

## ANEXO IV



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

## DELIBERAÇÃO 138 CIB/2020

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 243ª reunião ordinária de 19 de novembro de 2020, Considerando:

A Portaria de Consolidação Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.**

A Revisão do Instrutivo de normas Técnicas para os Serviços de Reabilitação nas Deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais, revisado em 2020;

O Ofício Circular 008 de 2020, que solicita a Revisão do Plano de Ação da Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado de Santa Catarina;

### APROVA

A Revisão do Plano de Ação da Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa Catarina, bem como Seus Planos de Ação Regionais, por Macro Região e as devidas Deliberações da CIR que seguem também em anexo.

ALEXANDRE  
LENCINA  
FAGUNDES:48  
629448091

Assinado de forma digital  
por ALEXANDRE LENCINA  
FAGUNDES:48629448091  
Data: 2020.11.27  
15:59:42 -03'00'

*(assinado digitalmente)*

**ANDRÉ MOTTA RIBEIRO**  
Secretário de Estado da Saúde  
Coordenador CIB/SES

*(assinado digitalmente)*

**ALEXANDRE FAGUNDES**  
Presidente do COSEMS  
Coordenador CIB/COSEMS

**Plano de Ação para a Estruturação da  
Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em Santa  
Catarina**

**Santa Catarina  
2020**

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE  
ANDRÉ MOTTA RIBEIRO

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO  
DR RAMON TARTARI

COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA  
JAQUELINE REGINATTO

## Estado Proponente:

APRESENTAÇÃO DO ESTADO PROPONENTE	<b>ESTADO</b> Santa Catarina
<b>GOVERNADOR</b> Carlos Moisés	<b>SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE</b> André Motta Ribeiro
<b>Dados do Coordenador do Grupo Condutor</b>	Jaqueline Reginatto
<b>Cargo</b>	Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência
Telefones (48) 36647214	Cel (48) 99178-9542
<b>e-mail:</b> rededapessoacomdeficienciasc@saude.sc.gov.br	<b>Endereço:</b> Rua Esteves Júnior, 390, 5º andar, Centro – Florianópolis/SC CEP 88015-130

### 1. Introdução

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

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, definia, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Suas diretrizes, deveriam ser implementadas nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são elas: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços.

A Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012 institui os componentes da rede e os eixos de trabalho para o direcionamento dos fluxos de referência e contra referência: na Atenção Básica, CER, CEO e Rede Hospitalar. Estes Componentes deverão estar articulados, e em cada um definidas as competências na Atenção à Pessoa com deficiência, dentro da lógica da Rede.

A portaria GM/MS 835 de 25 de abril de 2012 que institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde publicou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, por meio das quais consolida as normativas de funcionamento e financiamento das Redes de Atenção à Saúde, entre elas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essa medida fez com que as Portarias

GM/MS 793 e 835, de 2012, fossem revogadas. Contudo, vale ressaltar que não houve modificações significativas no corpo do texto das normativas.

A Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) foi a elaboração do Estatuto da Pessoa com Deficiência que buscou assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades constitucionais e fundamentais pela pessoa com deficiência, objetivando a sua inclusão social e cidadã. A referida lei, instituída a partir da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, consolidou a mudança quanto ao que se entende por pessoa com deficiência e deficiência. No Brasil havia uma série de legislações anteriores à Convenção, que usavam termos ou mesmo pensavam a deficiência ainda como uma condição estática e biológica da pessoa.

Com a Publicação das Portarias GM /MS 793 de 24 de abril de 2012 e GM/MS 835 de 25 de abril de 2012. E, considerando as necessidades do nosso Estado de Estruturação desta Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência integrando os serviços hoje existentes e criando novos serviços com perfil de atendimento em duas ou mais modalidades de deficiência (CER), além de estabelecer os fluxos de referencia e contra referencia para garantia do acesso do usuário aos serviços, estabelecemos o Grupo Condutor Estadual desta Rede.

A Portaria institui na Atenção Especializada os CER: CER II – Centro de Reabilitação que atenderá 02 tipos de Deficiência; CER III – Centro de Reabilitação que atenderá 03 tipos de Deficiência e CER IV – Centro de Reabilitação que atenderá os 04 tipos de Deficiência. A composição de recursos humanos, instalações e estrutura física, dependerá do tipo de deficiência a ser atendida e do nível de CER (II, III ou IV). Poderá ocorrer a qualificação de serviços já existentes em CER e/ou a estruturação de novos Centros como CER, estas ações podem ocorrer tanto no nível do ente estadual quanto do Municipal, através de pactuações feitas na Comissão Intergestora Regional – CIR, com o Gestor do Serviço, mediante manifestação dos Serviços já existentes e/ou solicitação de construção em terreno público.

Considerando que o Estado de Santa Catarina já possui Serviços com perfil institucional para adequar-se no atendimento de duas ou mais modalidades, através de sua qualificação em CER; ainda, que está dividido em 07 Macrorregiões de Saúde e em algumas delas teremos que estruturar estes Serviços, através da construção/ampliação/qualificação e/ou habilitação dos CER, encaminhamos este Plano de Ação.

## **2. Justificativa**

A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado tem o papel de garantir a integralidade em todos os Níveis de Atenção, com ações na Atenção Básica (UBS, NASF, ESF, SB,CEO, Atenção Domiciliar), Centros Especializados de Reabilitação e Rede Hospitalar, visando a humanização do cuidado as pessoas com deficiência, com qualificação da atenção e a inserção das pessoas com Deficiência na busca da sua autonomia, com perspectivas pessoais e sociais.

A estruturação em Rede, permite a delimitação de fluxos de referência e contra referência, com responsabilização pelo usuário em todos os níveis de atenção, sendo a Atenção Primária em Saúde, a ordenadora do cuidado. Os serviços estarão na lógica de rede, inseridos na Central de Regulação Regional e com isso, possibilitando a Regulação e monitoramento das ações previstas neste Plano.

### **Benefícios da Implantação da Rede:**

- Estruturação de uma política pública voltada à Pessoa com Deficiência;
- Descentralização da Atenção e das ações;
- Qualificação no atendimento;
- Ampliação do acesso e da oferta de serviços;
- Integralidade das ações;
- Redução dos gastos do Estado com compras de Serviços privados e tratamento fora de domicílio – TFD fora do Estado, para tratamentos de Reabilitação, principalmente motora.

## **3. Objetivos**

### **3.1. Geral:**

Reorganização da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado de Santa Catarina, através da atualização do Plano de Ação Estadual, após atualização/aprovação dos Planos de Ação Regionais, por Macro Região.

### **3.2. Específicos:**

Ampliar a qualificação dos CEOs para atendimento à pessoas com Deficiência, além daqueles já qualificados;

Mapear e definir no plano os pontos de apoio da Rede;

Descentralizar a Rede de Cuidados nas Macro Regiões as quais não tem Serviço habilitado;

Definir os fluxos de referência e contra referência;

Definir as competências de cada componente da rede;

Estabelecer parcerias com instituições filantrópicas do Estado;  
Implantar o Plano Estadual a partir da atualização desta rede e os fluxos de referência e contra referência, com a Atenção Básica, Serviços de Reabilitação já existentes e Rede Hospitalar;  
Aperfeiçoar o processo de regulação na área de reabilitação do estado para fluxos já existentes, nos Pontos já habilitados e qualificados e para os novos Centros;  
Revisão das Deliberações por tipo de deficiência, e aprovação de protocolos por deficiência.

#### **4. Metas**

- Habilitar os Serviços junto ao ministério da Saúde, conforme prioridades elencadas por Macro Região, a partir de 2021;
- Capacitar profissionais para a Rede (a distância e presencial) – 2021/2023, nas diversas áreas;
- Estabelecer parcerias com as entidades filantrópicas e Universidades – 2021/2023;
- Pactuar na CIR e em CIB os fluxos e componentes da rede, por Macrorregião de Saúde.

#### **5. Diagnóstico de Santa Catarina:**

##### **5.1. Aspectos Demográficos:**

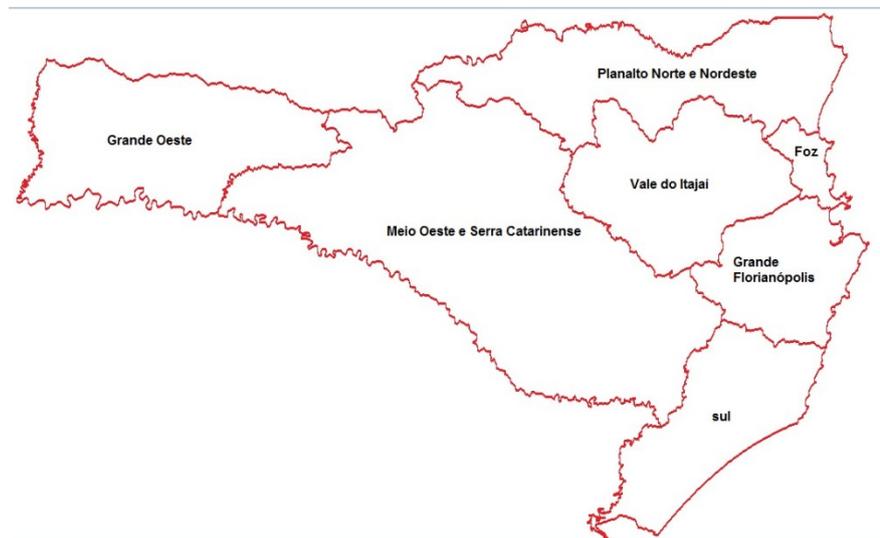
A Demografia é uma ciência geográfica que estuda as populações humanas, enfocando aspectos tais como sua evolução no tempo, seu tamanho, sua distribuição espacial, sua composição e características gerais (CERQUEIRA et al., 2004).

A dinâmica demográfica é uma das variáveis de identificação das forças que impulsionam a economia e operam nas condições de vida da população, percebida nas transformações no ritmo de crescimento, na distribuição e na estrutura da população. No que tange o Estado de Santa Catarina “essa mudança é especialmente relevante pelas oportunidades que abre, bem como pelos desafios que propõe às políticas públicas” (SC, 2011, p. 7).

Localizado na Região Sul do território nacional, o estado de Santa Catarina possui extensão territorial de 95.703,5 quilômetros quadrados e população de 6.248.436 habitantes, conforme Censo Demográfico em 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), equivalente a 3,27% da população nacional. Em relação ao censo de 2000 a população cresceu 16,68%. O crescimento demográfico médio anual em Santa Catarina foi o maior do Sul do país, estimado em 1,55% nos últimos dez anos, ante 1,64% na década anterior. Pelos dados do IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019, a população de Santa Catarina é estimada em 7.252.502 pessoas.

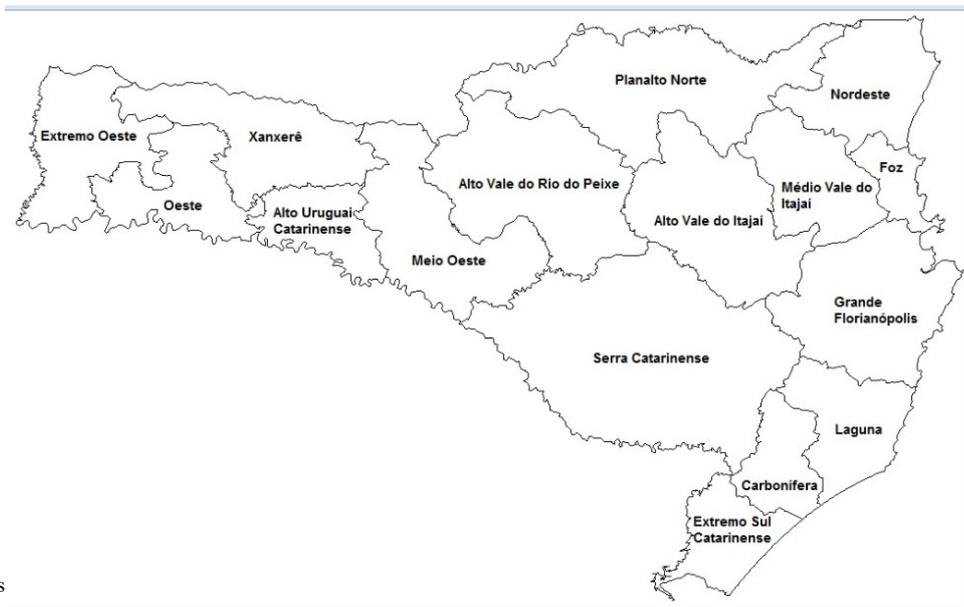
A Deliberação CIB 195 de 13 de agosto de 2018, aprova a definição da nova composição das macrorregiões de Saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado, seguindo o conceito de regionalização. A população apresentada nas macrorregiões de Saúde refere se a Estimativa Populacional 2017, conforme Resolução IBGE nº 04, de 28 de agosto de 2017, publicado no DOU nº 167, de 30 de agosto de 2017.

