pessoas idosas;
- Fomentar ações (grupos na comunidade) que visem a promoção da saúde física e cuidados com a saúde de uma forma geral;
- Priorizar ações coletivas abordando a qualidade de vida em todos os ciclos de vida (criança, adolescente, mulher e homem adultos e idosos);
- Realizar avaliação e reabilitação da condição motora e condições psicossociais;
- Avaliar e apoiar no atendimento e encaminhamento social;
- Identificar a necessidade de habilitação/adaptação ao uso de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção nas atividades de vida diária;
- Avaliar o grau de autonomia e capacidade de realização de atividades de vida diária;
- Realizar ações que promovam o autocuidado e adaptação das condições do domicílio;
- Realizar orientações aos cuidadores e/ou familiares;
- Promover e estimular a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer;
- Fornecer suporte a identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças.

1.2 Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.

1.2.1 Centro Especializado em Reabilitação:

A implantação de um Centro de Especialidades e Reabilitação Tipo II (CER II) deficiência física e intelectual para a região se deu pelo plano de ação regional em 2014. O CER II foi habilitado pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 1041 de 07 de outubro de 2015, da Secretaria de Atenção à Saúde no Diário Oficial da União. O serviço iniciou efetivamente suas atividades somente no mês de maio de 2016, tendo como objetivo principal assistir o usuário com deficiência na integralidade de atenção à saúde, a fim de desenvolver o seu potencial físico, psicossocial, profissional e educacional, focado na busca intensiva de sua reabilitação, sempre buscando promover a autonomia e independência das pessoas com deficiência física e intelectual da região da Serra Catarinense.

Por meio de um convênio entre Secretaria Municipal da Saúde de Lages e Universidade do Planalto Catarinense, foi possível implantar estruturalmente e estrategicamente o serviço para os 18 municípios da região. Dentre os serviços oferecidos pelo CER II destacamos:

- Estimulação precoce permitindo às crianças receber estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento, através de grupos de trabalhos envolvendo diferentes profissionais;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientações e apoio as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;
- Reavaliação periódica do plano terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo;
- Realiza reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas;

- Promove a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;
- Capacitação dos profissionais, sejam através de Cursos externos, palestras e oficinas na instituição, tendo como uma das principais ações de 2019, o início do Curso de Libras para todos os profissionais do CER.

O trabalho desenvolvido no CER II se embasa na certeza de que reabilitar não significa “curar a deficiência”, mas implica em um atendimento integrado que vise a independência física, emocional e social dos pacientes atendidos. Em agosto deste ano ampliamos nossa equipe para que atendêssemos o que previa o instrutivo, isso significou a ampliação das possibilidades de novos atendimentos, bem como, o acompanhamento melhor de nossas atividades.

Dentro as deficiências que contemplam o acesso no CER II estão:

- Transtorno do Espectro Autista – TEA (0 a 14 anos);
- Deficiência intelectual (idade = ou menor que 16 anos – leve e moderado); Síndrome de Down;
- Ostomias (urostomia, ileostomia, jejunostomia e colostomia);
- Lesão Medular;
- Traumatismo Cranioencefálico – TCE;
- Paralisia Cerebral (idade 0 a 16 anos e prioridade é 12 anos);
- Amputação total ou parcial;
- Deficiência Congênita Adquirida, Hereditária e doença rara (Huntington, Anemia falciforme).

1.2.2 Acesso e Referência-Contra referência:

O acesso ao serviço e fluxo de referência e contra referência, dar-se-á através das Unidades Básicas de Saúde, a Atenção primária à Saúde como ordenadora, onde se concentra as pactuações de todos os componentes da rede de Atenção da Região da Serra Catarinense e tem como instrumento orientador o MANUAL DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (FÍSICA E INTELECTUAL) CER II UNIPLAC. (Anexo 1).

1.2.3 Regulação:

A agenda online é por meio do SISREG através da Central regulação ambulatorial de Lages, com cotas para os 18 municípios, as solicitações são inseridas com as descrições clínicas pela APS ou pela Unidade do AVC do HNRP com vagas estabelecida previamente em pactuação na Comissão Intergestora Regional da Serra Catarinense (CIR) e reguladas e classificadas por médico regulador

1.2.4 O protocolo de diretrizes clínicas é uma das propostas do Grupo condutor RCDP - proposta

Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Os Protocolos de Acesso da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, foram desenvolvidos pela equipe médica da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA) em

parceria com especialistas de cada área dos Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e aprovados em CIB, para serem utilizados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família e/ou Equipe Saúde Bucal que encaminham pacientes para Atenção Especializada (AE), cujas agendas são reguladas.

Conforme a Deliberação 230/ CIB/2016, a partir da implantação dos protocolos, os encaminhamentos que não estiverem de acordo com os mesmos, serão devolvidos pelos médicos reguladores para inclusão dos dados clínicos e/ou exames complementares necessários para a adequada avaliação e classificação de risco. Os encaminhamentos cuja indicação clínica não estejam contemplados no protocolo da especialidade solicitada serão devolvidos para acompanhamento na APS e/ou reinseridos na especialidade correta.

O trabalho dos médicos reguladores nas Centrais de Regulação seguem a Deliberação 047/CIB/2016 que cria diretrizes para a operacionalização das centrais de regulação ambulatoriais no Estado de Santa Catarina e regulamenta o processo de agendamento de consultas e exames especializados através do Sistema Nacional de Regulação – SISREG em Santa Catarina.

Ao Regulador compete avaliar todos os casos encaminhados para a Central de Regulação Ambulatorial do SISREG e com base em protocolos de acesso e de regulação, classificar o risco, priorizando o agendamento de acordo com a condição clínica de cada paciente: autorizar, devolver, negar ou encaminhar para a lista de espera (somente para os procedimentos que não são 100% regulados).

Os Protocolos de regulação são para uso de todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, voltados para os profissionais reguladores, e, baseados na prioridade de encaminhamento, indicam ao profissional como classificar o risco referente aos casos encaminhados pela Assistência.

Esta ação visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na APS, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Em 2018 no município de Lages foi instituída a Câmara Técnica de Controle, avaliação, auditoria e regulação do SUS a qual envolve as áreas técnica como APS, Vigilância em Saúde, Diretoria administrativo financeiro, atenção especializada e e diretoria de regulação. Esta Câmara possui o objetivo de revisar, atualizar e elaborar Protocolos de acesso e diretrizes clinicas a fim de melhorar os acessos aos serviços de saúde em tempo oportuno bem como as diretrizes clinicas. Já implantou diversos protocolos e uma das propostas é de acesso a pessoa

com deficiência, mas há um manual que estabelece os fluxos que já organizam os processos de regulação médica e agendamento as pessoas com deficiência, o qual já foi citado anteriormente.

O grupo condutor da RCPD da Serra Catarinense juntamente com esta Câmara técnica irá propor melhorias no acesso por meio de um protocolo o qual será instituído em todos os 18 municípios da região, apesar de que os fluxos já estejam bem estabelecidos.

1.2.5 Equipe

TABELA 02: Discriminativo da equipe CER II:

Área	Carga Horária
Coordenação	40h
Fisioterapia	20h
	12h
	30h
	30h
Terapia Ocupacional	30h
	30h
Psicologia	30h
	40h
	20h
	10h
Fonoaudiologia	24h
	20h
	30h
Medicina	08h
	10h
	10h
	04h
Enfermagem	40h
	20h
Educador Físico	4h
Assistente Social	20h
Músico	8h
Nutricionista	8h

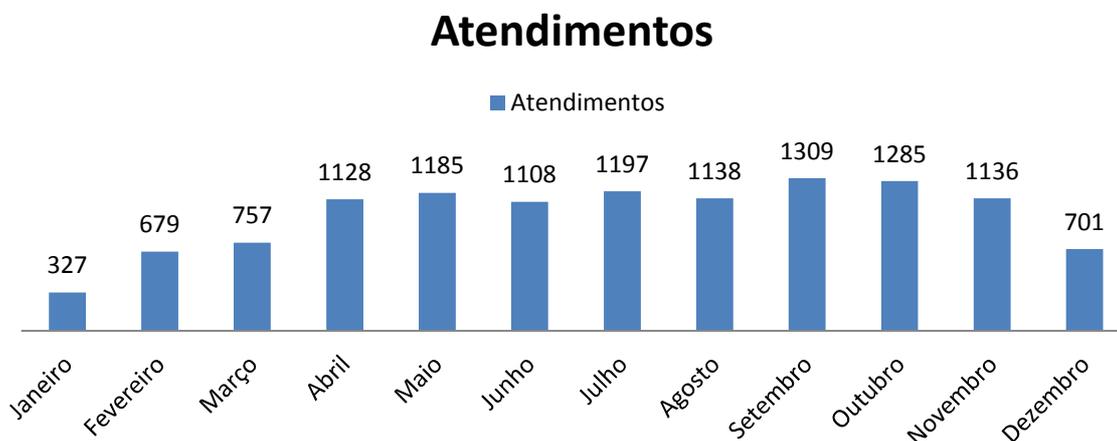
1.2.6 Articulação dos serviços da RCPD com os demais equipamentos sociais como educação, trabalho, assistência social, entre outros:

O serviço se comunica de forma intersetorial por meio de reuniões com os Programas da Rede que atendem pessoas com deficiência – CRESÇA (Atendimento à saúde da Criança), CAPSi – APAE– Secretaria de saúde do município de Lages.

- Visitas domiciliares
- Palestras em empresas, secretarias de saúde;
- Palestra Outubro Rosa na UNIPLAC;
- Palestra Novembro Azul: realizada aos funcionários da Universidade;
- Realização do II Correndo do AVC e III Marcha do AVC: o evento foi idealizado entre o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, CER II Uniplac e Rede Serra AVC, com a parceria do SESI, no intuito de mobilizar a população lageana e serrana em prol do dia Mundial de Combate ao AVC que se comemora no dia 29 de outubro, com mais de 700 participantes.
- Seminário Deficiências com objetivo de disseminar informações sobre os direitos das pessoas com deficiência. Envolveu todas as instituições que trabalham com deficientes, acadêmicos, profissionais e comunidade em geral.
- Encerramento do ano com as crianças do CER II
- Encerramento do ano – Pacientes Adultos

1.2.7 Produção dos serviços de reabilitação da RCPD:

FIGURA 1 – gráfico de atendimentos.



1.2.7.1 Número de usuários atendidos nos serviços da RCPD:

TABELA 3 – Atendimentos CER II

Atendimentos CER II					
	2016	2017	2018	2019	2020
Janeiro		379	369	327	407
Fevereiro		526	560	679	735
Março		675		757	
Abril		620	609	1128	654
Mai		772	691	1185	
Junho	105	708	467	1108	
Julho	217	534	428	1197	
Agosto	443	722	599	1138	
Setembro	507	709	737	1309	478
Outubro	568	796	880	1285	
Novembro	551	764	216	1136	
Dezembro	408	0	664	701	
TOTAL	2799	7205	6220	11950	2274

1.2.8 Descrição das ações intersetoriais da RCPD (CERs, Oficinas Ortopédicas, NASF, CAPS, ESF, Academia da Saúde, etc.) como SUAS, trabalho, educação, esporte, lazer, arte, e demais serviços que são realizadas no território:

- Reuniões com os Programas da Rede que atendem pessoas com deficiência – CRESÇA, CAPSi – APAE – Secretarias Municipais de Saúde e Educação de Lages;
- Visitas domiciliares;
- Palestras em empresas sobre inclusão de pessoas com deficiência no mundo do trabalho;
- Reuniões com secretarias da saúde da região da AMURES;
- Palestras Outubro Rosa: realizada aos colaboradores da Universidade;
- Palestras Novembro Azul: realizada aos colaboradores da Universidade;
- Realização anual do Correndo do AVC e Marcha do AVC em parceria com Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, Rede Serra e SESI;

- Realização anual do Seminário de Inclusão e Movimento de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência;
 - Disseminação de informações e sensibilização sobre as diferentes deficiências em redes sociais e outros meios de comunicação;
 - Capacitações sobre inclusão para professores da educação básica;
 - Projetos de extensão do CER II que envolvem diversos serviços:
 - Grupo de Familiares de Pessoas com Autismo e outras Deficiências
 - Grupo de Estimulação Cognitiva
 - Grupo de Estímulo à Comunicação para Pessoas com Afasia
 - Grupo Cuidar com o Cuidador
 - Grupo Cozinha Gourmet
 - Grupo Cozinha Kids
 - Grupo CER Mulher
- Grupo de Reabilitação Cardiorrespiratória

1.2.9 Serviços de atenção às pessoas ostomizadas:

Na Serra Catarinense o atendimento à pessoa com ostomia é viabilizado conforme Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, por meio do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, quando a pessoa com ostomia passa a ser considerada como deficiente física e assim usufruir de direitos já garantidos, tais como benefício financeiro, assentos preferenciais, mobiliário de recepção adaptados às suas condições físicas, ajuda técnica como o fornecimento e disponibilização de produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; entre outros (BRASIL,2017).

Pessoa com ostomia é aquela que teve seu trânsito intestinal e/ou urinário cirurgicamente desviado e passa a depender de bolsa coletora para fezes e/ou urina, assim como, de atenção à saúde por equipe multiprofissional, podendo a ostomia ser provisória ou definitiva. A palavra “estoma” provém do grego “*stóma*” e significa boca ou abertura de qualquer víscera oca através do corpo, por diversas causas. Habitualmente temos utilizado o termo ostomia, mas, com efeito, as formas iniciadas com “e” - estoma, estomia, estomizados – afiguram-se mais

corretas, uma vez que o “e” é a vogal que tradicionalmente se une a étimos de origem grega e latina começados por “s” e seguidos de consoante (ROCHA, 2014 apud DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM OSTOMIA INTESTINAL, URINÁRIA E/OU FÍSTULA CUTÂNEA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

A partir da Política instituída a nível nacional, se faz necessária a organização através de Diretrizes Estaduais que norteiem a atenção à Saúde das Pessoas com ostomia intestinal, urinária e/ou fístulas cutâneas no Estado de Santa Catarina, garantindo a Atenção integral desta parcela da população.

Portanto o Serviço Estadual de Atenção às Pessoas com Ostomias Intestinal, Urinária e/ou Fístulas Cutâneas concede às pessoas residentes no Estado de Santa Catarina, que realizaram cirurgia de ostomia (ileostomia, colostomia e urostomia) e fístulas cutâneas e necessitam de bolsas coletoras e materiais adjuvantes de proteção e segurança, através dos critérios estabelecidos.

Para ingressar no Serviço de Atenção às Pessoas com Ostomias Intestinal, Urinária e/ou Fístulas Cutâneas:

1. Após alta hospitalar da cirurgia o usuário deverá comparecer à Unidade Básica de Saúde munido do laudo médico padronizado pela SES (expedido na alta hospitalar), cópia do RG, CPF, Cartão Nacional do SUS e do comprovante de residência.
2. A enfermeira da Unidade Básica de Saúde realizará a avaliação de enfermagem (formulário) e realizará a abertura de processo que será encaminhado para a Regional de Saúde e posteriormente ao Serviço Estadual. É imprescindível que seja informado o número de telefone atualizado do usuário.
3. Após cadastrado o usuário receberá, mensalmente, todos os equipamentos necessários (bolsas de colostomia ou urostomia e adjuvantes) que deverão ser retirados na Unidade Básica de Saúde.
4. No caso de alteração do tipo de material utilizado, aumento no quantitativo e/ou inclusão de novos insumos (bolsa ou adjuvantes de segurança ou proteção) somente mediante preenchimento da Ficha de alteração.
5. Reversão (Anastomose): Cirurgia de reversão da ostomia, mediante solicitação/indicação médica, o pedido deve ser inserido no SISREG (Sistema Nacional de

Regulação) pela Secretaria Municipal de Saúde, de origem do usuário. A reavaliação do usuário para possível cirurgia de reversão, deverá ser garantida pelo hospital de atendeu o paciente e realizou a cirurgia que gerou a ostomia no caso dos atendimentos de. E aquelas em que foram agendados de forma eletiva, serão feitos através da campanha de cirurgias eletivas, conforme Deliberação 182/CIB/2019.

6. O Serviço Regional conta com setor específico regido pelas Diretrizes para Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina (2017).

Conforme as Diretrizes, são atribuições da Supervisão Regional de Saúde:

1. Planejar, coordenar e supervisionar as ações do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea, junto aos municípios de sua área de abrangência.
2. Contribuir com o processo de regionalização e hierarquização das ações que deverá ser executado por todos os níveis da rede de atenção, segundo o grau de complexidade, respeitando a lógica do sistema de referência local e regional;
3. Indicar profissional responsável pelo Serviço junto à Gerência;
4. Promover capacitações técnicas dos profissionais da rede municipal que atuam com a pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístulas cutâneas;
5. Articular com o Nível Primário e o de Referência de atenção à pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, visando à integração da rede, a atualização das informações e orientações técnicas às equipes;
6. Orientar os profissionais da rede básica e hospitalar;
7. Analisar e avaliar o desempenho dos municípios sob sua jurisdição garantindo o cumprimento das Diretrizes do Serviço;
8. Garantir a guarda e distribuição dos equipamentos de ostomia que serão utilizados pelos municípios;
9. Analisar e consolidar os boletins enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde e encaminhá-los mensalmente à Coordenação Estadual;
10. Analisar os processos de solicitação das órteses, observando os critérios para inscrição e encaminhar ao Serviço Estadual, a fim de efetivar o cadastramento dos mesmos;

11. Receber a comunicação da SES sobre a efetivação da inscrição do usuário e informar a Secretaria Municipal de Saúde, bem como as demais orientações repassadas pelo Serviço Estadual, atualizando e orientando a rede básica e hospitais de sua abrangência;
12. Informar a Coordenação Estadual sempre que houver dificuldades de fluxos ou atendimento inadequado na região de sua abrangência;
13. Coordenar e instituir conteúdo programático para a capacitação dos profissionais nos municípios de sua abrangência;

As Secretárias Municipais de Saúde são responsáveis:

1. Garantir o atendimento aos usuários cadastrados no município, designando unidades de saúde que estejam capacitadas para realizarem o serviço;
2. Avaliar todos os usuários, solicitar exames e a avaliação de outros especialistas, caso seja necessário;
3. Solicitação de alteração de materiais, com justificativa, mediante preenchimento de impresso padronizado pelo Serviço Estadual;
4. Solicitar ao usuário a documentação necessária para inclusão no Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea;
5. Analisar as indicações e/ou prescrições de equipamentos;
6. Garantir a guarda e distribuição dos materiais para ostomia utilizados pelos usuários cadastrados no Serviço;
7. Preencher os boletins pertinentes ao Serviço encaminhando-os à Gerência Regional de Saúde;
8. Divulgar entre os profissionais e instituições de saúde do seu município que realizam ostomia ou prestam atendimento à pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, a estrutura do serviço existente no município e no Estado e os requisitos para cadastramento do usuário;
9. Promover e participar de capacitação de profissionais que atuam com pessoas com ostomia intestinal, urinária e/ou fístulas cutâneas, na rede básica do seu município;
10. Garantir a visita domiciliar para orientação e acompanhamento do usuário;
11. Articular com o nível de referência sempre que necessário, o acompanhamento ao usuário em tratamento ou em alta, atendendo sempre que solicitado, para fornecer orientações técnicas aos demais serviços que compõem a rede;
12. Participar de grupos sociais, Conselhos Estaduais, Conselhos Municipais e outros;

13. Executar pesquisa, junto aos usuários, sobre o índice de satisfação da assistência prestada;
14. Criar política de educação em saúde para treinar familiares e habilitar pessoa com ostomia para o autocuidado.

1.2.9.1 A Rede Hospitalar:

1. Garantir o preenchimento correto do laudo médico, na alta hospitalar ou antes dela, para que o paciente tenha acesso ao Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea;
2. Encaminhar o paciente com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea ao Serviço de referência no Município do domicílio para dar seguimento ao tratamento terapêutico;
3. Orientar o paciente/familiar ou cuidador quanto a existência do Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, e que o mesmo procure a Secretaria municipal de Saúde de seu município de residência, para inclusão;
4. Garantir o retorno para consulta médica, no caso de laudo de ostomia temporária, no pós alta hospitalar.

1.2.9.2 Serviços de Referência Regional / CER

Serviço que presta assistência especializada e de natureza interdisciplinar às pessoas com ostomia objetivando sua reabilitação, incluindo a orientação para o autocuidado, prevenção, tratamento de complicações nas ostomias, capacitação e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física do Serviço. São Serviços de Referência Regional que atendem a demanda de uma ou mais Regiões de Saúde, podendo ou não estar inseridos no Centro Especializado em Reabilitação – CER, conforme a configuração da Rede Regional.

1. Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com ostomia no âmbito de seu território, realizando e mantendo atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço;
2. Realizar avaliação, prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;
3. Orientar sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem;
4. Realizar encaminhamento necessário quando detectadas quaisquer intercorrências;
5. Orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e dos Serviços Municipais e Rede Hospitalar, quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatórias das cirurgias que levam à realização de ostomias, incluindo as reconstruções de trânsito intestinal e urinários assim como o tratamento das complicações pós-operatórias;
6. Contra referenciar para Atenção Básica, que é onde o usuário deve realizar o acompanhamento mensal e para Rede Hospitalar, quando necessário.

No tocante aos pacientes ostomizados, segundo as informações cedidas pelo Sistema de Gestão em Saúde, Módulo ATPCD, há um quantitativo de 138 pessoas ostomizadas com processo ativo, residentes na região da serra catarinense pertencentes à Supervisão Regional de Saúde de Lages.

TABELA 04: Quantitativo de pessoas ostomizadas da região

Município	Quantitativo
Anita Garibaldi	04
Bocaina do Sul	07
Bom Jardim da Serra	02
Bom Retiro	02
Campo Belo do Sul	02
Capão Alto	01
Cerro Negro	01
Correia Pinto	03
Lages	89
Otacílio Costa	07
Painel	00
Palmeira	00

Ponte Alta	02
Rio Rufino	02
São Joaquim	06
São José do Cerrito	02
Urubici	06
Urupema	02
Total	138

Fonte: ATPCD, 21/01/2020

Estas diretrizes estão fundamentadas nas seguintes Leis, Portarias e Decretos:

- **CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988:** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (BRASIL, 1988).

- **CONSTITUIÇÃO ESTADUAL; SEÇÃO II; DA SAÚDE:** em seu artigo 153 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, o direito à saúde implica em princípios fundamentais como: trabalho digno, educação, alimentação, saneamento, moradia, meio ambiente saudável, transporte e lazer; informação sobre o risco de doença e morte, promoção e recuperação da saúde.

O artigo 154 determina ao Estado e ao Poder Público as ações e serviços de saúde sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. O artigo 155 endossa a Constituição Federal de 1988, organizando o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização política, administrativa e financeira com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e coletivas, adequadas à realidade epidemiológica, sem prejuízo das assistenciais e individuais; universalização da assistência de igual qualidade dos serviços de saúde à população urbana e rural e participação da comunidade (FONTE).

- **PORTARIA 116/93 E 146/93 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:** estabelece as diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Sendo as Secretarias Municipais e Estaduais responsáveis pela coordenação, supervisão, controle,

avaliação e aquisição das próteses e órteses, por meio de coordenação técnica designada pelo gestor local. Desta forma, cabe ao Secretário Estadual/Municipal de Saúde estabelecer critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses; cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas específicas para cada tipo de prótese e órtese; fixar a programação físico orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria e constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses (BRASIL, 1993).

- DECRETO Nº 3.298 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999: estabelece como portador de deficiência física a pessoa que possui alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).
- DECRETO Nº 5296 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2004: a pessoa com ostomia passa ser considerada como deficiente física, podendo gozar dos mesmos direitos concedidos aos portadores de deficiência física, estabelecidos pelo DECRETO Nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 2004).
- PORTARIA MINISTERIAL Nº 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009: institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tratando dos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com ostomia intestinal e família, contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com ostomia e de definir fluxos de referência e contra referência com os hospitais (BRASIL, 2009).
- DELIBERAÇÃO 493/CIB/10: aprova a Rede de Serviços aos Ostromizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos serviços (SANTA CATARINA, 2010).
- 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 (BRASIL, 2012).
- 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 (BRASIL, 2012)

1.2.9.3 Serviços e fluxos assistenciais para atendimento às pessoas estomizadas no território;

FIGURA 2 – Fluxo da concessão de materiais de ostomia

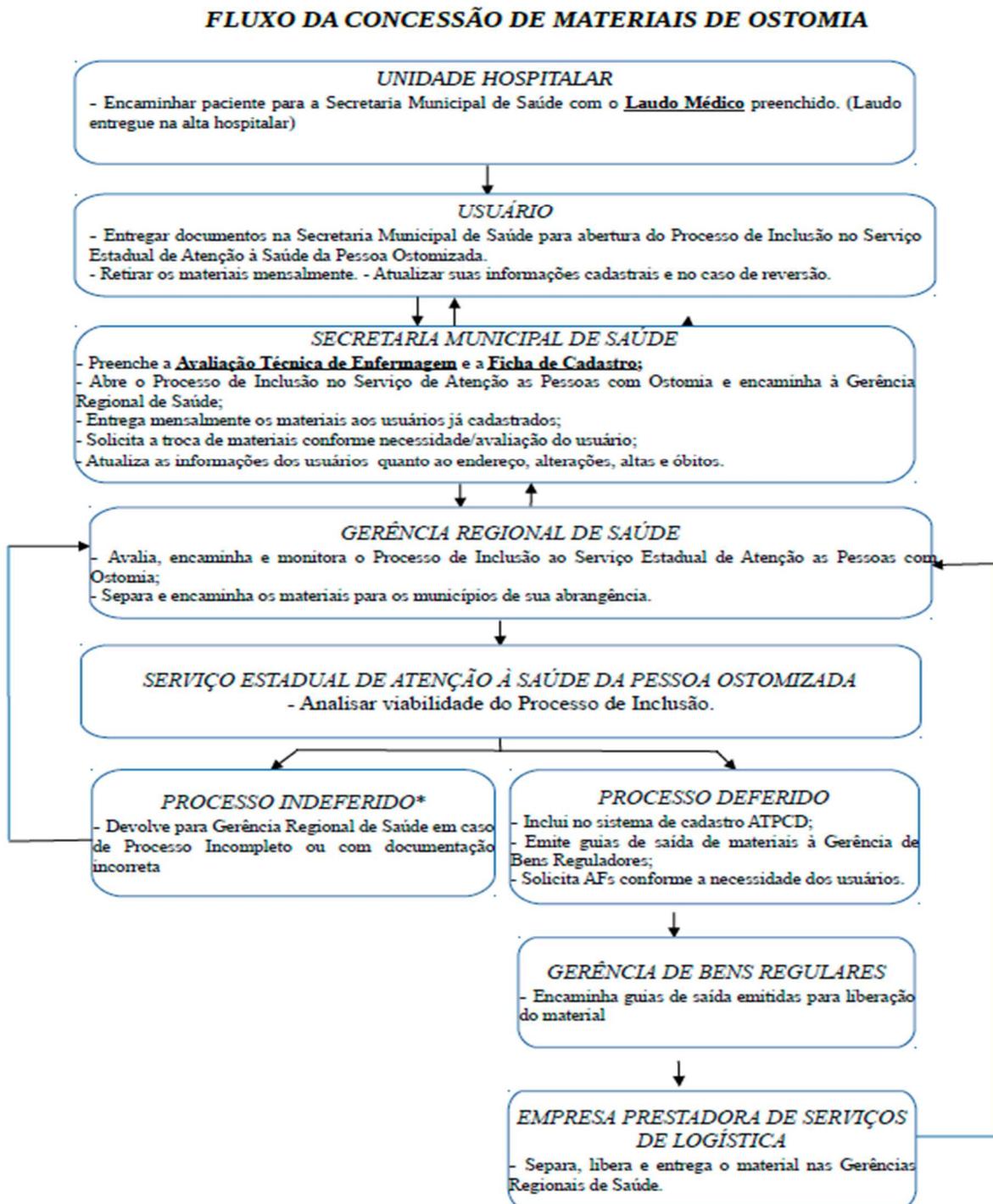


FIGURA 3 – Fluxo da atenção a pessoa com ostomia de materiais de ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea

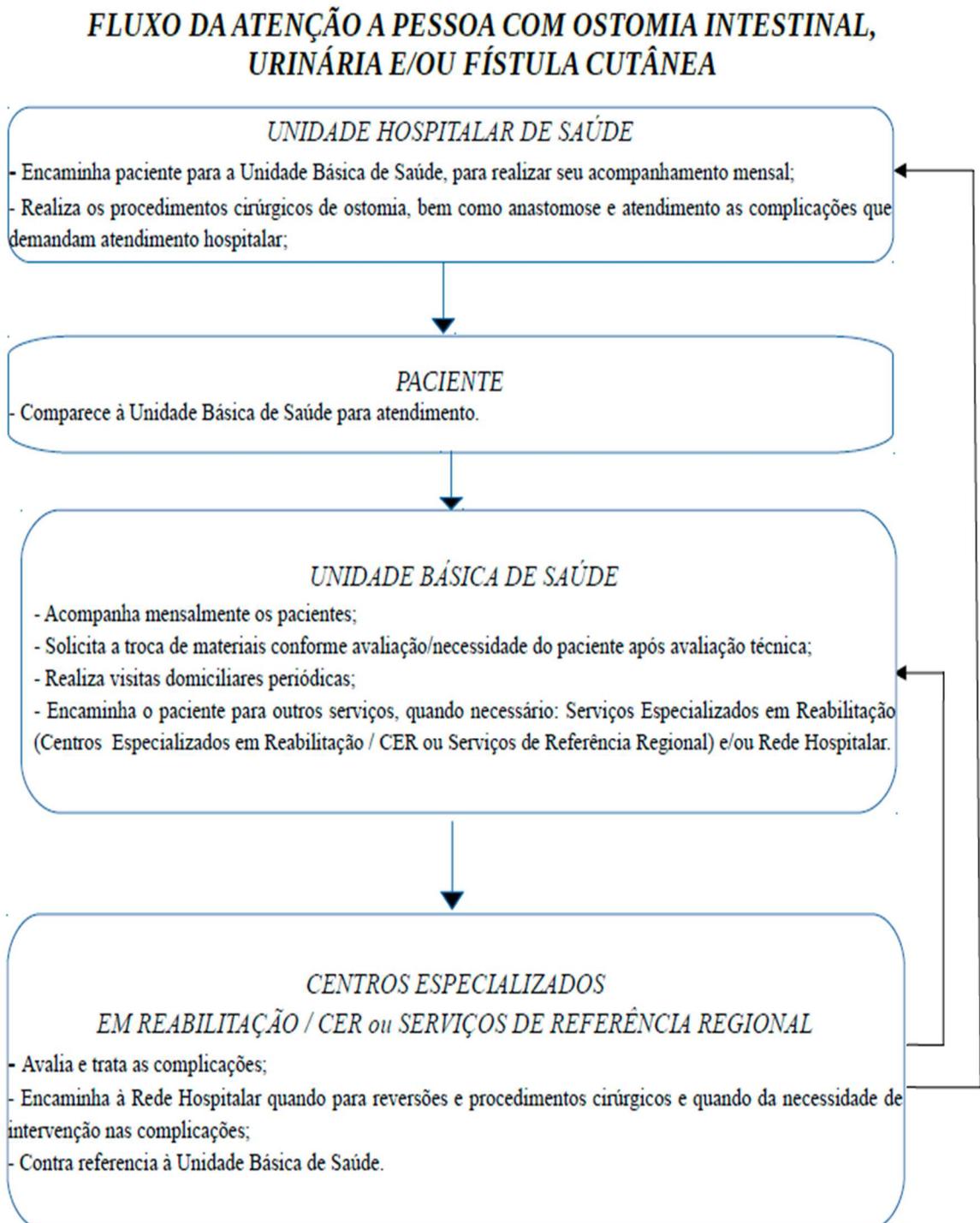
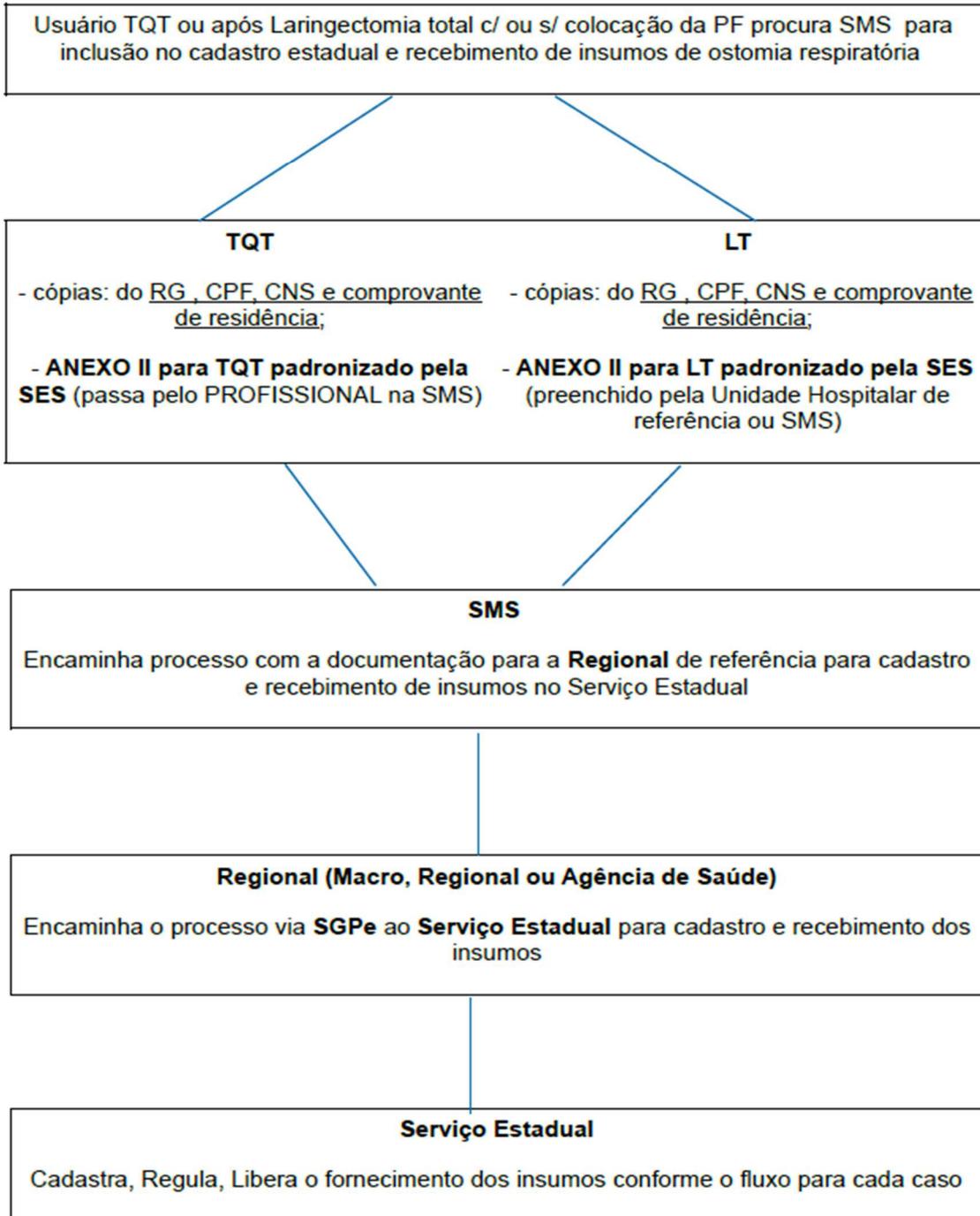


FIGURA 4 – Fluxo Reabilitação Pulmonar

Fluxograma Reabilitação Pulmonar

Traqueostomizados e Laringectomizados após o fluxo hospitalar:



1.2.10 Serviços credenciados pelo gestor que realizam concessão/dispensação de OPM por modalidade (Nº de serviços, CNES, tipos de OPM concedida)

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC), através da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), institui o manual operativo com a finalidade de estabelecer diretrizes para organizar os serviços de referência para deficiência física e concessão de Órteses, Próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), desde a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e concessão, aos usuários da rede do SUS, com deficiência, residentes no Estado de Santa Catarina, conforme preconizado no Plano de Ação Estadual e Planos Regionais para a estruturação dessa rede de atenção.

Teve por objetivo estabelecer na política de atenção à pessoa com deficiência a consolidação dos serviços de concessão de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção na rede estadual de cuidados à saúde da pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em Santa Catarina. Bem como estabelecer alguns específicos, como:

- Estabelecer as diretrizes estaduais de concessão de OPM;
- Padronizar os procedimentos para concessão de OPM, de forma a contribuir para a melhora de suas condições, sua integração social, ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária;
- Estabelecer o fluxo de concessão desde a Atenção primária em saúde até o serviço de referência em concessão de OPM nas oficinas ortopédicas habilitadas pelo Estado;
- Definir as competências e atribuições de cada ponto da Rede de Atenção à Deficiência (RAD);
- Definir as competências e atribuições da equipe multidisciplinar da oficina ortopédica habilitada;
- Estabelecer os prazos para a concessão, após encaminhamento para concessão da OPM.

Competências e Atribuições dos Pontos da Rede:

Secretaria Municipal de Saúde:

- Abrir o processo de OPM dos usuários de sua referência, encaminhados: da Rede Hospitalar, CER ou dos Serviços de Reabilitação/fisioterapia locais, rede regular de ensino, instituições que atendem pessoas com deficiência e Rede SUAS;
- Encaminhar os processos para a regional de Saúde de sua referência, para o agendamento de avaliação inicial, conforme cota, para os serviços de referência;
- Informar os usuários sobre os agendamentos e providenciar o transporte quando necessário;
- Respeitar a fila de espera para encaminhamento, conforme data de entrada do processo no município;

Serviços de referência em Reabilitação Física / Serviços de Fisioterapia

- Encaminhar usuários da rede que necessitem de OPM para SMS para abertura de processo para receber OPM, a prescrição (de acordo com o tipo de OPM) pode ser feita pelo médico, fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional;
- Realizar a perimetria pré-protetização e reabilitação dos usuários após receber a OPM (salvo os que possuem deficiência física atendidos no CER de referência) e receber os usuários contra referenciados do CER de referência para acompanhamento.

Regionais de Saúde

- Fiscalizar se os municípios estão realizando a reabilitação dos usuários de OPM encaminhados pela sua referência;
- Agendar os usuários de sua referência e informar os Municípios de origem do usuário, bem como encaminhar os processos e agendamentos ao gestor do serviço, conforme a cota de avaliação inicial (item 11.4 deste manual);
- Seguir a fila de espera e cumprir as cotas por município.

CER com reabilitação em Deficiência Física

- Realizar a perimetria pré-protetização e reabilitação dos usuários de sua referência após receber a OPM e receber os usuários contra referenciados da Oficina ortopédica de referência

para acompanhamento, quando estes usuários são aqueles atendidos no CER, para deficiência física, os demais são contra-referenciados aos serviços de fisioterapia / reabilitação de referência do município de origem;

- Prescrever OPM e encaminhar os usuários com deficiência física em tratamento no CER, que necessitam de OPM, para recebimento da OPM na sua referência, encaminhando o processo de solicitação de OPM conforme o fluxo deste manual, para agendamento na Gerência Regional de Saúde.

Oficina Ortopédica de Referência em Florianópolis no CCR:

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de concessão, que engloba a confecção de OPM e de adaptações e de manutenção de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção (OPM) aos usuários do SUS, oferecendo tratamento pré e pós-protético e treinamento do uso de órtese, visando o aproveitamento máximo de suas capacidades funcionais dentro do processo de reabilitação global.

As OPM, dispositivos e tecnologias assistivas concedidas pela Oficina Ortopédica do CCR serão criteriosamente escolhidas, bem adaptadas e adequadas ao ambiente físico e social, garantindo o seu uso seguro e eficiente. Sua indicação deve ser parte de um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

- Atender somente pacientes agendados conforme as cotas para avaliação inicial, não recebendo processos de agendamento e agendando pacientes diretamente no CCR, sendo um serviço regulado, com entrada através do SISREG;

- Conceder a demanda de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção (OPM), conforme a Programação Pactuada Integrada – PPI, dos 295 municípios do Estado, como prevê o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Saúde da pessoa com deficiência, e conforme cotas estabelecidas neste manual;

- Avaliar os usuários que necessitam de órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico através de equipe técnica especializada;

- Fornecer os dados necessários para o preenchimento do Relatório Anual encaminhado à Coordenação Estadual bem como garantir o acesso aos municípios quanto a lista de espera

interna no Serviço(a lista de espera deverá ser fornecida ao município e/ou Regional de Saúde sempre que solicitado);

- Sempre que necessário, a equipe da Oficina Ortopédica poderá participar de reuniões com as equipes dos CER e Serviços Especializados em Reabilitação para discussão de Projetos Terapêuticos Singulares;

- Toda órtese, prótese e meio auxiliar de locomoção devem ser concedidos, confeccionados e adaptados a partir de prescrição de profissional de saúde devidamente habilitado para este fim (Médico, Fisioterapeuta e/ou Terapeuta ocupacional) e devem ser indicadas buscando favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e a inclusão escolar, social e/ou profissional;

- Confeccionar órteses e próteses ortopédicas não relacionadas ao ato cirúrgico e conceder aos usuários do SUS, conforme cotas pré estabelecidas neste manual; Prestando atendimento quanto as avaliações de próteses e órteses em uso com intuito de preservar a saúde do usuário do SUS;

- Garantir ao usuário do SUS atendimento individualizado, com equipe altamente habilitado e treinada. Acompanhamento durante o processo de confecção (medida, ajuste e entrega) do aparelho assegurando a continuidade e qualidade do tratamento proposto;

- Realizar revisões das próteses e órteses concedidas dentro do prazo de garantia do Serviço;

- Realizar reparos nas próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção;

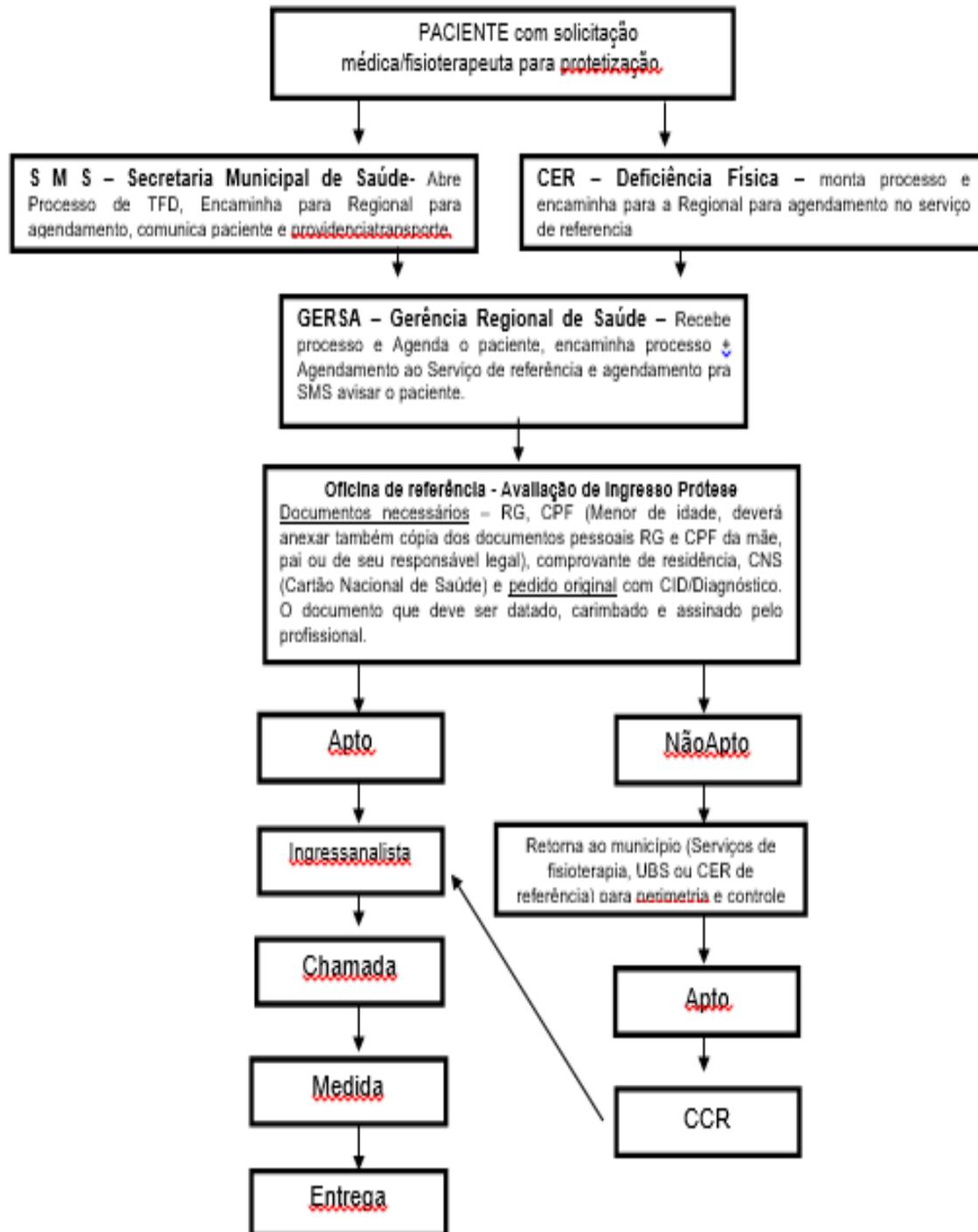
- Orientar pacientes, cuidadores e familiares quanto aos cuidados de manutenção com a OPM;

- Capacitar a Atenção Primária à Saúde e serviços de Reabilitação quanto a prescrição e utilização de OPM.

O financiamento se dará através dos recursos da Média e Alta Complexidade (MAC) alocados na Programação Pactuada e Integrada (PPI) para este fim e Portarias posteriores, com vistas às necessidades deste Estado.

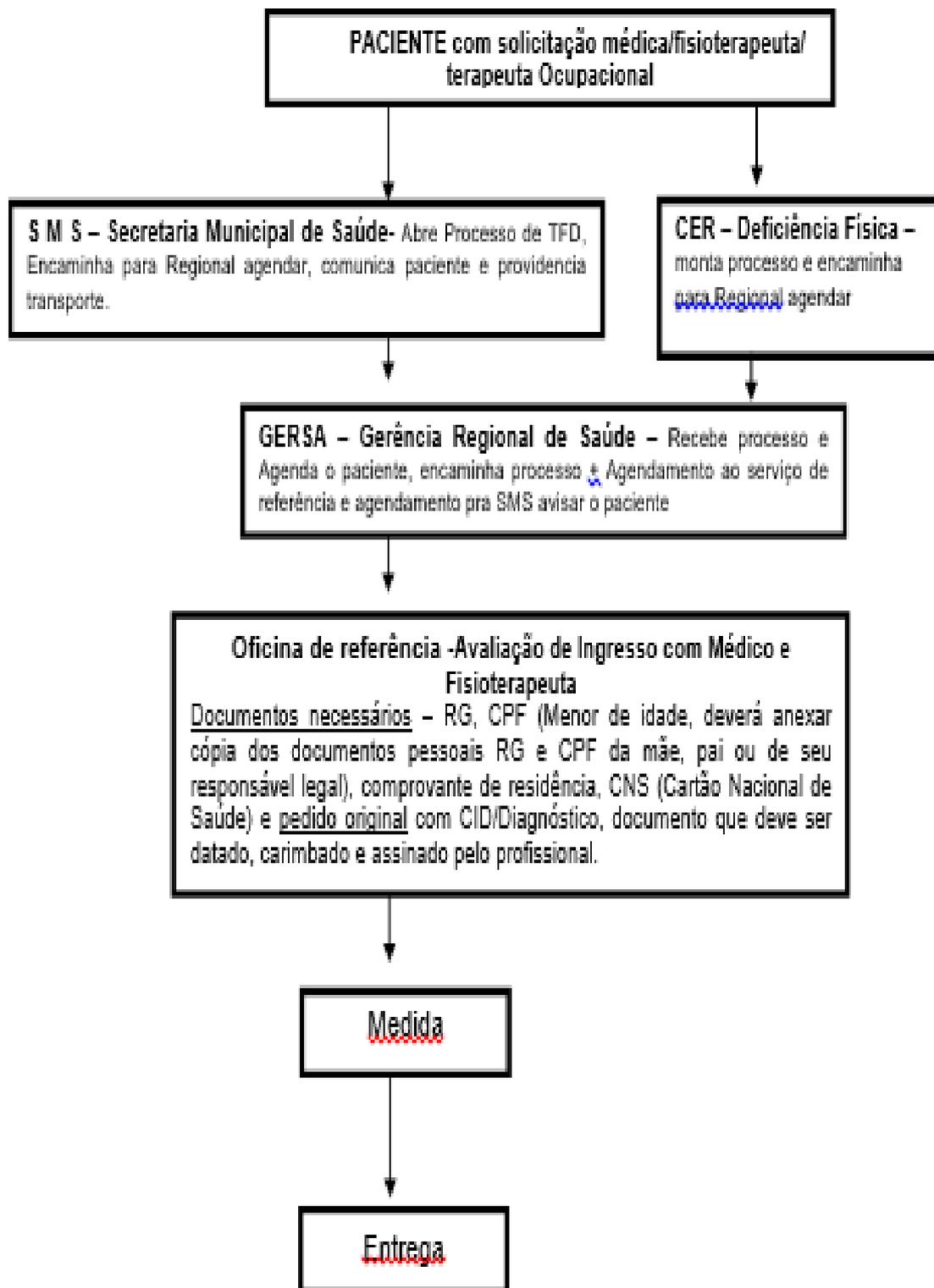
Próteses concedidas pelo CCR:

FIGURA 6 - Fluxo de Próteses concedidas pelo CCR



Órteses concedidas pelo CCR:

FIGURA 7 - Fluxo de Órteses concedidas pelo CCR



Meios Auxiliares de Locomoção: Cadeira de rodas adaptada ou motorizada e cadeira de banho adapta e demais adaptações, concedidos pelo CCR

FIGURA 8 - Fluxo de para concessão Meios Auxiliares de Locomoção

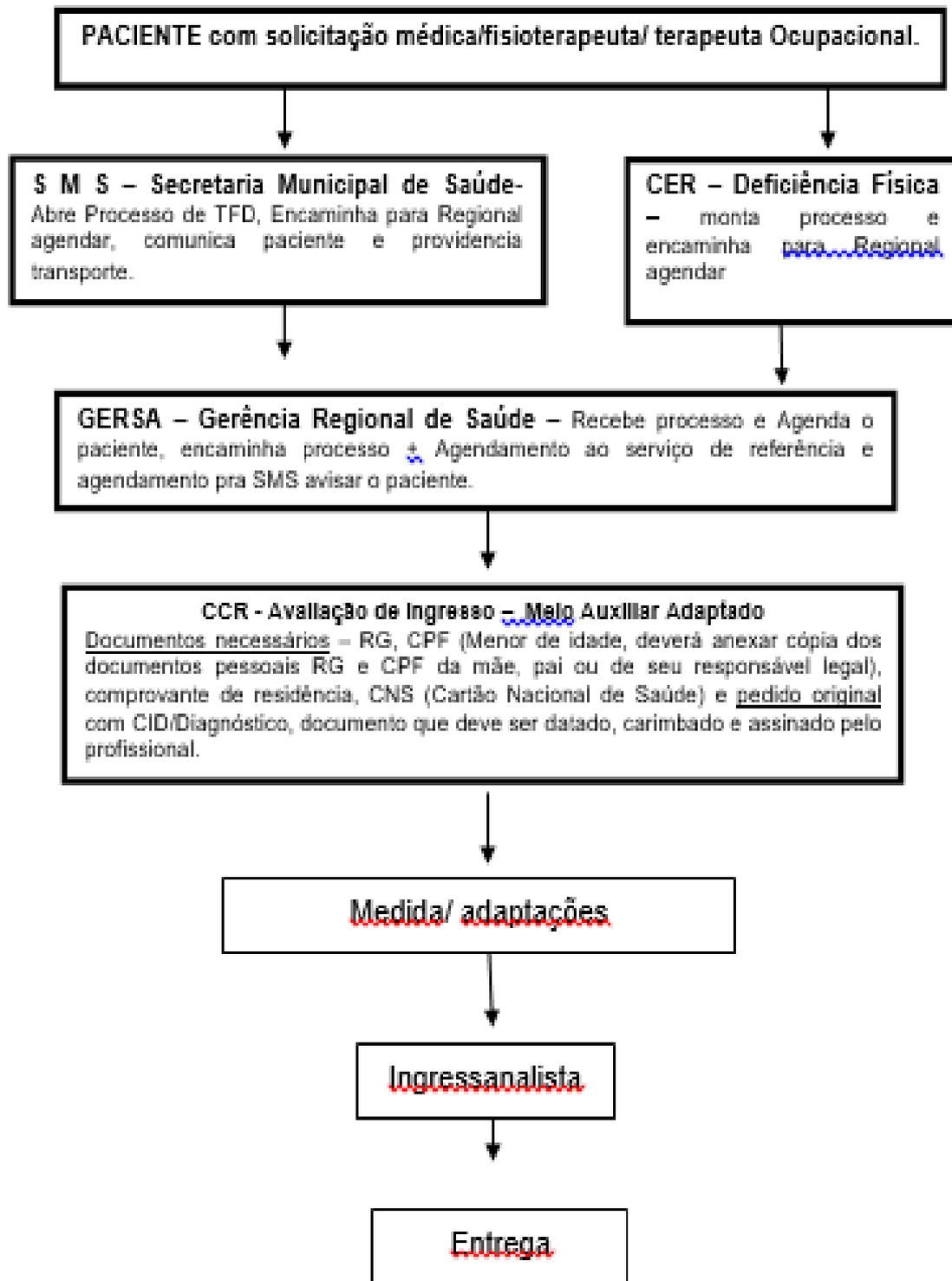


TABELA 5 - OPM - Contratualizadas pelo município de Lages

ORTOPEDIA PINHEIRO - SERGIO DA SILVA ORTOPEDIA ME - CNES 254292-7	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
ORTESES E PROTÓSES NÃO VINCULADAS AO PROCEDIMENTO CIRURGICO	701020636	ALMOFADAS DE ASSENTO PARA CADEIRA DE RODAS PARA PREVENÇÃO DE ULCERAS DE PRESSÃO – SIMPLES
	701010010	ANDADOR FIXO/ ARTICULADO EM ALUMINIO COM QUATRO PONTEIRAS
	701040017	BEGALA ARTICULADA
	701010118	BENGALA CANADENSE REGULÁVEL EM ALTURA(PAR)
	701010215	CADEIRA DE RODAS (ACIMA 90KG)
	701010029	CADEIRA DE RODAS ADULTO/ INFANTIL (TIPO PADRÃO)
	701010207	CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO
	701010223	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL
	701010037	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITÁRIO
	701010240	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL
	701010231	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL
	701010258	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO
	701010045	CADEIRA DE RODAS PARA TETRAPLÉGICO - TIPO PADRÃO
	701010053	CALÇADOS ANATÔMICOS COM PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS
	701010061	CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATE 45
	701010070	CALÇADOS ORTOPÉDICOS PRÉ-FABRICADOS COM PALMILHAS ATE 45
	701010070	CALÇADO ORTOPÉDICO PRE-FABRICADO C/BARRA PARA MANTEER OS MEMBROS INFERIORES EM ROTAÇÃO EXTERNA (DENNIS BROWN)
	701010088	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSACAO DE DISCREPANCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO NUMERO 34
	701010096	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATE 33
	701010100	CARRINHO DOBRAVEL PARA TRANSPORTE DE CRIANÇA COM DEFICIENCIA
701020610	CINTA PARA TRANSFERÊNCIAS	
701020598	JOELHEIRA EM VELCRO ARTICULADA	
701010053	MATERIAIS ELASTICOS PARA MODELAGEM DE COTOS/ 10 E 15 CM	

701020644	MESA DE ATIVIDADES PARA CADEIRA DE RODAS (TÁBUA MESA)
701010134	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULÁVEL NA ALTURA (PAR)
701020598	MUNHEQUEIRA ORTESE PUNHO EM VELCRO
701020075	ORTESE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO
701020083	ORTESE CRUROPODALICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO/ GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)
701020105	ORTESE DINAMICA SUROPODALICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)
701020113	ORTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO
701020121	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO
701090014	ORTESE HCO TIPO PHILADELPHIA PARA IMOBILIZAÇÃO REGIÃO CERVICAL
701020130	ORTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL COM APOIO TORACICO (COLAR)
701020156	ORTESE METALICA CRUROPODALICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)
701020148	ORTESE METALICA CRUROPODALICA ADULTO
701020180	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA COM OU SEM APOIO ISQUIATICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)
701020199	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA PARA ADULTOS COM OU SEM APOIO ISQUIATICO
701020202	ORTESE RIGIDA PARA LUXAÇÃO CONGENITA DO QUADRIL
701020210	ORTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL
701020245	ORTESE SUROPODALICA METALICA (ADULTO)
701020229	ORTESE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO)
701020237	ORTESE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)
701020261	ORTESE SUSPENSORIO DE PAVLIK
701020270	ORTESE TIPO SARMIENTO PARA FRATURA DE UMERO
701020300	ORTESE TLSO CORRETIVA TORACO-LOMBAR EM POLIPROPILENO CIFOSE E ESCOLIOSE
701020318	ORTESE TLSO TIPO COLETE/ JAQUETA DE RISSER/ PARA FRATURA
701020296	ORTESE TLSO/ TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT
701020326	ORTESE TORACICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSÃO TORACICA/CDT
701020016	ORTESE/ CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)
701020024	ORTESE/ CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)
701020032	ORTESE/ COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE

701020067	ORTESE/ CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO EM EXTENSÃO ARTICULADA
701010142	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA
701010150	PALMILHAS PARA PES NEUROPATICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS
701010169	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATE O NUMERO 33
701010177	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34
701020350	PROTESE ENDOESQUELETICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMINIO OU AÇO/ KIT SILICONE, SE NECESSARIO
701020369	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL EM ALUMINIO OU AÇO/ KIT SILICONE, SE NECESSARIO
701020377	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMINIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSARIO
701020393	PROTESE EXOESQUELETICA PASSIVA PARA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO
701020415	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL COM COXAL OU MANGUITO DE COXA/ KIT SILICONE, SE NECESSARIO
701020423	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM/ KIT SILICONE, SE NECESSARIO
701020458	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO)
701020466	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL
701020474	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COM GANHO DE DUPLA FORÇA
701020482	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COTO CURTO
701020504	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSUMERAL
701020520	PROTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART
701020547	PROTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL
701020563	PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NIVEL DO ANTE PE

ENTIDADE MADRE PAULINA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA - CNES 9399941	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
PROTESES ODONTOLOGICAS	701070137	PROTESE TOTAL MAXILAR
	701070129	PROTESE TOTAL MANDIBULAR

ÓTICA SRL EIRELI - ME	OCULOS	TIPO DE ÓCULOS
FORNECIMENTO DE ÓCULOS		ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - ALTO INDICE , GRAU FORTE , FILTRO UV

	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - ALTO INDICE , NORMAL , FILTRO UV
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - ALTO INDICE , NORMAL
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - VISÃO BIFOCAL
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - VISÃO MULTIFOCAL , FILTRO UV
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - VISÃO SIMPLES
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - ALTO INDICE , GRAU FORTE
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - VISÃO MULTI FOCAL , GRAU FORTE
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - ALTO INDICE , GRAU FORTE
	ARMAÇÃO E LENTES ÓCULOS - VISÃO MULTIFOCAL

REABILITAÇÃO:	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
CER II - UNIPLAC - CNES 2500450	-	REABILITAÇÃO FÍSICA E INTELECTUAL
APAE - CNES 2662914	03.01.07.007-5	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO NEUROPSICOMOTORA
FISIOTERAPIA	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
CLINICA DE FISIOTERAPIA FIOSUL LTDA - CNES 7116519	03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS
CLINICA DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA MARTINS LTDA - CNES 3563588	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO
CENTRO TERAPEUTICO SCHINEIDE - CRISTIANE SCHINEIDE ME - CNES 7957629	03.02.03.002-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS
CTIR GLOBAL – CENTRO DE TERAPIAS INTEGRATIVAS E REABILITAÇÃO EIRELI - CNES 0116378	03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE
ESPAÇO SAUDE CENTRO DE FISIOTERAPIA LTDA - CNES 5692644	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
FISIOCENTER CLINICA DE FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO LTDA - CNES 2500361	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
FISIOCLINICA CORAL LTDA - CNES 2662892	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES
FISIOVIDA CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - CNES 2500523	03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO
FISIOSAUDE - GHIZONI E SOUSA LTDA - CNES 536949-5	03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA

INSTITUTO DE FISIOTERAPIA MARINIZE SENN LTDA - CNES 6928935	03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS
INSTITUTO DE FISIOTERAPIA MARINIZE SENN LTDA - FILIAL SANTA HELENA - CNES 7329458	03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA
FISIOLOGES - LUCIANA MARTINS DALLABRIDA ME - CNES 2502402	03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO
CLINICA DE FISIO CORPO E MOVIMENTO - PALOMA CHRISTINE DOS SANTOS FISIOTERAPIA - CNES 9703314	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR
PHYSIUS CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA - CNES 7555059	03.02.02.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS
REVITALIZAR TERAPIA DO CORPO E DA MENTE LTDA - CNES 6037917	03.02.03.001-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO
	03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO
	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS
	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO - HIDROTERAPIA

PSICOLOGAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
ANA CAROLINA BORGES - CNES 9812180	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
CENTRO TERAPEUTICO SCHINEIDE - CRISTIANE SCHINEIDE ME - CNES 7957629	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
DANIELA VICENTE OLIVEIRA - CNES 9957626	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
DEBORA BALESTRIN BRIDI E SILVA - CNES 9866221	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
ISADORA PADILHA GELAIN - CNES 9860029	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
ESPAÇO TRANSFORMAR - CNES 9760474	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
JENIFER BORGES DE ANDRADE - CNES 9892001	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
LEDA MARIA BIANCHINI - CNES 9372040	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
FISIOLOGES - LUCIANA MARTINS DALLABRIDA ME - CNES 2502402	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL

MARIA DA LUZ FAGUNDES - CNES 623929-3	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
MARIA TEREZINHA DUARTE COELHO - CNES 992105-2	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
MARIANA RIBEIRO MADRUGA DOS SANTOS - CNES 9867392	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
MARINES ANDRADE DE CAMPOS - CNES 9903011	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
MIRIAN NUNES - CNES 9899766	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
NEUSA DA SILVA MALIVERNI CHIQUETTI - CNES	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
PAULINA DO CARMO CAMARGO ANDRADE - CNES 9864733	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
SIMONE APARECIDA CARVALHO PEREIRA - CNES 9923535	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
SULIANE BORGES - CNES 9365605	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL

PSICOPEDAGOGAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTO
JULIANA NUNES DE OLIVEIRA - CNES 0050601	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
LEISA BERTONI - CNES 9194649	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
MARTA A. A. DE CARVALHO - CNES 9164332	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL
SONIA MARIA DA ROCHA PEREIRA - CNES 2662671	03.01.04.00.44	TERAPIA INDIVIDUAL

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região da AMURES por meio de contrato com prestador também oferta serviço de órtese/prótese para atendimento de usuários dos municípios consorciados do CIS/AMURES.

ÓRTESE E PRÓTESES	
CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO
07.01.02.063-6	ALMOFADA DE ASSENTO PARA CADEIRA DE RODAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - SIMPLES
07.01.01.001-0	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMÍNIO COM QUATRO PONTEIRAS
07.01.04.001-7	BENGALA ARTICULADA
07.01.01.001-8	BENGALA CANADENSE REGULÁVEL EM ALTURA
07.01.01.002-9	CADEIRA DE RODAS ADULTO / INFANTIL (TIPO PADRÃO)
07.01.01.003-7	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITÁRIO
07.01.01.004-5	CADEIRA DE RODAS PARA TETRAPLÉGICO - TIPO PADRÃO
07.01.01.022-3	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO E INFANTIL
07.01.01.005-3	CALÇADOS ANATÔMICOS COM PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS
07.01.01.006-1	CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ 45
07.01.01.007-0	CALÇADOS ORTOPÉDICOS PRÉFABRICADOS COM PALMILHAS ATÉ 45
07.01.01.008-8	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO NÚMERO 34
07.01.01.009-6	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ 33
07.01.01.010-0	CARRINHO DOBRAVEL P TRANSPORTE DE CRIANÇA C DEFICIENCIA
07.01.01.005-3	MATERIAIS ELÁSTICOS PARA MODELAGEM DE COTOS, CONTROLE CICATRICAL OU DE EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES/ FAIXA ELÁSTICA COMPRESSIVA/10 E 15 CM
07.01.02.064-4	MESA DE ATIVIDADES PARA CADEIRA DE RODAS (TÁBUA MESA)
07.01.01.013-4	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMÍNIO REGULÁVEL NA
07.01.02.007-5	ÓRTESE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO
07.01.02.008-3	ÓRTESE CRUROPODÁLICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO / GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)
07.01.02.010-5	ÓRTESE DINÂMICA SUROPODÁLICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)
07.01.02.011-3	ÓRTESE ESTÁTICA IMOBILIZADORA AXIOPALMAR TIPO AEROPLANO
07.01.02.012-1	ÓRTESE GENUPODÁLICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO
07.01.09.001-4	ÓRTESE HCO TIPO PHILADELPHIA PARA IMOBILIZAÇÃO REGIÃO CERVICAL
07.01.02.013-0	ÓRTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL COM APOIO TORÁCICO (COLAR)

07.01.02.015-6	ÓRTESE METÁLICA CRUROPODÁLICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)	
07.01.02.014-8	ÓRTESE METÁLICA CRUROPODÁLICA ADULTO	
07.01.02.018-0	ÓRTESE PELVICO-PODALICA METÁLICA COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	
07.01.02.019-9	ÓRTESE PELVICO-PODALICA METÁLICA PARA ADULTO COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO	
07.01.02.020-2	ÓRTESE RÍGIDA PARA LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL	
07.01.02.021-0	ÓRTESE SUROPODÁLICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL	
07.01.02.024-5	ÓRTESE SUROPODÁLICA METÁLICA (ADULTO)	
07.01.02.022-9	ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO)	
07.01.02.023-7	ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)	
07.01.02.025-3	ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)	
07.01.02.026-1	ÓRTESE SUSPENSÓRIO DE PAVLIK	
07.01.02.027-0	ORTESE TIPO SARMIENTO PARA FRATURA DE ÚMERO	
07.01.02.030-0	ÓRTESE TLSO CORRETIVA TORACOLOMBAR EM POLIPROPILENO CIFOSE E ESCOLIOSE	
07.01.02.031-8	ORTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER/PARA FRATURA	
07.01.02.029-6	ÓRTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT	
07.01.02.032-6	ÓRTESE TORÁCICA COLETE DINÂMICA DE COMPRESSÃO TORÁCICA/CDT	

07.01.02.001-6	ÓRTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (BAIXO)	
07.01.02.002-4	ÓRTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	
07.01.02.003-2	ÓRTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	
07.01.02.006-7	ÓRTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO EM EXTENSÃO ARTICULADA	
07.01.01.014-2	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA	
07.01.01.015-0	PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS	
07.01.01.016-9	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATÉ O NÚMERO 33	
07.01.01.017-7	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES NÚMEROS ACIMA DE 34	
07.01.02.035-0	PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMÍNIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO	
07.01.02.036-9	PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL EM ALUMÍNIO OU AÇO /KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO	
07.01.02.037-7	PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMÍNIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO	
07.01.02.039-3	PROTESE EXOESQUELETICA PASSIVA PARA DESARTICULACAO DO PUNHO OU AMPUTACAO	
07.01.02.041-5	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL COM COXAL OU MANGUITO DE COXA/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO	
07.01.02.042-3	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO	
07.01.02.045-8	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO)	
07.01.02.046-6	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	
07.01.02.047-4	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COM GANCHO DE DUPLA FORÇA.	
07.01.02.048-2	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSRADIAL COTO CURTO	
07.01.02.050-4	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA TRANSMERAL	
07.01.02.052-0	PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART	
07.01.02.054-7	PROTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSMERAL	
07.01.02.056-3	PRÓTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NÍVEL DO ANTE PE	

1.2.11 Centros Especializados em Odontologia habilitados pela RCPD

Existem 02 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO - na região:

- CEO de Lages (modalidade III) atende pacientes de: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta e São José do Cerrito.
- CEO de São Joaquim (modalidade I) atende pacientes de: Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Rio Rufino, São Joaquim, Urubici e Urupema.

As instalações do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO III/Lages, conta com 12 equipes completos, 24 profissionais odontólogos (especialistas) e 14 auxiliares. Uma das cinco especialidades oferecida é o Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais. Atende em média 07 pacientes/dia com necessidades especiais, entre as consultas uma vez por semana são destinados aos portadores de síndromes mais severas e que exigem um cuidado especial ou de contenção. Atualmente no Hospital Seara do Bem, foi habilitado um ambulatório com o serviço de buco-maxilo-facial que também presta atendimento para pacientes com necessidades especiais. Com isso os paciente que necessitem de atendimento mediante anestesia geral ou sedação poderão realizar os procedimentos neste ambulatório.

1.2.12 Serviços que realizam os testes de Triagem Auditiva Neonatal e Triagem Ocular Neonatal.

A política da Saúde da Criança está estruturada em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. São eixos da PNAISC: Atenção Humanizada à Gestação, ao Parto-Nascimento e ao Recém-Nascido; Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável; Desenvolvimento Integral da Primeira Infância – DPI; Atenção Integral à Saúde das Crianças com Agravos Prevalentes e Doenças Crônicas; Prevenção de Violências, Acidentes e Promoção da Cultura

de Paz; Atenção Integral à Saúde das Crianças com Deficiências ou em Situações de Vulnerabilidades; Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Brasil 2016).

Os exames de triagem neonatal são de extrema importância visto que os mesmos permitem que doenças graves sejam diagnosticadas precocemente e que o tratamento seja realizado brevemente. O eixo estratégico Atenção Humanizada à Gestação, Parto-Nascimento e ao Recém, prioriza entre outras ações triagem neonatal, que tem como objetivo o rastreamento populacional identificando distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno. Algumas crianças nascem com doenças que podem produzir alterações cerebrais e outros graves efeitos, inclusive causando a deficiência, mas que em geral não se manifestam no nascimento e o recém-nascido parecer normal. (Santa Catarina, 2016)

Os exames de triagem neonatal que são disponibilizados pela rede de atenção são:

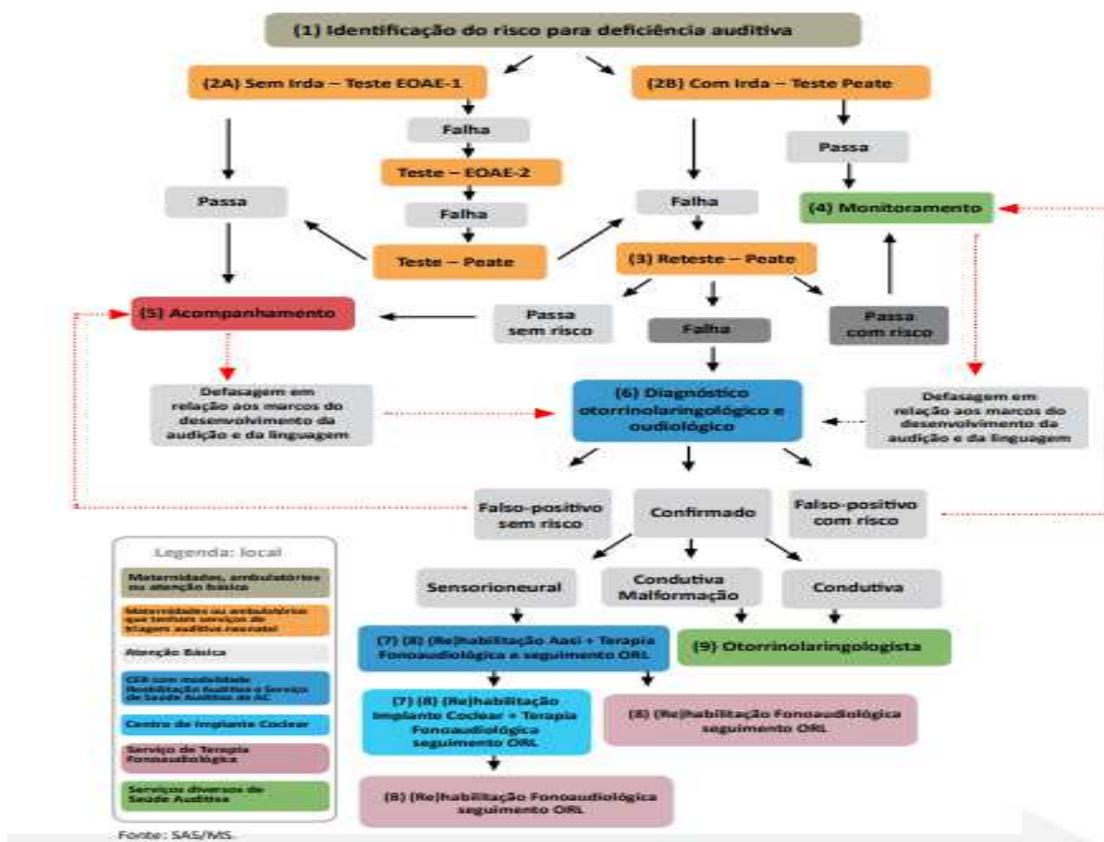
Teste do pezinho: teste sanguíneo permite identificar e tratar precocemente estes agravos, antes de manifestações como a deficiência intelectual e outras alterações graves, garantindo o bom desenvolvimento e qualidade de vida. Com o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as seguintes doenças genéticas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doenças Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Deficiência da Biotinidase e Hiperplasia Adrenal Congênita. Na região serrana o teste do pezinho A coleta do sangue do bebê para o Teste do Pezinho se dá nas Unidades de Saúde da APS dos 18 municípios, entre o 3º e o 5º dia de vida e o material é enviado via correio para a Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional do Estado do Paraná (FEPE), no município de Lages esse serviço está centralizado no Centro de Referência Especializado à Saúde da Criança e do Adolescente através do Programa Cresça Melhor, em caso de RN prematuros ou internados a coleta é realizado nos Hospital e o Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis e o Serviço de Referência de Triagem Neonatal para tratamento e acompanhamento das crianças com resultados do Teste do Pezinho alterado.