No estado de Santa Catarina foram identificadas 07 (sete) macrorregiões de saúde que dispõem de referência para as regiões de saúde que a compõem ou que devem ser objeto de investimento para suprir essa necessidade, conforme a configuração abaixo:



Mapa das Macro Regiões de Saúde do

Estado de SC conforme Deliberação CIB 195/2018.



Mapa das  
Regiões de Saúde do  
Estado de Santa Catarina, conforme Deliberação CIB 195/2018

## MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO GRANDE OESTE

A Macrorregião do Grande Oeste é composta por 03 Regiões de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **789.571 habitantes**:

- Região de Saúde do Extremo Oeste

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4200804	Anchieta	5.832
4202081	Bandeirante	2.751
4202099	Barra Bonita	1.739
4202156	Belmonte	2.709
4202578	Bom Jesus do Oeste	2.151
4204905	Descanso	8.399
4205001	Dionísio Cerqueira	15.450
4205357	Flor do Sertão	1.594
4206405	Guaraciaba	10.259
4206603	Guarujá do Sul	5.139
4207650	Iporã do Oeste	8.930
4207759	Iraceminha	4.067
4208401	Itapiranga	16.683
4210506	Maravilha	25.076
4210902	Modelo	4.192
4211009	Mondáí	11.496
4212007	Palma Sola	7.558
4212239	Paraíso	3.613
4214151	Princesa	2.906
4215208	Romelândia	5.022

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4215356	Saltinho	3.847
4215554	Santa Helena	2.266
4215687	Santa Terezinha do Progresso	2.557
4216255	São João do Oeste	6.309
4216701	São José do Cedro	13.897
4217154	São Miguel da Boa Vista	1.848
4217204	São Miguel do Oeste	39.793
4217303	Saudades	9.664
4217956	Tigrinhos	1.695
4218756	Tunápolis	4.597
		<b>232.039</b>

- Região de Saúde de Xanxerê

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4200101	Abelardo Luz	17.847
4202537	Bom Jesus	2.919
4203501	Campo Erê	8.787
4204459	Coronel Martins	2.548
4205175	Entre Rios	3.183
4205308	Faxinal dos Guedes	10.745
4205605	Galvão	3.058
4207684	Ipuação	7.400
4209177	Jupia	2.127
4209458	Lajeado Grande	1.453
4210555	Marema	1.906
4211652	Novo Horizonte	2.532
4211850	Ouro Verde	2.245
4212270	Passos Maia	4.243
4213401	Ponte Serrada	11.545
4215752	São Bernardino	2.449
4216107	São Domingos	9.502
4216909	São Lourenço do Oeste	23.698
4219101	Vargeão	3.590
4219507	Xanxerê	49.738
4219705	Xaxim	28.210
		<b>199.725</b>

- Região de Saúde do Oeste

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4200507	Águas de Chapecó	6.445
4200556	Águas Frias	2.387
4201653	Arvoredo	2.261
4203105	Caibi	6.213

4204103	Caxambu do Sul	3.850
4204202	Chapecó	213.279
4204350	Cordilheira Alta	4.321
4204400	Coronel Freitas	10.130
4204707	Cunha Porã	11.057
4204756	Cunhataí	1.955
4205431	Formosa do Sul	2.549
4206652	Guatambu	4.733
4207858	Irati	1.984
4208955	Jardinópolis	1.625
4211405	Nova Erechim	4.879
4211454	Nova Itaberaba	4.339
4211876	Paial	1.577
4212106	Palmitos	16.253
4212908	Pinhalzinho	19.511
4213153	Planalto Alegre	2.844
4214201	Quilombo	10.044
4215075	Riqueza	4.670
4215695	Santiago do Sul	1.317
4216008	São Carlos	11.132
4217550	Serra Alta	3.301
4217758	Sul Brasil	2.551
4218855	União do Oeste	2.600
		<b>357.807</b>

### MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO MEIO OESTE E SERRA CATARINENSE

A Macrorregião do Meio Oeste é composta por 04 Regiões de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **916.238 habitantes**:

- Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4200754	Alto Bela Vista	1.967
4201273	Arabutã	4.281
4204301	Concórdia	73.766
4207601	Ipira	4.562
4207700	Ipumirim	7.561
4207809	Irani	10.285
4208005	Itá	6.275
4209854	Lindóia do Sul	4.615
4212601	Peritiba	2.855
4213104	Piratuba	4.102
4213906	Presidente Castelo Branco	1.610
4217501	Seara	17.526
4219606	Xavantina	4.012
		<b>143.417</b>

- Região de Saúde do Meio Oeste

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4200051	Abdon Batista	2.604
4200408	Água Doce	7.154
4202875	Brunópolis	2.539
4203600	Campos Novos	35.710
4203907	Capinzal	22.524
4204004	Catanduvas	10.632
4204152	Celso Ramos	2.760
4205209	Erval Velho	4.480
4206702	Herval d'Oeste	22.443
4206801	Ibicaré	3.268
4208609	Jaborá	3.990
4209003	Joaçaba	29.608
4209201	Lacerdópolis	2.251
4210035	Luzerna	5.705
4211058	Monte Carlo	9.785
4211801	Ouro	7.363
4218509	Treze Tílias	7.545
4219150	Vargem	2.543
4219176	Vargem Bonita	4.597
4219853	Zortéa	3.300
		<b>190.801</b>

- Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4201604	Arroio Trinta	3.564
4203006	Caçador	77.323
4203154	Calmon	3.380
4204806	Curitibanos	39.566
4205506	Fraiburgo	36.261
4205555	Frei Rogério	2.146
4206751	Ibiam	1.967
4207577	Iomerê	2.917
4209706	Lebon Régis	12.133
4210050	Macieira	1.799
4210704	Matos Costa	2.614
4213005	Pinheiro Preto	3.480
4213351	Ponte Alta do Norte	3.413
4214409	Rio das Antas	6.246
4215406	Salto Veloso	4.655
4215505	Santa Cecília	16.701
4216057	São Cristovão do Sul	5.464
4217907	Tangará	8.738
4218251	Timbó Grande	7.767
4219309	Videira	52.066

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
		<b>292.200</b>

- Região de Saúde da Serra Catarinense

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4201000	Anita Garibaldi	7.537
4202438	Bocaina do Sul	3.456
4202503	Bom Jardim da Serra	4.694
4202602	Bom Retiro	9.796
4203402	Campo Belo do Sul	7.177
4203253	Capão Alto	2.597
4204178	Cerro Negro	3.254
4204558	Correia Pinto	13.358
4209300	Lages	158.508
4211751	Otacílio Costa	18.313
4211892	Painel	2.376
4212056	Palmeira	2.586
4213302	Ponte Alta	4.767
4215059	Rio Rufino	2.489
4216503	São Joaquim	26.646
4216800	São José do Cerrito	8.588
4218905	Urubici	11.191
4218954	Urupema	2.487
		<b>289.820</b>

### MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

A Macrorregião da Foz do Rio Itajaí é composta por 01 Região de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **683.034 habitantes**:

- Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4202008	Balneário Camboriú	135.268
4212809	Balneário Piçarras	21.884
4202453	Bombinhas	18.623
4203204	Camboriú	78.731

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4207106	Ilhota	13.857
4208203	Itajaí	212.615
4208302	Itapema	61.187
4210001	Luis Alves	12.413
4211306	Navegantes	77.137
4212502	Penha	31.025
4213500	Porto Belo	20.294
		<b>683.034</b>

### **MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO VALE DO ITAJAÍ**

A Macrorregião do Vale do Itajaí é composta por 02 Regiões de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **1.064.245 habitantes**:

- Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4200200	Agrolândia	10.581
4200309	Agrolândia	5.437
4201802	Atalanta	3.254
4201901	Aurora	5.688
4202859	Braço do Trombudo	3.709
4204194	Chapadão do Lageado	2.953
4205100	Dona Emma	4.081
4206900	Ibirama	18.721
4207403	Imbuia	6.133
4208500	Ituporanga	24.622
4209151	José Boiteux	4.887
4209508	Laurentino	6.790
4209904	Lontras	11.774
4210852	Mirim Doce	2.374
4212700	Petrolândia	6.021
4213708	Pouso Redondo	16.957
4214003	Presidente Getúlio	16.996
4214102	Presidente Nereu	2.304
4214508	Rio do Campo	6.043
4214607	Rio do Oeste	7.463
4214805	Rio do Sul	69.188
4215307	Salete	7.634
4215679	Santa Terezinha	8.846
4217808	Taió	18.261
4218608	Trombudo Central	7.211
4219200	Vidal Ramos	6.356
4219358	Vitor Meireles	5.056
4219408	Witmarsum	3.912
		<b>293.252</b>

- Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4201257	Apiúna	10.542
4201703	Ascurra	7.877
4202206	Benedito Novo	11.425
4202404	Blumenau	348.513
4202701	Botuverá	5.100
4202909	Brusque	128.818
4205159	Doutor Pedrinho	4.043
4205902	Gaspar	67.392
4206306	Guabiruba	22.732
4207502	Indaial	66.497
4213203	Pomerode	32.334
4214706	Rio dos Cedros	11.431
4215109	Rodeio	11.488
4218202	Timbó	42.801
		<b>770.993</b>

### **MACRORREGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

A Macrorregião da Grande Florianópolis é composta por 01 Região de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **1.172.076 habitantes**:

- Região de Saúde da Grande Florianópolis

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4200606	Águas Mornas	6.298
4200705	Alfredo Wagner	9.960
4200903	Angelina	4.943
4201109	Anitápolis	3.248
4201208	Antônio Carlos	8.327
4202305	Biguaçu	66.558
4203709	Canelinha	11.944
4205407	Florianópolis	485.838
4205704	Garopaba	22.082
4206009	Governador Celso Ramos	14.229
4209805	Leoberto Leal	3.140
4210209	Major Gercino	3.429
4211504	Nova Trento	14.099
4211900	Palhoça	164.926
4212304	Paulo Lopes	7.360
4214300	Rancho Queimado	2.871
4215703	Santo Amaro da Imperatriz	22.609
4215901	São Bonifácio	2.899
4216305	São João Batista	35.065

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4216602	São José	239.718
4217253	São Pedro de Alcântara	5.602
4218004	Tijucas	36.931
		<b>1.172.076</b>

### **MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL**

A Macrorregião Sul é composta por 03 Regiões de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **992.541 habitantes**:

- Região de Saúde de Laguna

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4201505	Armazém	8.520
4202800	Braço do Norte	32.648
4203956	Capivari de Baixo	24.298
4206108	Grão Pará	6.537
4206207	Gravatal	11.394
4207205	Imaruí	10.571
4207304	Imbituba	44.076
4208807	Jaguaruna	19.527
4209409	Laguna	45.311
4212403	Pedras Grandes	4.026
4212650	Pescaria Brava	9.980
4214904	Rio Fortuna	4.606
4215455	Sangão	12.233
4215604	Santa Rosa de Lima	2.139
4217006	São Ludgero	12.934
4217105	São Martinho	3.210
4218400	Treze de Maio	7.098
4218707	Tubarão	104.457
		<b>363.565</b>

- Região de Saúde Carbonífera

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4220000	Balneário Rincão	12.403
4204251	Cocal do Sul	16.446
4204608	Criciúma	211.369
4205456	Forquilha	25.988
4207007	Içara	54.845
4209607	Lauro Muller	15.149
4211207	Morro da Fumaça	17.532
4211603	Nova Veneza	14.837
4211702	Orleans	22.723
4217600	Siderópolis	13.870

4218350	Treviso	3.863
4219002	Urussanga	21.177
		<b>430.202</b>

- Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4201406	Araranguá	67.110
4201950	Balneário Arroio do Silva	12.344
4202073	Balneário Gaivota	10.413
4205191	Ermo	2.076
4208708	Jacinto Machado	10.539
4210407	Maracajá	7.139
4210803	Meleiro	7.047
4211256	Morro Grande	2.915
4212254	Passo de Torres	8.370
4213807	Praia Grande	7.364
4215653	Santa Rosa do Sul	8.356
4216404	São João do Sul	7.268
4217709	Sombrio	29.710
4218103	Timbé do Sul	5.377
4218806	Turvo	12.746
		<b>198.774</b>

## MACRORREGIÃO DE SAÚDE PLANALTO NORTE E NORDESTE

A Macrorregião Nordeste é composta por 02 Regiões de Saúde, conforme descrito abaixo, com uma população de referência de **1.383.456 habitantes**:

- Região de Saúde Nordeste

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4201307	Araquari	35.268
4202057	Balneário Barra do Sul	10.317
4202107	Barra Velha	27.781
4204509	Corupá	15.541
4205803	Garuva	17.479
4206504	Guaramirim	42.872
4208450	Itapoá	19.355
4208906	Jaraguá do Sul	170.835
4209102	Joinville	577.077
4210605	Massaranduba	16.455
4216206	São Francisco do Sul	50.701
4216354	São João do Itaperiú	3.690
4217402	Schroeder	20.095
		<b>1.007.466</b>

- Região de Saúde do Planalto Norte

<b>Cod. IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>Pop. 2017</b>
4202131	Bela Vista do Toldo	6.304
4203303	Campo Alegre	12.012
4203808	Canoinhas	54.403
4207908	Irineópolis	11.133
4208104	Itaiópolis	21.506
4210100	Mafra	55.907
4210308	Major Vieira	8.015
4211108	Monte Castelo	8.471
4212205	Papanduva	19.015
4213609	Porto União	35.207
4215000	Rio Negrinho	42.029
4215802	São Bento do Sul	82.842
4218301	Três Barras	19.146
		<b>375.990</b>

## 5.2. Dados Epidemiológicos sobre Deficiência:

Conforme dados do IBGE/Censo (2010) Santa Catarina apresenta-se sob o Diagnóstico que segue abaixo, quanto aos dados de deficiência e o número de habitantes:

<b>Estado</b>	<b>População</b>	<b>Pelo menos uma das deficiências Investigadas</b>	<b>Deficiência Visual</b>		
			<b>Não consegue de modo algum</b>	<b>Grande dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	14 727	174 550	803 903

<b>Estado</b>	<b>População</b>	<b>Pelo menos uma das deficiências Investigadas</b>	<b>Deficiência Auditiva</b>		
			<b>Não consegue de modo algum</b>	<b>Grande dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	10 402	62 200	233 207

<b>Estado</b>	<b>População</b>	<b>Pelo menos uma das deficiências Investigadas</b>	<b>Deficiência Motora</b>		
			<b>Não consegue de modo algum</b>	<b>Grande dificuldade</b>	<b>Alguma dificuldade</b>
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	22 482	126 003	272 060

<b>Estado</b>	<b>População</b>	<b>Pelo menos</b>	<b>Mental /</b>	<b>Nenhuma</b>
---------------	------------------	-------------------	-----------------	----------------

		<b>uma das deficiências Investigadas</b>	<b>intelectual</b>	<b>dessas deficiências</b>
Santa Catarina	6 248 436	1 331 445	72 216	4 915 291

### **5.3. População a ser atendida:**

A população a ser atendida será definida por Centro, conforme os parâmetros populacionais do Estado, de acordo com as referências pactuados e critérios Técnicos para cada Serviço / Deficiência, com base nos Planos de Ação Regionais atualizados e pactuados nas Comissões Intergestoras Regionais, das Macro Regiões do Estado, definidas pela Deliberação CIB 195/2018.

O enfoque do trabalho em saúde das pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e da participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais. A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. O tratamento para as diversas deficiências podem ser os mais variados de acordo com o quadro clínico e o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

### **5.4. Conceitos:**

A Lei Brasileira da Inclusão, em seu 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. § 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

### **Deficiência Motora:**

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entende-se por deficiência física a 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 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.

### **Ostomia:**

Conforme Martins, M.L. et AL, 2007 “A palavra “estoma” origina-se do grego stóma, que significa boca ou abertura de qualquer víscera oca através do corpo por diversas causas. Dependendo da origem do segmento corporal, dá-se nomes diferenciados, como, por exemplo, gastrostomia (abertura no estômago), traqueostomia (abertura na traquéia). Nas ostomias intestinais, temos, por exemplo, as ileostomias e colostomias, sendo definidas, respectivamente, pela abertura de segmento ileal e cólico na parede abdominal com o intuito de desviar o conteúdo fecal para o meio externo.”

### **Pessoa Ostomizada:**

“A pessoa ostomizada é aquela que, por determinada circunstância, teve seu trânsito intestinal e/ou urinário cirurgicamente desviado de seu caminho natural (através de uma ostomia), não exercendo mais o controle sobre aquelas eliminações. Esta pessoa passa a depender, necessariamente, de uma bolsa coletora (para fezes e/ou urina) e de atendimento sistematizado e multiprofissional, podendo ser a ostomia provisória ou definitiva.” (Martins, M.L. et AL, 2007)

### **Deficiência Visual:**

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "c", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entende-se por deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

### **Deficiência Auditiva:**

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "b", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entende-se por deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

### **Deficiência Intelectual:**

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "d", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entende-se por 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:

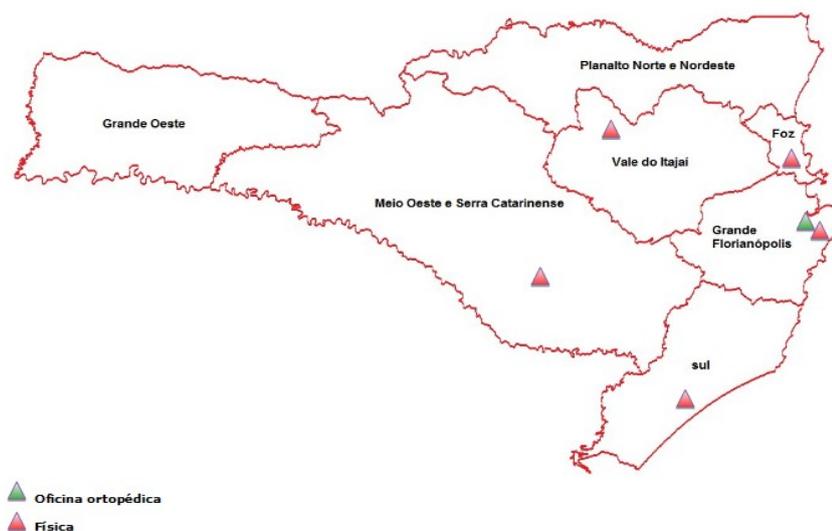
1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer; e
8. trabalho;

### **Deficiência Múltipla:**

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "e", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entende-se por deficiência múltipla-associação de duas ou mais deficiências.

### **5.5. Dados dos Serviços de Santa Catarina:**

**Deficiência Motora (Serviços de Reabilitação Física e Oficina Ortopédica):**



Mapa dos Serviços habilitados para atendimento em Deficiência Física e Oficina Ortopédica em SC, atualizado em novembro/2020

PRESTADOR	Município de Localização	Macrorregião	GESTOR	TIPO
Centro Catarinense de Reabilitação - CCR	Florianópolis	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde - SES	Oficina Ortopédica
Centro Catarinense de Reabilitação - CCR	Florianópolis	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde - SES	CER II Física e Intelectual
FURB	Blumenau	Vale do Itajaí	SMS de Blumenau	CER II Física e Intelectual
UNIVALI	Itajaí	Foz do Itajaí	SMS de Itajaí	CER II Física e Intelectual
UNIPLAC	Lages	Meio Oeste e Serra	SMS de Lages	CER II Física e Intelectual
UNESC	Criciúma	Sul	SMS de Criciúma	CER II Física e Intelectual

Tabela contendo as informações de gestão e locais dos serviços habilitados em DF e Oficina Ortopédica em SC, atualizado em nov/2020

### Histórico dos Serviços de Reabilitação Física e Oficina Ortopédica Fixa:

No Estado de Santa Catarina as ações de reabilitação física, sempre foram vinculadas aos Serviços de fisioterapia próprios ou contratualizados. Com a publicação da Portaria GM/MS 818/2001, iniciou-se no Estado, um levantamento diagnóstico destes serviços de Fisioterapia, com o objetivo de verificar as condições dos mesmos, como centros com condições de atenderem os níveis intermediário e de referência na Reabilitação Física, de acordo com o recursos humanos, instalações e equipamentos em cada unidade, bem como sua capacidade instalada, previstos na referida portaria.

Aos serviços de reabilitação física de nível intermediário e de medicina física e reabilitação, que dispõem de equipe multidisciplinar, cabem a avaliação, prescrição, acompanhamento, encaminhamentos e a concessão de OPM (órteses e próteses não relacionadas ao ato cirúrgico e meios auxiliares de locomoção).

De acordo com a SES e com o Plano de Reabilitação Física, do Estado de SC (SANTA CATARINA, 2008), o CCR, localizado na Região da Grande Florianópolis, é o único fornecedor de recursos de OPM para todo o Estado (municípios com recursos pactuados no Estado), pela rede do SUS. Assim como era o único Centro de Referência habilitado na Deficiência Física.

O Centro Catarinense de Reabilitação é, portanto, um importante centro de referência em Santa Catarina, possui uma trajetória que deve ser registrada.

O CCR existe no Estado desde 1962 e a oficina ortopédica do Centro, desde 1969. Naquela época o CCR era denominado Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR). Em 1973, foi instalado na atual sede, na Rua Rui Barbosa, 780, no bairro da Agrônômica, em Florianópolis/SC. Os serviços oferecidos nas décadas de 60 e 70, pela Oficina Ortopédica, além de OPM, eram: forragem, costura, consertos, adaptações, calçados e palmilhas especiais, além de serviços de sapataria em geral.

Até o ano de 2006, não havia uma Equipe Técnica integrada do serviço de OPMAL, do CCR. Esse serviço de concessão estava vinculado à Oficina do Centro. Os pacientes amputados eram avaliados por um fisiatra e, posteriormente, por um fisioterapeuta – o qual manteria um acompanhamento periódico, de aproximadamente 30 a 60 dias, para realização de perimetria. Na etapa seguinte, o

fisioterapeuta encaminhava-o à Lista de Espera de Protetização. Tal lista estava sob a responsabilidade do setor de Serviço Social da unidade.

Nos casos de processos de solicitação de órteses, os mesmos eram encaminhados ao Serviço Social e ficavam organizados em pastas (por tipo de equipamento) aguardando o processo licitatório - para chamada e encaminhamento à empresa fornecedora do serviço e/ou ao técnico ortesista/ortesista da oficina do CCR. Nos casos de meios auxiliares de locomoção, a lista ficava vinculada à Gerência Administrativa. O Centro, à época, possuía em seu organograma duas Gerências (Técnica e Administrativa) e uma Direção Geral.

Neste período, as próteses e órteses concedidas por processo licitatório, eram avaliadas pelo técnico ortesista/protesista do CCR e, em alguns casos, era solicitada a presença de algum fisioterapeuta do Centro para participar da entrega do material. Não havia um fisioterapeuta específico da equipe, as avaliações destes eram vinculadas ao setor de Ortopedia, hoje denominado serviço de Reabilitação Músculo Esquelética. Periodicamente, eram realizados mutirões, quando participavam de dois a quatro fisioterapeutas, para realização de perimetria e/ou encaminhamentos dos pacientes amputados.

No final de 2006, iniciou-se a Avaliação com a Equipe Técnica, composta por: Assistente Social, Fisioterapeuta e Técnico ortesista/protesista; com posterior encaminhamento dos usuários aos serviços necessários, feito pelo Serviço Social. Além dos mutirões, a equipe realizava estudos de caso de alguns pacientes quando a solicitação da órtese/prótese, ou mesmo a avaliação individual mostrasse alguma controvérsia ou dúvida. Qualquer um profissional da equipe podia solicitar esses estudos. O médico fisiatra realizava a avaliação inicial dos amputados e, quando solicitado pela Equipe, participava das discussões de caso.

No período de janeiro de 2010 a março de 2013, foram cadastrados e atendidos no Serviço de OPM do CCR, 2044 pacientes que receberam algum tipo de órteses e 1344 pacientes que receberam alguma prótese. (Fonte: Setor OPM/CCR/SUR/SES).

Relativo aos demais setores, o Centro foi habilitado em 2009 como referência estadual para a deficiência física, e na mesma época, passou a atender na sua equipe de enfermagem a ostomia. Em 2012, organizou-se a equipe técnica do serviço de ostomia, composto por: Enfermeira, Médico, Assistente Social, Psicóloga e Nutricionista.