Triagem Neonatal Ocular - TNO, Teste do Reflexo-Vermelho “teste do olhinho”: popularmente conhecido como “teste do olhinho”, detecta precocemente problemas oculares congênitos que podem comprometer a acuidade visual da criança e no caso de retinoblastoma, o risco de morte da mesma. Este teste e ser realizado antes da alta hospitalar. Em casos de resultados alterados, realizar encaminhamento imediato para oftalmologista. Nos casos de

crianças nascidas em outros locais (hospitais credenciados, maternidades privadas) que o teste seja realizado em até 30 dias após a data de nascimento.

Triagem Neonatal Auditiva-TNA “teste da orelhinha”: o teste de emissões otoacústicas evocadas”, comumente conhecido como “teste da orelhinha” tornou-se obrigatório através da Lei nº 12.303/2010, nas crianças nascidas em todos os hospitais e maternidades. Todos os recém nascidos no Hospital Tereza Ramos deverá passar pelo teste antes de sua alta hospitalar, os casos de crianças nascidas em outros locais (hospitais credenciados, maternidades privadas) que o teste seja realizado em ATÉ 30 dias após a data de nascimento. O teste da orelhinha deve ser realizado sempre bilateralmente, independente se em algum ouvido obteve resultado normal. As crianças de alto risco devem realizar o Peate-A ou em modo triagem (teste), em 35 dBnNA. Caso a resposta não seja satisfatória, o neonato deverá retornar (reteste) no período de 30 dias para nova avaliação com Peate-A em 35 dBnNA. Os neonatos com malformação de orelha externa, mesmo que unilateral, deverão ser encaminhados imediatamente para avaliação otorrinolaringológica e audiológica. Conforme fluxograma:

FIGURA 8 – fluxograma triagem auditiva neonatal



Triagem da Cardiopatia Congênita “teste do coraçãozinho”: o teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) mede a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do RN. Visa identificar cardiopatia congênita crítica (canal dependente). Deve ser realizado em todo RN, com idade gestacional acima de 34 semanas, antes da alta hospitalar, entre 24 a 48h após o nascimento. Em caso de resultado alterado, realizar uma nova aferição após 1h. Caso resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro das 24 horas seguintes. O paciente não deve receber alta até o esclarecimento diagnóstico.

1.3 Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Região da Serra Catarinense conta com 10 (dez) Unidades Hospitalares. Estas unidades colocam à disposição da população 777 leitos; destes, 644 são credenciados pelo SUS. Das 10 (dez) Unidades Hospitalares, apenas duas são consideradas de grande porte; uma de médio porte, os demais 07 hospitais são classificados como de pequeno porte. Destaca-se que dentre os 18 municípios que compõem a região, 10 não possuem Unidades Hospitalares: Bom Jardim da Serra, Bocaina do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São José do Cerrito e Urupema. Em Lages há 03 Hospitais, sendo um deles voltado ao atendimento e internação de crianças e adolescentes. Não temos hospitais dia na Região da Serra Catarinense.

TABELA 06 - número de leitos hospitalares SUS e não SUS:

Município	Unidade Hospitalar	Leitos clínicos		Leitos cirúrgicos		Leitos UTI		Leitos Obst.	Outros leitos
		Ad	Ped	Ad	Ped	Ad	Ped/Neo		
Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	105	5	12	0	29	8	29	7

Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres CNES 2504316	54		61		10			4
Lages	Hospital Infantil Seara do Bem CNES 2662914		36	3	15		10	4	2
São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus CNES 2300516	65	29	11				8	19
Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto CNES2300478	19	5	4				5	
Anita Garibaldi	Associação Beneficente Frei Rogério CNES 2300435	32	3					3	
Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio CNES 2691477	23	5					3	1
Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	30	8	4				7	1
Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	29		7				14	
Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	19	4	4				6	15
TOTAL		376	95	106	15	39	18	79	49
Número de leitos hospitalares SUS por habitante		Nº total: 644			0,002				
		População total: 286.089							

TABELA 07: habilitações

Município	Unidade Hospitalar	Gestão	Porta Aberta	Leitos Ñ SUS	Leitos SUS	Habilitações
Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	Municipal		0	195	<ul style="list-style-type: none"> • SERVIÇO HOSP. • TRATAMENTO DA AIDS • HOSPITAL DIA-AIDS • UTI NEO TIPO II • UTI II ADULTO • VIDEOCIRURGIAS • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL • UNACON COM RADIOTERAPIA • CUIDADOS PROLONGADOS - ONCOLÓGICOS • HOSP. AMIGO DA CRIANÇA • GESTAÇÃO ALTO RISCO TIPO II
Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres CNES 2504316	Municipal x		37	92	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO II EM URGÊNCIA • UTI II ADULTO • ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL • CENTRO DE ATEND. DE URGENCIA TIPO III AVC • ALTA COMPLEXIDADE EM NEURO-NEUROCIRURGIA

						<ul style="list-style-type: none"> • ALTA COMPLEXIDADE EM CARDIOVASCULAR • CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROC. CARDIO INTERVENCIONISTA
Lages	Hospital Infantil Seara do Bem CNES 2662914	Municipal	x	25	45	<ul style="list-style-type: none"> • TIPO I EM URGÊNCIA • UTI NEO TIPO II • UTI II PEDIÁTRICA • ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA • ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL • ENTERAL E PARENTERAL
São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus CNES 2300516	Estadual	x	30	102	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto CNES 2300478	Municipal	x	10	23	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
Anita Garibaldi	Associação Beneficente Frei Rogério CNES 2300435	Estadual	x	03	35	
Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio CNES 2691477	Estadual	x	06	26	
Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	Estadual	x	07	43	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA

Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	Estadual	x	06	44	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	Estadual	x	09	39	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS
TOTAL				133	644	

TABELA 08: taxa de ocupação de leitos e média de permanência hospitalar – 2019

MUNICÍPIO	UNIDADE HOSPITALAR	TAXA OCUPAÇÃO	DE	MÉDIA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	DE
Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	67,7%		5,19 dias	
Lages	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres CNES 2504316	69,6%		2,58 dias	
Lages	Hospital Infantil Seara do Bem CNES 2662914	59,62%		2,7 dias	
São Joaquim	Hospital de Caridade Coração de Jesus CNES 2300516	32%		3,79 dias	
Correia Pinto	Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto CNES 2300478	23,31%		4,75 dias	
Anita Garibaldi	Associação Beneficente Frei Rogério CNES 2300435	20,5%		1,74 dias	
Campo Belo do Sul	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio CNES 2691477	12,4%		3,55 dias	
Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	23%		2,32 dias	
Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	17,2%		4 dias	
Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	24,6%		9,7 dias	

1.3.1. Leitos de longa permanência

Possuem Leitos de Longa Permanência, aprovados conforme NT 404/2016 as seguintes Instituições, Tabela 08.

TABELA 8: Leitos de Longa Permanência conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovadas na NT 404/2016 e já qualificados.

<i>REGIÃO DE SAÚDE</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>CNES</i>	<i>ESTABELECIMENTO</i>	<i>NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO</i>	<i>ESFERA ADMINISTRATIVA</i>	<i>TIPO DE GESTÃO</i>	<i>PORTARIA</i>	<i>LEITOS APROVADOS</i>	<i>CUSTEIO (ANUAL)</i>
SERRA	São Joaquim	2300516	Hospital de Caridade Coração de Jesus	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	PT 846/2018	15	R\$ 1.070.362,50
SERRA	Urubici	2300885	Hospital São José de Urubici	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Estadual	PT 3375/2016	15	R\$ 1.070.362,50
TOTAL								30	R\$ 2.140.725,00

1.3.2 Leitos com habilitação para AVC:

TABELA 09: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados;

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	AVC-INTEGRAL	PORTARIA	CUSTEIO (ANUAL)
Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	12	PT GM 4081 de 29/12/17	R\$ 1.303.050,00

TABELA 10: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados;

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	NATUREZA DE ORGANIZAÇÃO	ESFERA ADM	TIPO DE GESTÃO	AVC-INTEGRAL *	CUSTEIO (ANUAL)
Lages	2504316	Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Entidade Beneficente sem Fins Lucrativos	Privada	Municipal	03	R\$ 325.762,50

1.3.3 Serviço de Atenção Domiciliar

Esta modalidade de atenção é regida pela Portaria de consolidação nº 05 e 06 de 28/09/2017, tem caráter substitutivo às internações hospitalares ou complementar ao cuidado prestado pela Atenção Básica existentes no município, caracterizando-se por um conjunto de ações que visam dar continuidade ao cuidado integrado às Redes de Atenção à Saúde.

A inserção deste programa no município de Lages foi habilitada pela Portaria 306 de 25/02/2019, CNES 9934189, sito a Praça Leoberto Leal, 20, Centro, tem como foco principal criar estratégias de desospitalização proporcionando celeridade no processo da alta hospitalar, minimizando as intercorrências clínicas, diminuindo o risco de infecção, além de diminuir custos operacionais, propiciando ao paciente atendimento humanizado, favorecendo o restabelecimento da sua independência e preservando sua autonomia, de acordo com os princípios do SUS, em especial em relação a acesso, acolhimento e humanização.

Em 01 ano e 03 meses de programa foram avaliados 1290 pessoas, realizados 1739 atendimentos somados por todos os profissionais das EMADs e EMAP, hoje em 01/09/2020 temos 31 pacientes internados domiciliar assistidos pelo programa.

O Serviço de Atenção Domiciliar no município de Lages segue a Portaria de consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, sendo definido por 02 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo I (composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 fisioterapeutas, 03 técnicos de enfermagem cada) e 01 Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) composta por 01 psicólogo, 01 assistente social e 01 nutricionista;

As EMADs são organizadas a partir de uma base territorial divididas em Sul e Norte disposto em tabela 10 abaixo, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a atenção básica. Cada EMAD tem como referência o cuidado concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários. Quando clinicamente indicado, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar.

TABELA11: Divisão das EMADS pelas equipes de ESF existentes:

EMAD Sul		EMAD Norte	
Unidades de Saúde	População da Área de Abrangência em maio de 2013	Unidades de Saúde	População da Área de Abrangência em maio de 2013
Caça e Tiro	2.850	Coral	7.800
Centenário	7.205	Frei Rogério	1.933
Copacabana	5.282	Gethal	4.735
Habitação	6.070	Guarujá	6.120
Petrópolis	5.599	Interior	3.140
Popular	6.324	Penha	5.300
Promorar	4.048	Santa Mônica	7.130
Santa Catarina	9.500	São Carlos	3.100
Santa Helena	9.220	São Cristóvão	8.000
São Pedro	5.083	São Francisco	1.995
Vila Nova	3.769	São José	3.595
Várzea	5.531	São Miguel	3.562
		Tributo	7.523
		Universitário	2.855
		Vila Marisa	3.573
TOTAL	70.481		70.361

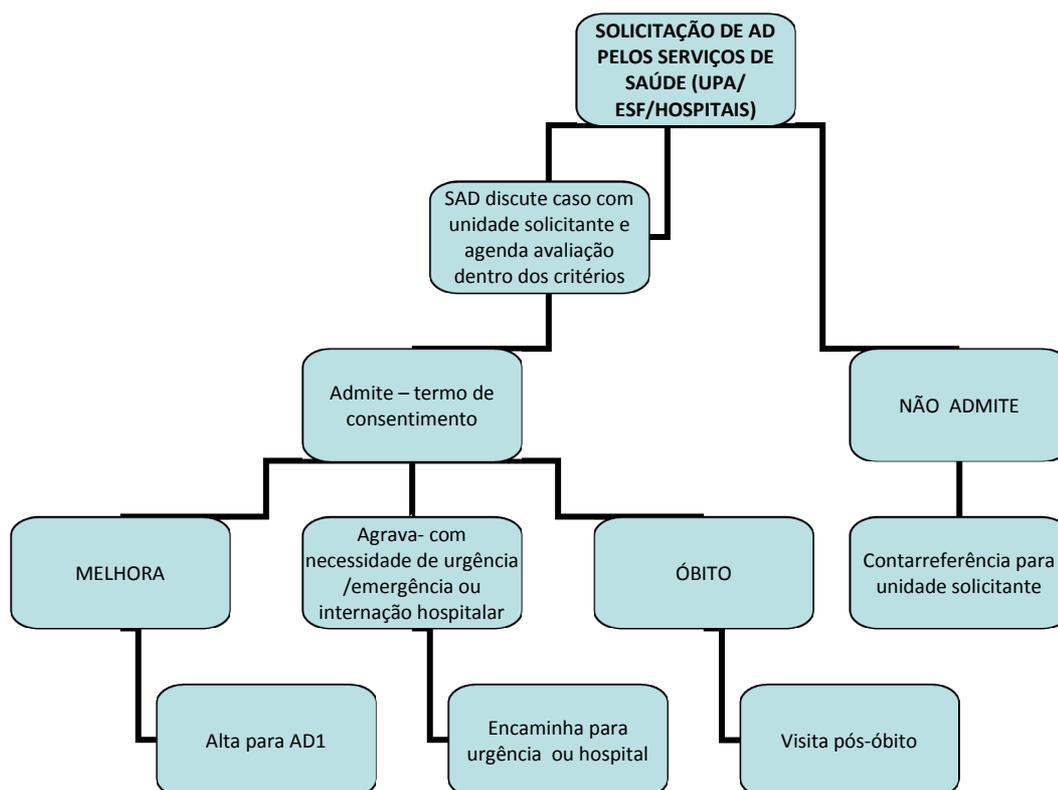
A admissão do usuário ao SAD exige encaminhamento pelos hospitais, UPA ou Unidades de saúde por formulário específico pelo endereço eletrônico sadlages2019@gmail.com, assim como também a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

O SAD organiza o seu trabalho no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 19h00min, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, e garantirá o cuidado à saúde nos finais de semana e feriados, utilizando nesses casos o regime de plantão dos profissionais da enfermagem, de forma a assegurar a continuidade da atenção prestada.

A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades conforme a portaria de consolidação nº05 de 28/09/2017 descreve: - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) de responsabilidade da Atenção Básica, incluindo pacientes que necessitam cuidados de menor complexidade, controlados/compensados e com dificuldades de locomoção até uma Unidade de Saúde; Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) que inclui pessoas com necessidade de procedimentos de maior complexidade, monitoramento frequente de sinais vitais, de exames frequentes de laboratório de menor complexidade, adaptação a órteses/próteses, a traqueostomia, a sondas e ostomias, em pós-operatório, em uso de aspirador, RN de baixo peso,

peças em cuidados paliativos, e com necessidade de medicação endovenosa; e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) inclui pessoas com necessidade de suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal e paracentese

FIGURA 9: Fluxograma de Atenção Domiciliar



Os pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar terão o seguimento do atendimento através das condutas previstas na portaria realizados pelas EMADs e EMAP.

Para os pacientes em atenção domiciliar que apresentam dúvidas, intercorrências ou agravamento do quadro, o cuidador deve fazer contato com o SAMU (192) e/ou comunicar a EMAD responsável pelo cuidador através dos telefones (49)32517981/999873017.

O prontuário eletrônico está sendo instalado no SAD, o mesmo passa a ser único e interligado em toda a rede. Quando óbito de pacientes é atestado pelos médicos do SAD ou quando alta do serviço é encaminhada contra-referência para a Unidade de Saúde de referência. A Estratégia de Saúde da Família é co-responsável, pelo paciente em AD2 ou AD3, uma vez que o mesmo é residente da área de abrangência da ESF, assim que o paciente estabilizar ele migrará para o responsabilidade da Atenção Básica na modalidade AD1.

O serviço de AD cadastra os cuidadores e encaminha para a central do SAD. A equipe do SAD se encarregará de proporcionar capacitação, a cada 30 dias, aos novos cuidadores cadastrados. Devida a pandemia estas capacitações não estão acontecendo. A carga horária para capacitação é de 4 horas por encontro, durante 3 encontros consecutivos, abordando os seguintes conteúdos:

- Conhecendo o Serviço de Atenção Domiciliar;
- Orientações sobre o atendimento e organização do cuidado;
- Cuidados com medicações;
- Cuidados com alterações dos Sinais Vitais;
- Cuidados com a pele;
- Cuidados com a higiene;
- Cuidados com o ambiente;
- Instruções sobre gases medicinais;
- Orientação nutricional e cuidado com sondas;

O Serviço de Atenção Domiciliar disponibiliza espaço de tempo de duas horas semanais de sua carga horária para a educação permanente das equipes.

A **Educação Permanente** é estruturada a partir da problematização das situações que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionadas objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas assistidas, qualificando o processo de trabalho, utilizando como referencial teórico a medicina baseada em evidências e o conteúdo do Caderno de Atenção Domiciliar, volume 02

1,3.4 Centros Cirúrgicos Odontológicos

Atualmente no Hospital Seara do Bem, foi habilitado um ambulatório com o serviço de buco-maxilo-facial que também presta atendimento para pacientes com necessidades especiais, sendo encaminhado quando necessário para cirurgia em centro cirúrgico.

1.4 Apresentação das regiões de saúde do estado

1.4.1 Mapeamento das regiões de saúde do Estado com a relação nominal dos municípios que a compõem:

A Serra Catarinense encontra-se distante cerca de 100 quilômetros do litoral do estado, com montanhas que ultrapassam os mil metros de altitude. Esta região é formada pelos municípios de Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici, Urupema. Os dezoito municípios que constituem o Território do Serra Catarinense abrangem uma área total de 16.085 Km², o que representa 16,9% da superfície de Santa Catarina.

FIGURA 10: Localização geográfica dos municípios no Território



Fonte: Correio Lageano, 2012.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o Território possui uma Densidade Demográfica (DD) de 17,6 hab./Km², bem inferior aos 64,8 hab./Km² do estado e próximo da DD do país (21,7%). As duas maiores densidades demográficas verificam-se em Lages (58,3 hab/km²) e Correia Pinto (22,5 hab./Km²). Todos os demais municípios têm DD inferiores a 20 hab./Km². Quanto a distâncias dos municípios com relação a Lages, segue na Tabela 12;

1.5 Fluxos para concessão, dispensação e adaptação de OPM no território assim como a forma de articulação entre os CER e as Oficinas Ortopédicas;

- 1 – Avaliação do paciente pela equipe multiprofissional;
- 2 – Indicação de OPM, pelo Fisioterapeuta e Ortopedista;
- 3 – Preenchimento do Formulário (BPA-I);
- 4 – Encaminhamento/orientação dos pacientes para a Unidade de Saúde (Lages) e ou Secretaria de Saúde (Outros municípios da Serra Catarinense).

Os encaminhamentos dos usuários/pacientes para o CER II, serão via Unidades de Saúde (US) e Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, em que concentram-se as pactuações de todos os componentes da rede de atenção da Região da Serra Catarinense. Nas US e Hospital são preenchidos formulários próprios de encaminhamento e inseridos na agenda online SISREG pela central de regulação de Lages e assim acessar as cotas por município estabelecidas.

FIGURA 11 – Fluxo concessão/dispensação óculos

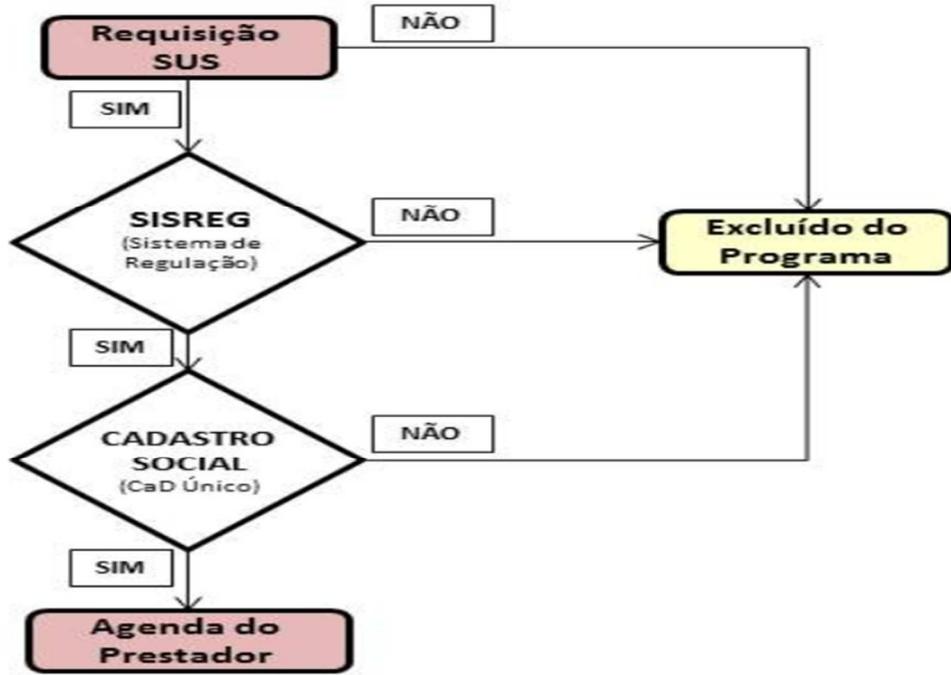
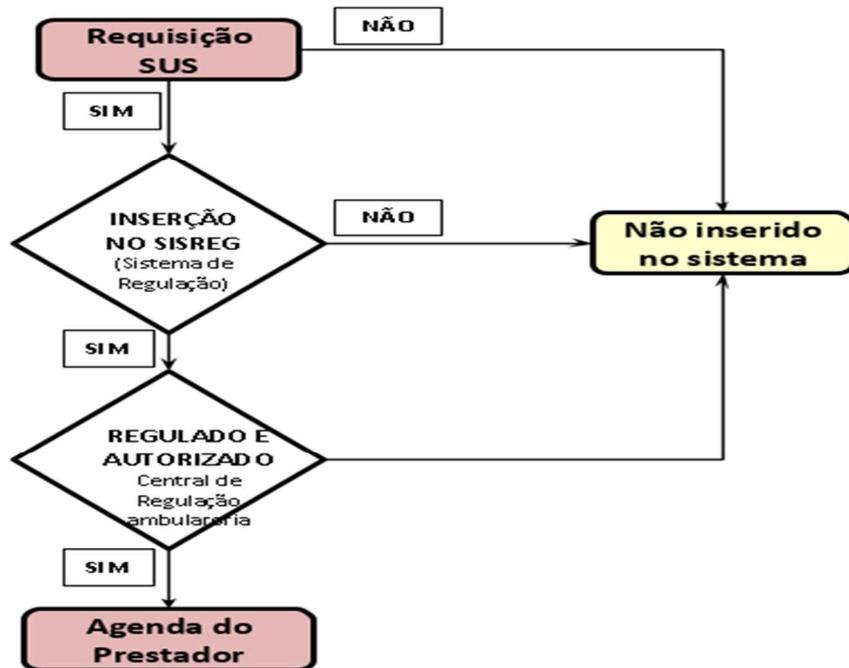


FIGURA 12 – Fluxo concessão/dispensação órteses e próteses exceto óculos

FLUXO



1.6 Apresentação, das estratégias de Educação Permanente (formação, capacitação e aperfeiçoamento) dos profissionais da RCPD.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) compreende que a transformação nos serviços, no ensino e na condução do sistema de saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica. Envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Como estratégia, deve contribuir para a necessária transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e das práticas de condução do sistema e dos serviços de saúde, abarcando também a organização de modelos, processos colegiados e de assessoramento. Constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde que diga respeito aos seus usuários e valorize os atores sociais do trabalho. Nesse sentido, o CER II Uniplac já realizou e realiza algumas estratégias de educação permanente, conforme o quadro abaixo:

TABELA 12 - estratégias de educação permanente

Anos	Educação Permanente
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Diretrizes da Reabilitação do Transtorno do Espectro Autista (TEA) • IV Seminário de Inclusão e III Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac
2017	<ul style="list-style-type: none"> • V Seminário de Inclusão e IV Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Círculo de Construção da Paz • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac
2018	<ul style="list-style-type: none"> • VI Seminário de Inclusão e V Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência

	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • XXI Congresso Iberoamericano de Doenças Cerebrovasculares • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) • VII Seminário de Inclusão e VI Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Capacitação sobre como elaborar o luto dos pacientes • Círculo de Construção da Paz • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac
2020	<ul style="list-style-type: none"> • VIII Seminário de Inclusão e VII Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac

2. APRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:

2.1 Dados da população geral e população com deficiência nas quatro modalidades (auditiva, física, visual e intelectual) no território:

A Serra Catarinense tem 286.089 habitantes. Com exceção da cidade de Lages, em outros termos, dos dezoito municípios, nove possuem menos de cinco mil habitantes, e apenas quatro possuem mais de dez mil habitantes. De acordo com a distribuição geográfica adotada pelo

SEBRAE/SC esse território representa 6,5% da população relativa do Estado. Dentre os constituintes da região, Paineira é o município com menor número de habitantes (2.353), seguido de Rio Rufino (2.436) e Urupema (2.482), mas ressalta-se que 50% dos municípios da Serra Catarinense têm população inferior a 5.000 habitantes, com exceção da cidade de Lages, São Joaquim (8,77%), Otacílio Costa (5,83%) e Correia Pinto (5,04%) representam respectivamente os municípios que apresentam o maior número de habitantes (AMURES, 2019).

TABELA 13: Distâncias dos municípios com relação a Lages.

MUNICÍPIO	DISTÂNCIA DE LAGES
Anita Garibaldi	99 km
Bocaina do Sul	41km
Bom Jardim da Serra	110 km
Bom Retiro	92 km
Campo Belo do Sul	55 km
Capão Alto	22 km
Cerro Negro	74 km
Correia Pinto	32 km
Otacílio Costa	48 km
Paineira	29 km
Palmeira	38 km
Ponte Alta do Norte	44 km
Rio Rufino	70 km
São Joaquim	80 km
São José do Cerrito	40 km
Urubici	106 km
Urupema	55 km

Fonte:GoogleMaps, 2018.

TABELA 14: Distribuição da população por municípios e percentual relativo na Região da Serra Catarinense.

Municípios Serra Catarinense	População	Percentual
Anita Garibaldi	8.374	2,92
Bocaina do Sul	3.314	1,15
Bom Jardim da Serra	4.443	1,55
Bom Retiro	9.090	3,17
Campo Belo do Sul	7.398	2,58
Capão Alto	2.713	0,94
Cerro Negro	3.503	1,22

Correia Pinto	14.447	5,04
Lages	156.604	54,73
Otacílio Costa	16.691	5,83
Painel	2.353	0,82
Palmeira	2.410	0,84
Ponte Alta	4.853	1,69
Rio Rufino	2.436	0,85
São Joaquim	25.111	8,77
São José do Cerrito	9.104	3,18
Urubici	10.767	3,76
Urupema	2.482	0,86
Total	286.089	99,99

Fonte: IBGE 2010.

No Brasil são expressivas as informações acerca da deficiência. Por exemplo, o Censo de 2010 (IBGE), com estimativa 2019, apresenta o percentual de pessoas com deficiência, segundo o grupo de idade, conforme pode se visualizado na Tabela 13, a seguir.

TABELA 15: Distribuição percentual da população residente, por tipo de deficiência, segundo o sexo e grupos de idade– Brasil, 2010

Sexo e grupos de idade	Distribuição percentual da população residente (%)						
	Total (1) (2)	Tipo de deficiência					Nenhuma destas deficiências (3)
		Pelo menos uma das deficiências enumeradas (1)	Visual	Auditiva	Motora	Mental ou intelectual	
Total	100,0	23,9	18,8	5,1	7,0	1,4	76,1
0 a 14 anos	100,0	7,5	5,3	1,3	1,0	0,9	92,5
15 a 64 anos	100,0	24,9	20,1	4,2	5,7	1,4	75,0
65 anos ou mais	100,0	67,7	49,8	25,6	38,3	2,9	32,3
Homens	100,0	21,2	16,0	5,3	5,3	1,5	78,8
0 a 14 anos	100,0	7,3	4,8	1,4	1,0	1,0	92,7
15 a 64 anos	100,0	22,2	17,1	4,5	4,5	1,6	77,8
65 anos ou mais	100,0	64,6	47,3	28,2	30,9	2,8	35,4
Mulheres	100,0	26,5	21,4	4,9	8,5	1,2	73,5
0 a 14 anos	100,0	7,8	5,9	1,3	1,0	0,7	92,2
15 a 64 anos	100,0	27,6	23,1	4,0	6,8	1,2	72,4
65 anos ou mais	100,0	70,1	51,7	23,6	44,0	3,0	29,9

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010- estimativa 2019.

Merecem ainda destaque, devido à realidade encontrada na região, as sequelas encontradas em pacientes acometidos por AVC e traumas. De acordo com Costa e Duarte (2002), os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são hoje uma das causas mais comuns de disfunção neurológica que ocorre na população adulta. Em relação aos pacientes com sequelas do AVC, podemos citar:

- Os déficits funcional e cognitivo, mudança de personalidade ou comportamental, bem como da comunicação. Elas geram níveis de incapacidades, comprometendo não somente o paciente, mas a família e a comunidade. Além disso, os graus de incapacidades do paciente determinam os níveis de dependência por assistência e, conseqüentemente, um desafio ao cuidador familiar.

As pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral estão, na sua maioria, alijadas da prática da atividade física regular para a manutenção da sua saúde ou da sua condição orgânica, o que proporciona melhor qualidade de vida. O que lhes é oferecido como opção de atividade, na realidade, se resume à prática de exercícios de manutenção no âmbito da fisioterapia, o que, muitas vezes, se torna monótono e enfadonho, uma vez que a deficiência já está estabelecida e

muito pouco há por se fazer, a não ser evitar o agravamento ou o surgimento de deficiências secundárias (COSTA e DUARTE, 2002).

O aumento do contingente de deficientes físicos, especialmente o dos portadores de lesão raquimedular, é um fato alarmante no mundo atual. Na maioria dos casos essas lesões têm origem traumática, como por exemplo, acidente automobilístico e queda, as causas externas mais frequentes no Brasil. Pesquisas recentes obtiveram resultados que apontam as vítimas deste traumatismo, paraplégicos e tetraplégicos, como predominantemente adultos jovens, com idade variando entre 18 e 35 anos e na proporção de 4 homens para 1 mulher (MANCUSSI, 1998).

Santos (1989) estudou os aspectos epidemiológicos do trauma raquimedular (TRM) e apontou a necessidade de locais para atendimento mais específicos para assistir a este tipo de população. Uma seqüela irreversível, certamente, traz à vida de uma pessoa portadora de paraplegia ou tetraplegia, profundas modificações que atingem a si próprio, à sua família e à sociedade onde vive.

Pesquisadores afirmam que sequelas como a atrofia do sistema músculo-esquelético, a espasticidade, a redução da capacidade respiratória e da circulação sanguínea, entre outras, podem evoluir para complicações ou doenças secundárias. Assim, se alterações secundárias à lesão medular não forem tratadas adequadamente, poderão gerar impacto deletério na participação social e qualidade de vida desses indivíduos (PALIOLLO, 2005).

Em virtude do quadro clínico instalado, é imprescindível para a reabilitação do paciente lesado raquimedular a intervenção fisioterapêutica precoce que deve iniciar-se na chegada ao hospital, seja no pronto atendimento, na enfermaria ou na unidade de terapia intensiva (UTI). A fisioterapia evita ou ameniza efeitos deletérios da imobilidade por meio da cinesioterapia, sendo a mobilização precoce, os exercícios terapêuticos e o treinamento funcional, os métodos mais simples e efetivos (SISCÃO et al, 2007).

Na Tabela 15, a seguir, é possível visualizar a distribuição e quantitativo dos dados por município no que diz respeito às deficiências encontradas na região.

Considerou-se os dados extraídos do Censo IBGE 2010 na construção da tabela.

Tabela 16. Distribuição e quantitativo dos dados por município no que diz respeito às deficiências encontradas na região.

Cidade Tipo de Deficiência	Anita Garibal- di	Bocaina do Sul	Bom Jar- dim da Serra	Bom Retir- o	Camp- o Belo do Sul	Capão Alto	Cerro Negro	Correia Pinto	Lages	Otaçlí- o Costa	Painel	Palmei- ra	Ponte Alta	Rio Rufino	São Joa- quim	São José do Cer- rito	Urubici	Urupe- ma	Total
População residente com DA - alguma dificuldade	479	195	206	443	446	209	237	535	7369	868	142	137	228	107	955	696	410	136	13978
População residente com DA - grande dificuldade	201	38	107	119	142	42	55	249	2238	248	47	56	94	30	346	136	183	9	4340
População residente com DA - não consegue de modo algum	36	6	22	5	13	-	2	28	185	19	4	7	3	6	62	11	13	-	422
População residente com DM - alguma dificuldade	519	189	263	636	467	213	253	663	7832	718	194	121	235	110	1301	686	461	91	14952
População residente com DM - grande dificuldade	316	83	184	282	223	106	149	317	4226	446	84	57	188	107	521	274	359	9	7931
População residente com DM - não consegue de modo algum	24	13	47	30	18	6	16	68	621	73	6	-	50	3	83	14	36	13	1121
População residente com	1548	509	607	1470	1277	534	657	1428	22332	2007	448	297	807	526	2850	1592	1425	300	40614

DV - alguma dificuldade																				
População residente com DV - grande dificuldade	517	100	290	275	327	89	168	475	6217	685	159	67	256	158	661	369	409	43	11265	
População residente com DV - não consegue de modo algum	5	5	30	6	28	5	10	47	334	13	6	7	8	5	73	17	24	3	626	
População residente com DMENTAL/I NTELEC.	223	146	83	117	216	50	63	248	2176	184	116	38	57	40	303	137	133	27	4357	
Total	3868	1284	1839	3383	3157	1254	1610	4058	53530	5261	1206	787	1926	1092	7155	3932	3453	631	99426	

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 – DA-Deficiência Auditiva; DM-Deficiência Motora; DV-Deficiência Visual; DMENTAL/INTELEC.-Deficiência

Mental e Intelectual

Por meio dos dados apresentados na Tabela 15 é possível verificar que cerca 100 mil habitantes da região da Serra Catarinense relatam ser portadores de deficiência e isto representa algo **próximo a 26% da população total**. Este percentual é considerado elevado, quando comparado ao que refere a OMS (2002): **cerca de 10% da população mundial apresenta alguma forma de deficiência**. A OMS (2002) relata ainda, que deste total, apenas 3% das pessoas que necessitam de reabilitação em países subdesenvolvidos recebem algum tipo de serviço. Por sua vez, a ONU destaca que há cerca de 600 milhões de pessoas com alguma deficiência no mundo e que 80% destas vivem em países subdesenvolvidos. Ou seja, pobreza, baixo grau de escolaridade e estigmatização são condições que se associam à deficiência na violação dos direitos humanos de significativa parcela da população (BERNARDES, MAIOR, SPEZIA e ARAÚJO, 2009).

Outro dado importante é que na região da Serra Catarinense cerca de 6.500 pessoas apresentam quadro grave de deficiência. Cabe então questionar qual o quantitativo de pessoas com quadro graves de deficiência que recebem algum tipo de tratamento? Na atualidade não há registros precisos que possam responder à pergunta formulada.

Outra condição que faz parte do escopo da definição e contabilização das pessoas com deficiência é a ostomia.

Alves, Moreira, Franco e Oliveira (2013) destacam que de modo a tratar temporária ou definitivamente condições, como traumas, anomalias congênitas e outros, o ostoma representa uma resposta. Os autores salientam ainda que “no mundo, os tumores malignos que atacam o cólon e o reto a cada ano somam cerca de 943 mil casos novos” (p.27) . O câncer de cólon e reto é o segundo mais prevalente no mundo (após o câncer de mama), com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivas com diagnóstico nos últimos cinco anos. Sendo que o câncer de cólon incide de forma parecida em homens e mulheres; o câncer de reto é cerca de 20 a 50% mais frequente em homens (BRASIL, 2003).

Na região da Serra Catarinense, segundo dados relativos ao mês de fevereiro de 2014 fornecidos pela Secretária de Estado da Saúde – Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada, há 132 pacientes sendo atendidos pelo Programa de Atenção a Pessoa Ostomizada - PAO. Este programa integra o rol de Programas de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Estado da Saúde de SC e destina aos pacientes 963 tipos diferentes de material (bolsas, adesivos, pó

protetor, desodorizante, etc), o que em valores financeiros significa R\$ 15.690,50. É importante destacar que destes, 62% representam pacientes temporários.

Pessoas com deficiência devem ser resguardadas pelo Estado em razão de sua vulnerabilidade. Assim se posicionam Bernardes *et al.* (2009, p.31). Os autores consideram ainda que, de modo a garantir o acesso a serviços de saúde, é necessário que recursos sejam destinados a este fim. Todavia, os autores evidenciam que “apesar da previsão legal existente, a efetiva destinação de recursos depende de outros fatores, tais como a participação sociopolítica das pessoas com deficiência na “pactuação” das políticas de saúde”.

Conforme estudos e pesquisas recentes, cada vez mais evidências sugerem que as pessoas com deficiência experimentam níveis de saúde mais precários do que a população em geral. Dependendo do grupo e do ambiente, pessoas com deficiência podem experimentar maior vulnerabilidade a condições secundárias, co-morbidades e condições relacionadas à idade que podem ser prevenidas. Alguns estudos indicam igualmente que as pessoas com deficiência apresentam maiores taxas de comportamentos de risco tais como o tabagismo, dieta pobre e inatividade física. As pessoas com deficiência também possuem um maior risco de exposição à violência.

Necessidades de serviços de reabilitação não-atendidas (incluindo dispositivos assistivos) podem gerar resultados mais precários para as pessoas com deficiência, incluindo a deterioração do status geral de saúde, limitações de atividade, restrições de participação e redução na qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 2011, foi lançado o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido em conjunto pela OMS e Banco Mundial. O Relatório condensa informações mundiais sobre a atenção às pessoas com deficiência e sugere ações que propiciam a criação de ambientes facilitadores e atendam às necessidades de suporte, reabilitação e proteção social destas pessoas. Aponta medidas para melhorar a acessibilidade, promover a igualdade de oportunidades, participação e inclusão, bem como maior autonomia e dignidade às pessoas com deficiência (PROGRAMA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIENCIA, 2012).

“As Pessoas com Deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas”. Em

parte, isto decorre de barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, que impedem sua participação plena, eficaz e igualitária na sociedade. Assim, ambientes inacessíveis criam deficiências ao criarem barreiras à participação e inclusão (RELATÓRIO, 2011).

A reabilitação é um bom investimento, pois constrói a capacidade humana. Ela deveria ser incorporada na legislação geral de saúde, emprego, educação e serviços sociais e nas legislações específicas para pessoas com deficiência. As respostas políticas devem enfatizar a intervenção precoce, os benefícios da reabilitação para a promoção da funcionalidade de pessoas com uma ampla gama de condições de saúde, e a oferta de serviços o mais próximo possível de onde as pessoas vivem. Para serviços estabelecidos, o foco deve estar na melhora da eficiência e efetividade, expandindo a cobertura e melhorando a qualidade e acessibilidade econômica.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência documenta a situação atual das pessoas com deficiência. Ele destaca as falhas na compreensão e ressalta a necessidade de novas pesquisas e do desenvolvimento de políticas. Com relação à deficiência intelectual, as diretrizes Ministeriais estão definidas na Portaria MS/GM nº 1635/02, que prevê uma intervenção multiprofissional em saúde, voltada à estimulação neurossensorial das pessoas com deficiência intelectual.

Os tipos de deficiência com maior prioridade de atenção da região da Serra Catarinense são:

- Deficiências motoras: No Brasil, de acordo com o censo IBGE (2010), a deficiência motora é relatada por 13,2 milhões de pessoas, o que equivale a **7% dos brasileiros**. A deficiência motora severa se encontra em 4,4 milhões de pessoas. Destas, mais de 734,4 mil disseram não conseguir caminhar ou subir escadas de modo algum e mais de 3,6 milhões informaram ter grande dificuldade de locomoção. Na região da Serra Catarinense, 24 mil pessoas referem alguma ou total dificuldade motora e estão assim distribuídas: 14.952 pessoas relatam alguma dificuldade motora; 7.931 relatam grande dificuldade; 1.121 não conseguem se locomover de modo algum. Em percentual, estes números traduzem que **8,4% da população residente nesta região têm algum tipo de deficiência motora**.

- **Deficiência Mental / Intelectual:** O censo IBGE (2010) evidencia que a deficiência mental ou intelectual foi declarada por mais de 2,6 milhões de brasileiros. Em percentuais, isto **significa 1,4% da população brasileira**. Em termos de idade, encontra-se que entre 0 e 14 anos há 0,9% de brasileiros com algum tipo de deficiência mental ou intelectual; na faixa etária entre 15 a 64 anos, 1,4% e acima de 65 anos, 2,9%. Em 2010, a deficiência mais restritiva à alfabetização era a mental ou intelectual, o que por si só já se traduz em aspecto estigmatizante. Na região da Serra Catarinense, dados do censo IBGE (2010) possibilitam constatar o relato da existência de 4.357 pessoas que apresentam algum tipo de deficiência mental ou intelectual. Este número se traduz no percentual de **1,52% dos habitantes da região em referência**.

- **Deficiências auditivas:** segundo a OMS (2002), na população mundial com idade inferior a 15 anos, há cerca de 62 milhões de pessoas têm perda auditiva permanente; destas, 41 milhões vivem em países em desenvolvimento. Dito de outro modo, a perda auditiva atinge 16% da população mundial. No Brasil, segundo dados do censo do IBGE (2010), cerca de 9,7 milhões de pessoas possuem deficiência auditiva (**5,1% da população brasileira**). Na região da Serra Catarinense, segundo o mesmo censo, apresentam alguma dificuldade auditiva 13.978 pessoas; grande dificuldade auditiva, 4.340 pessoas e 422 pessoas não conseguem ouvir de modo algum. Tais números se traduzem num percentual de **6,55% da população que habita esta região**, ou seja, os percentuais aqui encontrados são mais elevados que a amostra nacional. Estes números se traduzem na necessidade de se investir recursos e todo um aparato de atenção aos deficientes auditivos, pois em decorrência da perda auditiva, a privação sensorial produz um isolamento social de grandes proporções. Além da diminuição significativa das atividades cerebrais (atenção, entendimento de fala e memória) perdas auditivas promovem o aparecimento das demências em pessoas de idade avançada (GARDINI, 2013).

- **Deficiências visuais:** De acordo com estudo realizado pela OMS (2011), a população estimada com deficiência visual no mundo é de 285 milhões, sendo 39 milhões cegos e 246 milhões com baixa visão. No Brasil, os dados do censo IBGE (2010) indicam que 528.624 pessoas são incapazes de enxergar (cegos) e que 6.056.654 pessoas possuem grande dificuldade permanente de enxergar (baixa visão ou visão subnormal); ou seja, **3,5% da população refere grande dificuldade ou nenhuma capacidade de enxergar**, classificados como deficiência visual severa. Na região da Serra Catarinense, 40.614 pessoas apresentam alguma dificuldade visual; 11.265 relatam ter grande dificuldade visual. 626 pessoas não conseguem enxergar de

modo algum. Tais números traduzidos em percentual dão conta de que **18,35% dos habitantes desta região têm algum tipo de deficiência visual**. A partir destes números é significativo citar a OMS (2011) quando destaca que, se houvesse um número maior de ações efetivas de prevenção e/ou tratamento, 80% dos casos de cegueira poderiam ser evitados.

Entende-se com isto que a necessidade de melhoria da rede de cuidados de modo cumprir responsivamente para com as demandas da sociedade. E isto significa assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência sejam elas temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua. Criar e articular espaços de atenção à saúde é a meta.

2.2 Perfis sócios sanitários e epidemiológicos do território:

Na Serra catarinense por ser um território com vasta extensão territorial e por possuir uma grande área rural a sua principal atividade econômica pode ser caracterizada pela agropecuária. Em Santa Catarina podemos fazer a divisão em polos: agroindustrial (Oeste), eletrometalmecânico (Norte), madeireiro (Planalto e Serra), têxtil (Vale do Itajaí), mineral (Sul), tecnológico (Capital) e turístico (distribuído em praticamente todo o estado). Tal concentração não impede que muitas cidades e regiões desenvolvam especialidades diferentes, fortalecendo outros segmentos. As principais atividades econômicas da região são por ordem de importância: indústria madeireira, papel e celulose, agroindústria, agricultura, indústria metal-mecânica, sendo que têxtil e vestuário são atividades em potencial, serviços, educação, comércio, pecuária, vitivinicultura, fruticultura, apicultura, floricultura (em potencial) e turismo.

O trabalho familiar em pequenas propriedades é a característica típica do agronegócio em Santa Catarina, que responde por 20% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual e por 6,4% do setor no país. Quase não há ocorrência de modalidades como arrendamento e parcerias, comuns em outras regiões, nas quais a posse da terra é mais concentrada e há alta incidência de latifúndios.

Sobre o nível de desenvolvimento social a taxa de crescimento da população rural é negativa; o êxodo rural é um problema sério; 28,5% da população possui renda de até 2 salários mínimos no ano de 2010, sendo que no ano 2000 era de 47%; a taxa de desemprego que era 12,55% no ano 2000 para 5,34% em 2010 segundo dados do IBGE 2010.

TABELA 17: Tabela dos Municípios que compõem a Serra Catarinense com suas respectivas áreas, população e Produto Interno Bruto (PIB).

Municípios Serra Catarinense	Área (IBGE 2016)	População (IBGE 2017)	PIB (IBGE 2015)
Anita Garibaldi	587,921 km ²	7.537 hab	116.452,19 em (R\$1.000,00)
Bocaina do Sul	512,849 km ²	3.456 hab	64.426,10 em (R\$1.000,00)
Bom Jardim da Serra	935,872 km ²	4.694 hab	78.313,30 em (R\$1.000,00)
Bom Retiro	1.055,550 km ²	9.796 hab	231.836,70 em (R\$1.000,00)
Campo Belo do Sul	1.027,650 km ²	7.177 hab	167.552,67 em (R\$1.000,00)
Capão Alto	1.335,840 km ²	2.597 hab	82.329,20 em (R\$1.000,00)
Cerro Negro	417,335 km ²	3.254 hab	67.342,69 em (R\$1.000,00)
Correia Pinto	651,117 km ²	13.358 hab	530.235,05 em (R\$1.000,00)
Lages	2.631,500 km ²	158.508 hab	4.789.392,25 em (R\$1.000,00)
Otacílio Costa	845,009 km ²	18.313 hab	620.062,23 em (R\$1.000,00)
Painel	740,183 km ²	2.376 hab	44.182,99 em (R\$1.000,00)
Palmeira	289,297 km ²	2.586 hab	96.096,90 em (R\$1.000,00)
Ponte Alta	568,960 km ²	4.767 hab	97.528,77 em (R\$1.000,00)
Rio Rufino	282,504 km ²	2.489 hab	41.339,35 em (R\$1.000,00)
São Joaquim	1.892,260 km ²	26.646 hab	666.663,41 em (R\$1.000,00)
São José do Cerrito	944,917 km ²	8.588 hab	198.123,19 em (R\$1.000,00)
Urubici	1.017,640 km ²	11.191 hab	27.909,09 em (R\$1.000,00)
Urupema	350,037 km ²	2.487 hab	49.228,40 em (R\$1.000,00)

Fonte: IBGE 2015/2016/2017.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é uma medida resumida do progresso em longo prazo, em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e longevidade. Observando os dados encontrados na Tabela 17, observa-se que o IDH médio da capital Florianópolis apresenta valor de 0,847, considerado bem superior (muito alto de acordo com os parâmetros do IDH) que nas cidades que compõem a Serra Catarinense.

TABELA 18: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos Municípios que integram a Região da Serra Catarinense, tendo como critério de comparação o IDH da capital Florianópolis.

Municípios Serra Catarinense	IDH MÉDIA	IDH RENDA	IDH LONGEVIDADE	IDH EDUCAÇÃO
Anita Garibaldi	0,688	0,667	0,826	0,592
Bocaina do Sul	0,647	0,642	0,768	0,549
Bom Jardim da Serra	0,696	0,710	0,835	0,568
Bom Retiro	0,699	0,704	0,869	0,559
Campo Belo do Sul	0,641	0,648	0,768	0,528
Capão Alto	0,654	0,680	0,796	0,516
Cerro Negro	0,621	0,634	0,829	0,455
Correia Pinto	0,702	0,701	0,804	0,614
Lages	0,770	0,755	0,867	0,697
Otacílio Costa	0,740	0,713	0,835	0,681
Painel	0,664	0,668	0,808	0,543
Palmeira	0,671	0,655	0,827	0,557
Ponte Alta	0,673	0,666	0,804	0,568
Rio Rufino	0,653	0,652	0,806	0,530
São Joaquim	0,687	0,705	0,817	0,562
São José do Cerrito	0,636	0,618	0,827	0,503

Urubici	0,694	0,722	0,823	0,562
Urupema	0,699	0,667	0,823	0,622

Fonte: IBGE, 2020.

TABELA 98: Distribuição da população por faixa etária e percentual relativo na Região da Serra Catarinense

Faixa Etária	População	Percentual
Menor 01 ano	3.730	1,30
1 a 4 anos	15.979	5,60
5 a 9 anos	21.822	7,62
10 a 14 anos	26.072	9,11
15 a 19 anos	25.646	8,96
20 a 29 anos	46.958	16,41
30 a 39 anos	41.649	14,55
40 a 49 anos	40.324	14,10
50 a 59 anos	30.205	10,55
60 a 69 anos	19.227	6,73
70 a 79 anos	10.231	3,57
80 anos e mais	4.246	1,50
Total	286.089	99,95

Fonte: Departamento de Informática do SUS - DATASUS (2010).

TABELA 20 Estimativa populacional por município, Região de Saúde (CIR): 42013 Serra Catarinense -2019:

Município	2019				
	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
Anita Garibaldi	3598	50,4	3535	49,6	7133
Bocaina do Sul	1784	51,4	1690	48,6	3474
Bom Jardim da Serra	2491	52,5	2252	47,5	4743
Bom Retiro	5042	50,6	4924	49,4	9966
Campo Belo do Sul	3636	51,8	3380	48,2	7016
Capão Alto	1311	51,9	1214	48,1	2525
Cerro Negro	1648	52,8	1476	47,2	3124
Correia Pinto	6335	49,5	6460	50,5	12795
Lages	76435	48,5	81109	51,5	157544
Otacílio Costa	9531	50,8	9213	49,2	18744
Painel	1229	52,1	1130	47,9	2359
Palmeira	1343	51,1	1284	48,9	2627
Ponte Alta	2377	50,8	2305	49,2	4682
Rio Rufino	1270	51,1	1213	48,9	2483
São Joaquim	13665	50,7	13287	49,3	26952
São José do Cerrito	4352	52,5	3943	47,5	8295
Urubici	5716	50,9	5519	49,1	11235
Urupema	1265	51,3	1200	48,7	2465
Total	143028	49,6	145134	50,4	288162

Fonte: DataSUS - tabwin, acesso 16.09.2020.

A Região é caracterizada por índices preocupantes em termos de saúde e qualidade de vida. Segundo estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), por exemplo, a expectativa de vida ao nascer é de 74,7 anos na Serra Catarinense, Santa Catarina é o estado brasileiro com maior expectativa de vida, que passará de 79,6 anos em 2018 para 84,5 anos em 2060. A média do Brasil é de 76,2 em 2018 e de 81 anos em 2060, já quanto ao

crescimento demográfico do ano 2000-2010 em Santa Catarina foi de 1,64% ao ano, na Serra Catarinense ficou em 0,07%. (CENSO 2010).

As taxas de analfabetismo nos últimos períodos censitários (Censos de 2000 e 2010) exibem uma queda no índice nacional, bem como para todas as regiões do país. Em 2000, o número de analfabetos com 15 anos ou mais de idade correspondia a 12,8% da população brasileira; já em 2010, é constatado através do censo demográfico que esses valores foram reduzidos para 9,4%, o que representa uma redução de 26,6% na taxa nacional. Dentre as regiões do país, a que apresenta maior redução da taxa de analfabetismo é a região Centro-Oeste, com 30,69%, Santa Catarina apresenta uma redução de 31,03%, superando a média nacional. Assim como, o Brasil e Santa Catarina, a Serra Catarinense apresenta redução da taxa de analfabetismo de 8,9% do censo do ano 2000 para 6,6% no Censo do ano 2010. Segue a Tabela 20 - Taxa de analfabetismo na Serra Catarinense.

TABELA 21: Taxa de analfabetismo na Região de Serra Catarinense por Ano

Região de Saúde/Município	1991	2000	2010
Serra Catarinense	13,5	8,9	6,6
Anita Garibaldi	23	14,9	12,3
Bocaina do Sul	...	12,4	11,6
Bom Jardim da Serra	17,9	9,3	8,5
Bom Retiro	18,7	13,3	9,6
Campo Belo do Sul	26,4	20,9	13
Capão Alto	...	12,2	10,2
Cerro Negro	...	19,9	15,9
Correia Pinto	14,6	10,4	9
Lages	11,4	6,6	4,9
Otacílio Costa	13	8,8	6,8
Painel	...	10,7	9
Palmeira	...	12,2	11,4
Ponte Alta	16,1	13,8	10,2
Rio Rufino	...	11,5	8,2

São Joaquim	12,2	7,6	5,5
São José do Cerrito	17,5	14,9	12,7
Urubici	12,1	9,7	4,5
Urupema	9,9	9,6	6,1
Total	13,5	8,9	6,6

Fonte: IBGE 2010.

Além do processo de contínua evolução que o indicador de alfabetização tem apresentado, destacamos o aumento do percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade. No censo no período de 2000 e 2014, Santa Catarina apresentava uma distribuição de 64,37% de indivíduos nesse nível de escolaridade; já em 2013 essa taxa se elevou para 65,39%. Dentre os percentuais dos estados da região Sul, bem como no cenário nacional, Santa Catarina é o que mantém as taxas mais elevadas para essa faixa de escolaridade. Os dados crescentes indicam que há investimento e interesse por parte da população e do governo na redução do abandono dos bancos escolares; tem havido aumento no número de jovens que chegam aos níveis médios de escolaridade, com possibilidades de investimentos em cursos técnicos e universitários. Como pode se observar na Tabela 21 - Escolaridade da população de 18 a 24 anos, destacamos o aumento do percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade com 33,44% na Serra Catarinense.

TABELA 22: Escolaridade da população de 18 a 24 anos - Santa Catarina Região da Serra Catarinense.

Região de Saúde/Município	Menos de 01 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 anos e mais de estudo	Sem instrução	Não determinada
Serra Catarinense	2,68	5,75	25,81	33,44	2,34	2,77
Anita Garibaldi	4,34	7	37,98	24,73	2,38	2,75
Bocaina do Sul	5,23	2,91	21,8	20,49	7,99	3,34
Bom Jardim da Serra	4,45	9,46	33,08	19,36	2,88	5,58

Bom Retiro	2,29	9,77	32,05	19,89	4,02	5,23
Campo Belo do Sul	8,98	10,96	37,41	19,29	2,27	3,15
Capão Alto	5,75	6,09	25,55	17,94	4,06	8,46
Cerro Negro	3,24	4,8	31,18	16,07	11,03	3,12
Correia Pinto	4,25	5,99	27,67	34,32	1,55	2,16
Lages	2,02	4,51	21,89	38,74	1,8	2,09
Otacílio Costa	1,96	5,26	24,87	34,55	1,75	2,08
Painel	-	6,67	27,05	22,86	4,76	3,24
Palmeira	0,38	6,15	22,31	25,58	8,65	3,65
Ponte Alta	5,9	8,95	31,7	22,22	1,53	3,74
Rio Rufino	2,77	5,19	27,68	15,57	7,09	3,81
São Joaquim	2,09	5,8	25,76	31,47	2,79	4,8
São José do Cerrito	3,43	10,89	43,86	17,54	2,93	3,91
Urubici	2,46	8,38	31,96	25,82	5,51	4,29
Urupema	2,81	6,81	36,11	29,08	0,76	2,81
Total	2,68	5,75	25,81	33,44	2,34	2,77

Fonte: IBGE 2010.

Em relação à taxa de fecundidade, Santa Catarina fica em oitava posição, com 1,74 filho por mulher. Conforme a estimativa, em 2060, esse número deverá cair para 1,68 em 2060. No Brasil, atualmente a taxa é de 1,77 e deverá cair para 1,66 em 2060, na Serra Catarinense a taxa de fecundidade é de 1,69 filho por mulher (SANTA CATARINA, 2018).

2.3 Dados Epidemiológicos

Na Serra Catarinense os indicadores de mortalidade geral são evidenciados na Tabela 22 abaixo, em que por ordem apresentaram mais óbitos os municípios de Lages, São Joaquim e Correia Pinto.

TABELA 23: Óbitos p/Residência na Região Serra Catarinense

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10				
Óbito por Município Resid e Ano do Óbito				
UF Residência: Santa Catarina				
Região de Saúde Residência:4213 Serra Catarinense				
Período:2017-2019				
Município Resid	2017	2018	2019	Total
420100 Anita Garibaldi	70	72	67	209
420243 Bocaina do Sul	27	20	24	71
420250 Bom Jardim da Serra	28	24	28	80
420260 Bom Retiro	61	54	40	155
420340 Campo Belo do Sul	42	66	55	163
420325 Capão Alto	23	24	9	56
420417 Cerro Negro	24	27	29	80
420455 Correia Pinto	90	100	118	308
420930 Lages	1199	1199	1354	3752
421175 Otacílio Costa	113	105	84	302
421189 Paineel	17	19	13	49
421205 Palmeira	16	15	21	52
421330 Ponte Alta	28	43	33	104
421505 Rio Rufino	10	21	17	48
421650 São Joaquim	203	193	216	612
421680 São José do Cerrito	79	61	65	205
421890 Urubici	70	61	76	207
421895 Urupema	23	13	13	49
Total	2123	2117	2262	6502

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017-2019)

O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é, de longe, a principal causa da mortalidade em Santa Catarina. Desse conjunto, destacam-se quatro principais enfermidades (DCNT): neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, e

doenças respiratórias crônicas. A incidência das DCNT sobre a faixa populacional de 30 a 69 anos tem sido levemente declinante nos últimos anos, alcançando 330 mortes/100 mil pessoas da faixa etária, em 2016. Avanços na prevenção, na detecção precoce e no tratamento oportuno podem dar suporte a uma queda do indicador no horizonte de 2030. Para a população idosa (de 70 anos ou mais), a incidência de mortes por DCNT é mais severa, tendo alcançado a elevada taxa de 4.363 mortes/100 mil hab. da faixa etária, em 2016 (SANTA CATARINA, 2018).

Com relação às causas gerais, segue na Tabela 23 a mortalidade por causas gerais na região da Serra Catarinense.

TABELA 24: Mortalidade por causas gerais na Região da Serra Catarinense.

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10				
Óbito por Causas Capítulos e Ano do Óbito				
UF Residência: Santa Catarina				
Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense				
Período:2017-2019				
Causas Capítulos	2017	2018	2019	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80	58	120	258
Neoplasias (tumores)	457	411	430	1298
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	4	9	24
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	154	156	141	451
Transtornos mentais e comportamentais	22	27	28	77
Doenças do sistema nervoso	46	45	52	143
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	1	1
Doenças do aparelho circulatório	574	580	595	1749
Doenças do aparelho respiratório	229	252	273	754
Doenças do aparelho digestivo	116	113	120	349
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	3	4	15
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	14	7	10	31
Doenças do aparelho geniturinário	84	111	92	287
Gravidez parto e puerpério	3	2	1	6

Algumas afecções originadas no período perinatal	35	40	45	120
Anomalias congênitas	14	13	16	43
Mal Definidas	91	108	92	291
Lesões envenenamento e algumas outras conseq causas externas	0	0	1	1
Causas externas	184	187	232	603
Total	1 22	117	262	501

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017-2019)

TABELA 25: Taxa de mortalidade Específica por AVC 2018.

2018			
Município	Número e taxa de mortalidade por Acidente vascular Cerebral		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	2	7313	27,3
Bocaina do Sul	0	3460	0,0
Bom Jardim da Serra	0	4712	0,0
Bom Retiro	1	9870	10,1
Campo Belo do Sul	4	7081	56,5
Capão Alto	0	2556	0,0
Cerro Negro	0	3181	0,0
Correia Pinto	4	13040	30,7
Lages	33	157743	20,9
Otacílio Costa	6	18510	32,4
Painel	1	2363	42,3
Palmeira	0	2603	0,0
Ponte Alta	1	4714	21,2
Rio Rufino	0	2482	0,0
São Joaquim	8	26763	29,9
São José do Cerrito	5	8421	59,4

Urubici	3	11195	26,8
Urupema	0	2472	0,0
Total	68	288479	23,57190645

Fonte: SIM, 2020.

TABELA 26: Taxa de mortalidade Específica por AVC 2019.

2019			
Município	Número e taxa de mortalidade por Acidente vascular Cerebral		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	5	7133	70,1
Bocaina do Sul	1	3474	28,8
Bom Jardim da Serra	1	4743	21,1
Bom Retiro	2	9966	20,1
Campo Belo do Sul	3	7016	42,8
Capão Alto	0	2525	0,0
Cerro Negro	1	3124	32,0
Correia Pinto	6	12795	46,9
Lages	73	157544	46,3
Otacílio Costa	1	18744	5,3
Painel	1	2359	42,4
Palmeira	1	2627	38,1
Ponte Alta	1	4682	21,4
Rio Rufino	0	2483	0,0
São Joaquim	7	26952	26,0
São José do Cerrito	3	8295	36,2
Urubici	6	11235	53,4
Urupema	0	2465	0,0
Total	112	288162	38,9

Fonte: SIM, 2020.

Se compararmos as tabelas do ano de 2018 e 2019 da taxa de mortalidade por AVC percebemos que houve um aumento significativo evidenciando que as DCNT precisam urgentemente serem consideradas como parte de estratégias para prevenção dentro dos territórios, pelo fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e Vigilância Epidemiológica, bem como a rede de urgência e emergência a fim de evitar agravos a saúde no que tange atendimento em tempo oportuno.

TABELA 27: Taxa de mortalidade específica por IAM 2018.

2018			
Município	Número e taxa de mortalidade por Infarto agudo do miocárdio		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	4	7313	54,7
Bocaina do Sul	0	3460	0,0
Bom Jardim da Serra	3	4712	63,7
Bom Retiro	4	9870	40,5
Campo Belo do Sul	2	7081	28,2
Capão Alto	0	2556	0,0
Cerro Negro	3	3181	94,3
Correia Pinto	5	13040	38,3
Lages	40	157743	25,4
Otacílio Costa	4	18510	21,6
Painel	1	2363	42,3
Palmeira	0	2603	0,0
Ponte Alta	3	4714	63,6
Rio Rufino	0	2482	0,0
São Joaquim	16	26763	59,8
São José do Cerrito	9	8421	106,9
Urubici	5	11195	44,7
Urupema	0	2472	0,0
Total	99	288479	34,3

Fonte: Sim, 2020.

TABELA 28: Taxa de mortalidade específica por IAM 2019.

2019			
Município	Número e taxa de mortalidade por Infarto agudo do miocárdio		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	5	7133	70,1
Bocaina do Sul	3	3474	86,4
Bom Jardim da Serra	3	4743	63,3
Bom Retiro	5	9966	50,2
Campo Belo do Sul	4	7016	57,0
Capão Alto	1	2525	39,6
Cerro Negro	1	3124	32,0
Correia Pinto	6	12795	46,9
Lages	70	157544	44,4
Otacílio Costa	4	18744	21,3
Painel	0	2359	0,0
Palmeira	2	2627	76,1
Ponte Alta	1	4682	21,4
Rio Rufino	2	2483	80,5
São Joaquim	15	26952	55,7
São José do Cerrito	3	8295	36,2
Urubici	6	11235	53,4
Urupema	0	2465	0,0
Total	131	288162	45,5

Fonte: SIM, 2020.

Já as mortes por causas externas à saúde têm origem em situações conhecidas como acidentes de transporte, outros acidentes domésticos ou de trabalho, afogamentos, homicídios, suicídios etc. Em 2016, ocorreram 4.430 mortes por causas externas, em Santa Catarina (taxa de 64 mortes por 100 mil hab.). Sua maior incidência é na população adulta, sendo essas causas responsáveis por 18,2% do total de mortes, na faixa etária de 20 a 69 anos, em 2016. A análise por tipo de causa externa para o conjunto da população mostra que os acidentes de transporte foram a principal causa de mortalidade, com taxa de 23,2 óbitos/100 mil hab., em 2016, vindo em seguida outros acidentes, homicídios e suicídios (SANTA CATARINA, 2018).

As causas externas de mortalidade na Serra Catarinense foram em 2017 pelo SIM (sistema de informação de mortalidade do MS) na Serra Catarinense de 184 casos e em 2019 com aumento passando para 232 casos, sendo 10,25% com relação a mortalidade geral. Das causas externas as associadas a acidentes de transportes (35,7%), homicídios (16%) e suicídios (15,6%) são os mais relevantes em 2019. Na Tabela 27 constam os indicadores de mortalidade por causas externas na Serra Catarinense.

TABELA 29: Óbitos por Causas Externas na Região da Serra Catarinense

Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense				
Período:2017-2019				
Causas Externas	20 17	20 18	2019	Total
Acidentes de Transportes	72	57	83	212
Acidentes-Quedas	23	37	46	106
Acidentes-exposição a forças inanimadas	5	3	0	8
Acidentes-Afogamento	14	8	12	34
Acidentes-riscos a respiração	1	0	1	2
Acidentes-exposição a corrente elétrica	4	3	0	7
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0	7	4	11
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0	1	1	2
Acidentes-Envenenamento	1	0	0	1
Acidentes-Outros	1	0	0	1

Homicídio	29	29	35	93
Suicídio	29	34	35	98
Eventos cuja intenção é indeterminada	2	3	0	5
Intervenções Legais e operações de guerra	0	1	0	1
Complicações de assistência médica e cirúrgica	2	4	14	20
Demais causas externas	1	0	1	2
Total	184	187	232	603

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2017-2019).

Ainda que já referido, é pertinente destacar a evolução da taxa de suicídios encontrada na região. Todavia, tais indicadores podem não representar efetivamente a realidade dos fatos, pois, por se caracterizarem por “lesões autoinfligidas”, carregam consigo um estigma, o que desencadeia um registro precário dos óbitos” (VILLELA, 2005, p.54). Interesses pecuniários, vergonha, questões religiosas, entre outras, são razões que levam os familiares a intervir de modo a não se efetivar o registro do óbito por suicídio. Na Tabela 29, a seguir, estão expostas as taxas de suicídio por cem mil habitantes, no ano de 2013-2019.

TABELA 30: Óbitos por Causas Externas na Região de Saúde: Serra Catarinense - Grande Grupo CID10: X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente.

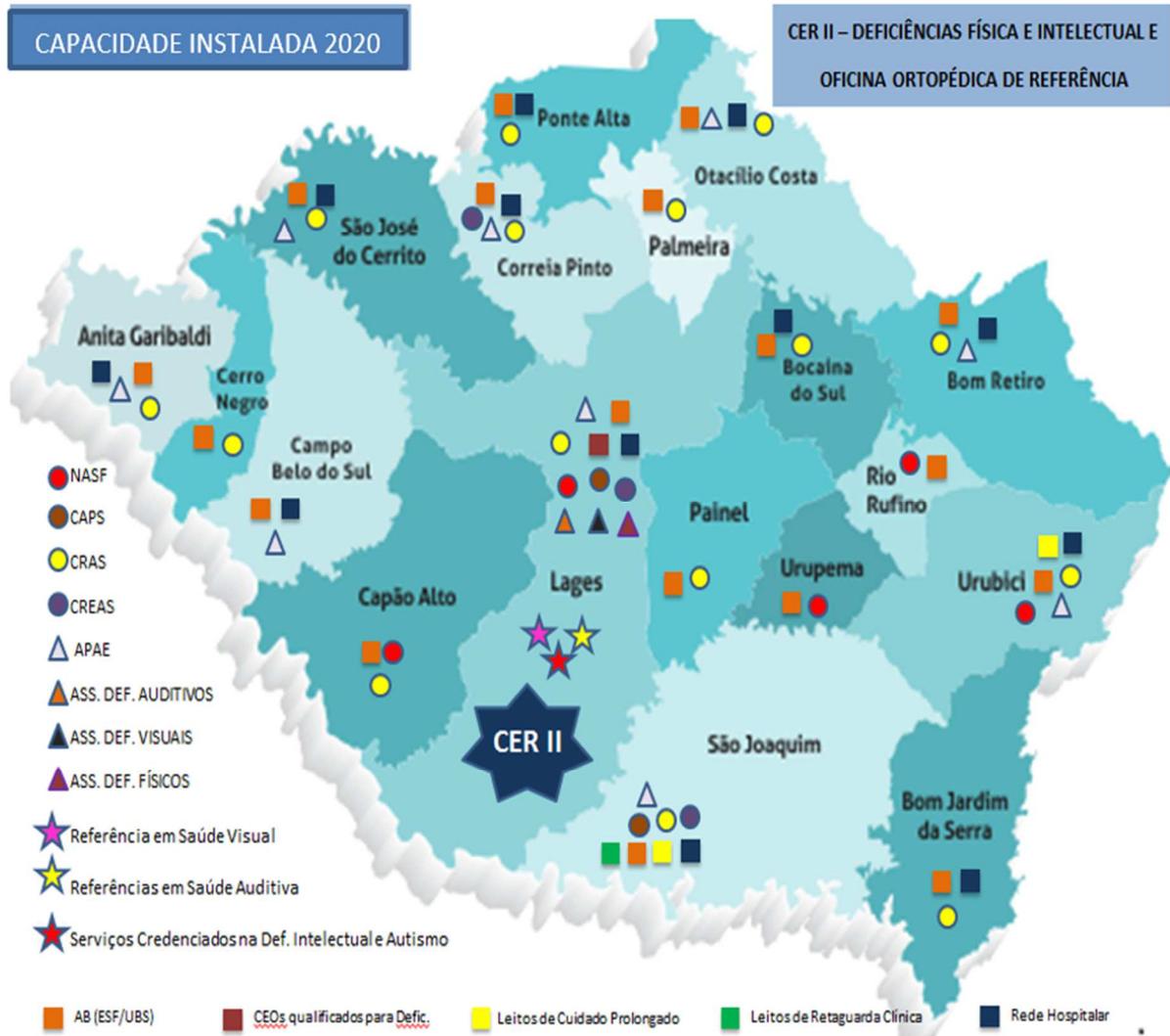
Ano do Óbito	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente
2013	24
2014	30
2015	33
2016	39
2017	29
2018	34
2019	35
Total	224

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2013-2019)

3 DESENHO REGIONAL DA RCPD:

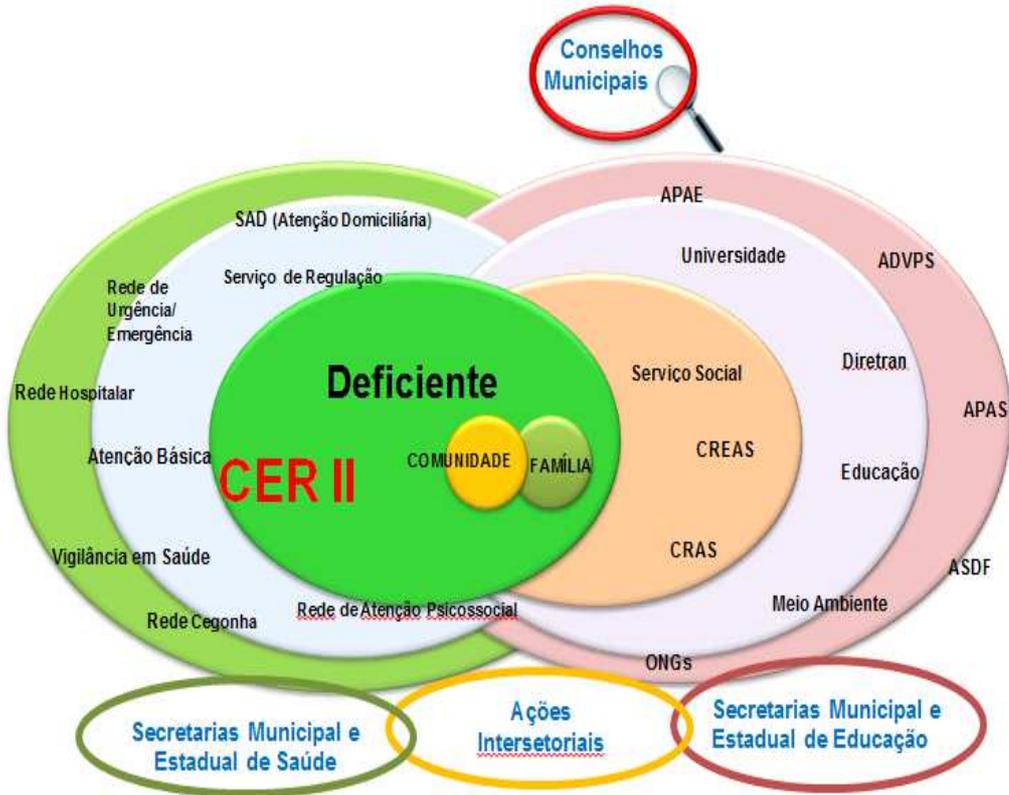
3.1 Mapa territorial com elementos da capacidade instalada em 2020

FIGURA 13: Mapa territorial com elementos da capacidade instalada em 2020



3.2 Desenho esquemático da integração dos serviços

FIGURA 14. Desenho esquemático da integração dos serviços



Fonte: Adaptado de Moraes (2008)

3.3 Os pleitos para habilitações de serviço como Centro Especializado em Reabilitação - CER e em Oficina Ortopédica.

3.4 Escalonamento com ordem de prioridade das ações

TABELA 31 - Escalonamento com ordem de prioridade das ações

Região de Saúde	Ano de Execução	Ordem de Prioridade	Objeto	Tipo	Modalidade	Valor	Nome do Estabelecimento	Esfera de Gestão responsável pelo serviço	CNES	Natureza Jurídica	Esfera de Gestão Responsável pelo aporte financeiro (Estado ou Município)
Serra Catarinense	2021	1	Ampliação do espaço	CER	Física e Intelectual	Custo estimado será assegurada por meio da definição do valor paramétrico R\$/m ² , conforme a Portaria n.381/2017	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	2	Sala de estimulação precoce	CER	Física e Intelectual		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	3	Equipamentos sala estimulação precoce	CER	Física e Intelectual	Reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, III)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	4	Sala neurofuncional	CER	Física e Intelectual		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	5	Descentralização da toxina botulínica	CER	Física e Intelectual	Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV) Até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, a)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	6	Testes para avaliação neuropsicológica	CER	Física e Intelectual		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	7	Equipamentos sala neurofuncional	CER	Física e Intelectual		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2021	11	Air condicionado	CER	Física e Intelectual		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2022	8	Construção Oficina ortopédica	CER	Física e Intelectual	R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m ² ; (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, II)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2023	9	Equipamentos e outros materiais permanentes oficina ortopédica	CER	Física e Intelectual	até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais). (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, d)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal
Serra Catarinense	2024	10	Habilitação/Reabilitação profissionais Oficina ortopédica Equipe mínima composta por Coordenador da Oficina, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional e profissional de nível técnico em órtese e prótese. (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art.8º, III)	CER	Física e Intelectual	R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês; (Origem: PRT MS/GM835/2012, Art. 7º, IV)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,49536E+13	Municipal

REFERENCIAS

ALVES, R.C.P.; MOREIRA, K.C.R.; FRANCO, C.P.P.; OLIVEIRA, D.C. A percepção do paciente portador de ostomia com relação a sua sexualidade. **R. Interd.**v.6, n. 3, p. 26-35, jul.ago.set. 2013.