Atualmente o CCR não realiza atendimento para pacientes ostomizados, pois o atendimento: orientação para o autocuidado bem como atendimento de complicações está organizado nos municípios de origem do paciente, na Grande Florianópolis, que é a referência de atendimento do CERII CCR. No Centro são atendidos pacientes de deficiência física, exceto ostomia e deficiência intelectual, incluindo TEA, para a Macro Região da Grande Florianópolis e é referência estadual para oficina ortopédica, na

concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, também para toxina botulínica para espasticidade e bexiga neurogênica e para oxigenoterapia domiciliar.

Os demais Serviços descritos no mapa e na tabela foram habilitados a partir das Portarias 793 e 835 de 2012, como Centros Especializados em Reabilitação de porte II, CER II, todos na modalidade física e intelectual, incluindo o CCR, ao longo de 2013 a 2015. Desde então não foram habilitados mais nenhum Serviço na Rede de Deficiência em Santa Catarina nos últimos cinco anos.

#### Legislação Federal:

PORTARIA SAS/MS N° 1.329, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2012 -  
Aprova, na forma do Anexo, a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA MS/GM N° 818, DE 5 DE JUNHO DE 2001 -  
Cria mecanismos para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física.

PORTARIA MS/SAS N° 185, DE 5 DE JUNHO DE 2001 -  
Altera a descrição de Serviços e procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos do SUS, para adequá-los a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, que trata a Portaria n° 818/2001.

PORTARIA GM/MS N° 2.297, DE 10 DE OUTUBRO DE 2008 -  
Altera os valores de remuneração da Tabela de Procedimentos do SUS relacionados às órteses, próteses ortopédicas e procedimentos de acompanhamento em reabilitação física.

PORTARIA GM/MS N° 2.373, DE 10 DE OUTUBRO DE 2008 -  
Estabelece recurso anual referente ao reajuste dos valores dos procedimentos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção da Tabela de Procedimentos do SUS e ao reajuste dos procedimentos de acompanhamento em reabilitação física.

PORTARIA GM/MS N° 2.381, DE 10 DE OUTUBRO DE 2008 -  
Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para fortalecimento da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - atendimento da fila de espera do SUS por órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

PORTARIA MS/SAS N° 400, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009 -  
Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS.

PORTARIA MS/GM N° 1.032, DE 05 DE MAIO DE 2010 -  
Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e

Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.

#### Estado de SC:

DELIBERAÇÃO 250/CIB/2008 - O Plano Operativo para a organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina;

DELIBERAÇÃO 145/CIB/2009 que aprova convênio para aquisição de equipamentos para Oficina do Centro Catarinense de Reabilitação – CCR e capacitação para técnicos ortesistas e protesistas;

DELIBERAÇÃO 467/CIB/2010 - A redistribuição das vagas de capacitação para ortesistas, protesistas, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, do curso de capacitação de 180 horas, num total de 25 vagas, distribuídas nas macrorregiões de saúde.

DELIBERAÇÃO 502/CIB/2014 - Manual Operativo para a Concessão de OPM no Estado de Santa Catarina .

#### **Ostomia (Serviços de Atenção ao Ostomizados):**

Não existe em Santa Catarina nenhum Serviço com classificação 156 no CNES, ou seja, Serviços de Atenção aos Ostomizados tipo I e II, conforme prevê a Portaria 400 de 2009. Apesar de que em Santa Catarina A Atenção primária, orientação para o autocuidado e entrega de insumos ocorre no Município de origem do paciente, organizado conforme a configuração de cada município e quantidade de usuários cadastrados.

Atualmente dos 295 municípios do Estado, 277 municípios possuem pelo menos um usuário cadastrado recebendo orientações para autocuidado e insumos para ostomias intestinais, urinárias e/ou fístulas cutâneas ou para ostomias respiratórias.

#### Histórico do Serviço de Ostomizados:

Em 1985 a concessão dos insumos era realizada em qualidade e quantidade insuficientes, pelo Programa de Assistência Domiciliar PAD/INAMPS, através do fornecimento de bolsas comuns, de produção industrial, mas inadequadas para as necessidades básicas dos usuários, através da SES/SC, na Policlínica de Referência Regional do Estado, no centro de Florianópolis/SC. Para diminuir ou eliminar esta dificuldade, e aprimorar a aprendizagem técnica, se estabeleceu intercâmbio com outros Estados, o que possibilitou a ampliação de experiências e a participação em eventos específicos sobre a condição da pessoa ostomizada.

A mobilização de líderes estaduais, em 1988, conquista a Ordem de Serviço M.S. nº158/88, que contempla a necessidade da constituição de uma equipe multiprofissional e institucional para estruturação do Programa de Assistência ao Ostomizado (PAO), implantado com a participação de 22 Programas de Assistência Médica (PAMs) de Santa Catarina, distribuídos pelo Estado, em Municípios como: Joinville, Itajaí, Florianópolis e Chapecó. O PAM da Capital, Florianópolis (SC), é definido como Sede do Programa.

Fevereiro de 1988 – Ordem de Serviço nº 158 / INAMPS - contempla a necessidade de se constituir uma equipe multiprofissional e institucional para estruturação do Programa de Assistência ao Ostomizado (PAO).

Em agosto de 1988 – Santa Catarina criado o Programa de Assistência ao Ostomizado em Santa Catarina – Serviço Estadual, localizado na Policlínica de Referência Regional – de Gestão Estadual – localizada no Centro de Florianópolis. Realiza a entrega de equipamentos de ostomia (bem restritos) e faz a assistência ao usuário com Médico Coloproctologista, Urologista e Enfermeira especialista na área; é referência para todo o Estado.

Em 1990, com a participação do Grupo de Apoio à pessoa Ostomizada – GAO, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, é realizado o primeiro diagnóstico dos serviços de assistência à pessoa ostomizada em Santa Catarina, e identificado que a assistência não corresponde às necessidades básicas da pessoa ostomizada.

No período entre 1991 e 1994, a parceria dos profissionais e usuários colhe mais ganhos políticos e técnicos: usuários e profissionais, após se mobilizarem durante quase três governos estaduais, vêm aprovada a Portaria SES/SC 002/91, que define a política de assistência à pessoa ostomizada; o PAO de SC se redefine com a proposta de manter os núcleos assistenciais.

Em 1993 – Portaria MS/SAS 116 – inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia – a partir daí surgem algumas Policlínicas e Postos de Saúde realizando este atendimento para sua região – como é o caso de Joinville/SC;

O Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004, que inclui as pessoas ostomizadas na categoria de deficiência física, estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade desta categoria, reafirma e estimula, em seu art. 4º, especificamente, a atuação em parceria para cumprimento do Decreto. A defesa e manutenção dos direitos humanos das pessoas ostomizadas impõem a capacitação dos profissionais e usuários, para que assimilem a nova realidade da pessoa submetida à cirurgia de ostomia.

Atualmente o Serviço Estadual: Compra e realiza a concessão de insumos de ostomia pelo Estado; através de processo licitatório e análise do material pela equipe técnica do serviço; Estado

complementa o que é concedido pela tabela SIGTAP na compra de insumos e adjuvantes – como desodorizantes, pó, filtros, cintos e kits de irrigação, etc, além de ser o único Estado do território Nacional que concede insumos para ostomias respiratórias, com recursos do Governo do Estado, sendo onze itens, não constantes na tabela SIGTAP, porém padronizados em Santa Catarina através de deliberação CIB.

No Estado de Santa Catarina a compra e concessão dos insumos é de competência Estadual e a Atenção aos usuários de competência Municipal, no Município de origem do paciente, conforme as diretrizes Estaduais.

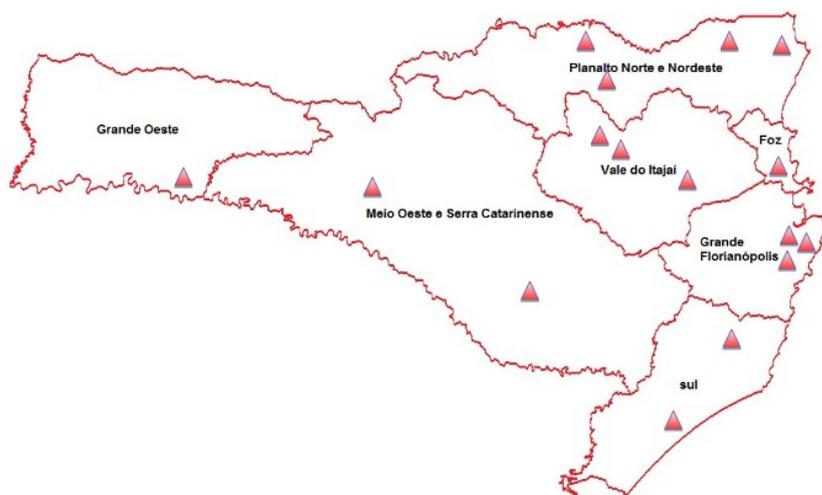
Seguem abaixo dados dos insumos e número de usuários cadastrados atualmente no Serviço Estadual:

<b>Tipo de Ostomia</b>	<b>Nº de usuários cadastrados</b>	<b>Variedade de insumos padronizados</b>
Intestinal, urinária e/ou fistulas cutâneas	4.165	47
Respiratória (Traqueostomizados e/ou laringectomizados)	98	11

Dados do Sistema de Informação próprio da SES, Sistema ATPCD Ostomizados, em 09 de novembro de 2020

Os insumos de Ostomia Respiratória são concedidos a partir da Deliberação 202 da CIB de 2019, sendo que a referência para pacientes laringectomizados, para cirurgia e reabilitação fonatória, ocorre nos UNACONS, conforme Plano da Oncologia.

Seguem mapa e tabela dos Serviços de Referência por Região de Saúde:



Mapa dos UNACONS em Santa Catarina, referência para Reabilitação Fonatória por Macro região, atualizado nov/2020.

<b>Serviço</b>	<b>Município</b>	<b>Regiões de Saúde de abrangência</b>	<b>Macro Região</b>	<b>Cirurgião de cabeça e Pescoço</b>	<b>Fonoaudiólogo</b>
CEPON	Florianópolis	Grande Fpolis	Grande Fpolis	Sim	Sim
Hospital Governador Celso Ramos	Florianópolis	Grande Fpolis	Grande Fpolis	Sim	Sim
HU UFSC	Florianópolis	Grande Fpolis	Grande Fpolis	Sim	Sim
Hospital Santa Izabel	Blumenau	Médio Vale do Itajaí	Vale do Itajaí	Sim	Sim
Hospital Santo Antônio	Blumenau	Médio Vale do Itajaí	Vale do Itajaí	Sim	Sim
Hospital Regional Alto Vale	Rio do Sul	Alto Vale do Itajaí	Vale do Itajaí	Não (Referência Lages ou Fpolis)	Sim
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Lages	Serra	Meio Oeste e Serra	Sim	Sim
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	Meio Oeste, Alto Rio Uruguai e Alto vale do Rio do Peixe	Meio Oeste e Serra	Sim	Não (Referência HRO)
Hospital Regional do Oeste	Chapecó	Oeste, Extremo Oeste e Xanxerê	Grande Oeste	Sim	Sim
Hospital de Caridade São Braz	Porto União	Planalto Norte	Planalto Norte e Nordeste	Sim	Sim
Hospital e Maternidade Sagrada Família	São Bento do Sul	Planalto Norte	Planalto Norte e Nordeste	Sim	Sim
Hospital São José/ Sociedade Divina Providência	Jaraguá do Sul	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste	Sim	Sim
Hospital Municipal São José	Joinville	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste	Sim	Sim
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	Foz do Itajaí	Foz do Itajaí	Sim	Sim
Hospital São José	Criciúma	Região Carbonífera e	Sul	Sim	Sim

		Extremo Sul			
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Tubarão	Região de Laguna	Sul	Sim	Sim

Dados: Site <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus/santa-catarina>

### Legislação Federal:

Portaria MS/GM N° 1.230/1999 - inclui novos equipamentos, novas descrições e especificações na tabela unificada SIA/SUS;

Portaria MS/GM N° 2.848/2007 – aprova a estruturação, organização e detalhamento dos procedimentos Tabela SIA/SUS, incluindo materiais de estomia;

Portaria MS/SAS N° 400/2009 - Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a serem observadas em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

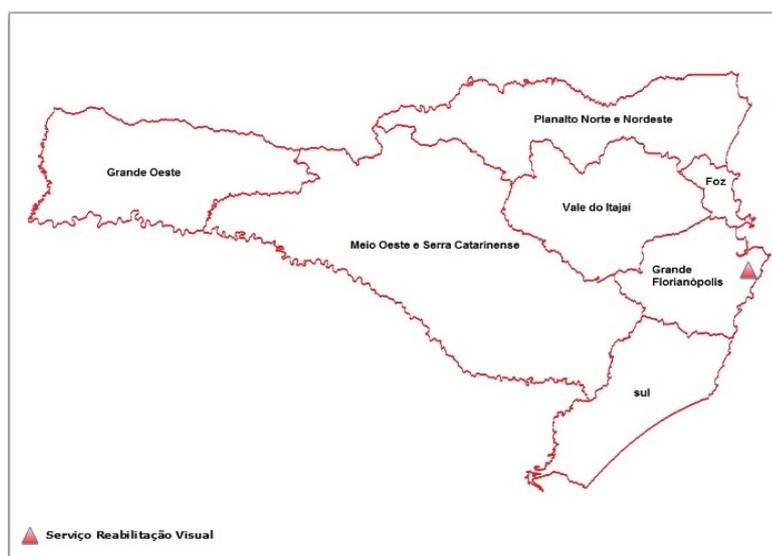
### Estado de SC:

Deliberação 493/CIB/10 – Aprova a constituição da Rede de Serviços de Atenção aos Ostomizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos mesmos;

Deliberação 213/CIB/2017 – Aprova as Diretrizes Para Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina, os formulários padronizados pelo Serviço Estadual, constantes nos ANEXOS I a IV das diretrizes e retifica a Deliberação CIB/SC n° 493/2010 quanto a habilitação dos Serviços, que ocorrerão a partir do que preconiza a Portaria n° 793, de 24 de abril de 2012, que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Deliberação 202/CIB/2019 – Aprova as Diretrizes Para Atenção à Saúde das Pessoas Laringectomizadas e/ou Traqueostomizadas do Estado de Santa Catarina, os formulários padronizados pelo Serviço Estadual, constantes nos ANEXOS I a III das diretrizes e estabelece os fluxos e competências de cada ponto da Rede para o referido Serviço.

## Deficiência Visual (Serviços de Reabilitação Visual):



Mapa dos Serviços Reabilitação Visual – baixa visão e prótese ocular, atualizado nov/2020

PRESTADOR	Município de Localização	Macrorregião	GESTOR
Fundação Catarinense de Educação Especial - FCEE	São José	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde – SES

Dados do Serviço Estadual, atualizado em nov/2020

### Histórico do Serviço de Saúde Visual:

A Secretaria de Estado da Saúde implementou, por meio do Ministério da Saúde, respaldada pela Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, que define as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual, e os Serviços de Reabilitação Visual – SRV; o Serviço de baixa visão e prótese ocular com a contratualização da Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE com esses órgãos.

Consiste no atendimento às pessoas com baixa visão e prótese ocular por meio de avaliação oftalmológica, adaptação e encaminhamento para o uso de recursos ópticos e não-ópticos. Prestando atendimento ambulatorial aos usuários do SUS, deficientes visuais (cegueira e baixa visão) e com perdas ou atrofia oculares que residem no Estado de Santa Catarina e que, mediante avaliação médica, são elegíveis para o tratamento de reabilitação visual e adaptação de prótese ocular.

As primeiras avaliações relacionadas nessa ação foram edificadas em 2004, com a elaboração de projetos de aquisição de recursos visando à implementação do atendimento, com qualidade e eficiência, a todas as pessoas com baixa visão residentes no Estado de Santa Catarina, através de contrato entre FCEE e SES.

No dia 19 de abril de 2005, a Secretaria Estadual de Saúde através do Extrato Nº 005/05 PSUS 7723/040, credenciou a FCEE para prestar atendimento às pessoas com baixa visão e usuários de prótese ocular.

Encontram-se cadastrados no Serviço Estadual da FCEE 5.026 usuários de prótese Ocular e 2.929 que receberam algum recurso para baixa Visão, desde início da contratualização até novembro/2020 (dados fornecidos pelo Serviço de Reabilitação Visual da FCEE).

Legislação:

Portaria Nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008 - Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual.

Portaria Nº 3.129, de 24 de dezembro de 2008 – estabelece o recurso financeiro;

Estado de SC:

Plano da Oftalmologia em Santa Catarina (2009) – com base nas Portarias GM/MS 957/08 e SAS/MS 288/08 – que definem as redes Estaduais e Regionais de oftalmologia e instituem a política;

Protocolo de Acesso ao Serviço de Reabilitação Visual (2017)

**Deficiência Auditiva** (Serviços de Reabilitação Auditiva e Concessão de AASI – Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva e Serviço de Implante Coclear e Prótese Osteo Ancorada – Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva):



▲ Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva  
▲ Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva

Dados do Serviço Estadual de Saúde Auditiva – ATPCD/SUR, atualizado em nov/2020.

PRESTADOR	Tipo de Serviço	MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO	REGIÃO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	GESTOR
Clínica Otocenter	Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva	CRICIÚMA	Região Carbonífera e Extremo Sul	Sul	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
OTOVIDA	Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva	FLORIANÓPOLIS	Grande Florianópolis, Região de Laguna, Região da Serra e Planalto Norte, parte da Região Nordeste e Municípios de Brusque e guabiruba na Região do Médio Vale	Grande Florianópolis, Meio Oeste e Serra, Planalto Norte e Nordeste, Sul e Vale do Itajaí	Secretaria Estadual de Saúde - SES
HU – Hospital Universitário - UFSC	Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva	FLORIANÓPOLIS	todas	Abrangência Estadual	Secretaria Estadual de Saúde - SES
Núcleo de Reabilitação Lábio Palatal - Centrinho	Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva	JOINVILLE	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
UNIVALI – Instituto de Fonoaudiologia	Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva	ITAJAÍ	Foz do Itajaí, Médio e Alto Vale do Itajaí	Foz do Itajaí e Vale do Itajaí	Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Clínica OUTIOVER	Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva	CHAPECÓ	Oeste, Meio Oeste, Extremo Oeste, Xanxerê, Alto Vale	Grande Oeste e Meio Oeste e Serra	Secretaria Municipal de

			do Rio do Peixe e Alto Rio Uruguai		Saúde - SMS
--	--	--	------------------------------------	--	-------------

Dados do Serviço Estadual de Saúde Auditiva, conforme Deliberação CIB 006/2020

### Historia do Serviço Saúde Auditiva:

O Estado de Santa Catarina atuava como fornecedor de aparelhos auditivos até o início de 2003. A partir do credenciamento da OTOVIDA pela Portaria GM/ 432/01, passou-se a prestar atendimento ao usuário com deficiência auditiva.

Em 2004 o Estado passou a ter duas Unidades Prestadoras de Serviços de Reabilitação Auditiva, AADAV - Associação Assistencial dos Deficientes Auditivos e Visual em Jaraguá do Sul e a Clínica Otovida em Florianópolis. No início estes atendimentos eram lançados conforme a produção, teto FAEC, sem limitação de procedimentos. Posteriormente se estabeleceu o teto financeiro de cada Estado.

O Serviço Saúde Auditiva consiste em atendimentos desde a Atenção Primária até a Alta Complexidade, com fluxos estabelecidos de Referência e Contra Referência. Na Média Complexidade e na Alta Complexidade deverão ofertar consultas e exames aos pacientes referenciados e que tenham o diagnóstico confirmado de deficiência auditiva e atender consultas gerais e exames de média complexidade para pacientes externos referenciados pela atenção básica para consulta especializada de otorrinolaringologia.

Com a publicação das portarias 2.073/GM04, 587 e 589/SAS/04 e com Plano para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Auditiva do Estado ocorreram novas habilitações nas Macrorregiões.

### Levantamento de dados relativos aos Serviços Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina:

Serviço	AVALIAÇÃO (2007-2020)	AASI (2007-2020)	ACOMPANHAMENTO (2019)
Otovida	15.276	18.848	7.212
Centrinho	4.902	3.493	1.500
UNIVALI	6.912	7.772	2.844
Cl. Integrada Oeste	8.818	10.583	4.981
AADAV	973	450	1.159
Otocenter	174	231	0
<b>Total</b>	<b>37.055</b>	<b>41.377</b>	<b>17.696</b>

Dados do Sistema Web AVOS – ATPCD - 10/11/2020

### Dados do número de cirurgias realizadas no Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva em Santa Catarina:

SHSA	IC	PAAO
HU	204	8

Dados dos Hospitais que realizaram a Triagem Auditiva Neonatal em Santa Catarina:

A realização da Triagem Neonatal Auditiva (TAN) de janeiro de 2019 a agosto de 2020 ocorreu por meio das seguintes instituições:

<b>Hospital</b>	<b>Município</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Macro Região</b>
Maternidade Carmela Dutra	Florianópolis	Grande Florianópolis	Grande Florianópolis
Hospital Regional de São José Dr Homero Miranda Gomes	São José		
Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis		
Hospital Universitário	Florianópolis		
Hospital Infantil Dr Jesser Amarante Faria	Joinville	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste
Maternidade Darcy Vargas	Joinville		
Hospital Municipal Nossa Senhora da Graça	São Francisco do Sul		
Maternidade Dona Catarina Kuss	Mafra	Planalto Norte	
Hospital Santa Cruz de Canoinhas	Canoinhas		
Hospital Felix da Costa Gomes	Três Barras		
Fundação Hospitalar Rio Negrinho	Rio Negrinho		
Hospital Santa Isabel	Blumenau	Médio Vale do Itajaí	Vale do Itajaí
Hospital e Maternidade Rio do Testo	Pomerode		
Hospital Dr Waldomiro Colautti	Ibirama	Alto Vale do Itajaí	
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	Foz do Itajaí	Foz do Itajaí
Hospital Regional do Oeste	Chapecó	Oeste	Grande Oeste
Hospital da Criança Augusta Muller Bohner	Chapecó		
Hospital Regional São Paulo Assec	Xanxerê	Xanxerê	
Hospital Frei Bruno	Xaxim		
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Tubarão	Laguna	Sul
Hospital e Maternidade	Lages		

Tereza Ramos		Serra	Meio Oeste e Serra
Hospital de Caridade Coração de Jesus	São Joaquim		
Hospital São Roque de Seara	Seara	Alto Uruguai Catarinense	

Dados fornecidos pela Saúde da Criança – DABS/SES - outubro/2020

Legislação:

Portaria GM 1060 de 5 de junho de 2002;

Portaria GM 2073 de 28 de setembro de 2004;

Portaria SAS 587 de 07 de outubro de 2004;

Portaria SAS 589 de 08 de outubro de 2004.

Deliberações da CIB/SC referentes ao tema:

Deliberação 197/CIB/07 - O remanejamento de teto, em caráter emergencial e provisório, de Joinville (Centrinho) e de Florianópolis (HU) quanto aos atendimentos de média complexidade;

Deliberação 102/CIB/108 - A Pactuação de Termo de Compromisso com regras e metas bem estabelecidas (Anexo I); Um manual para auxiliar no processo de autorização, acompanhamento e avaliação dos serviços (Anexo II); O encaminhamento dos pacientes fora da área de abrangência de Jaraguá do Sul que estão no serviço desse município para a SES. A SES encaminhará a documentação desses pacientes para avaliação e confirmação do respectivo Gestor Municipal de Saúde e posteriormente enviará para atendimento no serviço de referência; O fluxo para atendimento dos pacientes;

Deliberação 423/CIB/10 – Normatiza as Reposições de AASI e estabelece o fluxo de relatórios do gestor municipal para Estado;

Deliberação 425/CIB/2010 – PPI Ambulatorial – ajuste – teto Saúde Auditiva 2010;

Deliberação 484/CIB/2010 - Aprova o repasse do recurso para atendimento das macrorregiões do Extremo Oeste e do Vale do Itajaí, definidos no Anexo IV da Deliberação nº 102/2008;

Deliberação 460/CIB/2012 - Os novos Termos de Compromisso para a Saúde Auditiva, a serem firmados com os Gestores e Prestadores deste Serviço (anexo1); As Diretrizes do Serviço de Saúde Auditiva no Estado de Santa Catarina conforme Portaria GM/MS 793/12 (anexo 2); Instrutivo de Avaliação para Nortear o Acesso à Saúde Auditiva na Atenção Básica (anexo3) e o incremento no teto dos Municípios Gestores dos Serviços para atendimento dos procedimentos de acompanhamento em Saúde Auditiva (anexo4).