BERNARDES, L. C. G., MAIOR, I. M. M. L., SPEZIA, C. H.; ARAUJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 31-8, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília v. 10 n. 1 p. 2002.

GUIA DE SERVIÇOS DO SUS PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA, 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346251429_CARTILHA_DEFICIENTES_31.07.pdf
MANCUSSI, A.C. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinal. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 67-73, outubro 1998.

Manual Instrutivo da PMAQ. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, 2012, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

MARITA P. SISCÃO; CRISTIANO PEREIRA; ROBERTO L.C. ARNAL; MARCOS H. D.A. FOSS; LAÍS H.C. MARINO. **Trauma Raquimedular: Caracterização em um Hospital Público.** 2007. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD195.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf

MORAES, E.N.; BANDEIRA, E.M.F.S.; SILVA, D.F.; MEDEIROS, M.C.A.F. Rede assistencial de atenção à pessoa idosa. In: Moraes, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2008. p.665-78

MORETTO, L.C. **A Prevalência da Utilização da Fisioterapia entre a População Adulta Urbana de Lages, SC.** 2008 disponível em: http://www.uniplac.net/mestrado/dissertacoes/dissertacao_luciane_moretto.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. RELATÓRIO, 2011. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf.

PAOLILLO, F.R, PAOLILLO, A.R, CLIQUET JR, A. Respostas cardio-respiratórias em pacientes com traumatismo raquimedular. **ActaOrtop Bras** 2005;13(3):149-52.

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/APD.pdf>

SANTA CATARINA, Atenção Primária à Saúde - Atenção Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Teste do Pezinho Acesso em: 26/10/2020 <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/teste-do-pezinho/5429-teste-do-pezinho>. Às 16:50.

SANTOS, L.C.R. dos. **Lesão traumática da medula espinhal**: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982-1987. São Paulo, 1989. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Convenção da Pessoa com Deficiência** – ONU 2007. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Disability and Rehabilitation: Future, Trends and Challenges in Rehabilitation**. Geneva: WHO; 2002.



ANEXOS

Anexo I - Manual do centro especializado em reabilitação (física e intelectual) CER II UNIPLAC.



REDE DE CUIDADOS A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Raimundo Colombo

SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DE SANTA CATARINA

João Paulo Kleinubing

COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Flavia Brito

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Luis Carlos Pfleger

Reitor

FUNDAÇÃO DAS ESCOLAS UNIDAS DO PLANALTO CATARINENSE – FUNDAÇÃO UNIPLAC

Marco Aurélio de Liz Marian

Presidente

Elusa Camargo de Oliveira Machado

Diretora Executiva

GERENTE DE LABORATÓRIO DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Claudete Andrade De Oliveira

ELABORAÇÃO:

ENFERMEIRA DO CER II UNIPLAC

Ligiani Zilio Borges Marinho

REVISÃO:

PSICÓLOGO DO CER II UNIPLAC

Guilherme Secchi

ENFERMEIRO DO CER II UNIPLAC

André Roberto Faria





SUMÁRIO

Apresentação.....	6
Funcionamento do CER II/UNIPLAC.....	8
Horário de funcionamento e local.....	8
Equipe multiprofissional do CER II/UNIPLAC.....	8
Número de pacientes/mês atendidos	8
Encaminhamento do usuário	8
Acolhimento no CER II/UNIPLAC	9
Atendimento oferecidos.....	9
Modalidades de enquadramento	9
Exames complementares	11
Concessão e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	11
Atendimento aos ostomizados.....	11
Alta do usuário	12
Deslocamento e alimentação do usuário (Município x CER II/UNIPLAC)	12
Controle e acompanhamento dos atendimentos	12
Principais patologias atendidas pelo CER II/UNIPLAC	13
Transtorno do espectro do autismo - TEA.....	13

Pensando no diagnóstico..... 14

Deficiência intelectual 14

Lesão medular 16

Traumatismo crâneo encefálico - TCLE16

Paralisia cerebral 17

Amputados17

Deficiências congênitas, adquirida, hereditária e doença rara18

Pessoa ostomizada 19

Referências20

Apêndices21





APÊNDICES

Número	Tipo	
01	Formulário para encaminhamento Deficiência Física	20
02	Formulário para encaminhamento TEA	23
03	Contra Referência	25
04	Fluxograma	26
05	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	30
06	Alta do usuário	31
07	Exames Complementares	32
08	Controle de Frequência	33
09	Triagem Inicial	34
10	Evolução	38



APRESENTAÇÃO

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

A promoção dos direitos das pessoas com deficiência vem avançando nos últimos anos, por meio de políticas públicas que buscam valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidades.

Segundo o Guia de Serviços do SUS para Pessoas com Deficiência (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial primário até os transplantes de órgãos. É o único a garantir acesso integral, universal, igualitário e gratuito para a totalidade da população.

A pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos, de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007).

Em 2012, O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma nova conjuntura para o atendimento a população que vive com deficiência, através de portarias que instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e regulamentam os incentivos do componente especializado, o que nos fez revisitar nossos conceitos sobre qualidade do acesso na Atenção Básica.

Conforme a Diretriz intitulada: Atenção Básica à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS (2010), baseada na igualdade, na equidade e na disponibilização das condições para essa igualdade, a inclusão prevê a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidades, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida de excelência, sem exclusões. Quanto maior a convivência, sem discriminações, maior a inclusão. Por meio do relacionamento entre os indivíduos diferentes entre si, previsto na sociedade inclusiva, é que se constrói e se fortalece a cidadania.

Ainda citando a referência acima, toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e a avaliação de uma equipe multiprofissional (formada por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos entre outros). De igual forma, tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constituir obstáculo para sua inclusão educativa, laboral e social.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), compreende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física,

apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Já o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho, caracteriza a deficiência intelectual (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2010).

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo demográfico do ano de 2010, descrevem a prevalência dos diferentes tipos de deficiência e as características das pessoas que compõem esse segmento da população. A deficiência foi classificada pelo grau de severidade de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas





sobre suas funcionalidades seguindo as propostas do Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência. Considerando a população residente no país em 2010, 23,9% possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população seguidas de deficiência auditiva em 5,10%, e da deficiência mental ou intelectual em 1,40% (BRASIL,2012). No entanto, no que se refere a deficiência mental ou intelectual, tais estimativas não especificam as variações ou grau de deficiência. Segundo os dados do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 2,6 milhões de brasileiros apresentam deficiência intelectual/mental.

E neste sentido entendemos a clareza do termo acessibilidade, que se refere à possibilidade das pessoas chegarem aos serviços para atingirem o primeiro contato. Ao falarmos em acesso, logo nos vem em mente à necessidade de entender o que é o acolhimento que, segundo Brasil, (2008) ele dá significado e importância ao momento da chegada e a consequente trajetória do usuário pela unidade, onde o mesmo torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde. Sendo assim, o acolhimento é um ato de escuta, de empatia, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda como expectativa. Desafios para a gestão e para todos os profissionais, trazendo agora, um olhar equânime aos aspectos da assistência e do cuidado integralmente, independente de que nível de complexidade em que o usuário se encontre.

Para a efetivação das ações de cuidado em saúde é primordial que o usuário e família participem do processo. Para tanto, este projeto prevê a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento de trabalho pela equipe multidisciplinar do CER II/UNIPLAC. Esse instrumento considera o usuário como um ser histórico e suas necessidades individuais e coletivas inserido num contexto.

A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo de caso do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. O PTS, portanto, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o atendimento individual ou em grupo ao usuário, procedente da discussão de uma equipe interdisciplinar. Sua estrutura auxilia na definição de propostas de ação, incluindo a participação do usuário e da família.

O CER é um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sendo necessária a articulação de fluxos com a atenção básica, atenção especializada em reabilitação física e intelectual e a atenção hospitalar de urgência e emergência. Para isso, o fluxo de acolhimento aos deficientes no CER II será determinado conjuntamente com os municípios pactuados, considerando a lógica de funcionamento da rede.

Buscando facilitar este acolhimento inicial, propomos a utilização de formulários de encaminhamentos (apêndices 1 e 2) a serem preenchidos pelo médico da Unidade de Saúde. Este formulário é o instrumento através do qual a atenção básica fará a referência ao CER II/UNIPLAC.

A estrutura da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CER II/UNIPLAC) atenderá as cidades da Serra Catarinense dos municípios de: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São Jose do Cerrito, Urubici e Urupema.

Para a classificação dos pacientes com deficiência, será utilizado a Classificação Internacional de Doenças Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Código Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF).

Os itens a seguir foram apresentados e aprovados no dia 12 de março de 2015 na Comissão Intergestores Regionais da Serra Catarinense, através da ata nº 02/2015, e servirá como instrumento de informação e organização do CER II/UNIPLAC.





SOBRE O FUNCIONAMENTO CER II/UNIPAC

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E LOCAL:

O CER II/UNIPAC funcionará de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e 13h30 às 17h30 no Centro de Ciências da Saúde –

CCS, endereço: Avenida Castelo Branco, nº 140, Bairro: Universitário – CEP: 88509-900, Lages – Santa Catarina. Fone: 3251-1165 / 99982599.

Email: projeto_cer@uniplaclages.edu.br

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CER II/UNIPAC:

A equipe de atendimento é multiprofissional composta por: Responsável Técnico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional,

Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista, Músico, Assistente Social, Psicólogo, Médicos nas especialidades: Clínica geral, neurologia, neurologia pediátrica e ortopedia.

NÚMERO DE PACIENTES A SEREM ATENDIDOS:

Conforme equipe técnica supracitada e espaço físico, e baseado no instrutivo do Ministério da Saúde – Instrutivo de reabilitação auditiva, física e intelectual e visual CER e serviços habilitados em uma única modalidade) em sua versão atualizada e publicada em agosto de 2020 – Brasília.: Ministério da Saúde – 2013, o número de usuários atendidos no serviço:

- Reabilitação Física: 200 usuários/mês
- Reabilitação Intelectual: 200 usuários/mês

ENCAMINHAMENTO DO USUÁRIO:

O ingresso do usuário se dará através do encaminhamento da Unidade de Saúde, da rede hospitalar e/ou instituições como APAES, CRAS, CAPSs, entre outras, através da Atenção Primária de Saúde do município de origem do usuário, por meio do preenchimento do formulário específico (Apêndice 1 e 2), de acordo com o tipo de deficiência, física ou intelectual.



Neste encaminhamento devem constar os dados dos usuários, o diagnóstico clínico e as demais informações pertinentes, que justifiquem a entrada do usuário no CER II/UNIPLAC.

Uma vez iniciado este processo de encaminhamento, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do usuário encaminhará para **Central de Regulação de Lages** que verificará se o caso respeita os protocolos, e em caso positivo, será efetuado o agendamento do usuário para o CER II/UNIPLAC através do **SISREG**.

A regulação via **SISREG** é realizada de acordo com as informações e dados clínicos repassados através do formulário de encaminhamento (Apêndice 1 e 2, Formulário Física e Intelectual) onde o médico regulador deverá priorizar o encaminhamento através da classificação de necessidade:

- **Azul prioridade 3 - atendimento eletivo;**
- **Verde prioridade 2 - prioridade não urgente;**
- **Amarelo prioridade 1 - urgência, atendimento mais rápido o possível;**
- **Vermelho prioridade 0 - emergência, necessidade de atendimento imediato.**

Ressalta-se que é imprescindível o correto e completo preenchimento do formulário de encaminhamento, com a adequada documentação anexa. A equipe não estará autorizada a realizar o atendimento caso o encaminhamento não respeite os protocolos do CER II/ UNIPLAC, em caso contrário o paciente será referenciado aos serviços do município de origem (Apêndice 03 – Contra- Referência). **ACOLHIMENTO NO CER II/UNIPLAC:**

Após a seleção realizada pela regulação, o usuário será acolhido conforme o fluxograma (apêndice 4). Neste momento inicial será realizada triagem com a equipe multiprofissional, a fim de determinar as avaliações específicas para definição diagnóstica e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em seu plano terapêutico, o usuário poderá receber atendimentos em mais de uma especialidade.

Para que o usuário seja atendido faz-se necessário a presença de um acompanhante durante o atendimento. No caso do paciente ser menor de idade, a presença do responsável legal durante o período de avaliação é imprescindível. Após o início das terapias, outro cuidador maior de idade poderá acompanhar este paciente, desde que devidamente documentado. Em caso de mudança de acompanhante a equipe deverá ser comunicada. Será necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice 05).

Posteriormente a inserção no programa e PTS definido, o usuário/responsável assinará o termo de compromisso e ciência, com todas as regulamentações e critérios para a permanência no serviço, em duas vias, uma para o usuário e outra para o serviço.

ATENDIMENTOS OFERECIDOS:

- **Triagem inicial:** esta será realizada por dois ou três profissionais do serviço. Serão avaliados critérios específicos por área, para direcionar as possíveis avaliações e atendimentos subsequentes ao projeto terapêutico singular;

- **Avaliação especializada:** consulta médica, em fisioterapia, em psicologia, em fonoaudiologia, em terapia ocupacional, em enfermagem, neurologia, neurologia pediátrica, clínica geral e ortopedia, duração de 50 minutos, com retornos e/ou acompanhamento nos casos indicados;

- **Atendimento individualizado:** será realizado segundo PTS, com duração de no máximo 50 minutos, podendo ser realizada até duas vezes por semana;

- **Atendimento em grupo:** os mesmos serão realizados com no máximo até 15 usuários, uma vez por mês com a duração de 50 minutos;

- **Atendimento familiar:** este poderá ser em grupo ou individual, conforme a demanda, visa orientar e auxiliar os familiares no processo terapêutico.

MODALIDADE DE ENQUADRAMENTO:

- **Enquadramento experimental:** indicado quando a equipe tem dúvidas quanto ao diagnóstico e prognóstico do paciente. O enquadramento funciona como um período de experiência e tem **duração de até 3 meses**. Não é necessário que seja realizado por todas as especialidades. Estes casos deverão ser monitorados e ao final dos três meses serão rediscutidos em reuniões de equipe, para definição de conduta terapêutica, sendo proposta alta ou manutenção no tratamento. Neste caso, será indicado novo enquadramento;



- **Enquadramento curto período:** indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente.

Duração de 3 a 6 meses. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe.

- **Enquadramento médio período:** indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente.

Duração de 6 a 9 meses. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe.

- **Enquadramento longo período:** indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente.

Duração de 9 a 12 meses. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe.

- **Orientação individual:** procedimento de rotina em todas as especialidades com a finalidade de passar as informações necessárias para o paciente/família.

- **Orientação coletiva:** procedimento possivelmente comum a todas as especialidades, realizado com a finalidade de repassar informações necessárias para grupos de pacientes e/ou família. **Duração máxima de 12 encontros.** Serão estruturados conforme demanda.

- **Monitoramento:** Paciente permanece no serviço recebendo orientações e/ou intervenções semanais, quinzenais e mensais até a alta definitiva. Este enquadramento só será aplicado após o término de um dos períodos acima (curto, médio ou longo). Neste período o paciente tem direito a uma consulta médica, solicitação de exames, renovação de receitas e orientações dos profissionais que atendiam. O paciente permanece neste enquadramento conforme decisão da equipe que o atendia.

- **Não enquadramento:** o não enquadramento acontecerá quando o paciente não preencher os critérios de inclusão no serviço.

CRITÉRIOS DE NÃO ENQUADRAMENTO:

- o usuário que estiver sendo atendido por outro serviço especializado da rede, caso opte por permanecer no CER II/UNIPLAC deverá se desligar do outro serviço. Após assinar o TCLE afirma sua contratação com o CER. O CER II/UNIPLAC não se responsabiliza pela manutenção ou reinserção na vaga de outro serviço, após finalizar a modalidade de enquadramento oferecida pelo serviço;
- a mesma regra supracitada vale para os pacientes que são atendidos por outros profissionais que não estejam vinculados ao CER. O usuário deverá optar pela conduta terapêutica de um dos profissionais, evitando choque de conduta;
- o usuário não pode estar vinculado a dois serviços pelo **SUS**;
- quanto à deficiência intelectual, usuário que estiver entre 0 a 12 anos será preferencialmente enquadrado no serviço. O paciente que não apresentar este critério de idade terá seu caso discutido em equipe multidisciplinar e sua permanência dependerá dos objetivos a serem atingidos dentro do prazo limite do programa;
- usuário menor de idade sem a possibilidade de um responsável adulto que o acompanhe em todas as consultas;

- usuário que não tiver possibilidade de frequentar as terapias no período oferecido terá a opção de outro turno, desde que haja os profissionais nos dois turnos;
- pacientes com instabilidade hemodinâmica e/ou neurológica. Considerando os padrões normais:

Tabela dos parâmetros: sinais vitais

Adulto	Parâmetro
Pressão Arterial (PA)	120 x 80 mmhg
Frequência Cardíaca (FC)	80 – 110 bpm
Frequência Respiratória (FR)	16 – 20 mrpm
Temperatura	35,8 – 37,5Cº

Crianças	Parâmetro
Frequência Cardíaca (FC)	90 – 120 bcpm
Frequência Respiratória (FR)	20 – 32mrpm
Temperatura	36,0 – 36,7Cº

- **Observação:** Considerando parâmetros normais para crianças de 1 a 12 anos. Com base nos parâmetros dos sinais vitais e nível de consciência normal a equipe avaliará sobre o início do atendimento ou não, casos específicos serão analisados individualmente.
- Os casos de vulnerabilidade social, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno de déficit de atenção transtorno psicóticos, transtorno somatoformes, transtornos de personalidade, hiperatividade entre outros, receberão atendimento inicial, mas **não possuem critérios de enquadramento** para o serviço devido à patologia.
- O usuário que comparecer somente com objetivo de avaliação e tratamento de apenas uma especialidade, passará pela triagem inicial, mas não possui critério de enquadramento, e este será contra referenciado a cidade de origem;
- O usuário que **necessitar do atendimento pedagógico**, este deverá ser atendido no seu município de origem.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Caso o usuário necessite de algum exame complementar prescrito pelos médicos do CER II/UNIPLAC, este deve retornar ao seu município de origem, o qual deverá se responsabilizar pela execução do mesmo. O município de origem

deverá realizar ou agendar também, quando necessário, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para realização de exames e atendimentos.

O usuário poderá estar em terapia e aguardando o resultado de exames, bem como poderá retornar aos atendimentos assim que realizado o exame solicitado (apêndice 07).

CONCESSÃO E ADAPTAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM)

O CER II/UNIPLAC não contempla dentro da reabilitação física a confecção e concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), por não dispor de oficina ortopédica no serviço.

Entretanto, caso o usuário necessite de tecnologias assistidas, estas deverão ser prescritas somente pelos médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, membros da equipe CER II/UNIPLAC. Estes deverão realizar o preenchimento dos formulários necessários para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o usuário será encaminhado ao Centro Catarinense de Reabilitação do Estado de Santa Catarina (Oficina Ortopédica) para aquisição da OPM. Após este procedimento o paciente retorna diretamente para o CER II/UNIPLAC. Com consulta previamente agendada.

ATENDIMENTOS A OSTOMIZADOS:

Na rede hospitalar, quando o paciente estiver com alta programada, caberá ao hospital orientá-lo e/ou a família, a se deslocarem para Unidade de Saúde de origem para agendar para CER II UNIPLAC as intercorrências. Somente pacientes que residirem na Serra Catarinense poderão receber o 1º kit e orientações, no momento do tratamento da intercorrência, posteriormente efetuarão a contra referenciado ao município de origem para Secretaria Municipal de Saúde, onde será montado o processo juntamente com o laudo médico, para o fornecimento de equipamentos mensalmente, tais como: coletores e/ou de adjuvantes de proteção e segurança, cuja responsabilidade é dos municípios.

O serviço estadual às pessoas ostomizadas, receberá o processo da Gerência Regional de Saúde, oriundo da SMS que incluirá no cadastro estadual e liberará os materiais às Regionais de Saúde que posteriormente distribuirão aos municípios solicitantes.

Nos casos de intercorrências o usuário e/ou o seu cuidador, deverá abrir o processo na SMS do município de origem, que solicitará agendamento para a Central de Regulação de Lages e o usuário será encaminhado ao CER II/UNIPLAC, que realizará ações de orientação para o autocuidado, promoção da saúde e prevenção de complicações dos estomas.

ALTA DO USUÁRIO:

O usuário passará por tempo determinado e uma vez alcançado os objetivos funcionais traçados no PTS, o paciente terá alta do serviço, sendo contra referenciado para a rede de apoio. (Apêndice 03 e apêndice 06).

DESLOCAMENTO E ALIMENTAÇÃO DO USUÁRIO (MUNICÍPIO X CER II/UNIPLAC):

Quanto aos deslocamentos do usuário ao CER II/UNIPLAC, é de responsabilidade do paciente e/ou do município de origem. No que se refere à alimentação, é de exclusiva responsabilidade do usuário.

CONTROLE E ACOMPANHAMENTOS DOS ATENDIMENTOS:

O controle e evolução dos atendimentos realizados no CER II/UNIPLAC serão da seguinte forma:

- **Controle de Frequência:** realizado através da assinatura do paciente ou responsável em caso de menor idade. Se o paciente tiver 02 faltas consecutivas ou 03 alternadas sem justificativa (Apêndice 08) o mesmo será desligado dos atendimentos;

- **Prontuário de Tratamento Terapêutico, avaliação e evolução:** cada paciente terá seu prontuário, no qual constará: Ficha de identificação, documentação, encaminhamento, triagem inicial (Apêndice 09), avaliação específica por área, controle de frequência, evolução dos atendimentos realizados (Apêndice 10), exames, entre outros.

- **Nas evoluções:** as condutas realizadas deverão ser especificadas, estado geral do paciente, intercorrência. Além disso, em cada evolução o profissional deverá assinar e carimbar a sua conduta.

PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS PELO CER II/UNIPLAC

A seguir as doenças assistidas relacionadas a deficiências física e intelectual:

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Definição: Atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida, que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade (Decreto nº 5296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000).

Critérios de Elegibilidade do Setor de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo:

- **Pessoas com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo: deficiência intelectual;**
- **Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;**
- **Síndrome de Down;**
- **Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual.**

***TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

É uma desordem do neuro desenvolvimento de início precoce com manifestações que afetam a interação social, a capacidade de comunicação, e um padrão restrito de comportamentos. Cursa com diversas comorbidades, entre elas deficiência intelectual.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) o TEA apresenta os seguintes critérios:

1. Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de diferentes formas:

- a) Déficits na reciprocidade social, falha na conversação;
- b) déficits expressivos na comunicação não verbal como contato visual anormal e linguagem corporal, ou dificuldade no uso e compreensão de comunicação não-verbal, falta de mímica facial e gestos;
- c) incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento (exceto para cuidadores). Isso inclui falta de interesse nos outros, dificuldades em jogos imaginativos e fazer amizades, problemas em ajustamento comportamental em diferentes contextos.

2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas das maneiras:

- a) Comportamentos motores ou verbais estereotipados e repetitivos, uso repetitivo de objetos;

- b) excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, forte resistência a mudança;
- c) interesses restritos, fixos e anormalmente intensos;
- d) hiper ou hiporreatividade sensorial ou interesse sensoriais ambientais anormais

3.Os sintomas geralmente estão presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.

4.Os sintomas limitam o funcionamento adaptativo.

O CER II/UNIPLAC atenderá preferencialmente crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), até 12 anos de idade que não estejam em acompanhamento em outro serviço.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** 0 a 15 anos e 11 meses, prioridade até 12 anos;
- **Classificação:**
 - TEA leve;
 - TEA moderado.

- PENSANDO NO DIAGNÓSTICO

**TRANSTORNO DO ESPECTRO
DO AUTISMO - TEA**

TO - Avaliação funcional

Fono - Avaliação linguagem

Psicóloga: Avaliação comportamental;
Avaliação e Teste Cognitivo;

Neuro: História;
Exame neural;
Escala;
Diagnóstico funcional;



Medicamentos.

*DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A deficiência intelectual é definida como: “atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e socialidade”, (BRASIL. Decreto nº 5296/04, de 02 de dezembro de 2004).

A pessoa com deficiência é caracterizada como aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009).

A partir destas considerações, o governo federal instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), através da Lei nº12.764 de 27/12/12,“ (...) sendo esta pessoa considerada com deficiência para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2013, p.7).

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** Igual ou menor de 15 anos e 11 meses até o dia do acolhimento.
- **Classificação:**
- Deficiência intelectual leve;
- Deficiência intelectual moderada.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

Definição: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as

deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

1.a) Neuroreabilitação

- Todas as idades;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais:
 - o **Sequelas do Trauma,**
 - o **Paralisia Cerebral (PC),**
 - o **Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE),**
 - o **Trauma Raqui-Medular (TRM),**
 - o **Doença de Parkinson (DP),**
 - o **Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA),**
 - o **Esclerose Múltipla (EM),**
 - o **Acidente Vascular Encefálico (AVE);**
 - o **Patologias Nervosas Periféricas;**
 - o **Indivíduos com sequelas neurofuncionais de outras patologias e disfunções como: HIV, distrofias musculares, tumores.**

***LESÃO MEDULAR**

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular/ Ministério da Saúde (2012), considera-se lesão medular, como sendo qualquer acometimento aos componentes do canal medular (medula, cone medular e cauda equina), podendo acarretar alterações de ordens motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas.

Os pacientes serão classificados por meio do CID 10 e CIF, objetivando a verificação do estado de saúde, como doenças, distúrbios, lesões, entre outros (CID 10), bem como a funcionalidade e a incapacidade, associadas ao estado de saúde (CIF).

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Classificação:**
- Paraplegia- perda total das funções motoras dos membros inferiores;
- Paraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- Monoplegia- perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- Monoparesia- perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- Hemiplegia- perda total das funções motoras de um lado do corpo (esquerdo ou direito);
- Hemiparesia- perda parcial das funções motoras de um lado do corpo (esquerdo ou direito);
- Tetraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- Tetraparesia- perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- Triplegia – perda total das funções motoras em três membros.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC, está normatizado conforme as diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

***TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

Segundo a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico (2013), o traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido como sendo qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como, o comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vãos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Classificação: conforme citados acima:** Paraplegia, Paraparesia, Monoplegia, Monoparesia, Hemiplegia, Hemiparesia, Tetraplegia, Tetraparesia, Triplegia.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.148.p.

***PARALISIA CEREBRAL**

Segundo o Manual Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2013) define paralisia cerebral como sendo: lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** idade 0 a 16 anos, sendo a prioridade 12 anos;
- **Classificação:** Paraplegia, paraparesia, Monoplegia, Monoparesia, Hemiplegia, Hemiparesia, Tetraplegia, Tetraparesia e Triplegia.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com paralisia cerebral/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p.

***AMPUTAÇÃO**

Conforme a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada (2013), define amputação como termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. É importante salientar que a amputação deve ser sempre encarada dentro de um contexto geral de tratamento, não como a sua única parte, cujo intuito é prover uma melhora da qualidade de vida do paciente.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

Classificação:

- Fase pré- operatória;
- Fase pós- operatória;
- Pré- protetização;
- Pós- protetização;

- Amputação nos Membros inferiores (MMII)
- Amputação nos Membros superiores (MMSS)

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa amputada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.ed.1.reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.36.p.

***DEFICIÊNCIA CONGÊNITA, ADQUIRIDA, HEREDITÁRIA E DOENÇA RARA:**

A deficiência hereditária é aquela resultante de doenças transmitidas por genes, podendo manifestar-se desde o nascimento, ou aparecer posteriormente. A deficiência congênita é aquela que existe no indivíduo ao nascer e, mais comumente, antes de nascer, isto é, durante a fase intra-uterina. A deficiência adquirida é aquela que ocorre depois do nascimento, em virtude de infecções, traumatismos, intoxicações (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria nº 199 de 30 de janeiro de 2014, doença rara é aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos (1,3 para cada duas mil pessoas).

As doenças raras são caracterizadas por ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa.

No Brasil cerca de 6% a 8% da população (cerca de 15 milhões de brasileiros) pode ter algum tipo de doença rara. Estima-se que 80% das doenças raras têm causa genética, as demais têm causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras.

Aspectos Clínicos:

Quadro Clínico: diagnóstico médico de quadro clínico estável

Classificação:

- Deficiência Congênita;
- Deficiência Adquirida;
- Deficiência Hereditária;

- Doença Rara.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p. BRASIL. Secretaria da Educação Especial. A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: Brasília: MEC/SEESP, 2006. BRASIL. Portaria de nº199, de 30 de janeiro de 2014).

***PESSOA OSTOMIZADA**

O Manual Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2013), define ostomia como sendo uma intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal, para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

Classificação:

- **Colostomia e Ileostomia (estomas intestinais);**
- Colostomia Ascendente – As fezes são líquidas;
- Colostomia Transversa – As fezes são semilíquidas;
- Colostomia Descendente – As fezes são formadas;
- Colostomia Sigmóide – As fezes são firmes e sólidas.
- **Urostomia (estomas urinários);**
- **Fístulas cutâneas**

A seguir as doenças que podem levar a ostomia: **Ânus Imperfurado; Doenças Inflamatórias; Doença de Crohn; Colite**

Ulcerativa; Tumores (câncer); Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada e Traumas:

“Você é visto como se vê!!! Veja a ostomia como uma nova condição de vida, jamais como doença”



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2.ed.rev.atual – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.346.p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013, - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80.p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº793, de 24 de abril de 2012.

GUIA DE SERVIÇOS DO SUS PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA, 2012. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346251429_CARTILHA_DEFICIENTES_31.07.pdf

SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Convenção da Pessoa com Deficiência** – ONU 2007. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>



APÊNDICES

1-Formulário para encaminhamento Deficiência Física

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:	Data de Nascimento:	Nº Cartão Nacional do SUS
	____/____/____	
Sexo: () Masculino () Feminino	Cuidador () Familiar	() Amigo () Contratado
	Nome Cuidador:	
Endereço:	Telefone Celular:	
Bairro:	Telefone Residencial:	
Cidade:		
Médico Solicitante:	Contato:	
Diagnóstico Clínico:	CID:	
UBS:	Telefone da UBS:	

2) DADOS CLÍNICOS

Histórico da Doença:
Tratamentos Realizados:
Complicações relacionadas ao quadro:
Exames complementares Realizados: (anexar cópias)
Medicamentos Utilizados:
Tipo de Lesão
Lesado Medular: () Paraplegia

() Tetraplegia

Traumatismo Crâneo Encefálico (TCE)	() Hemiplegia () Tetraplegia () Outro: _____
Acidente Vascular Cerebral (AVE) () Isquêmico () Hemorrágico	() Hemiplegia D () Hemiplegia E
Amputação	() Membro: _____ () Nível: _____
Outro tipos de lesões (descrição):	
Estomias:	() Colostomia () Urostomia () Ileostomia () Jejunostomia



3) ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA)

Presença de escaras:	
() Sim () Não	Local/ região corporal:
() Controla urina e fezes	
() Estabelece comunicação coerente	() Sim () Não
() Paciente independente para transferências e mobilidade	() Sim () Não
() Paciente parcialmente dependente para transferências e mobilidade	
() Paciente dependente para transferências e mobilidade	

4) Necessidades Domiciliares: Uso de recursos/Órteses

Sistema Respiratório	Sistema Circulatório	Sistema Gastrointestinal	Sistemas Vesical/Intestinal
() Traqueostomia	() Acesso Venoso Periférico	() Gastro/Jejuno	() SVD () com irrigação

() sem irrigação

() Aspiração	() Acesso Venoso Central	() SNE	() SVA () Colostomia
() O2 contínuo	() Portocath	Dieta	Necessidade Domiciliares
() O2 S/N		() VO exclusiva	() Cama Hospitalar
		() VO/enteral	() Torpedo de Oxigênio
		() Enteral exclusiva	() Aspirador

Local, data, assinatura e carimbo do profissional

22





2- Formulário para encaminhamento TEA

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:	Data de Nascimento: ____/____/____	Nº Cartão Nacional do SUS
Sexo: () Masculino () Feminino	Cuidador () Familiar Nome Cuidador:	() Amigo () Contratado
Endereço:	Telefone Celular:	
Bairro:	Telefone Residencial:	
Cidade:		
Médico Solicitante:	Contato:	
Diagnóstico Clínico:	CID:	
UBS:	Telefone da UBS:	

2) DADOS CLÍNICOS

Histórico da Doença:
Tratamentos Realizados:
Complicações relacionadas ao quadro:
Exames complementares Realizados: (anexar cópias do Teste do pezinho, Teste da orelhinha/outros + carteirinha de saúde)

Medicamentos Utilizados:

Déficits sensoriais:

Atraso nos marcos motores:

Atraso na socialização:

Problemas de aprendizado Escolar (anexar relatório escolar)





3) ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

Controle urina?	Problemas comportamentais? Especifique:
() Sim () Não	Faz higiene sozinho após utilizar o banheiro?
Controla fezes?	() Sim () Não
() Sim () Não	Veste-se sozinho?
Alimenta-se sozinho?	() Sim () Não
() Sim () Não	Resiste em ser alimentado?

Apresenta fixação a rotinas?

() Sim () Não

() Sim () Não

Dificuldades para dormir?