Deliberação 240/CIB/2015 – Aprova a organização e o estabelecimento, na Rede de Cuidados a Saúde da pessoa com Deficiência, das Diretrizes para a Atenção a Saúde Auditiva em Santa Catarina, desde o componente da Triagem auditiva Neonatal até a atenção Hospitalar de Saúde Auditiva, estabelecendo as competências de cada ponto da Rede, os fluxos para a Triagem auditiva neonatal, o fluxo e critérios de prioridade para os Serviços ambulatorial e hospitalar de Saúde Auditiva, bem como as etapas de tratamento neste processo. Os Termos de Compromisso que estabelecem os tetos financeiros e as referências de cada serviço estarão sendo revisadas a partir desta deliberação e do levantamento das capacidades, aproveitamento das vagas e da filas de espera, para posterior aprovação, mantendo-se o que estava na deliberação 460 de 2012 até a sua revisão. Revoga as Deliberações CIB/102 de 2008 e 423/CIB de 2010 e altera a Deliberação 460/CIB de 2012, quanto as diretrizes para o Serviço de Saúde Auditiva, **no seu anexo I e anexo II**. ANEXO I – Diretrizes. ANEXO II - Encaminhamento para o SASA.

Deliberação 042/CIB/2017 – Aprova A revisão das Diretrizes para a Atenção a Saúde Auditiva em Santa Catarina; A revisão dos Termos de compromisso que estabelecem os tetos financeiros e as referências de cada serviço, adequando-se ao que prevê a Portaria MS/GM nº 793/12 e o Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual; O formulário de transferência de paciente; O encaminhamento para o Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva (SHSA); A revisão do encaminhamento ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA); e Revoga a Deliberação CIB/SC nº460/2012 e seus anexos, e retifica a Deliberação CIB/SC nº240/2015 quanto as Diretrizes e ao Encaminhamento ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva.

Protocolo de Acesso ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (2017).

Deliberação 230/CIB /2018 – Aprova a revisão das Diretrizes para a Atenção a Saúde Auditiva em Santa Catarina; A revisão do Encaminhamento ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) e Encaminhamento para o Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva (SHSA); O Encaminhamento para o Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva – PAAO; Revogação do formulário de transferência de pacientes; e a retifica a Deliberação CIB/SC nº42/2017 quanto as Diretrizes e ao Encaminhamento ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva.

Deliberação 006/CIB/2020 – Aprova a alteração no acesso aos Serviços Ambulatoriais de Saúde Auditiva, que passa a ocorrer em fila única por prestador, regulada no SISREG, mediante Protocolo de Classificação de Risco já existente; os novos Termos de Compromisso de todos os prestadores ativos, incluindo os procedimentos e os quantitativos de procedimentos, além dos recursos financeiros distribuídos por prestador e por fonte de recurso (Federal e Estadual); Incremento financeiro para reposição de AASI, repassado pela Secretaria de Estado da Saúde, de 16,5% sobre o valor do teto financeiro advindo da fonte federal, correspondendo ao valor total de R\$ 115.000,00/mês distribuídos

para os prestadores ativos. Revoga parcialmente a Deliberação CIB/SC N°42/2017 no que se refere a Revisão dos Termos de Compromisso que estabelecem os tetos financeiros e as referências de cada serviço.

**Deficiência Intelectual** (Serviços de Reabilitação – Contratualizados a partir da Portaria GM/MS 1635/02 – Deficiência Mental e Autismo e/ou Habilitados na Modalidade CER – conforme as Portarias 793 e 835/2012):

A Portaria 1635/2002, publicada pelo Ministério da Saúde, objetivou organizar o atendimento à pessoa portadora de deficiência intelectual e de autismo no SUS, garantindo às mesmas, assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, identificando e acompanhando esta população;

Esta portaria incluiu no SIA – SUS, o procedimento 38.081.01-6 – cuja descrição era: Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro – Sensorial que “consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo (máximo 20 procedimentos/paciente/mês)”;

O texto da portaria normativa trouxe algumas exigências que deveriam ser observadas pelo prestador de serviços, para caracterizar a cobrança do procedimento, tais como:

- Que haja um conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora;
- Que estas sejam realizadas por equipe multidisciplinar;
- Que sejam desenvolvidas visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais;
- Que incluam a avaliação, a estimulação e a orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo;
- Que no mês sejam prestados no máximo 20 procedimentos por paciente.

A legislação complementar que se seguiu à publicação da referida portaria, especialmente a portaria que modificou e unificou os códigos da Tabela SIA e SIH/SUS, a Portaria MS/GM nº. 2848, de 06/11/07, trouxe o atendimento que se destina ao portador de deficiências mental e ou autismo, na codificação 03.01.07.007-5, com a seguinte descrição: ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, porém, em nenhum momento revogou a Portaria 1635/02, que, portanto tem plena vigência.

Foi neste norte, que o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina - COSEMS dentro dos princípios do SUS, de universalidade e integralidade, porém na concepção da equidade e objetivando atender este público específico, elaborou o Manual de Normas Técnica para Serviços de Saúde Englobados na Portaria 1635/2002 e legislação suplementar, aprovado e deliberado em CIB em 2010.

Assim, sendo as necessidades de saúde infinitas e os recursos existentes finitos, devendo ser direcionados de modo equilibrado para atendimento de toda a demanda, a proposta de regulamentação

normativa, não só objetivava disciplinar as ações dos serviços objetos do Manual, para dar conformidade à legislação vigente, mas também possibilitar, a contratualização do maior número possível de prestadores de serviço dessa natureza, utilizando para isso, a base populacional de usuários existentes nestes serviços, fixados em 13.000 usuários.

Assim, formou-se um valor único, per capita, a ser aplicado para cada usuário matriculado, sendo que este valor multiplicado pelo número de usuários matriculados na Instituição estabelecia o Teto Financeiro Mensal que o serviço fez jus, desde que atendidos os critérios de atendimento das equipes multidisciplinares e no atendimento integral dessa equipe durante o mês, devidamente demonstrados nos relatórios exigidos, os quais foram apresentados no Manual.

Por fim, visando possibilitar que a cobertura a este público específico fosse proporcionada em todo o território catarinense, através de Serviços de Reabilitação para pessoas com Deficiência Mental e/ou Autismo, que fossem inseridos no rol de prestadores de serviço do SUS, nos respectivos níveis de gestão, destinando-se o Manual a nortear as ações de todos os serviços de saúde que atendessem aos pacientes com deficiências mentais e/ou autismo, já contratualizadas ou que viessem a contratualizar, independente do ente gestor a que se vinculava.

No Estado, antes da estruturação do Manual, a FCEE sempre teve o papel de referência na orientação dos demais serviços e na Avaliação para fechamento de Diagnóstico desses pacientes. O perfil de Serviços contratualizados na 1635/2002, é de na sua maioria, APAEs, sendo parte de Gestão Estadual e parte de Gestão Municipal.

Após a publicação das Portarias GM/MS 793/2012 e 835/2012, a Secretaria de Estado da saúde de Santa Catarina vem estudando uma forma de inserção desses Serviços dentro da Rede, devido seu papel de importância no atendimento a essa população. Há necessidade de se definir os Centros de Referência para o fechamento Diagnóstico dessa população e o fluxo de referência e contra referência para as demais APAEs. Bem como, os fluxos entre APAEs e APS, principalmente em relação ao apoio diagnóstico e terapia e atenção odontológica, através dos CEOs, à população com deficiência intelectual, que mostra-se bastante fragilizada.

A área Técnica da Saúde da Pessoa com deficiência, fez parte do grupo de estudos que revisou o Manual de Normas Técnicas do estado, com objetivo de atender a situação atual e as demandas necessárias a essa população. Outra questão que foi realizado estudo é o desenvolvimento de um instrumento de Acesso ao Serviço através da Regulação.

Seguem abaixo, dados atualizados do número de APAEs e serviços contratualizados, na Gestão Municipal, por Macro Região e Região de Saúde, conforme Deliberação CIB 085/2019:

## Macro Região Grande Oeste:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNE S	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Extremo Oeste	Anchieta	APAE	7136595	39	R\$ 7.141,68	R\$ 883,67	R\$ 8.025,35
	Descanso	APAE	6129781	56	R\$ 10.254,72	R\$ 1.454,23	R\$ 11.708,95
	Guaraciaba	APAE	579296	56	R\$ 10.254,72	R\$ 735,05	R\$ 10.989,77
	Guarujá do Sul	APAE	7341059	39	R\$ 7.141,68	R\$ 1.153,99	R\$ 8.295,67
	Maravilha	APAE	577690	105	R\$ 19.227,60	R\$ 964,00	R\$ 20.191,60
	Itapiranga	APAE	593195	53	R\$ 9.705,36	R\$ 1.436,96	R\$ 11.142,32
	Mondai	APAE	605862	67	R\$ 12.269,04	R\$ 1.955,31	R\$ 14.224,35
	Palma Sola	APAE	5302668	70	R\$ 12.818,40	R\$ 1.166,44	R\$ 13.984,84
	São João do Oeste	APAE	5399432	34	R\$ 6.226,08	R\$ 1.072,45	R\$ 7.298,53
	São José do Cedro	APAE	579280	64	R\$ 11.719,68	R\$ -	R\$ 11.719,68
	São Miguel d'Oeste	APAE	516806-6	123	R\$ 22.523,76	R\$ 4.279,16	R\$ 26.802,92
	Iraceminha	APAE	5805996	39	R\$ 7.141,68	R\$ 1.127,88	R\$ 8.269,56
	Modelo	APAE	5687977	109	R\$ 19.960,08	R\$ 2.184,46	R\$ 22.144,54
	Tunápolis	APAE	6744974	45	R\$ 8.240,40	R\$ 1.153,99	R\$ 9.394,39
Romelândia	APAE	6548075	55	R\$ 10.071,60	R\$ 1.371,09	R\$ 11.442,69	
Iporá do Oeste	APAE	6295371	57	R\$ 10.437,84	R\$ 1.388,36	R\$ 11.826,20	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Oeste	Cunha Porã	APAE	3615332	94	R\$ 17.213,28	R\$ 1.961,94	R\$ 19.175,22
	São Carlos	APAE	587980	130	R\$ 23.805,60	R\$ 3.370,18	R\$ 27.175,78
	Caibi	APAE	6156754	49	R\$ 8.972,88	R\$ 205,25	R\$ 9.178,13
	Palmitos	APAE	5040779	92	R\$ 16.847,04	R\$ -	R\$ 16.847,04
	Pinhalzinho	APAE	5111609	112	R\$ 20.509,44	R\$ 2.767,08	R\$ 23.276,52
	Chapecó	APAE	5042461	445	R\$ 81.488,40	R\$ 10.723,30	R\$ 92.211,70
	Chapecó	CAPP	5385261				
Quilombo	APAE	5852714	131	R\$ 23.988,72	R\$ 2.589,55	R\$ 26.578,27	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNE S	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Xanxerê	Galvão	APAE	579779	57	R\$ 10.437,84	R\$ 1.188,33	R\$ 11.626,17
	Ipuaçú	APAE	567151-5	66	R\$ 12.085,92	R\$ 724,81	R\$ 12.810,73
	Ponte Serrada	APAE	567933-8	77	R\$ 14.100,24	R\$ 2.211,18	R\$ 16.311,42
	Xaxim	APAE	358777	148	R\$ 27.101,76	R\$ 2.538,73	R\$ 29.640,49
	Abelardo Luz	APAE	5776910	110	R\$ 20.143,20	R\$ 3.254,50	R\$ 23.397,70
	Faxinal do Guedes	APAE	5729602	91	R\$ 16.663,92	R\$ 1.044,94	R\$ 17.708,86
	São Lourenço d'Oeste	APAE	575018	144	R\$ 26.369,28	R\$ 3.292,66	R\$ 29.661,94
	Ouro Verde	APAE	6293395	23	R\$ 4.211,76	R\$ 535,62	R\$ 4.747,38
	São Domingos	APAE	5835240	83	R\$ 15.198,96	R\$ 2.379,27	R\$ 17.578,23
	Xanxerê	APAE	3747700	171	R\$ 31.313,52	R\$ 598,48	R\$ 31.912,00
	Campo Erê	APAE	6400469	73	R\$ 13.367,76	R\$ 1.129,09	R\$ 14.496,85

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

## Macro Região Meio Oeste e Serra:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Uruguaiana	Irani	APAE	5399734	77	R\$ 14.100,24	R\$ 1.936,84	R\$ 16.037,08
	Concórdia	APAE	5611466	172	R\$ 31.496,64	R\$ 3.680,67	R\$ 35.177,31

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Melo Oeste	Água Doce	APAE	398437	40	R\$ 7.324,80	R\$ 1.172,26	R\$ 8.497,06
	Campos Novos	APAE	6168833	99	R\$ 18.128,88	R\$ 1.978,41	R\$ 20.107,29
	Jaborá	APAE	6147143	37	R\$ 6.775,44	R\$ 1.126,47	R\$ 7.901,91
	Catanduvas	APAE	396512-0	42	R\$ 7.691,04	R\$ 846,91	R\$ 8.537,95
	Joaçaba	APAE	3946851	143	R\$ 26.186,16	R\$ 3.495,91	R\$ 29.682,07
	Vargem Bonita	APAE	6728936	21	R\$ 3.845,52	R\$ 487,02	R\$ 4.332,54

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Alto Vale do Rio do Peixe	Lebon Regis	APAE	6254578	85	R\$ 15.565,20	R\$ 2.151,13	R\$ 17.716,33
	Santa Cecília	APAE	617778	83	R\$ 15.198,96	R\$ 2.400,36	R\$ 17.599,32
	Videira	APAE	512593	150	R\$ 27.468,00	R\$ 2.396,34	R\$ 29.864,34
	Curitibanos	APAE	5433118	233	R\$ 42.666,96	R\$ 5.271,27	R\$ 47.938,23
	Tangará	APAE	6195644	48	R\$ 8.789,76	R\$ 1.099,36	R\$ 9.889,12
	Caçador	APAE	5953367	204	R\$ 37.356,48	R\$ 4.216,30	R\$ 41.572,78
	Fraiburgo	APAE	6268242	123	R\$ 22.523,76	R\$ 2.702,41	R\$ 25.226,17

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Serra Catarinense	Anita Garibaldi	APAE	6273963	73	R\$ 13.367,76	R\$ 1.813,73	R\$ 15.181,49
	Bom Retiro	APAE	542060	100	R\$ 18.312,00	R\$ 1.176,08	R\$ 19.488,08
	Campo Belo do Sul	APAE	5506484	45	R\$ 8.240,40	R\$ 747,30	R\$ 8.987,70
	Correia Pinto	APAE	7155786	72	R\$ 13.184,64	R\$ 713,76	R\$ 13.898,40
	Otacílio Costa	APAE	503218	85	R\$ 15.565,20	R\$ -	R\$ 15.565,20
	São Joaquim	APAE	604456	79	R\$ 14.466,48	R\$ 1.612,49	R\$ 16.078,97
	São José do Cerrito	APAE	592512	72	R\$ 13.184,64	R\$ -	R\$ 13.184,64
	Urubici	APAE	542066	72	R\$ 13.184,64	R\$ 485,41	R\$ 13.670,05
Lages	APAE	5500810	326	R\$ 59.697,12	R\$ 6.185,67	R\$ 65.882,79	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

### Macro Região Vale do Itajaí:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Alto Vale do Itajaí	Agrolândia	APAE	6244297	61	R\$ 11.170,32	R\$ 1.160,42	R\$ 12.330,74
	Presidente Getúlio	APAE	6561551	62	R\$ 11.353,44	R\$ 1.068,03	R\$ 12.421,47
	Rio do Sul	APAE	5975948	97	R\$ 17.823,68	R\$ 2.241,97	R\$ 20.065,65
	Ituporanga	APAE	7621396	63	R\$ 11.536,56	R\$ 50,83	R\$ 11.587,39
	Ibarama	APAE	7555938	74	R\$ 13.550,88	R\$ 1.612,49	R\$ 15.163,37

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Médio Vale do Itajaí	Pomerode	APAE	506205	85	R\$ 15.565,20	R\$ 1.141,14	R\$ 16.706,34
	Timbó	APAE	512376	137	R\$ 25.087,44	R\$ 2.441,73	R\$ 27.529,17
	Apiúna	APAE	7155158	58	R\$ 10.620,96	R\$ 997,74	R\$ 11.618,70
	Blumenau	APAE	2522241	381	R\$ 69.768,72	R\$ 1.918,17	R\$ 71.686,89
	Indaial	APAE	5894204	127	R\$ 23.256,24	R\$ 2.245,72	R\$ 25.501,96
	Gaspar	APAE	5472253	236	R\$ 43.216,32	R\$ 3.030,78	R\$ 46.247,10

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

### Macro Região Planalto Norte e Nordeste:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Planalto Norte	Monte Castelo	APAE	618038	59	R\$ 10.804,08	R\$ 1.698,85	R\$ 12.502,93
	Papanduva	APAE	5835224	64	R\$ 11.719,68	R\$ 1.288,35	R\$ 13.008,03
	Mafra	APAE	6275370	146	R\$ 26.735,52	R\$ 1.422,53	R\$ 28.158,05
	Canoinhas	APAE	6249248	160	R\$ 29.299,20	R\$ 4.379,60	R\$ 33.678,80
	Porto União	APAE	6332951	98	R\$ 17.945,76	R\$ 2.791,58	R\$ 20.737,34
	Três Barras	APAE	6824226	79	R\$ 14.466,48	R\$ 2.217,40	R\$ 16.683,88
	Rio Negrinho	APAE	7541538	82	R\$ 15.015,84	R\$ 1.039,71	R\$ 16.055,55
São Bento do Sul	APAE	7190638	151	R\$ 27.651,12	R\$ 2.312,19	R\$ 29.963,31	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Nordeste	Joinville	APAE	5601916	1.061	R\$ 194.290,32	R\$ 6.855,25	R\$ 201.145,57
	Joinville	NAIPE	2622947				
	Joinville	IRPH	5601975				
	Garuva	APAE	7522339	33	R\$ 6.042,96	R\$ -	R\$ 6.042,96
	Barra Velha	APAE	7590571	64	R\$ 11.719,68	R\$ 1.739,42	R\$ 13.459,10
	Guaramirim	APAE	7190530	97	R\$ 17.762,64	R\$ 1.495,00	R\$ 19.257,64
Jaraguá do Sul	APAE	6759661	149	R\$ 27.242,28	R\$ 3.840,94	R\$ 31.083,22	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

### Macro Região Foz do Itajaí:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Foz do Rio Itajaí	Navegantes	APAE	6127444	139	R\$ 25.453,68	R\$ 2.084,65	R\$ 27.538,33
	Camboriú	APAE	5703050	172	R\$ 31.496,64	R\$ 4.380,58	R\$ 35.877,22
	Balneário Piçarras	APAE	7550642	85	R\$ 15.565,20	R\$ -	R\$ 15.565,20
	Ilhota	APAE	7098707	56	R\$ 10.254,72	R\$ 605,31	R\$ 10.860,03
	Porto Belo	APAE	7122829	71	R\$ 13.001,52	R\$ -	R\$ 13.001,52
	Itajaí	APAE	2744856	373	R\$ 68.303,76	R\$ 10.059,34	R\$ 78.363,10
	Itajaí	Amor pra Down	7341806				
	Balneário Camboriú	APAE	2504278	251	R\$ 45.963,12	R\$ 5.670,23	R\$ 51.633,35

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

### Macro Região Grande Florianópolis:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNE S	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Grande Florianópolis	Garopaba	APAE	6213243	65	R\$ 11.902,80	R\$ 1.528,14	R\$ 13.430,94
	Santo Amaro da Imperatriz	APAE	6256791	104	R\$ 19.044,48	R\$ 2.262,59	R\$ 21.307,07
	São João Batista	APAE	6274978	52	R\$ 9.522,24	R\$ 1.213,64	R\$ 10.735,88
	São José	APAE	605861	191	R\$ 34.975,92	R\$ 4.880,85	R\$ 39.856,77
	Tijucas	APAE	5998255	102	R\$ 18.678,24	R\$ 2.765,88	R\$ 21.444,12
	Nova Trento	APAE	7547668	39	R\$ 7.141,68	R\$ 886,48	R\$ 8.028,16
	Canelinha	APAE	7556322	51	R\$ 9.339,12	R\$ 981,67	R\$ 10.320,79
	Florianópolis	APAE	5629918	371	R\$ 67.937,52	R\$ 6.883,17	R\$ 74.820,69
Paulo Lopes	APAE	7808305	82	R\$ 15.015,84	R\$ 79,93	R\$ 15.095,77	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

### Macro Região Sul:

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNE S	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Laguna	Braço do Norte	APAE	612803	82	R\$ 15.015,84	R\$ 1.482,15	R\$ 16.497,99
	Grão Pará	APAE	605499	48	R\$ 8.789,76	R\$ 1.251,59	R\$ 10.041,35
	Gravatal	APAE	7434642	65	R\$ 11.902,80	R\$ 847,32	R\$ 12.750,12
	Imaruí	APAE	6200117	72	R\$ 13.184,64	R\$ 1.544,01	R\$ 14.728,65
	Rio Fortuna	APAE	6050778	36	R\$ 6.592,32	R\$ 289,20	R\$ 6.881,52
	Tubarão	APAE	6156789	183	R\$ 33.510,96	R\$ 2.357,78	R\$ 35.868,74
	Capivari de Baixo	APAE	5936640	89	R\$ 16.297,68	R\$ 1.718,25	R\$ 18.015,93
	Imbituba	APAE	5877075	115	R\$ 21.058,80	R\$ 2.366,54	R\$ 23.425,34
	São Ludgero	APAE	7534302	44	R\$ 8.057,28	R\$ 1.251,59	R\$ 9.308,87
	Armazém	APAE	6260527	65	R\$ 11.902,80	R\$ -	R\$ 11.902,80
Laguna	APAE	5998336	125	R\$ 22.890,00	R\$ 2.552,59	R\$ 25.442,59	

Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNE S	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Carbonífera	Içara	APAE	554392	188	R\$ 34.426,56	R\$ 2.971,53	R\$ 37.398,09
	Lauro Muller	APAE	6198929	50	R\$ 9.156,00	R\$ 1.446,00	R\$ 10.602,00
	Nova Veneza	APAE	7296622	46	R\$ 8.423,52	R\$ 1.205,20	R\$ 9.628,72
	Morro da Fumaça	APAE	6243975	87	R\$ 15.931,44	R\$ 1.166,64	R\$ 17.098,08
	Siderópolis	APAE	7295413	60	R\$ 10.987,20	R\$ 1.454,84	R\$ 12.442,04
	Criciúma	APAE	6024025	224	R\$ 41.018,88	R\$ 10.113,57	R\$ 51.132,45
	Urussanga	APAE	7549202	59	R\$ 10.804,08	R\$ 1.194,56	R\$ 11.998,64
	Cocal do Sul	APAE	6234100	107	R\$ 19.593,84	R\$ 2.675,50	R\$ 22.269,34
Orleans	APAE	6167063	85	R\$ 15.565,20	R\$ 1.660,29	R\$ 17.225,49	

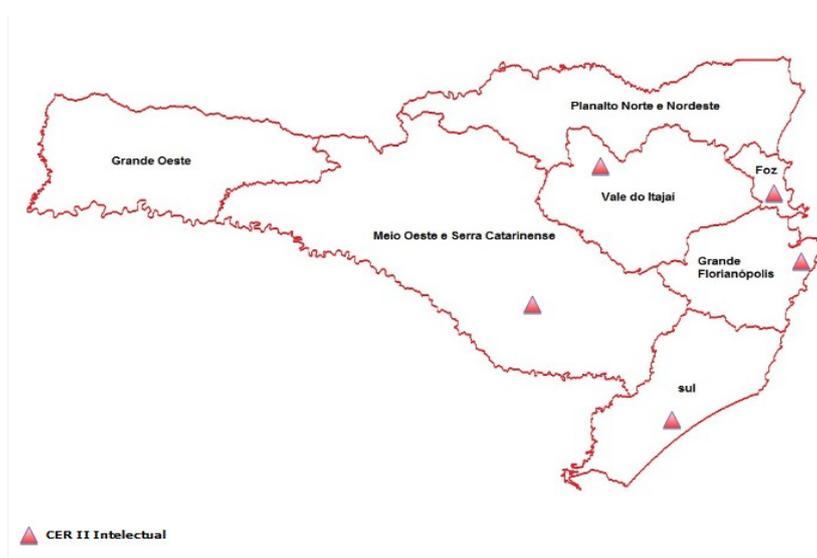
Fonte: Anexo I Deliberação 085/CIB/2019

Região de Saúde	Município	Estabelecimento Assistencial de Saúde	CNES	Nº de pacientes	Valor mensal Teto PPI	Valor mensal da Portaria GM/MS nº 3.687/2017	Valor Total
Extremo Sul Catarinense	Araranguá	APAE	604842	149	R\$ 27.284,88	R\$ 647,69	R\$ 27.932,57
	Passo de Torres	APAE	6336000	38	R\$ 6.958,56	R\$ -	R\$ 6.958,56
	São João do Sul	APAE	591831	60	R\$ 10.987,20	R\$ -	R\$ 10.987,20
	Timbé do Sul	APAE	7568940	65	R\$ 11.902,80	R\$ -	R\$ 11.902,80

Fonte: Anexo

I Deliberação 085/CIB/2019

Seguem dados dos Centros Especializados em Reabilitação, habilitados no Estado de Santa Catarina, na modalidade Intelectual:



Fonte: Dados do Serviço Estadual – ATPCD, novembro/2020

PRESTADOR	Município de Localização	Macrorregião	GESTOR	TIPO
Centro Catarinense de Reabilitação - CCR	Florianópolis	Grande Florianópolis	Secretaria Estadual de Saúde - SES	CER II Física e Intelectual
FURB	Blumenau	Vale do Itajaí	SMS de Blumenau	CER II Física e Intelectual
UNIVALI	Itajaí	Foz do Itajaí	SMS de Itajaí	CER II Física e Intelectual
UNIPLAC	Lages	Meio Oeste e Serra	SMS de Lages	CER II Física e Intelectual
UNESC	Criciúma	Sul	SMS de Criciúma	CER II Física e Intelectual

Tabela contendo as informações de gestão e locais dos serviços habilitados em DF e Oficina Ortopédica em SC, atualizado em nov/2020

### Legislações Federais:

Portaria GM/MS nº 1635/2002 - Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA-SUS, o procedimento abaixo relacionado: Acompanhamento de Pacientes

Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neuro Sensorial Consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo (máximo 20 procedimentos/paciente/mês); Inclui no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo APAC-SIA, o Procedimento definido no Artigo 1º desta Portaria e regulamentar a utilização de instrumentos e formulários para sua operacionalização: - Laudo para Emissão de APAC para pessoas portadoras de deficiência mental ou com autismo

Portaria GM/MS nº 3.687/2017 – que altera os valores de procedimento, no Bloco de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para ampliação do acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS.