() Insônia () Hipersonia

() Sim () Não

4) INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Interação Social	Linguagem	Bricadeiras		linguagem
() Busca isolamento	() Atraso na aquisição da	() Procura outras	() Expressa sentimentos de modo adequado	() Utiliza comun



<input type="checkbox"/> Resiste em receber afeto	<input type="checkbox"/> Utiliza gestos e expressões faciais para comunicar-se	<input type="checkbox"/> Brinca de forma estereotipada	<input type="checkbox"/> Apresenta tiques
<input type="checkbox"/> É cooperativa	<input type="checkbox"/> Nomeia objetos e brinquedos	<input type="checkbox"/> Compartilha brinquedos e brincadeiras	<input type="checkbox"/> Movimentos peculiares com as mãos e/ou balanceio do corpo
<input type="checkbox"/> Apresenta ansiedade em separar-se	<input type="checkbox"/> Utiliza sons peculiares (grunhidos, ecolalia)	<input type="checkbox"/> Excessivamente agressivo	<input type="checkbox"/> Contato visual pobre
<input type="checkbox"/> Procura atenção constantemente	<input type="checkbox"/> Inicia conversaçã com outras pessoas	<input type="checkbox"/> Hiperatividade	<input type="checkbox"/> Obsessão por algum objetivo/brinquedo/atividade
Comportamentos Atípicos			<input type="checkbox"/> Apresenta autoagressão
			<input type="checkbox"/> Apresenta rituais alimentares

Local, data, assinatura e carimbo do profissional

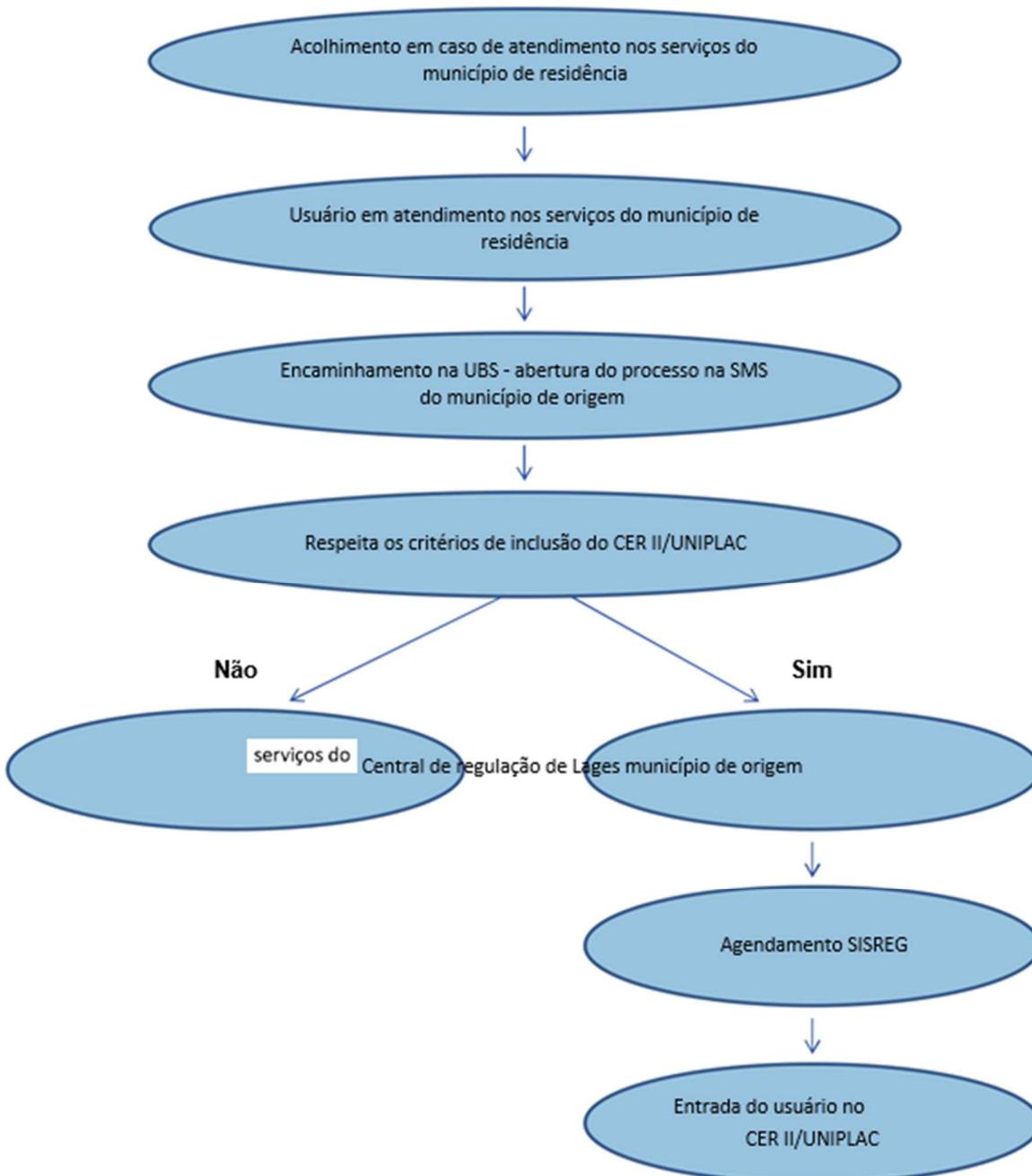
Nome:		Telefone:
Data de Nascimento:	Nome da Responsável:	
Data Início do Tratamento:	Data da Alta:	
Unidade de Saúde de Referência:		
Endereço:		
Terapeutas:		
Psicologia:		
Terapeuta Ocupacional:		
Fisioterapeuta:		
Fonoaudiologia:		
Descrição da demanda:		
Procedimentos (Tratamento/Orientações realizadas por profissão)		
Psicologia:		
Terapeuta Ocupacional:		
Fisioterapeuta:		
Fonoaudiologia:		
Análise		
Psicologia:		
Terapeuta Ocupacional:		
Fisioterapeuta:		
Fonoaudiologia:		
Comentários/Observações:		



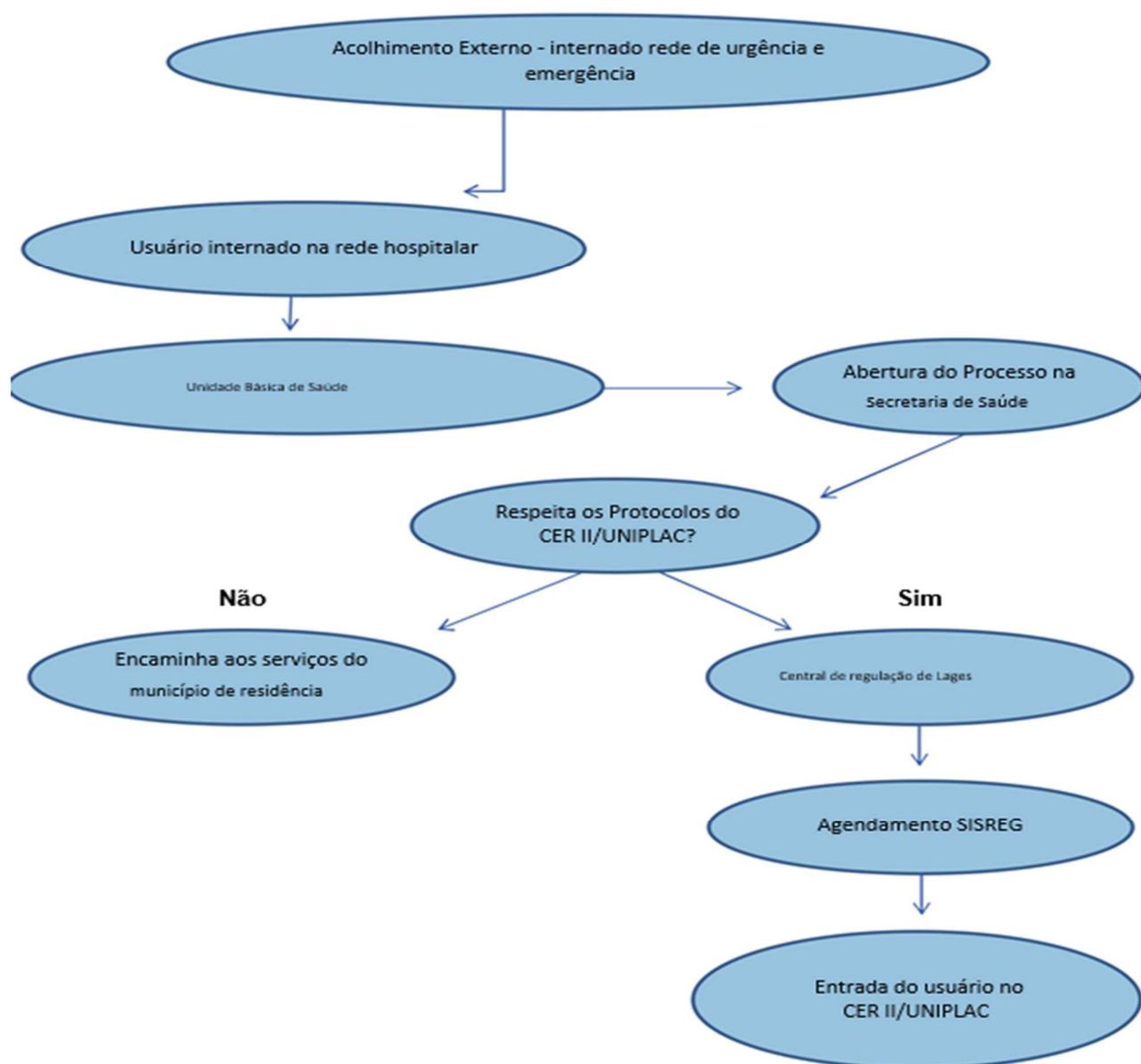
Data: 09/10/2020

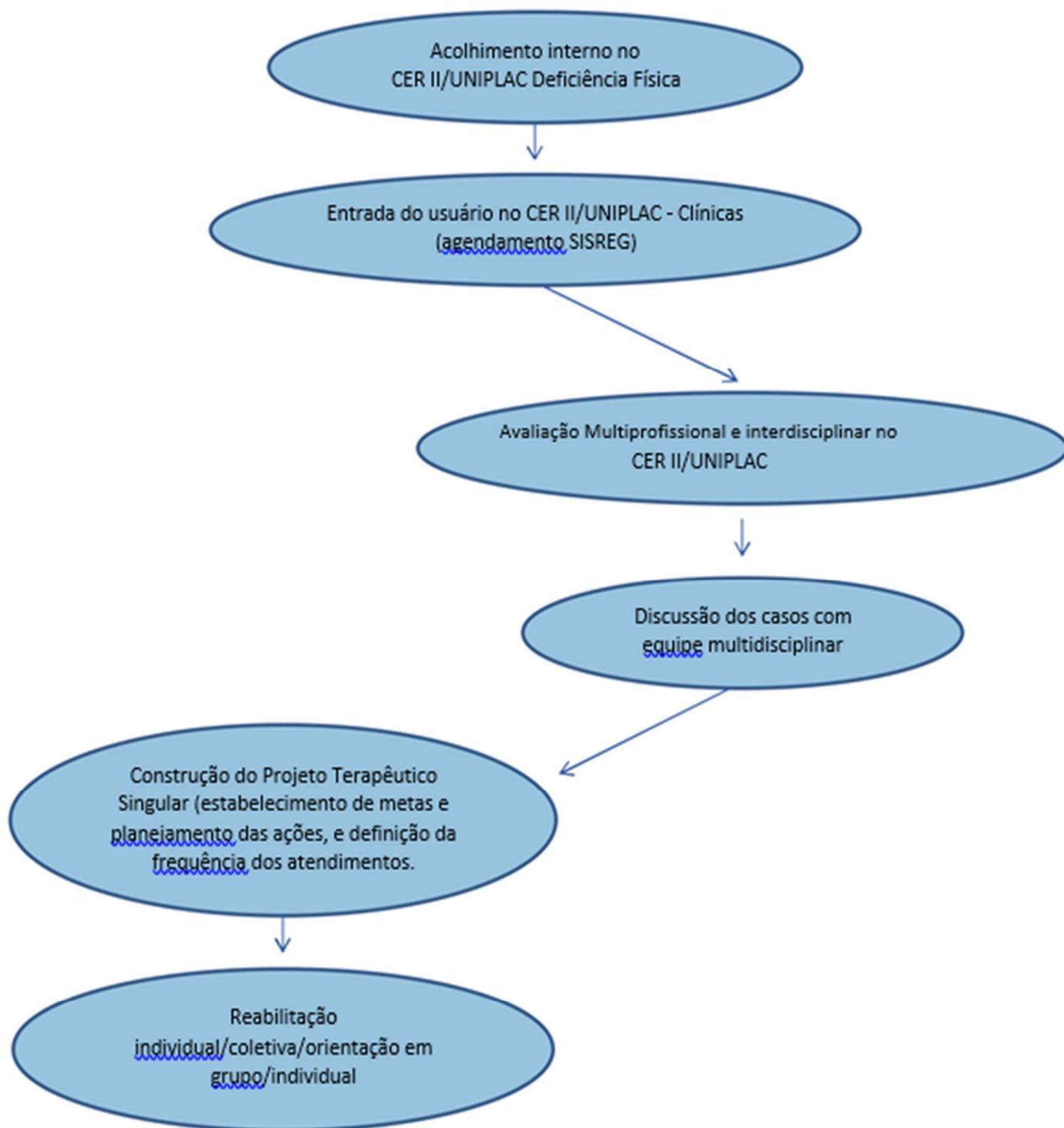
4- Fluxograma de Acolhimento

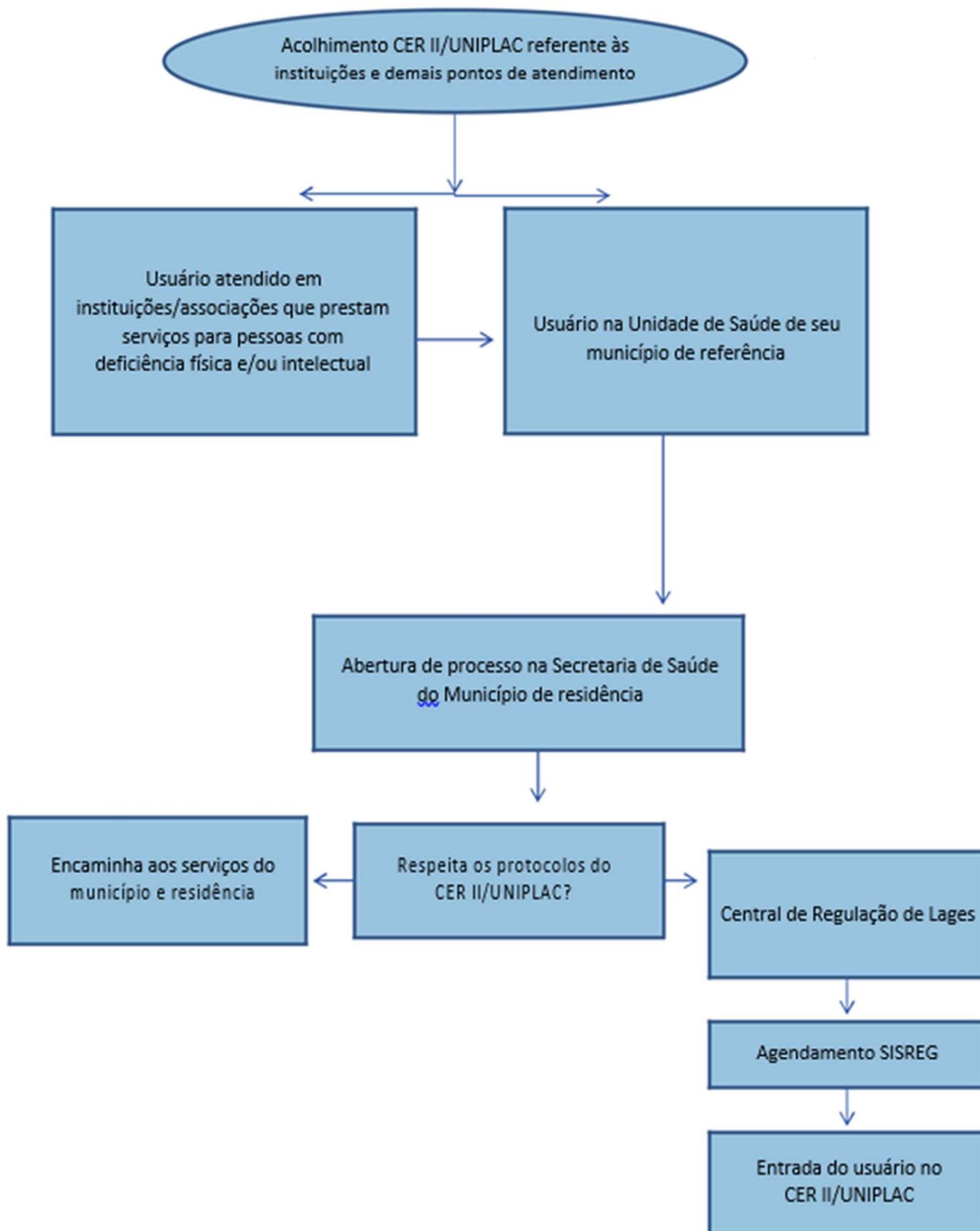
*Fluxograma em caso atendimento nos serviços do município de residência



Acolhimento Externo – internado rede de urgência e emergência







Eu, PACIENTE inscrito no CPF sob o nº, acompanhado de CUIDADOR declaro estar ciente das regras/condições de atendimento e prestação de serviços do Centro Especializado em Reabilitação CER II/Uniplac. Fui alertado que o CER II/Uniplac realizará o tratamento visando a reabilitação (intelectual, física e ostomia) do paciente. Sendo assim, comprometo-me a participar pontualmente, no horário agendado, de todos os atendimentos e tratamentos propostos.

Declaro expressamente que me foi alertado que as faltas sem justificativa não podem ultrapassar o limite de DUAS (02) faltas consecutivas. Em consultas, entrevistas, atendimentos ou outra atividade mesmo que justificadas e devidamente comprovadas, não podem ultrapassar o limite de TRÊS (03) alternadas, sob pena de ser automaticamente excluído dos serviços prestados pelo CER / UNIPLAC, tendo de aguardar posteriormente o prazo mínimo de um ano para buscar novamente o serviço, respeitando todos os critérios de agendamento.

Ressalta-se que são tolerados atrasos de no máximo, DEZ (10) minutos a partir do horário pré-agendado, sendo considerado falta o não comparecimento do paciente após este período. Também fui informado de que pode haver recusa a participação nos atendimentos, de acordo com a avaliação inicial, bem como o usuário pode desistir totalmente do tratamento proposto pela equipe a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, embora precise informar sua desistência a equipe do CER II / UNIPLAC e a o Município que fez seu encaminhamento.

É assegurada a assistência durante todo o tratamento, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre os atendimentos e suas evoluções. Enfim, tudo que eu queira saber antes, durante e depois de todas as fases do tratamento.

Declaro ter recebido também os esclarecimentos necessários sobre alta dos atendimentos do CER II – Uniplac e encaminhamento para outros serviços de atendimento nos municípios de origem para prosseguimento do tratamento, se necessário.

No caso de paciente menor de 18 anos, é OBRIGATÓRIO a presença do acompanhante no CER durante o período de atendimento do paciente.

Assim, tendo sido orientado quanto ao teor de todas as informações aqui mencionadas, e compreendendo a natureza e o objetivo do CER II – Uniplac, aceito a participação em todos os tratamentos definidos pela equipe interdisciplinar e estou totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela utilização ou participação dos serviços do CER II – Uniplac. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este tratamento devo ligar para o CER, (49) 3251-1165 ou (49) 99982-5929 e também por e-mail no projeto_cer@uniplaclages.edu.br

Desta forma, autorizo:

	SIM	NÃO
Fotocópia dos resultados de exames laboratoriais e de imagem		
Gravação de voz e imagens pessoais durante alguns atendimentos no CER		
Gravação de voz e imagens pessoais durante alguns atendimentos domiciliares		
Compilação dessas informações para fins acadêmicos, científicos e publicação		

Estou ciente que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma me identificar, será mantido em sigilo. Preceitos estes assegurados pela RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de DEZEMBRO de 2012.

Lages/SC, DATA

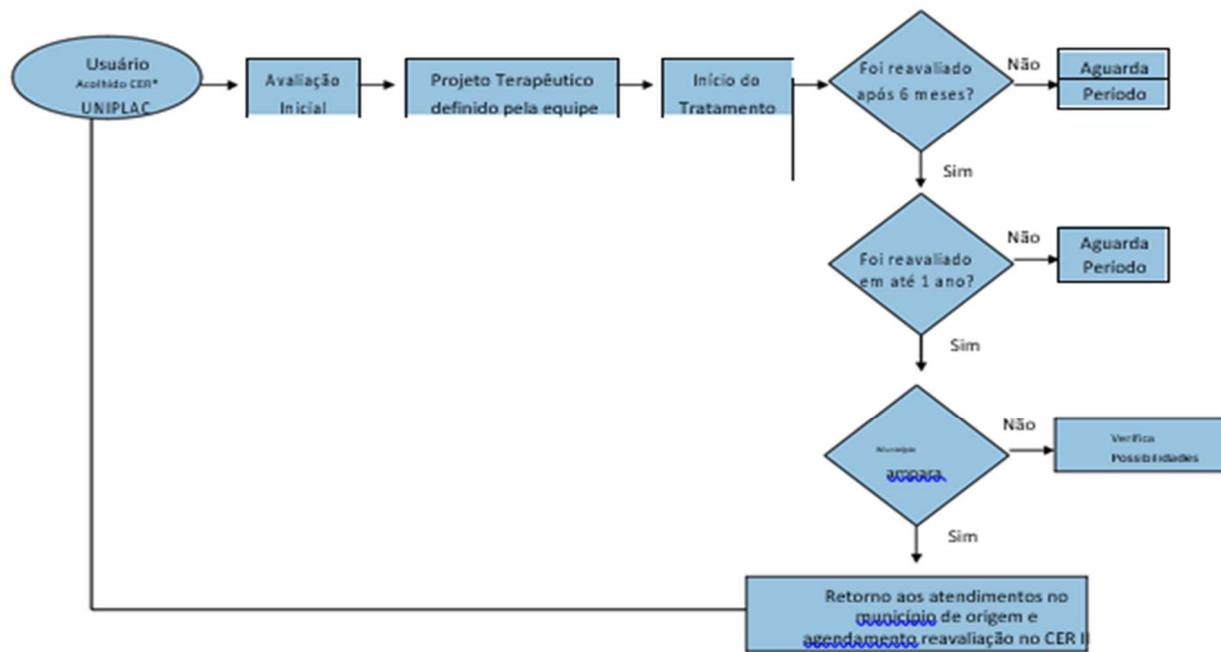
Assinatura do Paciente/Responsável



6- Alta do usuário

6- Alta do usuário

Fluxograma de Alta do Paciente



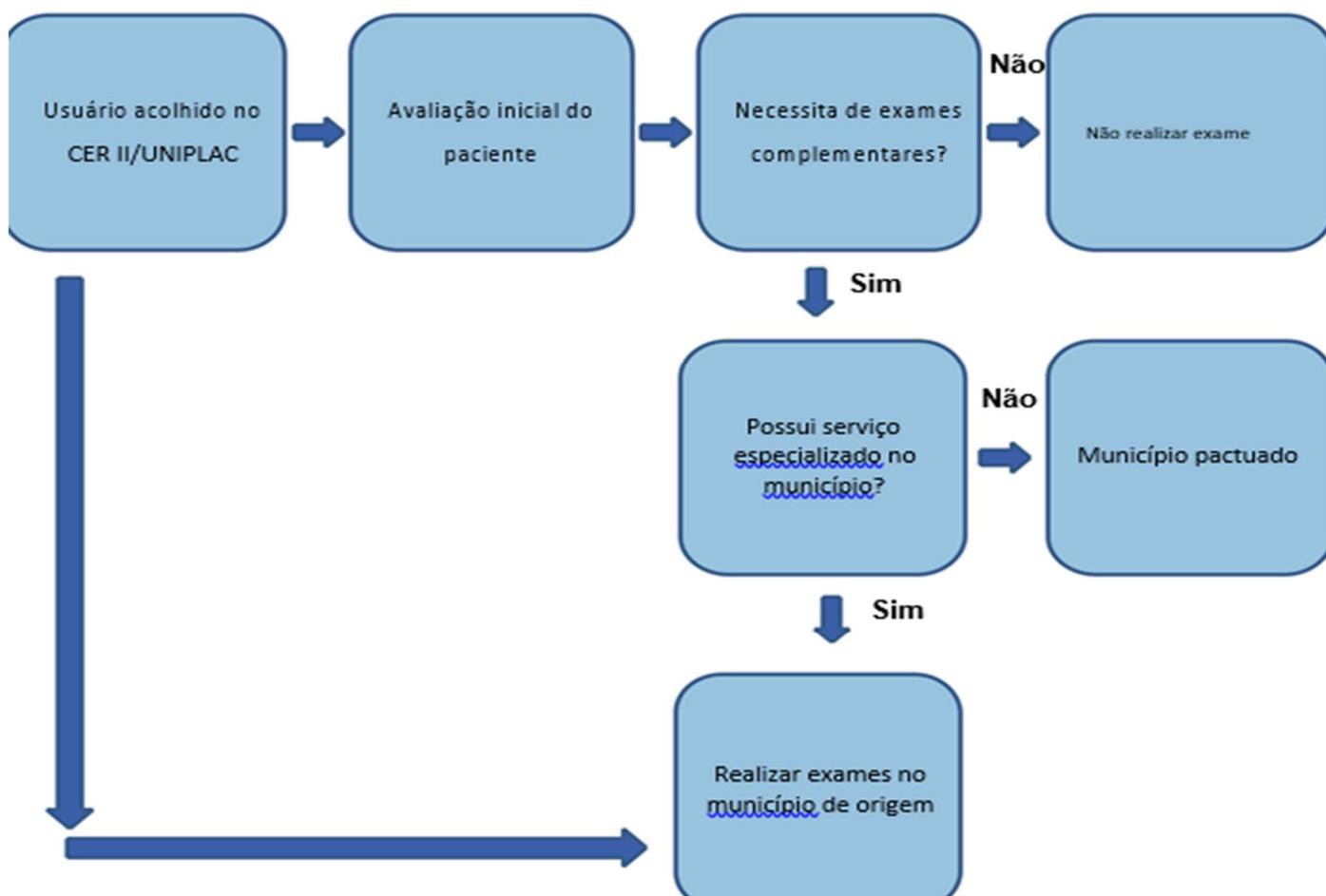


7- Exames Complementares

Caso o usuário necessite de algum exame complementar, prescrito pelos médicos do CER II/UNIPLAC, este respeitará o fluxo de concessão de exames aprovados pela CIR da Serra Catarinense.

O usuário será encaminhado para o seu município de origem, que deverá realizar ou agendar, quando necessário, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Depois de realizado o exame, o paciente retornará diretamente para o CER II/UNIPLAC.

FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO DE EXAMES COMPLEMENTARES



m



9- Triagem Inicial - Adulto

Nome:	
Data de Nascimento:	Idade
Grau de escolaridade:	Profissão antes da lesão:
Nome do Pai:	Profissão
Nome da Mãe:	Profissão
Filhos:	
Endereço	
Responsável/Cuidador:	Fone:
Data de entrada:	

DADOS CLÍNICOS

Tipo de Deficiência: () Física
CID 10:
Queixas principais:
Paciente:
Cuidador:
Sinais e sintomas (Tempo da doença, o que ocasionou...):
Tem dificuldade nas AVD's () Alimentação () Higiene/Vestuário () Locomoção () Trocas/Transferências () Lateralidade () Destro () Canhoto () Ambidestro

INDICATIVOS COGNITIVOS

Alteração de Humor () Irritado () Explosivo () Perda de interesse () Ansioso () Bem humorado
Esperança em relação ao futuro (Paciente x Cuidador)
Alteração do sono?
Nota alteração de comportamento após a doença?
Sistema cognitivo: presença de esquecimento () sim () não () n. f. p. a.
Estado mental: presença de alterações da senso-percepção () sim () não () n. f. p. a.
Nível de consciência : () 1. Orientado e obedece a instruções simples; Não reconhece cores e números () 2. Desorientado, mas pode obedecer a instruções simples; () 3. Desorientado, não obedece a instruções simples; () 4. Não mantém contato.

DADOS SOBRE ALIMENTAÇÃO

Alergia/intolerância alimentar () Sim – Quais _____ () Não
Utensílios utilizados () Copo normal () Copo Adaptado () Colher () Garfo () Faca () Outros _____
Consistência () Líquido () Sólido () Pastoso () Todas
Postura em que se alimenta: () Deitado () Inclinado () Sentado
Apresenta engasgo ou tosse: () Saliva - Comida: Solida () Líquida () Pastosa () Todas ()

DADOS SOBRE A LINGUAGEM

Apresenta dificuldades na fala () Sim _____ () Não
Compreende o que o outro fala () Sim _____ () Não ????
Consegue expressar suas necessidades, sentimentos e ideias () Sim _____ () Não
Faz uso de aparelho auditivo () Sim _____ () Não

USO DE DROGAS

Cigarro () Sim – Quantas cigarros por dias _____ () Não
Álcool () Sim – Frequência semanal _____ () Não
Outras drogas () Sim – Quais _____ () Não
Praticava atividades físicas () Sim _____ () Não

DOENÇAS CRÔNICAS

() Pressão Alta () Diabetes () Insuficiência Renal () Problemas respiratórios () Outras Quais? Rinite e sinusite
--

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Aposentado () Sim () Não	Recebe auxílio doença () Sim () Não
Utiliza algum serviço da rede pública () APAE () Fisioterapia () Fonoaudiologia () Terapia Ocupacional () Associação	
Qual o meio de locomoção até a clínica () Carro próprio/Terceiros () Carro/ambulância da saúde () Ônibus	



10- Triagem Inicial - Infantil

Nome:	
Data de Nascimento:	Idade
Grau de escolaridade	Escola
Nome do Pai:	Profissão
Nome da Mãe:	Profissão
Irmãos:	
Endereço:	
Responsável/Cuidador:	Fone:
Data de entrada:	

DADOS CLINICOS

Tipo de Deficiência: () Intelectual () TEA () Leve () Moderado CID 10
Queixas principais:
Paciente:
Cuidador:
Sinais e sintomas:
História do Nascimento Tipo de parto () Normal () Cesária () Quantas semanas de gestação? _____ Peso nascimento: _____ Problemas durante o parto? () Sim _____ () Não Idade que foi notada a doença: _____
Tem dificuldade nas AVD's () Alimentação _____ () Higiene/Vestuário _____ () Locomoção _____ () Trocas/Transferências _____
Presença de escaras ou lesões na pele: () Sim – Qual membro: _____ () Não
Faz uso de algum dispositivo auxiliar () Sim – Qual: _____ () Não

DADOS SOBRE ALIMENTAÇÃO

Alergia/intolerância alimentar () Sim – Quais _____ () Não
Utensílios utilizados () Mamadeira () Copo normal () Copo Adaptado () Colher () Garfo () Faca () Sonda Naso () Sonda Gastrostomia () Sonda Jejunostomia

Consistência () Líquido () Sólido () Pastoso () Todas
Postura em que se alimenta: () Deitado () Inclinado () Sentado
Apresenta engasgo ou tosse: () Saliva - Comida: Solida () Líquida () Pastosa () Todas ()

DADOS SOBRE A LINGUAGEM

Apresenta dificuldades na fala () Sim () Não
Compreende o que o outro fala () Sim () Não
Consegue expressar suas necessidades, sentimentos e ideias () Sim () Não
Já fez exame auditivo? () Sim, qual? _____ () Não

DOENÇAS CRÔNICAS

() Pressão Alta () Diabetes () Insuficiência Renal () Problemas respiratórios () Outras Quais? _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Recebe auxílio doença: () Sim () Não
Utiliza algum serviço da rede pública () APAE () Fisioterapia () Fonoaudiologia () Terapia Ocupacional () Associação
Qual o meio de locomoção até a clínica () Carro próprio/Terceiros () Carro/ambulância da saúde () Ônibus

INDICATIVOS COGNITIVOS

Alteração de Humor () Irritado () Explosivo () Perda de interesse () Ansioso () Bem humorado
Esperança em relação ao futuro (Paciente x Cuidador)
Alteração do sono?
Nota alteração de comportamento após a doença? () Sim _____ () Não
Sistema cognitivo: presença de esquecimento () sim () não () n. f. p. a.
Estado mental: presença de alterações da senso-percepção () sim () não () n. f. p. a.
Nível de consciência : () 1. Orientado e obedece a instruções simples; () 2. Desorientado, mas pode obedecer a instruções simples; () 3. Desorientado, não obedece a instruções simples; () 4. Não mantém contato.

OUTRAS INFORMAÇÕES

() Sonda Vesical Demora – Sonda Externa () Cateterismo intermitente de Alívio

<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Uripem - Frasco
<input type="checkbox"/> Bom controle urinário	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
Medicamentos:	
1 N: _____	Dosagem M: _____ T: _____
2 N: _____	Dosagem M: _____ T: _____
3 N: _____	Dosagem M: _____ T: _____
4 N: _____	Dosagem M: _____ T: _____
5 N: _____	Dosagem M: _____ T: _____
Cirurgia previa:	
<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
Trouxe exames e/ou laudos	
<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	
Preenche os critérios para participar do CER	
<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não	

Assinatura do profissional responsável pela avaliação

Assinatura do paciente e/ou responsável

Anexo II - Deliberações CIR



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE
 COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 34/CIR SERRA CATARINENSE/2020

A Comissão Intergestora Regional - CIR Serra Catarinense, com base nas suas competências regimentais e no uso de suas atribuições, em Reunião Ordinária Coronavírus (COVID - 19) via Videoconferência do dia 29 de Outubro de 2020, no horário das 10h30m;

RESOLVE:

APROVAR A ATUALIZAÇÃO (2020) NO CORPO DO REGIMENTO INTERNO DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE (RCPD - SERRA CATARINENSE).

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes
 Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
 Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7656
 E-mail: cmslages@saudelages.sc.gov.br



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE
 COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 35/CIR SERRA CATARINENSE/2020

A Comissão Intergestora Regional - CIR Serra Catarinense, com base nas suas competências regimentais e no uso de suas atribuições, em Reunião Ordinária Coronavírus (COVID - 19) via Videoconferência do dia 29 de Outubro de 2020, no horário das 10h30m;

RESOLVE:

APROVAR A FORMAÇÃO DO GRUPO CONDUTOR DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE (RCPD - SERRA CATARINENSE), CONFORME OS DITAMES DA COMPOSIÇÃO DESCRITA NA ATUALIZAÇÃO (2020) DO REGIMENTO INTERNO DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE (RCPD - SERRA CATARINENSE).

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes

Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
 Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7656
 E-mail: cmslages@saudelages.sc.gov.br



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE
 COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 36/CIR SERRA CATARINENSE/2020

A Comissão Intergestora Regional - CIR Serra Catarinense, com base nas suas competências regimentais e no uso de suas atribuições, em Reunião Ordinária Coronavírus (COVID - 19) via Videoconferência do dia 29 de Outubro de 2020, no horário das 10h30m;

RESOLVE:

APROVAR A ATUALIZAÇÃO, AJUSTES E NOVAS INCLUSÕES DE SERVIÇOS NO PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE (RCPD - SERRA CATARINENSE), CONFORME AS DILIGÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONVÉM SALIENTAR QUE, DE FORMA CONJUNTA, COM O PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE FORAM APRECIADOS E POSTERIORMENTE APROVADOS OS PLEITOS DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE.

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes

Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
 Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7656
 E-mail: cmslages@saudelages.sc.gov.br



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE
 COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 37/CIR SERRA CATARINENSE/2020

A Comissão Intergestora Regional - CIR Serra Catarinense, com base nas suas competências regimentais e no uso de suas atribuições, em Reunião Ordinária Coronavírus (COVID - 19) via Videoconferência do dia 29 de Outubro de 2020, no horário das 10h30m;

RESOLVE:

APROVAR A COORDENAÇÃO DO GRUPO CONDUTOR DA REDE REGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE (RCPD - SERRA CATARINENSE), TAL QUAL SEGUE:

- **COORDENADORA GERAL: ELUZA CAMARGO**
- **VICE COORDENADORA: JULIA CRISTINA MARIAN.**

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes

Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
 CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
 Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7656
 E-mail: cmslages@saudelages.sc.gov.br

Anexo III - Regimento Interno do Grupo Condutor da RCPD Serra Catarinense

REGIMENTO INTERNO DO GRUPO CONDUTOR DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) SERRA CATARINENSE SC 2020.

CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º - O Grupo Condutor da Rede de RCPD é um órgão representativo das instituições que compõe e se articulam com a Rede de atenção à saúde da região, de caráter propositivo.

Art. 2º - O Grupo Condutor da RUE reger-se-á por este instrumento, que deverá ser legitimado pela CIR.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

Art. 3º - Ao Grupo Condutor entende-se os seguintes objetivos:

- a) Representar o espaço formal de discussão das ações necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de RCPD Regional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional, constituindo espaço de discussão técnica em apoio à Comissão Intergestores Regional – CIR;
- b) Permitir que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas do SUS nos seus vários níveis dentro da Região;
- c) Constituir-se em uma instância participativa das Regiões de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, além dos órgãos reguladores, prestadores de assistência direta e indireta, dedicada aos debates, elaboração de proposições e pactuações sobre as políticas de organização e a operação da Rede de Urgência e Emergência da Região Serrana de Santa Catarina;
- d) Cumprir por meio da CIR (Comissão Intergestores Regionais) da Região Serrana de Santa Catarina e CIB (Comissão Intergestores Bipartite) as normas do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos de Saúde, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Enfermagem e/ou outras instâncias

normativas da área de urgências;

- e) Ser órgão de assessoria para o tema de deficiências junto a CIR da Região Serrana de Santa Catarina, participando da elaboração de projetos e pareceres por demanda da CIR, dos Conselhos de Saúde ou pelos gestores do SUS;
- f) Assessorar a implementação, manutenção e gestão da Rede de Urgência e Emergência nos municípios da Região Serrana de Santa Catarina

CAPÍTULO III – DA CONSTITUIÇÃO

Art. 4º - O Grupo Condutor da RCPD está organizado de modo a fomentar a implantação, implementação e o monitoramento dos componentes que compõe a Rede de atenção à saúde, visando atender as políticas públicas de Saúde da Região.

Art. 5º - O Grupo Condutor da RCPD será composto por membros titular e suplente dos órgãos e das entidades a seguir:

- a) Um representante da Regional de Saúde;
- b) Um representante da Atenção Primária definido pela CIR;
- c) Um representante do programa SAD (Programa Melhor em Casa);
- d) Um representante regional da Comissão Permanente de Integração Ensino- Serviço (CIES);
- e) Um representante de cada unidade hospitalar que possui alguma habilitação junto ao Ministério de Saúde;
- f) Um representante das Equipes de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Lages
- g) Um Representante de UPA;
- h) Um representante da vigilância epidemiológica;
- i) Um representante da Câmara Técnica de Regulação da Região;
- j) Um representante da Secretaria de Saúde de cada município da Região Serrana sede dos hospitais com habilitação em cuidados prolongados.
- k) Representante das APAES.
- l) Representante do Conselho da pessoa com deficiência.
- m) Representantes do CER II.
- n) Representante da Educação.
- o) Representante da Assistência Social.

Art. 6º - A gestão das atividades do Grupo Condutor competirá ao Coordenador, Vice-coordenador e Secretário, os quais serão definidos por indicação dos demais membros, sendo sua posse registrada formalmente em ata.

§ 1º O mandato é por prazo indeterminado e possíveis substituições acontecerão em comum acordo em reunião do Grupo Condutor.

Art. 7º - Poderá ser apreciada a inclusão de novos membros a qualquer momento, conforme demanda do grupo e discutido o assunto em reunião.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO:

Art. 8º - O Grupo Condutor reunir-se-á mensalmente em reunião ordinária, com pauta definida com antecedência de pelo menos, 7 (sete) dias.

Art. 9º - Serão lavradas as atas resumidas de todas as reuniões, constando a relação dos presentes, justificativas dos ausentes, registros das decisões e encaminhamentos.

Art. 10 - As reuniões do Grupo Condutor ocorrerão, em primeira chamada, com a presença de 50% mais um (cinquenta por cento, mais um) de seus membros e, em segunda chamada, (15 minutos após o horário de início) com qualquer quórum.

§ 1º Na ausência do Coordenador, o Vice coordenará a reunião.

Art. 11 - As decisões poderão ser tomadas por maioria simples, respeitadas as condições anteriores.

Art. 12 - Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pela Coordenação do Grupo Condutor, pela Coordenação Estadual da RCPD, ou por qualquer um de seus membros, desde que apoiados por, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos demais representantes.

Art. 13 - A ausência dos membros às reuniões do Grupo Condutor deverá ser justificada, por escrito, à Secretaria.

Art. 14 - O não comparecimento do membro titular ou suplente a duas (2) reuniões seguidas ou três (3) alternadas do Grupo Condutor sem justificativa, conforme artigo 13, sujeitará ao membro a exoneração de sua participação no Grupo Condutor.

§1 Fica a critério dos membros do Grupo Condutor a escolha ou não de membro substituto ao exonerado, decisão essa que acontecerá na reunião em que se registrar a exoneração do membro.

§2 Cabe à Secretaria do Grupo Condutor notificar ao membro faltante, sua exoneração.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS

Art. 15 - O titular deverá comparecer assiduamente às reuniões e, no impedimento, seu suplente.

Art. 16 - Subsidiar o Grupo Condutor sobre a proposta de atendimento de sua instituição, suas disposições e dificuldades.

Art. 17 - Estimular a proatividade e co-responsabilidade dos atores na implementação da Rede.

Art. 18 - Informar com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, mudanças na sua instituição que possam alterar os compromissos assumidos com a Rede de Urgência e Emergência.

Art. 19 - Compartilhar conhecimento e informações (individuais/institucionais) para embasamento do processo de discussão.

Art. 20 - Manter a sua instituição informada, divulgando as deliberações e fazendo valer no seu âmbito as deliberações do Grupo Condutor.

Art. 21 - Representar o Grupo Condutor junto à sua instituição, divulgando a RCPD e o próprio Grupo Condutor e participar em atos, por delegação do Grupo.

Art. 22 - Avaliar o atendimento às emergências das diversas instituições, considerando a vocação e peculiaridades de cada serviço, de acordo com sua hierarquização e territorialização dos serviços, requisitando garantias das instituições em relação às áreas técnicas de sua responsabilidade.

Art. 23 - Apresentar, discutir e recomendar os serviços e ações da RCPD, o conhecimento das normativas que regem a mesma, no seu âmbito de responsabilidade, em consonância com as diretrizes nacionais.

Art. 24 - Atuar junto aos órgãos públicos, à iniciativa privada (filantrópicos), no sentido de buscar a participação e contribuição para implementação do Sistema de Saúde.

Art. 25 - Propor o desenvolvimento de pesquisas e campanhas de esclarecimento e promoção da saúde e prevenção.

Art. 26 - Mediar às relações estabelecidas entre os componentes da Rede.

Art. 27 - Realizar o monitoramento dos componentes habilitados pelo Ministério da Saúde, na RCPD anual.

Art. 28 - Realizar o relatório do monitoramento, conforme orientações do Ministério da Saúde, no prazo estabelecido, conforme orientação da Coordenação Estadual da RCPD.

Art. 29 - Realizar a implementação e revisão da grade de referência e contra-referência, conforme a construção das Redes de Atenção à Saúde.

Art. 30 - Construir critérios de monitoramento (agregando indicadores de qualidade), realizando avaliação continuada, e análise das metas a serem atingidas pela RCPD.

Art. 31 - Desenvolver instrumentos para avaliação e ser responsável pela definição da utilização dos recursos de custeio de implementação da RCPD.

Art. 32 - Avaliar e propor conforme necessidade, alterações no Fluxo de Atendimento e RCPD;

Art. 33 - Acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas nos termos de referência pactuados, referente às habilitações com as unidades do componente Hospitalar de cuidados prolongados. Art. 34 - Apoiar o desenvolvimento dos recursos humanos RCPD, por meio das atividades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Art. 35 - Colaborar para o desenvolvimento de ações estratégicas para ao desenvolvimento da RCPD, priorizando as doenças e agravos de maior relevância na Região e no Estado.

Art. 36 - Participar da implementação das linhas de cuidado prioritárias (AVC, IAM e TRAUMA) de forma integrada com outras áreas afins.

CAPÍTULO VI – DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 37 - Será composta por três (03) membros, o Coordenador(a), o Vice – coordenador(a) e o Secretário(a);

- a) A coordenação do Grupo Condutor será escolhida por seus pares;
- b) A duração de mandato será por prazo indeterminado, e possíveis substituições acontecerão em comum acordo em reunião do Grupo Condutor;
- c) Os membros da Secretaria Executiva poderão ser substituídos, por decisão do Grupo Condutor, respeitando o artigo 11. Toda substituição na composição da Secretaria Executiva será discutida com o Grupo Condutor e acordada com o mesmo;
- d) O Serviço de apoio administrativo será de responsabilidade da Regional de Saúde;

Art.38 - Das atribuições da Secretaria Executiva:

- a) Operacionalizar as decisões do Grupo Condutor;

- b) Instrumentalizar o Grupo Condutor para o planejamento das ações da Rede de Urgências e Emergências;
- c) Representar regularmente o Grupo Condutor junto à CIR, aos Conselhos de Saúde e outras instâncias de interesse ao objeto do Grupo;
- d) Discutir, divulgar e apoiar a aplicação das normatizações;
- e) Enviar mensalmente a memória das atividades do Grupo Condutor para os seus membros, para a Coordenação Estadual da RCPD, assim como elaborar e divulgar as atas das reuniões;
- f) Informar às instituições que compõem o Grupo Condutor sobre as decisões tomadas em suas reuniões;

CAPITULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39 - O Regimento Interno poderá ser modificado em reunião ordinária ou extraordinária, desde que convocada especificamente para este fim e com aprovação de 50 % + 1 (cinquenta por cento, mais um) dos membros do Grupo Condutor da RCPD;

Art. 40 - O Regimento Interno entra em vigor a partir da sua aprovação pela Comissão Intergestores Regional (CIR) da Serra Catarinense.

Art. 41 - Quaisquer modificações do Regimento Interno deverão ser submetidas à aprovação da CIR para entrarem em vigor.

Lages, 29 de outubro de 2020.



PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA



MAMACRORREGIÃO DO MEIO OESTE CATARINENSE

Novembro 2020



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CARLOS MOISÉS DA SILVA- - GOVERNADOR
DANIELA CRISTINA REINEHR- VICE- GOVERNADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DR. ANDRÉ MOTA RIBEIRO - SECRETÁRIO

SUP. DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
DR. RAMON TARTARI – SUPERINTENDENTE

COORDENADORIA MACRORREGIONAL DE SAÚDE DE JOAÇABA
LUIZ MARTINHO ÁVILA - COORDENADOR

**ATPCD - COORDENAÇÃO DA AREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA**
JAQUELINE REGINATO – COORDENADORA

ELABORAÇÃO: LUIZ MARTINHO AVILA
ALESSANDRA DAROS NUNES
LARISSA NUNES DA SILVA
JUCELI BONAMIGO

COLABORAÇÃO: JACQUELINE BORTOLI
DELIR VIECELI MELO
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

SUMARIO

I – INTRODUÇÃO	
II – OBJETIVOS	
2.1 – Geral	
2.2 – Específicos.....	
III – HISTÓRICO	
IV – ANÁLISE SITUACIONAL DA REGIÃO	
V – ATENÇÃO BÁSICA	
VI – ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIAS.....	
VII – REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU.....	
VIII – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	
IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
X – REFERÊNCIAS	

I – INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção a Saúde são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, e constituem-se em três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. A rede de urgência e emergência tem a finalidade de integrar e articular todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A implantação das redes de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e as agudas e os eventos agudos decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado.

A estruturação da rede de atenção às urgências e às emergências integrando os serviços em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de riscos é uma potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços.

Um modelo de atenção à saúde, que tenha uma atenção primária resolutive, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugando a uma política de atenção às urgências baseada na conformação de uma rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se consolida uma nova estrutura para o enfrentamento da situação atual.

Redes em essência correspondem à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre os atores que atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede. Os usuários do SUS “circulam” nestas redes para buscar atenção a sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

As Comissões Intergestores Regional – CIR’s, da Região do Alto Vale do Rio do Peixe, Meio Oeste Catarinense e Alto Uruguai coaduna-se com objetivos estratégicos

estabelecidos pelo Governo Federal visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Como o desenho das CIR's é o mesmo da região de saúde, a SES e os gestores destas CIR's elaboraram este Plano Operativo para a Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência, por ser uma das prioridades, visando buscar os recursos das Portarias que disciplinam esta rede.

Destaca-se ainda, que a conformação da Rede de Atenção às Urgências deve estar em consonância com a Portaria Nº 793, de 24 de abril DE 2012, que Institui e estabelece as diretrizes para a organização a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e demais regulamentações que orientam e respaldam o sistema de saúde pública brasileiro.

Foi nesse caminho que buscamos o apoio dos técnicos e dirigentes das áreas envolvidas e de forma especial das representações institucionais dos gestores estaduais e municipais em uma verdadeira força tarefa para institucionalizar os esforços de integração. Assim foi construída a **REDE DE CUIDADOS A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DA MACRORREGIÃO MEIO OESTE.**

A elaboração foi realizada coletivamente com todos os municípios que compõem a Macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense. Esta proposta foi submetida à aprovação das Comissões Intergestores Municipais (CIR's), ampliada, em 13 de novembro de 2020 para os encaminhamentos decorrentes até a sua homologação.

II – OBJETIVOS

2.1 – Geral

Implantar a Rede de Atendimento as Pessoas com deficiência na Macrorregião do Meio Oeste Catarinense.

2.2 – Específicos

Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias;

Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada;

Organizar o fluxo de acesso nos serviços da rede, modificando os processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos;

Desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta;

Controlar e acompanhar os pontos de atenção secundários (Pontos de apoio);

Estabelecer as competências de cada ponto de atenção;

Implantar um programa de capacitação permanente dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais envolvidos) que atuam nos serviços de atendimento da Macrorregião;

III – HISTÓRICO

Quase 46 milhões de brasileiros têm algum tipo de deficiência: mental, motora, visual ou auditiva. Esse número corresponde a 24% da população total do país. Embora 95% das crianças com deficiência com idades entre 6 e 14 anos estejam na escola, patamar bem próximo ao verificado entre as pessoas sem nenhuma das deficiências investigadas (97%), outros indicadores, como grau de instrução e posição no mercado de trabalho, revelam uma situação menos favorável dos brasileiros que têm algum tipo de deficiência. (Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, censo Demográfico 2010).

Mais de trinta anos depois de promulgada a Constituição Federal, que assegura a todos os brasileiros, sem qualquer discriminação, o direito ao desenvolvimento e à autonomia, e mais de dez anos após o Brasil ter ratificado a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), ainda é preciso implementar políticas mais incisivas para garantir os direitos dessa parcela da população.

No entanto, entre os avanços observados nos últimos anos está o lançamento, em 2011, do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. O objetivo do plano é melhorar o acesso desses cidadãos a direitos básicos, como educação, transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde.

As políticas públicas ainda são muito desconectadas da realidade das pessoas com deficiência. Há tentativas, nas três esferas de governo, de se avançar no tema, mas são incipientes, porque ainda não há no Brasil uma cultura da política pública efetivamente trabalhada para as dificuldades da vida diária. O Brasil tem a melhor legislação das Américas nessa área, mas ainda não respeitada e, portanto, não há efetivação dos direitos das pessoas com deficiência".

Em relação às ações preventivas implementadas pelo governo para reduzir o número de pessoas com deficiência em razão do trânsito, Ferreira lembrou que o governo implementou a Lei Seca. Acrescentou que a secretaria está investindo em centros de reabilitação pelo país para garantir que, quando esses acidentes ocorrerem, as pessoas tenham condições de receber o tratamento adequado para diminuir ou eliminar sequelas.

Para isso o caminho apontado deverá ser a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país. Estas serão definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010a).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS); pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização com a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

Buscando a consecução deste objetivo estratégico fundamental para a Secretaria de Atenção à Saúde, qual seja a indução à implementação das RAS no SUS, o Ministério da Saúde instituiu através da portaria 793 de 24 de abril de 2012 a REDE DE CUIDADOS À PESSOAS COM DEFICIENCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Para isso, será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do SUS para estímulo à organização e implementação desta rede, buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança.

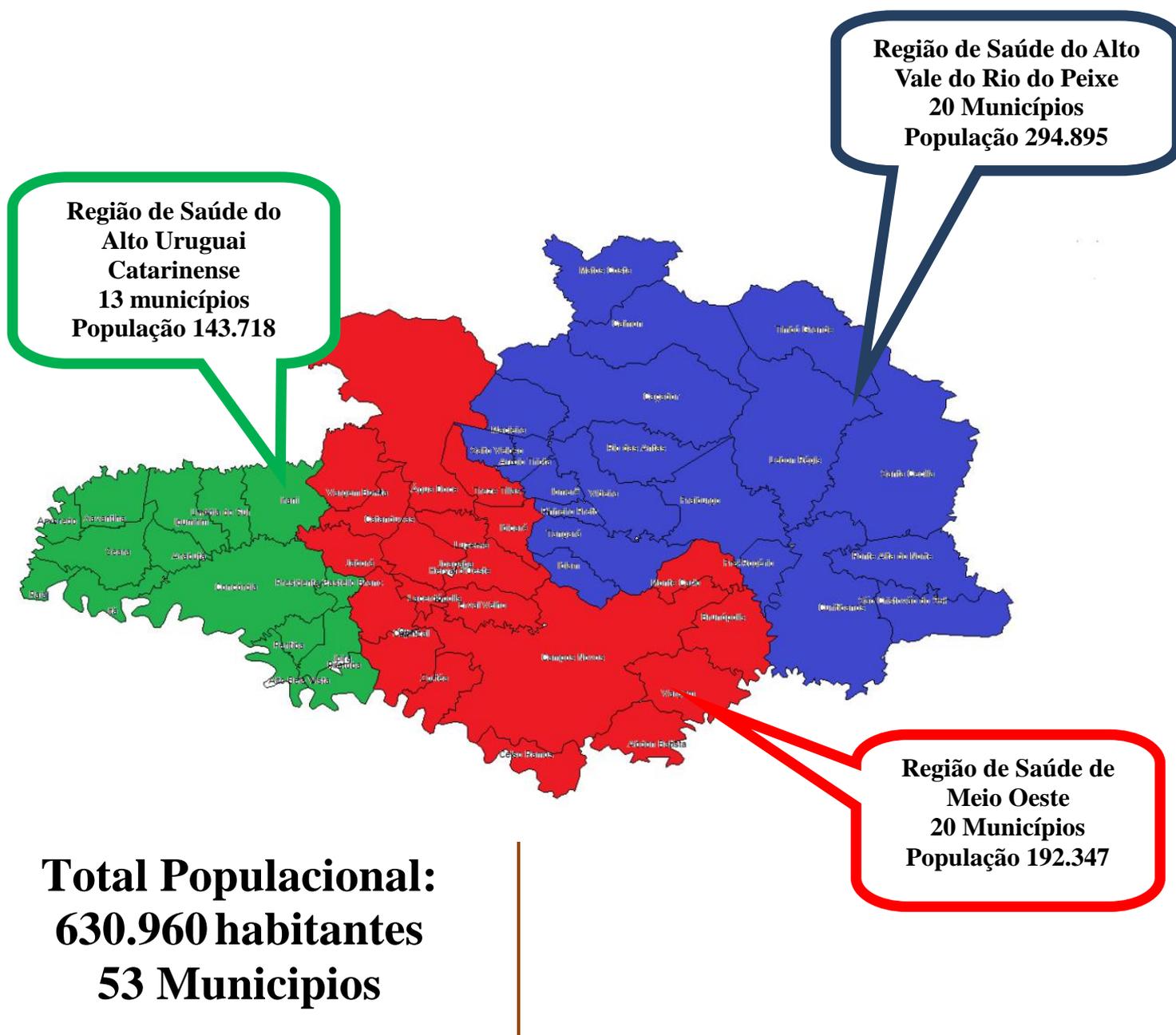
Estes diversos componentes têm interfaces entre si e são transversalizados por algumas vertentes consideradas fundamentais para garantir a integração e integralidade da atenção nesta rede, são elas: a promoção e prevenção enquanto eixos que devem atravessar todos os componentes; a qualificação profissional para dar conta da complexidade dos problemas apresentados na rede.

A Macrorregião do Meio Oeste, em meados de 2013 começou a articular-se para construir a REDE DE CUIDADOS À PESSOAS COM DEFICIENCIA e neste momento estamos atualizando o Plano desta Rede para uma melhor oferta de serviços para este público na Macrorregião do Meio Oeste.

IV – ANÁLISE SITUACIONAL DA REGIÃO

Macrorregião de Saúde Meio Oeste

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste é composta por 03 (três) Regiões de Saúde com uma população de referência de 630.960 (IBGE 2019)



Região de Saúde do Meio Oeste

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **192.347 habitantes** (Estimativa IBGE/2019).

População por município da Região de Saúde do Meio Oeste

Município	População
Abdon Batista	2.563
Água Doce	7.145
Brunópolis	2.420
Campos Novos	36.244
Capinzal	22.848
Catanduvás	10.861
Celso Ramos	2.728
Ervál Velho	4.412
Herval d'Oeste	22.606
Ibicaré	3.202
Jaborá	3.936
Joaçaba	30.118
Lacerdópolis	2.246
Luzerna	5.685
Monte Carlo	9.866
Ouro	7.295
Treze Tílias	7.840
Vargem	2.477
Vargem Bonita	4.492
Zortéa	3.363

Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

A região é composta por 13 (treze) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **143.718 habitantes** (Estimativa IBGE/2019).

População por município da Região de Saúde do Alto Vale Uruguai

Município	População
Alto Bela Vista	1.937
Arabutã	4.267
Concórdia	74.641
Ipira	4.446
Ipumirim	7.593
Irani	10.419
Itá	6.169
Lindóia do Sul	4.563
Peritiba	2.787
Piratuba	3.854
Presidente Castello Branco	1.568
Seara	17.541
Xavantina	3.933

Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe

A Região é composta por 20 (vinte) municípios conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **294.895 habitantes** (Estimativa IBGE/2019).

: População por município da Região de Saúde do Alto do Rio Do Peixe

Município	População
Arroio Trinta	3.550
Caçador	78.595
Calmon	3.346
Curitibanos	39.745
Fraiburgo	36.443
Frei Rogério	2.023
Ibiam	1.957
Iomerê	2.945
Lebon Régis	12.107
Macieira	1.775
Matos Costa	2.520
Pinheiro Preto	3.555
Ponte Alta do Norte	3.414
Rio das Antas	6.205
Salto Veloso	4.718
Santa Cecília	16.830
São Cristóvão do Sul	5.549
Tangará	8.676
Timbó Grande	7.877
Videira	53.065

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área abrangência é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico na nossa região. A população na macrorregião se distribui como 297.748 do sexo masculino e 299.558 são do sexo feminino, distribuídos nas faixas etárias conforme quadro abaixo.

População por faixa etária segundo a região

Faixa Etária	Meio Oeste
Menor de um ano	8.326
01 a 04 anos	32.157
05 a 09 anos	45.133
10 a 14 anos	53.440
15 a 19 anos	52.694
20 a 29 anos	100.010
30 a 39 anos	90.045
40 a 49 anos	85.703
50 a 59 anos	62.154
60 a 69 anos	38.974
70 a 79 anos	20.571
80 anos e mais	8.099
Total	597.306

Fonte: (2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus)

**DEMOSNTRATIVO DO QUANTITATIVO DE PESSOAS COM ALGUMA
DEFICIENCIA POR REGIÃO DE SAÚDE**

DEFICIENCIA AUDITIVA

REGIÃO	POSSUEM ALGUMA DEFICIENCIA AUDITIVA
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (Dos 20 municípios 11 disponibilizaram os dados)	603
MEIO OESTE (Dos 20 municípios 12 disponibilizaram os dados)	381
ALTO URUGUAI (Dos 13 municípios 10 disponibilizaram os dados)	636

Serviços referenciados hoje: CLINICA OTVIDA em Florianópolis

CLINICA OTIOUVE em Chapecó

CONTRA REFERENCIAS – Unidades Básicas de Saúde e APAE's

DEFICIENCIA MOTORA

REGIÃO	POSSUEM ALGUMA DEFICIENCIA MOTORA
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (Dos 20 municípios 11 disponibilizaram os dados)	456
MEIO OESTE (Dos 20 municípios 12 disponibilizaram os dados)	372
ALTO URUGUAI (Dos 13 municípios 10 disponibilizaram os dados)	332

Serviços referenciados hoje:

CCR – CENTRO DE REABILITAÇÃO CATARINENSE – Florianópolis

DEFICIENCIA VISUAL

REGIÃO	POSSUEM ALGUMA DEFICIENCIA VISUAL
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (Dos 20 municípios 11 disponibilizaram os dados)	285
MEIO OESTE (Dos 20 municípios 12 disponibilizaram os dados)	698
ALTO URUGUAI (Dos 13 municípios 10 disponibilizaram os dados)	406

Serviços são referenciados em Florianópolis

DEFICIENCIA INTELLECTUAL / MENTAL

REGIÃO	POSSUEM ALGUMA DEFICIENCIA INTELLECTUAL / MENTAL
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (Dos 20 municípios 11 disponibilizaram os dados)	1050
MEIO OESTE (Dos 20 municípios 12 disponibilizaram os dados)	563
ALTO URUGUAI (Dos 13 municípios 10 disponibilizaram os dados)	482

Os serviços são referenciados nas APAE's, CAPS e nos hospitais que possuem leitos cadastrados.

OSTOMIZADOS

REGIÃO	NUMEROS DE OSTOMIZADOS
ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (Dos 20 municípios 11 disponibilizaram os dados)	97
MEIO OESTE (Dos 20 municípios 12 disponibilizaram os dados)	64
ALTO URUGUAI (Dos 13 municípios 10 disponibilizaram os dados)	81

Não possuímos serviço de referencia, pacientes são atendidos na atenção básica dos municípios, e a distribuição das bolsas é feita por técnicos das Regionais de Saúde, ao municípios de abrangência.

Fonte: Planilha preenchida pelos municípios, conforme Tabela abaixo (Drive Online)

CAUSAS DE MORTALIDADE

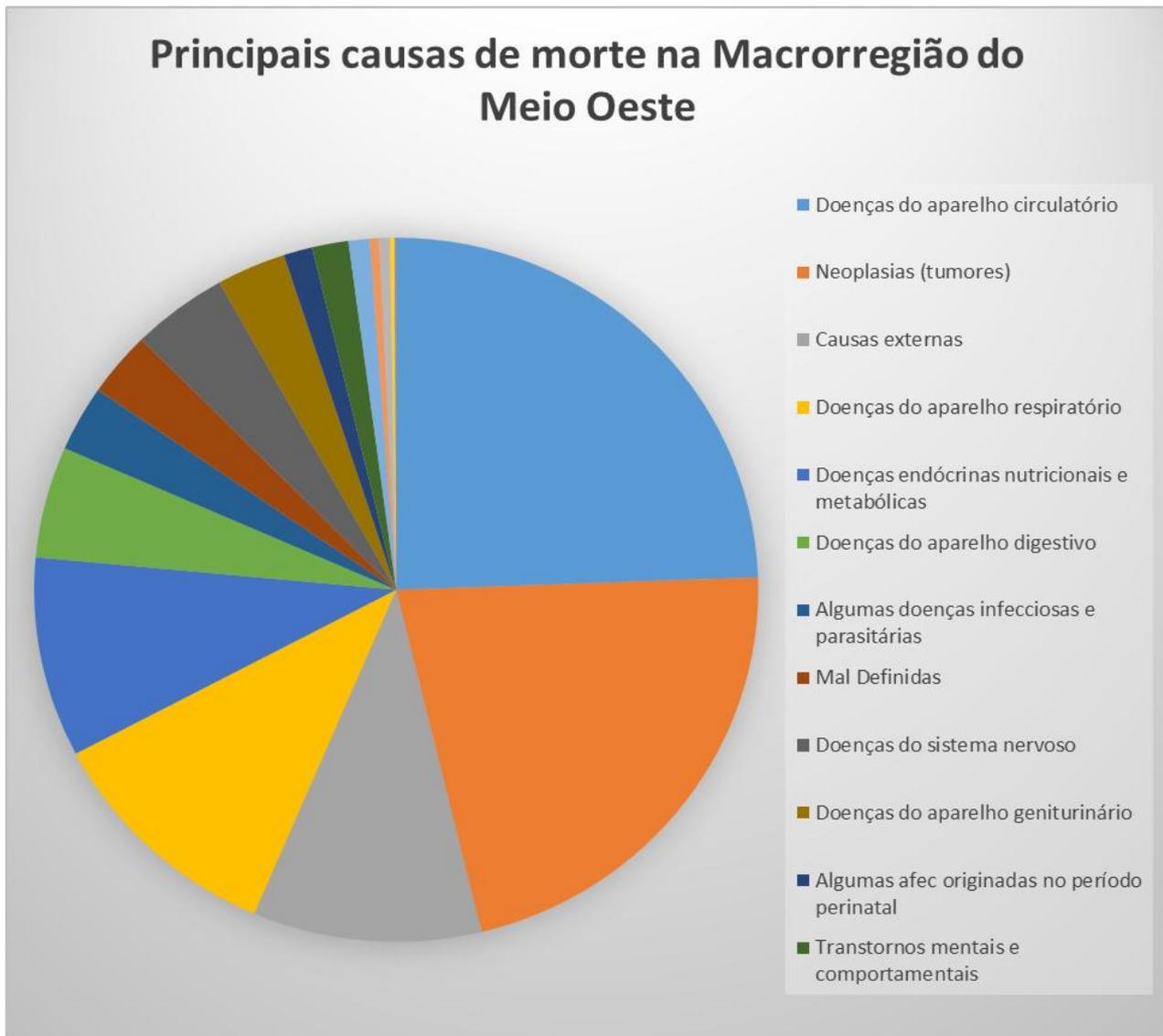
A maior causa de mortalidade geral como vemos na tabela abaixo são doenças do aparelho circulatório, vindo em segundo lugar neoplasias e terceiro lugar doenças do aparelho respiratório e quarto lugar as causas externas.

Mortalidade Geral-Meio Oeste

Causas Gerais	(%)
Doenças do aparelho circulatório	24,42
Neoplasias (tumores)	21,75
Causas externas	10,20
Doenças do aparelho respiratório	10,87
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9,17
Doenças do aparelho digestivo	5,11
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,01
Mal Definidas	2,99
Doenças do sistema nervoso	4,29
Doenças do aparelho geniturinário	3,09
Algumas afec originadas no período perinatal	1,29
Transtornos mentais e comportamentais	1,62
Anomalias congênitas	0,94
Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	0,42
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	0,47
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,22
Gravidez parto e puerpério	0,02
Doenças do olho e anexos	0,00
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,02
Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	0,02
Total	100,00

Fonte: SIM/ MS 2019

Principais causas de morte na Macrorregião do Meio Oeste



No Brasil e nossa região as causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 4^o causa de morte na população geral e 1^a causa de morte na faixa etária entre 1 a 39 anos (BRASIL, 2010). Outro dado relevante em relação aos acidentes de trânsito refere-se ao aumento crescente e progressivo da taxa de acidentes envolvendo motociclistas em todo o país.

Mortalidade por Causas Externas na Macro Região Meio Oeste (%)

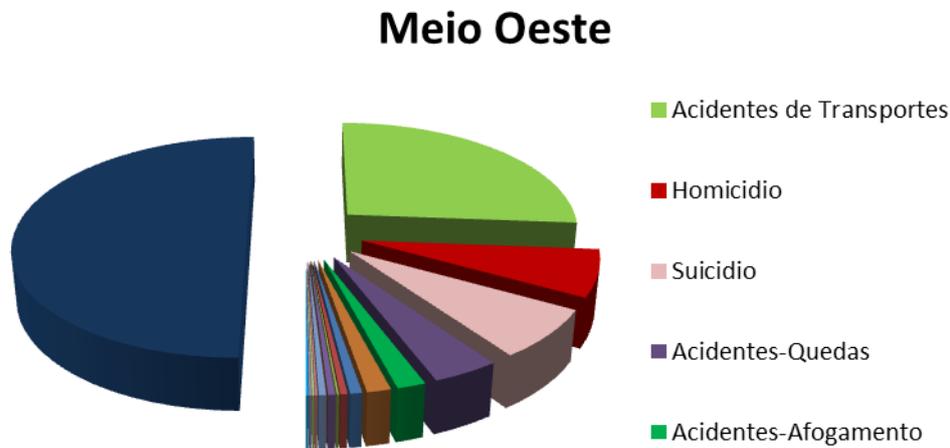
Causas Externas	Meio Oeste
Acidentes de Transportes	52,42
Homicídio	13,68
Suicídio	14,25
Acidentes/Quedas	7,98
Acidentes-Afogamento	3,42
Acidentes-exposição a forças inanimadas	2,85
Eventos cuja intenção é indeterminada	1,42
Acidentes-exposição a corrente elétrica	0,85
Acidentes-riscos a respiração	0,28
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	0,85
Demais causas externas	0,00
Acidentes-Envenenamento	0,00
Acidentes-Outros	0,85
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,28
Intervenções Legais e operações de guerra	0,28
Acidentes- Não especificados	0,28
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0,28
Total	100,00

Fonte: SIM/MS

Principais causas externas da mortalidade na macrorregião Meio Oeste

Apresentamos abaixo o quadro das principais causas de internações hospitalares no ano de 2012 na Macrorregião do Meio Oeste Catarinense. Podemos perceber que o aparelho respiratório fica como a primeira causa de internação e doenças do aparelho digestivo segue como segunda causa.

Principais causas de internações hospitalares



Apres
entamos
abaixo o
quadro das
principais
causas de
internações
hospitalares
no ano de
2019 na
Macrorregião

do Meio Oeste Catarinense.

Tabela 7: Principais causas de Internação em 2019 no Meio Oeste Catarinense

Principais Causas de Internação	Internações
Total	51.481
Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas	5.492
Parto cesariano/normal	3.717
Tratamento de doenças cardiovasculares	2.628
Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias	2.560
Tratamento de doenças do aparelho digestivo	2.488
Tratamento dos transtornos mentais e comportamentais	2.317
Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	2.139
Tratamento em nefrologia em geral	1.803
Gerais em oncologia	1.401

Quimioterapia - procedimentos especiais	1.324
Tratamento durante a gestação, parto e puerpério	1.222
Tratamento das doenças do aparelho geniturinário	1.211

Fonte: SIH/SUS 2019

Observando os dados demonstrados acima podemos perceber que o Tratamento de doenças do ouvido/apófise mastoide e vias aéreas aparecem como a primeira causa de internação, seguida do Parto cesariano/normal que segue como segunda principal causa.

De maneira geral, estes resultados esboçam uma necessidade de criar melhores condições para fundamentar a prática do planejamento em informações epidemiológicas dos serviços de saúde que traz consequências futuras para a formulação de políticas de saúde.

De maneira geral este resultados esboçam uma necessidade de se implementar as ações de vigilância epidemiológica com análise periódica dos indicadores de saúde para uma redefinição de estratégias e definição de novas ações.

V – ATENÇÃO BÁSICA

Na reorganização das práticas de saúde, no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção é inevitável a identificação dos problemas de saúde da população. Equacionar a oferta de serviços, baseada numa análise técnica da situação.

Entendendo a Atenção Básica como ordenadora do sistema, a sua capacidade instalada bem como as ações realizadas são muito importantes para a execução do trabalho em rede. O Estado de Santa Catarina entende a Estratégia de Saúde da Família - ESF- como substitutiva ao modelo de atenção convencional e vem, desde 1994 apoiando a reordenação do modelo.

Apresentamos a seguir uma breve análise da capacidade instalada da Atenção Básica na Macrorregião Meio Oeste, contendo a Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, adesão ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e UBS (Unidades Básicas de Saúde).

A Macrorregião de Meio Oeste atende um total de 55 municípios, com população de 601.283 mil habitantes e a cobertura populacional da Atenção Básica é de 68,88%. Para a Região de Saúde do Meio Oeste a cobertura é de 88,92%, desta podemos destacar os municípios de Capinzal e Ouro que não atingem cobertura de 50% em Estratégia Saúde da Família, em seus municípios. Na Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense a cobertura perfaz um total de 74;37%, sendo o município de Concórdia com apenas 49,97% de cobertura de Estratégia Saúde da Família e Lindóia do Sul com 74,48% e Arabutã com 82,22% os demais municípios possuem uma cobertura de 100%. Na Região do Alto Vale do Rio do Peixe a cobertura é de 52,92%, tendo três Municípios com cobertura abaixo de 50%, sendo eles Videira com 36,23, Caçador 24,18% e Curitibanos 36,43, destacando também Fraiburgo e Santa Cecília com cobertura de 59,69% e 65,38% respectivamente. Abaixo as figuras 1, 2 e 3 descrevem melhor a capacidade instalada da Atenção Básica, NASF, ACS e PMAC das regiões respectivas.

Ressaltamos que os municípios que possuem baixa cobertura na Atenção Básica se comprometem reestruturar aumentando a cobertura de atendimento pela Estratégia Saúde da Família, havendo por parte das gerencias de saúde uma maior cobrança sobre este aspecto. Também é necessário criar um fluxo de acesso de referencia e contra referencia, utilizando a classificação de risco para os atendimentos na Atenção Básica, referenciando os casos necessários aos Hospitais de porta de entrada ou salas de estabilização, melhorando assim o acesso a população aos serviços de saúde.

Em relação à Atenção Básica em Saúde Bucal a Macrorregião apresenta 109 Equipes de Saúde Bucal, sendo 108 do Tipo I e 1 do Tipo II, com uma cobertura populacional de saúde bucal estimada de 55,93%, com uma população coberta estimada em 334.904 habitantes. A Atenção Especializada em Saúde Bucal é realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas dos municípios de Videira, Caçador e Concórdia que possuem CEO Modalidade I.

No Programa de melhoria de Acesso da Qualidade da Atenção Básica PMAQ/AB teve 100% de adesão no ano de 2013, sendo cadastradas 141 Unidades da estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF formam um total de 26 equipes, apenas 01 NASF-SC, 23 equipes NASF Mod II, e 02 NASF-MS.

Possuímos 11 unidades de CAPS que estão localizados nos municípios de Joaçaba, Herval D’oeste, Água Doce, Capinzal, Concórdia, Curitibaanos, Campos Novos, Videira com CAPS I, Caçador com CAPS II e CAPS AD. Em Seara CAPS I microrregional aguardando projeto e documentação para solicitar incentivo ainda em fase de implantação.

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS da Região Meio Oeste

MUNICIPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
Água Doce	3	1	1	15	1
Brunópolis	1	2	1	11	
Abdon Batista	1	1	1	11	
Catanduvás	3	5	1	20	
Capinzal	4	1	0	27	1
Campos Novos	8	14	0	61	1
Celso Ramos	1	1	1	10	
Erval Velho	2	1	1	10	
Herval d’Oeste	8	1	1	26	1
Ibicaré	2	1	1	8	
Jaborá	2	2	1	10	
Joaçaba	8	3	1	37	1
Lacerdópolis	1	1	1	6	
Luzerna	2	1	1	15	
Monte Carlo	4	1	1	24	
Ouro	1	2	0	7	1
Treze Tílias	2	2	1	16	
Vargem	1	1	1	11	
Vargem Bonita	2	2	1	14	
Zortéa	1	1	1	6	
TOTAL	57	44	17	345	6

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, da Região do Alto Vale Uruguai

MUNICÍPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
ALTO BELA VISTA	1	1	1	5	
ARABUTÃ	2		1	10	
CONCÓRDIA	13	17 UBS	1	73	1
IPIRA	2	3	1	15	
IPUMIRIM	3	4 UBS	1	16	
IRANI	4		1	24	
ITÁ	3		1	17	
LINDÓIA DO SUL	1			10	
PERITIBA	1		1	7	
PIRATUBA	2		1	15	
PRES. CASTELO BRANCO	1		1	4	
SEARA	6	4 UBS	1	68	1
XAVANTINA	2	3 UBS	1	11	
TOTAL	41	32	12	275	2

Capacidade Instalada da Atenção Básica, NASF, ACS, CAPS, do Alto Vale do Rio do Peixe

MUNICIPIO	ESF	UBS	NASF	ACS	CAPS
CURITIBANOS	8	9	0	58	1
FREI ROGERIO	1	1	1	8	
PONTE ALTA DO NORTE	1	1	1	5	
SANTA CECILIA	2	9	1	18	1
SÃO CRISTOVÃO DO SUL	2	1		9	
ARROIO TRINTA	1	1	1	9	
SALTO VELOSO	2	1		9	
IBIAM	1	1		4	
IOMERÊ	1	1		7	
PINHEIRO PRETO	2	1	1	9	
VIDEIRA	9	1	1	33	1
TANGARÁ	3	2	1	21	
FRAIBURGO	8	1	1	55	1
CAÇADOR	13	15		85	2
CALMOM	2	2	1	16	
LEBON RÉGIS	3	4	1	30	
MACIEIRA	1	2	1	6	
MATOS COSTA	2	1	1	12	
RIO DAS ANTAS	2	2	1	15	
TIMBÓ GRANDE	3	3	1	21	
TOTAL	67	59	14	430	6

Fonte: IBGE, GEABS – SES – SC, CNES, FNS – 2018

101

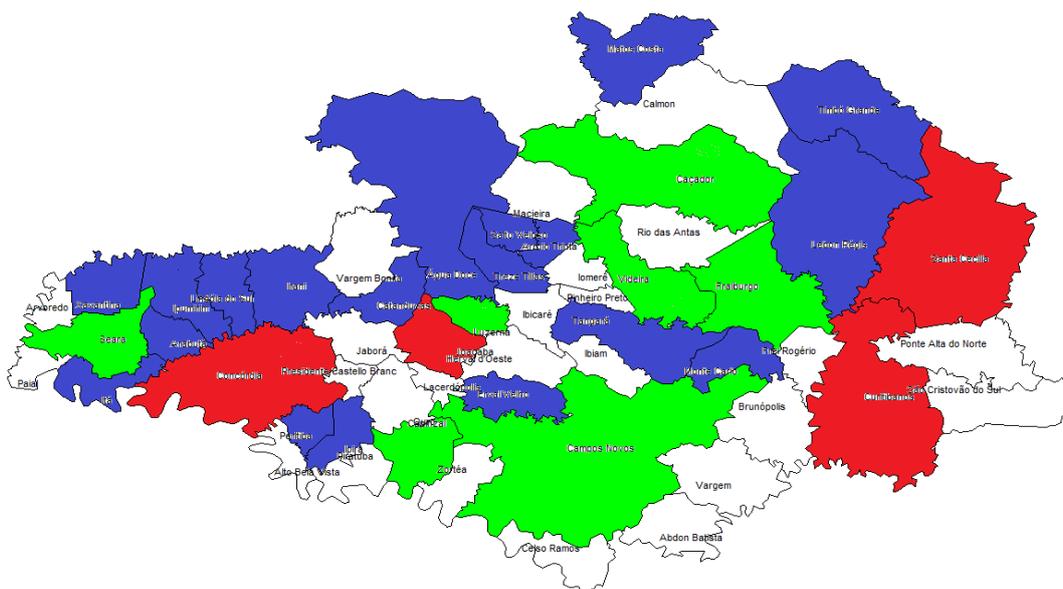
VI – ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIAS

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 32 (trinta e dois) Unidades Hospitalares, sendo que 05 Hospitais configuram-se como Hospitais de urgência e emergência, e serviços de média e alta complexidade sendo: Hospital Universitário Santa Teresinha em Joaçaba, Hospital São Francisco em Concórdia, Hospital Divino Salvatoriano Divino Salvador em Videira e Hospital Hélio Anjos Ortiz em Curitibaanos. Estes são especializados com urgências e emergências 24 horas são referência para uma região.

Na Macrorregião os hospitais ou unidades que possuem pronto atendimento com médico e equipe de enfermagem presencial 24 horas, são Campos Novos, Capinzal, Monte Carlo, Fraiburgo, Seara, Peritiba, Irani, Salto Veloso, Timbó grande, Rio das Antas. Os demais hospitais recebem pacientes oriundos da atenção básica para internações clínicas de média complexidade. Elencamos abaixo um mapa que demonstra qual a localização dos Hospitais relacionados ao número de leitos.

LOCALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES

Legenda



Hospitais mais 100 leitos	Red
Hospitais 50 a 100	Green
Hospitais menos 50	Blue

Descrição dos hospitais e o número de leitos existentes conforme Unidade Hospitalar

Região	Hospital	Município	Porte	Leito não Sus	Leitos	Total	Legenda
AVRP	HOSPITAL MAICE	CAÇADOR	III	25	104	129	
MO	FUNDACAO HOSPITALAR DR JOSE ATHANASIO	CAMPOS NOVOS	II	23	55	78	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	CAPINZAL	I	11	52	63	
AVU	HOSPITAL SAO FRANCISCO	CONCÓRDIA	III	87	130	217	
AVRP	HOSPITAL HELIO ANJOS ORTIZ	CURITIBANOS	III	36	143	179	
MO	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA	JOAÇABA	III	31	160	191	
MO	HOSPITAL SAO ROQUE	LUZERNA	I	5	58	63	
AVRP	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CECILIA	SANTA CECÍLIA	I	7	93	100	
AVRP	HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	VIDEIRA	II	32	101	133	
AVU	HOSPITAL SÃO CAMILO	IPUMIRIM	I	1	12	13	
MO	UNIDADE MISTA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE SALETE	MONTE CARLO	I	-	17	17	
AVRP	FUNDACAO MEDICA SOCIAL RURAL SALTO VELOSO	SALTO VELOSO	I	2	14	16	
AVRP	HOSPITAL BENEFICIENTE SAO ROQUE	ARROIO TRINTA	I	8	13	21	
AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL FREI ROGERIO	TANGARÁ	I	3	21	24	
AVU	HOSPITAL SAO LUCAS	XAVANTINA	I	7	17	24	

AVU	HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA	LINDÓIA DO SUL	I	6	70	76	
AVU	HOSPITAL PIRATUBA IPIRA	IPIRA	I	8	21	29	
AVU	HOSPITAL SÃO ROQUE	SEARA	0	13	40	53	
AVU	HOSPITAL OSVALDO CRUZ	ARABUTÃ	0	6	16	22	
MO	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PAZ	ÁGUA DOCE	I	6	26	32	
MO	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO	CATANDUVAS	I	10	23	33	
AVRP	HOSPITAL SAO LUCAS LTDA	TANGARÁ	I	11	20	31	
AVU	ASSOCIACAO BENEFICENTE HOSPITALAR SÃO CAMILO PERITIBA	PERITIBA	I	6	27	33	
AVRP	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	LEBON RÉGIS	I	0	41	41	
AVU	HOSPITAL SAO PEDRO	ITÁ	I	6	34	40	
AVRP	ACENI	FRAIBURGO	I	9	48	57	

Legenda

Hospitais com mais de 100 leitos	
Hospitais 50 a 99 leitos	
Hospitais menos 50 leitos	

Dados referentes ao Número de leitos clínicos necessários

	Alto Uruguai Catarinense	Alto Vale do Rio do Peixe	Meio Oeste	Total
População	143.718	294.895	192.347	630.960
Número total de leitos	356	468	326	1.150
Necessidade para a Região	356,5	692,8	453,8	1.503,1
Déficit leitos	16,5	250,8	46,8	314,1

Fonte: estimativa IBGE 2019 / dados CNES

Leitos de UTI distribuídos por hospitais da macrorregião Meio Oeste

Hospital	Município	Adulto	Qualificados	Adulto Covid-19	Pediátrico	Neonatal	Total
Hospital são Francisco	Concórdia	10	6 leitos qualificados Portaria nº 1.256 de 25.06.2013	05	06	06	38
Hospital Santa Terezinha de Joaçaba	Joaçaba	10	08 leitos qualificados Portaria nº 1.256 de 25.06.2013	10	-	-	20
Hospital Salvatoriano Divino Salvador	Videira	18	06 leitos Portaria nº 1.256 de 25.06.2013 10 leitos novos e qualificados Portaria nº 4.144 de 30.12.2017	11	-	-	29
Hospital Maice	Caçador	20	14 Portaria nº 829 de 10.09.2015 nº 1.379 de 03.12.2014 e Portaria nº 2.191 de 30.08.2017	-	-	-	30
Hospital Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	08	6 leitos qualificados Portaria nº 1.256 de 25.06.2013	09	03	07	27
Total		66		45	09	13	133

Fonte: dados CNES

Parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares a cada 1.000 habitantes.

	Habitantes	Leitos Totais (Clínicos)	Leitos Totais/Habitantes (parâmetro: 2,5 a 3 por 1.000 hab.)	Leitos de UTI (Adulto/Ped/Neo)	% de UTI em relação a Leitos Totais Clínicos (parâmetro: 4% a 10%)
Alto Uruguai Catarinense	143.718	356	2,47	22	6,17% (Atende a Portaria)
Alto Vale do Rio do Peixe	294.895	468	1,58	38	8,11% (Atende a Portaria)
Meio Oeste	192.347	326	1,69	28	8,58% (Atende a Portaria)
TOTAL	630.960	1150	1,82	88	7,65% (Atende a Portaria)

Fonte: estimativa IBGE 2019 / dados CNES

Os leitos de UTI existentes na Macrorregião de saúde Meio Oeste são 66 Adultos e 22 Pediátrico e Neonatal, somando um total de 88 leitos em terapia intensiva, o equivalente a 7,65% dos leitos clínicos existentes, portando, dentro do que estabelece a portaria.

Mas percebemos que do total de leitos de UTI Adulto já existentes na nossa macrorregião soma 5,73%, e para os leitos UTI Pediátrico e Neonatal soma 1,91%. Concluimos que há déficit de leitos de UTI Pediátrico e Neonatal na nossa macrorregião.

No entanto, a Central de Regulação de Leitos da região Meio Oeste realizou um levantamento de dados de transferências de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal transcorrida no período de Janeiro a Agosto de 2020, tais foram:

- 107 Transferências para UTI Adulto;
- 29 Transferências para UTI Adulto Covid;
- 96 Transferências para UTI Neonatal;
- 10 Transferências para UTI Pediátrica;
- 01 Transferência para UTI Pediátrica Covid.

Número de Leitos de UTI aprovados no PAR

Hospital	Município	Leitos Adulto	Ano Implantação	Leitos Pediátricos	Ano Implantação	Leitos Neonatal	Ano Implantação
Hospital Divino Salvador	Videira	02	2020	-	-	-	-
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	10	2020	-	-	-	-
Hospital Hélio Anjos	Curitibanos	12	2020	-	-	-	-

VII – REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SAMU.

A regulação dos casos de Urgência e Emergência se dá exclusivamente pela Central de Regulação Macrorregional do SAMU que abrange todos os 53 municípios.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da macrorregião do Meio Oeste Catarinense é oferecido pela central de regulação com sede em Joaçaba - SC e faz parte de um Sistema Regionalizado e Hierarquizado, capaz de transportar o paciente com segurança e acompanhado por profissionais da saúde até a porta de entrada de urgência e emergência mais próxima. Além disto, realiza através da central de regulação médica as transferências inter-hospitalares das referências e contrarreferências conforme portaria 1010 de 21 de Maio de 2012.

No ano de 2019 as Unidades de Suporte Avançado de vida atenderam 4.007 ocorrências sendo tanto de atendimentos primários (atendimento pré-hospitalar) quanto de atendimentos secundários (transportes inter-hospitalares, por exemplo).

As Unidades de Suporte Básico de Vida (USBs), somaram 9.460 atendimentos de Urgência e Emergência no ano de 2019. Algumas unidades como as de Curitibanos e Santa Cecília foram devolvidas ao estado e não contabilizaram atendimentos, outras unidades como a de Matos Costa, foi devolvida ao estado em maio de 2019, tendo realizado apenas 39 atendimentos até então. A unidade de Tangará, encontra-se baixada pelo município desde novembro de 2019, sem previsão de ser reativada.

Apesar da redução do número de viaturas na macrorregião, notou-se um aumento no número de atendimentos, para todas as unidades ativas quando comparados ao ano de 2017 (tabelas 18 e 19). Para as USAs, aumento de 23% no número de atendimentos e de aproximadamente 14% para as USBs. No número global de atendimentos, o aumento ficou em 16% quando comparado ao ano de 2017.

A distribuição das Unidades de Suporte Avançado de Vida (USAs) e das Unidades de Suporte Básico de Vida que atendem a macrorregião Meio Oeste estão apresentadas nos quadros abaixo.

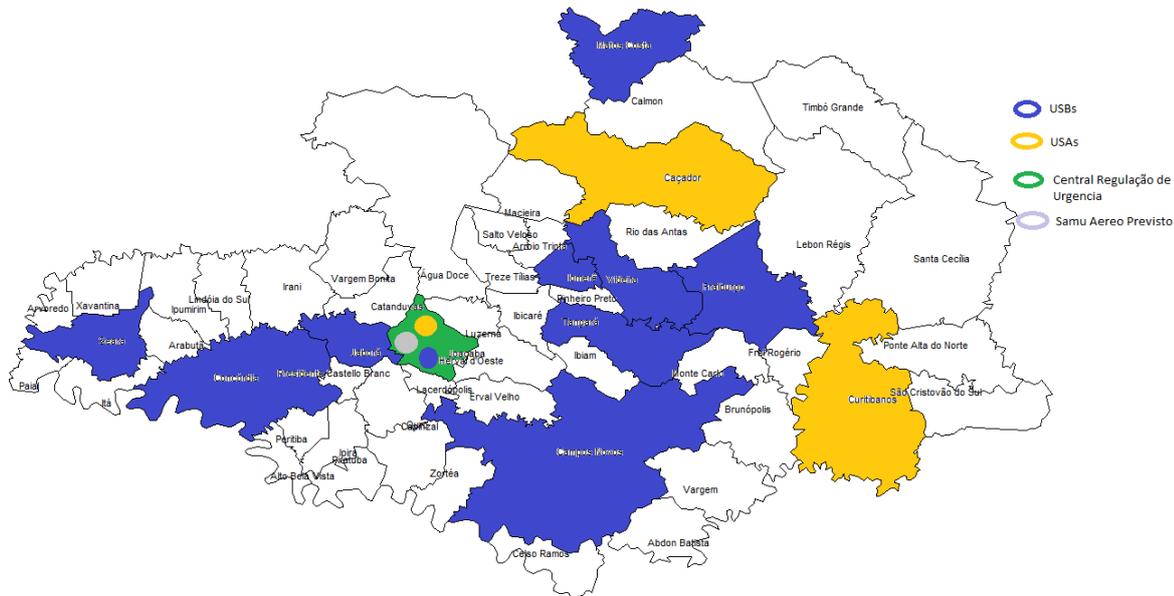
Distribuição de ambulâncias de USAS na Macrorregião Meio Oeste

Município	USA	Qualificada SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Numero Atendim entos Ano 2017	Total Atendimen tos 2019
Região de Saúde Meio Oeste Joaçaba	1	SIM	Abdom Batista, Água Doce, Arabuta, , Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Concórdia, Erval Velho, Herval d' Oeste, Ibiam, Ibicaré, Ipira, Ipumirim, Irani, Ita, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Lindóia do Sul, Luzerna, Ouro, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara, Tangara, Treze Tílias, Vargem Bonita, Vargem, Xavantina, Zortéa,	1.336	1.406 (+5%)
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Curitibanos	1	SIM	Brunópolis, Curitibanos, Frei Rogério, Monte Carlo, Ponte Alta do Norte, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul.	796	1.258 (+58%)
Região de Saúde Alto Vale do Rio do Peixe Caçador	1	SIM	Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Fraiburgo, Iomerê Lebon Regis, Maciera, Matos Costa, Pinheiro Preto, Rio das Antas, Salto Veloso, Timbó Grande, Videira	1.143	1.343 (+17%)
Total				3.245	4.007 (+23%)

Distribuição de ambulâncias de USB na Macrorregião Meio Oeste

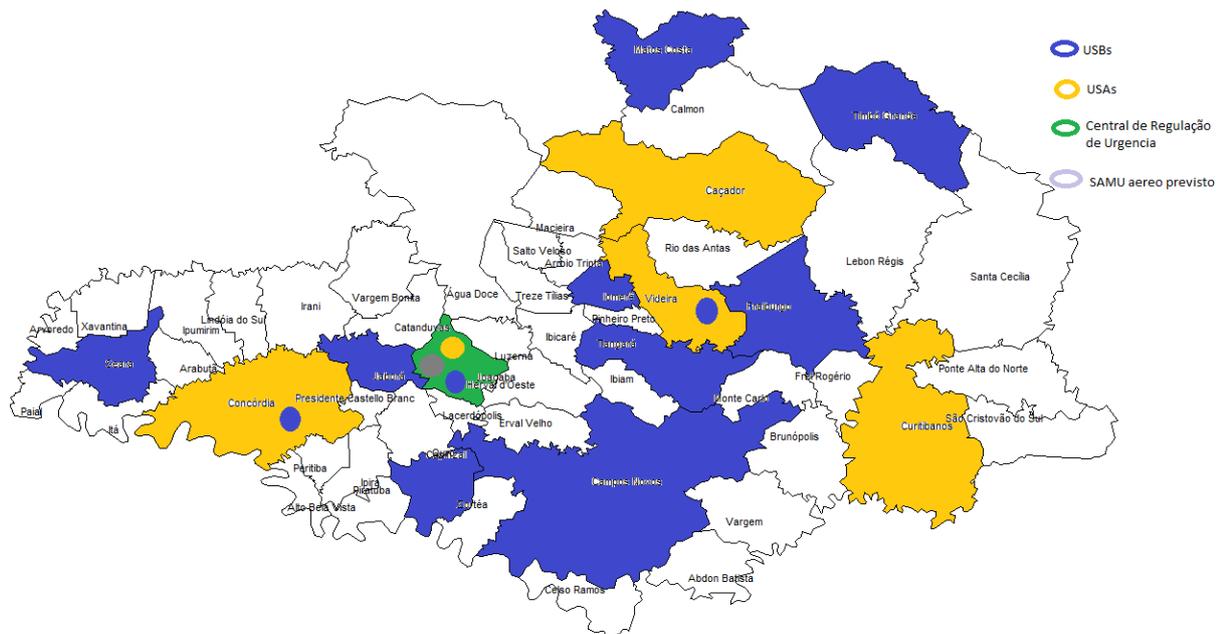
Município	USB	Qualificada a SIM/NÃO	Municípios Atendidos	Número Atendimentos Ano 2017	Número Atendimentos Ano 2019/ % aumento atendimentos
Campos Novos	1	SIM	Abdom Batista, Celso Ramos, Vargem,	786	1.097 (+39%)
Concórdia	1	SIM	Arabuta, Ipira, Ipumirim, Irani, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba.	1.259	1.924 (+52%)
Curitibanos	1	SIM	Devolvida a Estado em 16.04.2018	973	0 (-100%)
Fraiburgo	1	SIM	Lebon Regis, Monte Carlo	892	910 (+2%)
Iomere	1	SIM	Arroio Trinta, Maciera, Salto Veloso e Treze Tílias.	203	219 (+7%)
Jaborá	1	SIM	Presidente Castelo Branco.	478	483 (+10%)
Joaçaba	1	SIM	Água Doce, Capinzal, Catanduvás, Erval Velho, Herval d' Oeste, Lacerdópolis, Luzerna, Ouro Vargem Bonita e Zortéa.	2.005	2.144 (+7%)
Matos Costa	1	NÃO	Devolvida ao estado em maio 2019	73	39 (-53%)
Santa Cecília	1		Baixada desde novembro 2016	0	0 (0%)
Seara	1	SIM	Arvoredo, Ita, Paial e Xavantina.	180	358 (+98%)
Tangara	1	SIM	Baixada desde novembro 2019	224	501 (+123%)
Videira	1	SIM	Caçador e Rio das Antas.	1.226	1.785 (+45%)
TOTAL	12			8.299	9460 (+14%)

Capacidade Instalada Existente - SAMU



Avaliando o tempo resposta estipulado pelo Ministério da Saúde que é entre 15 e 20min encontramos a necessidade da implantação de novas unidades do SAMU conforme mapa abaixo.

Ampliações para Capacidade Ideal - SAMU



A implantação de uma USA em Concordeia e USA em Videira já aprovadas no Plano de Ação regional 2013.

A tabela abaixo descreve os Hospitais e o número de leitos que serão habilitados. Lembrando que a necessidade da macrorregião é de 84,1 leitos pela portaria 2.809 de 2012, podendo futuramente haver uma expansão de leitos conforme a necessidade.

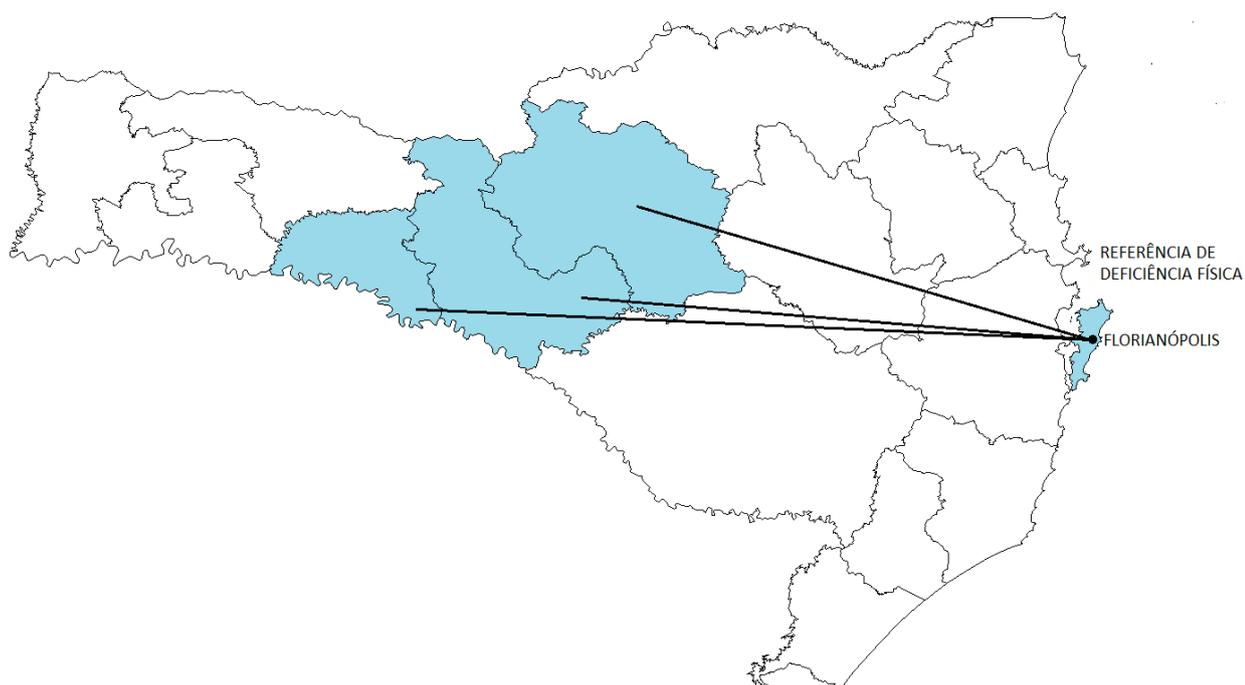
UCP

Região de Saúde	Hospitais com UCP	Número de leitos habilitados
Meio Oeste	- Hospital São Roque - Luzerna	15 leitos habilitados PT GM nº 847 28/03/2018
Alto Vale Uruguai	- HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA – Lindoia do Sul	15 leitos habilitados PT GM nº 587 de 24/07/2014
Alto Vale do Rio do Peixe	- Hospital e Maternidade Santa Cecília – Santa Cecília	20 buscando habilitação
Total		50

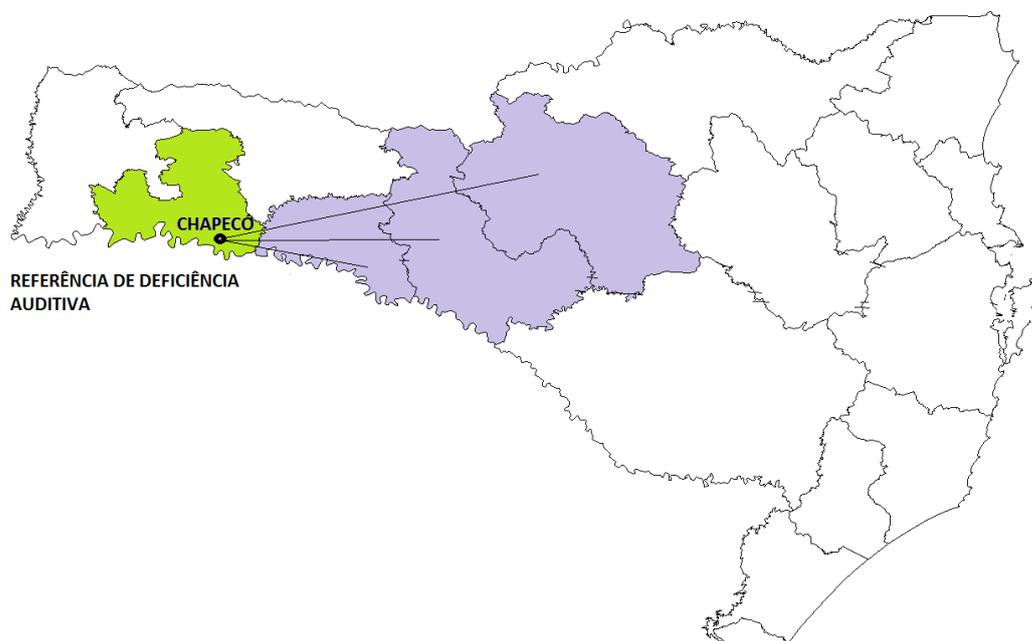
Obs. Hospital e maternidade SANTA Cecília esta dependendo da alteração do PAR sem impacto financeiro para solicitar habilitação, que tem deliberação CIR.

Região de Saúde	Hospitais com UCP	Número de leitos para habilitar
Meio Oeste	- Hospital Municipal Nossa Senhora do Perpetuo Socorro – Catanduvas	15
Alto Vale Uruguai	- HOSPITAL IZOLDE HUBNER DALMORA – Lindoia do Sul	15
Alto Vale do Rio do Peixe	- Hospital e Maternidade Santo Antonio – Lebon Regis	20
Total		50

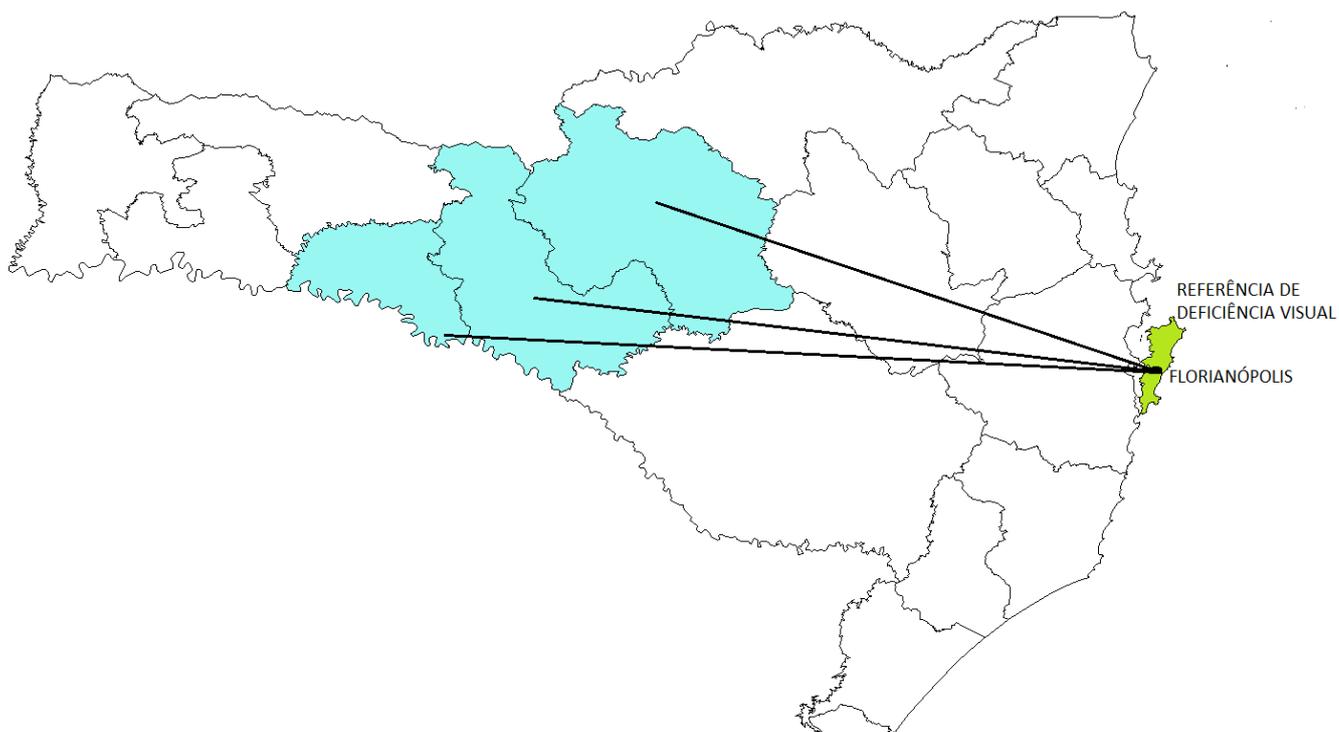
MAPA DE REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS EXISTENTES PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA MAPA DE REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS



EXISTENTES PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA



MAPA DE REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS EXISTENTES PARA ATENDIMENTO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL



VIII – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

A regulação de sistemas de saúde definidas a partir dos princípios e diretrizes do SUS, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços a população e definida como uma estrutura operacional que, atua sobre a demanda e ofertas disponíveis da atenção a saúde sendo capaz de oferecer a melhor resposta possível para um problema assistencial específico, organizada em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial.

A Central de Regulação Regional abrange os 55 municípios da Macrorregião Meio Oeste , e regula os fluxos pactuados das demandas recebidas das redes. Sua fundamentação esta baseada nas portarias nº 1559 de 01/08/2009, nº 2.655 de 21/11/2012, nº 1.792 de 22/0/2012 e nº 1299 de 21/11/2012.

Organizar o fluxo para uma melhor otimização de leitos ambulatoriais ou de Unidade de Tratamento Intensivo, distribuídos em toda a Macrorregião baseado em protocolos clínicos de atendimento e de regulação, classificação de risco e critérios de priorização, garantindo a qualidade da assistência prestada.

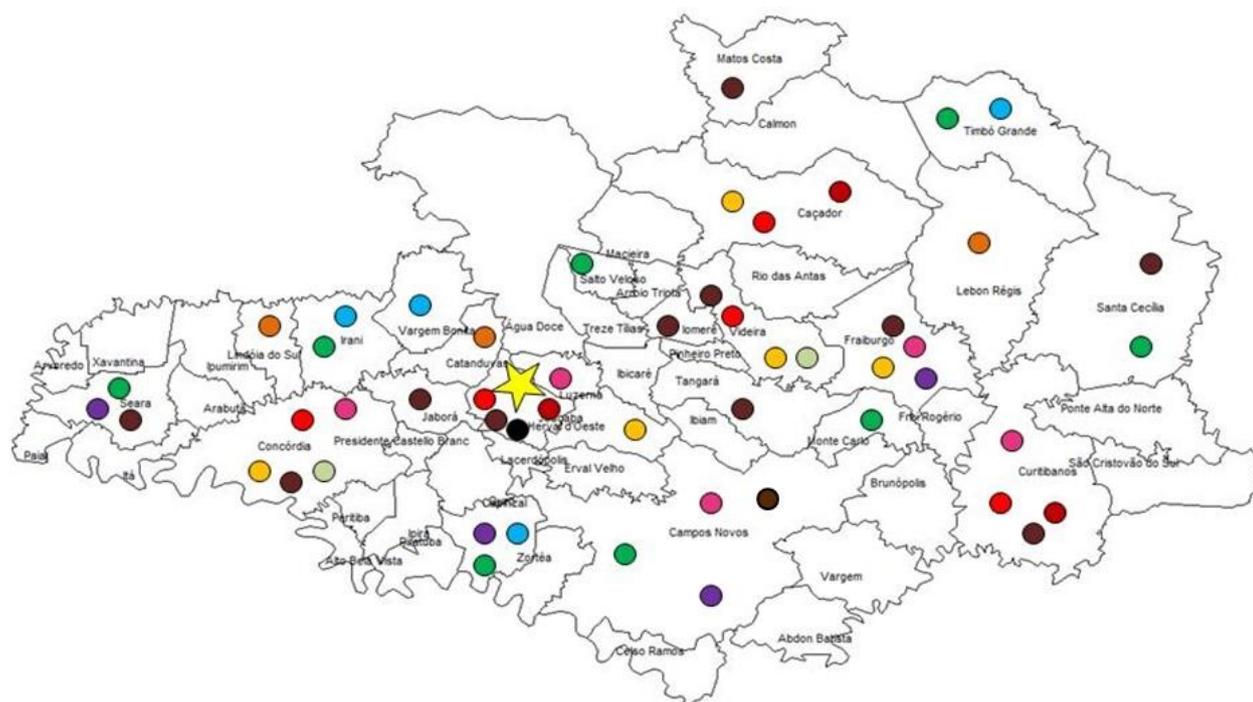
A central terá o mapeamento da rede e conhecendo a sua real capacidade, bem como a conhecerá a situação contratual dos estabelecimentos de saúde

Possuir um mapa dos leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

A regulação assistencial desta forma estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção. Garantir a adequada referencia regulada para os pacientes que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível da rede necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção.

A regulação deve encaminhar corretamente o paciente, ao ponto de atenção mais certo, pronto para a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

CAPACIDADE INSTALADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DA REDE



- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| ● Portas de Entrada UE | ● USBs Solicitadas |
| ● UPAs | ● USAs Existentes |
| ● Salas de Estabilização | ● USAs Solicitadas |
| ● Leitos de Retaguarda | ● SAMU Aéreo |
| ● UCPs | ● Leitos Psicossocial |
| ● USBs Existentes | ★ Central de Regulação de Leitos |

IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Plano apresentou as necessidades dos municípios de abrangência da Macrorregional de Saúde, onde atualmente não se dispõe de referência pelo SUS que atendam estas demandas.

Serão estabelecidas tratativas junto as Unidades de Ensino Superior da Macrorregião, principalmente com aquelas que oferecem cursos na área da Saúde para, objetivar a instalação de serviços na Macrorregião que atendam as demandas necessárias, conforme planilha abaixo:

Ano	Pleito	Município	Gestão	Valor	Fonte de Recurso
2024	CER III CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA AUDITIVA E VISUAL)	Joaçaba	Municipal	R\$ 200 mil (custeio mensal)	Federal
2024	CONSTRUÇÃO Oficina ortopédica	Joaçaba	Municipal	R\$ 250.000,00	Federal
2025	Projeto de Equipamentos Oficina ortopédica	Joaçaba	Municipal	R\$ 350.000,00	Federal
2026	Habilitação Oficina ortopédica	Joaçaba	Municipal	R\$ 54.000,00 (custeio mensal)	Federal

X – REFERÊNCIAS

Instrumento modelo fornecido pela Diretoria de Planejamento da SES/SC;

Política Nacional de Atenção Básica;

Site: www.saude.sc.gov.br – Secretaria de Estado da Saúde;

Site: www.saude.gov.br – Ministério da Saúde;

Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010;

Portaria nº 2.809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012;

Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011;

Portaria nº 2.395/GM/MS, de 10 de novembro de 2011;

Portaria nº 2.527/GM/MS de 27 de outubro de 2011;

Portaria nº 1.559/ GM/MS de 01 de agosto de 2009;

Portaria nº 2.655/GM/MS de 21 de novembro de 2012;

Portaria nº 1.792/GM/MS de 22 de fevereiro de 2012;

Portaria nº 1.299 GM/MS de 21 de novembro de 2012;

Portaria nº 148 GM/MS de 31 de janeiro de 2012.

Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE
MACRORREGIÃO MEIO OESTE SERRA CATARINENSE
MACRO MEIO OESTE SERRA CATARINENSE

DELIBERAÇÃO Nº 03 / MACRO MEIO OESTE SERRA CATARINENSE / 2020

APROVOU - SE: EM CONFORMIDADE COM O RESULTADO DO PROCESSO DEMOCRÁTICO DE VOTAÇÃO REFERENTE A PROPOSITURA DE ATUALIZAÇÃO, AJUSTES E NOVAS INCLUSÕES DE SERVIÇOS NO PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DA MACRO MEIO OESTE SERRA CATARINENSE (**RCPD - MEIO OESTE SERRA CATARINENSE**), CONFORME AS DILIGÊNCIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONVÉM SALIENTAR QUE, DE FORMA CONJUNTA, COM O PLANO DE AÇÃO MACRORREGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FORAM APRECIADOS E POSTERIORMENTE APROVADOS OS **PLEITOS** DA REDE MACRORREGIONAL DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO MEIO OESTE SERRA CATARINENSE. TAL FEITO SE DEU NA SESSÃO ORDINÁRIA MENSAL DE CIR AMPLIADA, REALIZADA ATRAVÉS DE VÍDEOCONFERÊNCIA NA DATA DE 13 DE NOVEMBRO DE 2020, COMPREENDENDO NESTA: A CIR DO MEIO OESTE, A CIR DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE, A CIR DO ALTO URUGUAI E A CIR DA SERRA CATARINENSE, JUNTAMENTE COM OS APOIADORES REGIONAIS DOS 04 (QUATRO) COLEGIADOS INTERGESTORES REGIONAIS DE SAÚDE. ESTA DELIBERAÇÃO ENTRARÁ EM VIGOR NA DATA DE SUA PUBLICAÇÃO REVOGADA AS DISPOSIÇÕES EM CONTRÁRIO.

LAGES/SC - 13 DE NOVEMBRO DE 2020.

X *Kamille Sartori Beal*

KAMILLE SARTORI BEAL
CIR Meio Oeste

X

DIVINE RECCIN
CIR Alto Vale do Rio do Peixe

X

TEREZINHA BRANCO DE MORAES
CIR Serra Catarinense

X

FLAVIO ZOLET
CIR Alto Uruguai

COMISSÃO INTERGESTORA MACRORREGIONAL
MEIO OESTE SERRA CATARINENSE