Deliberações Estaduais:

Deliberação 228/CIB/2013 - A revisão do Manual de Normas Técnicas da APAE, para Serviços de Deficiência Intelectual e/ou Autismo, conforme instrutivo do Ministério da Saúde, publicado em abril de 2013; e a revisão do teto financeiro, por aluno atendido na Saúde, com teto que será estabelecido, a partir da confirmação dos Gestores do número de alunos cadastrados em cada Serviço, com teto fixo, média de 12 procedimentos/mês, conforme normas estabelecidas no manual.

Deliberação 024/CIB/2018 – Aprova: **Art. 1** Fica definido o período que compreende as competências janeiro a junho de 2018, de produção aprovada no SIA, para análise do teto financeiro dos estabelecimentos regidos pelo Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista/2013. **Art. 2** A proposta de expansão da oferta de procedimentos prevista no artigo 5º da Portaria GM/MS nº 3.687/2017 deverá ser encaminhada à Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência, em até 90 (noventa) dias a contar desta Deliberação, a qual analisará o impacto financeiro e apresentará propostas à Câmara Técnica de Gestão.

Deliberação 085/CIB/2019 - Aprova o ajuste dos tetos financeiros dos serviços atualmente contratualizados, conforme a planilha da Produção levantada (competências abril/2018 a março/2019) – Anexo I; as novas solicitações de habilitação, conforme normas técnicas estabelecidas e após envio do contrato pelo Gestor Municipal para análise da SES, através da Gerência competente – GECOS. (Planilha dos Serviços aguardando contratualização com a gestão municipal – Anexo II); que todos os serviços já contratualizados e os novos passem a ter suas vagas reguladas pelo gestor municipal, através do SISREG. Sendo critério para as novas contratualizações e que se estabelece o prazo de 90 dias para

adequação dos Serviços já contratualizados; Este recurso ficará disponível por um período máximo de até 180 dias para solicitações de novas habilitações; Anualmente serão revisados os tetos dos serviços contratualizados, para efetivação de novos ajustes caso sejam necessários. As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem configurar as agendas no SISREG para regulação **do 1º atendimento, sendo 100% regulado**, configurada como vagas de “reserva”, de acordo com o Plano Operativo do Prestador Credenciado e, em conformidade com a nomenclatura descrita no Anexo I da Portaria nº 3687 e relacionada a seguir:

<b>Código Unificado (SIGTAP)</b>	<b>Código do SISREG</b>	<b>Procedimento</b>
030107007-5	0210004	ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

O agendamento dos retornos é de responsabilidade da Unidade de saúde na qual o paciente foi atendido, de acordo com a Deliberação nº 104/CIB/2018. Desta forma, as agendas de retorno podem ser configuradas como vaga “interna” no sistema SISREG ou por meio de outro sistema de informação, para que a Unidade Prestadora Serviço garanta o retorno do paciente no prazo definido pelo profissional assistente. Para continuidade no tratamento, estas agendas também podem ser configuradas como vaga “interna” no SISREG, conforme grupo criado pelo DRAC abaixo:

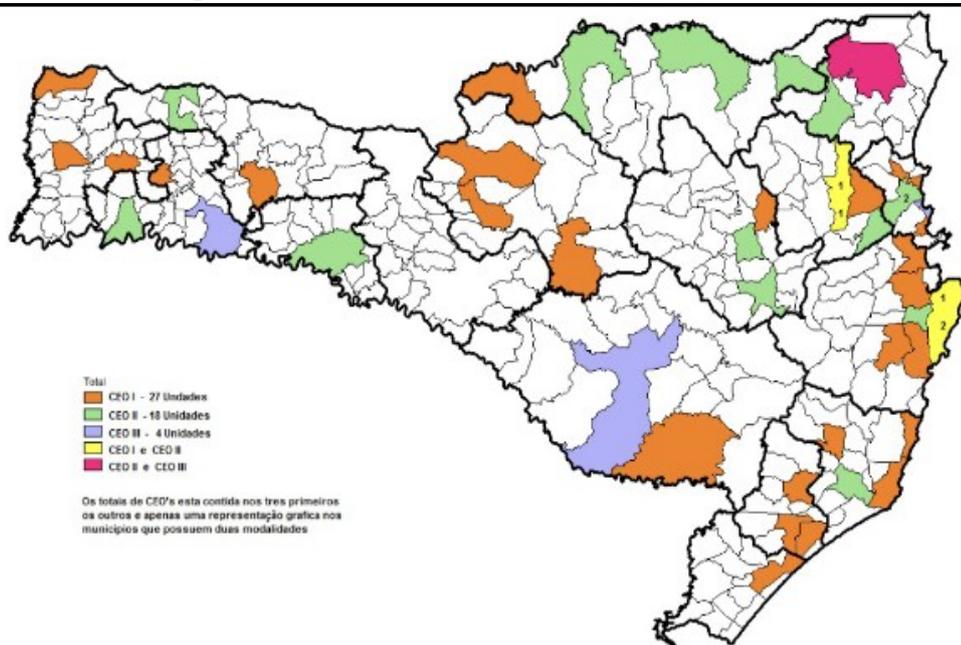
<b>GRUPO – APAE (0351000)</b>
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO - ASSISTENTE SOCIAL <b>(0351008)</b>
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO - FISIOTERAPIA <b>(0351007)</b>
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO - PSICOLOGIA <b>(0351005)</b>
ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO - TERAPIA OCUPACIONAL <b>(0351006)</b>
CONSULTA EM CLINICA GERAL <b>(0351003)</b>
CONSULTA EM NEUROLOGIA - GERAL <b>(0351002)</b>
CONSULTA EM PEDIATRIA <b>(0351004)</b>
CONSULTA EM PSIQUIATRIA - GERAL <b>(0351001)</b>
CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA <b>(0351009)</b>

Os Municípios que tiverem dúvidas quanto à configuração no SISREG, podem entrar em contato com a Central Estadual de Regulação Ambulatorial – CERA.

Deliberação 009/CIB/2020 - **Art. 1º** O décimo quarto lote de Protocolos de Acesso (EM ANEXO), a ser utilizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal, e por todas as Centrais de Regulação Ambulatoriais do Estado de Santa Catarina, referente aos atendimentos das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

## Centros de Especialidades Odontológicas:

Dados dos Serviços habilitados em Santa Catarina por tipo e aqueles que fizeram adesão para atendimento as pessoas com deficiência.



Fonte: Diretoria de Atenção Básica – DABS/SES – outubro/2020

CEO	Município	Região de Saúde	Macro Região	Adesão Atendimento PCD
Tipo I	Araranguá	Extremo Sul	Sul	Sim
Tipo I	Criciúma	Carbonífera		Sim
Tipo I	Içara	Laguna		Sim
Tipo I	Braço do Norte			Sim
Tipo I	Imbituba			Não
Tipo I	Laguna			Sim
Tipo II	Tubarão			Sim
Tipo I	Urussanga	Não		
Tipo I	Biguaçu	Grande Florianópolis		Não
Tipo I	Florianópolis	Grande Florianópolis	Não	
Tipo II	Florianópolis	Grande	Sim	

		Florianópolis		
Tipo I	Florianópolis UFSC	Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Não
Tipo I	Palhoça	Grande Florianópolis		Sim
Tipo I	Santo Amaro da Imperatriz	Grande Florianópolis		Sim
Tipo I	São José	Grande Florianópolis		Não
Tipo II	São José	Grande Florianópolis		Não
Tipo I	Tijucas	Grande Florianópolis		Não
Tipo II	Balneário Camboriú	Foz do Itajaí		Foz do Itajaí
Tipo II	Itajaí	Foz do Itajaí	Não	
Tipo II	Itajaí - UNIVALI	Foz do Itajaí	Sim	
Tipo I	Itapema	Foz do Itajaí	Não	
Tipo I	Navegantes	Foz do Itajaí	Não	
Tipo II	Blumenau	Médio Vale do Itajaí	Vale do Itajaí	Sim
Tipo I	Blumenau			Não
Tipo II	Brusque			Sim
Tipo I	Gaspar			Não
Tipo I	Ibirama	Alto Vale do Itajaí		Sim
Tipo II	Ituporanga			Sim
Tipo II	Rio do Sul			Sim
Tipo II	Jaraguá do Sul	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste	Sim
Tipo II	Joinville			Sim
Tipo III	Joinville			Sim
Tipo II	Canoinhas	Planalto Norte		Não
Tipo II	Mafra			Sim
Tipo II	São Bento do Sul			Sim
Tipo I	Porto União			Não
Tipo II	Concórdia	Alto Uruguai Catarinense	Meio Oeste e	Sim
Tipo I	Caçador	Alto Vale do Rio		Sim

Tipo I	Curitibanos	do Peixe	Serra	Sim
Tipo III	Lages	Serra		Não
Tipo I	São Joaquim			Sim
Tipo III	Chapecó	Oeste	Grande Oeste	Sim
Tipo II	Palmitos			Não
Tipo I	Pinhalzinho			Sim
Tipo I	Dionísio Cerqueira	Extremo Oeste		Sim
Tipo I	Maravilha			Não
Tipo I	São Miguel do Oeste			Não
Tipo II	São Lourenço do Oeste	Xanxerê		Sim
Tipo I	Xanxerê			Não

Fonte: Saúde Bucal – DABS/SES – outubro/2020

**Leitos de Longa Permanência:**

Leitos de longa permanência já habilitados no Estado.

<b>Estabelecimento</b>	<b>Município</b>	<b>Região de Saúde</b>	<b>Macro Região</b>	<b>Gestão</b>	<b>Nº Leitos</b>
Hospital Trombudo Central	Trombudo Central	Alto Vale do Itajaí	Vale do Itajaí	Dupla	60
Hospital São José de Urubici	Urubici	Serra	Meio Oeste e Serra	Estadual	15
Hospital de Caridade Coração de Jesus	São Joaquim			15	
Hospital São Roque	Luzerna	Meio Oeste		Estadual	15
Hospital Izolde Hübner Dalmora	Lindóia do Sul	Alto Uruguai Catarinense		Dupla	30
Hospital Nossa Senhora da Imaculada Conceição	Nova Trento	Grande Florianópolis	Grande Florianópolis	Estadual	25
Hospital Bethesda	Joinville	Nordeste	Planalto Norte e Nordeste	Municipal	20
Fundação Hospitalar Rio Negrinho	Rio Negrinho	Planalto Norte		Municipal	20
<b>TOTAL de leitos de Santa Catarina habilitados</b>					<b>200</b>

Dados encaminhados pela Coordenação Estadual da RUE - outubro/2020

## **6. MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE:**

### **Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí:**

Composta pela *Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí*, do qual fazem parte os seguintes Municípios: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luis Alves, Navegantes, Penha e Porto Belo.

### **Plano de Ação Regional e Deliberação da CIR – ANEXO I**

**Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis:**

Composta pela Região de Saúde da Grande Florianópolis, do qual fazem parte os seguintes Municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

**Não tem Plano de Ação Regional, não enviando pleitos para atualização do PAR Estadual.**

### **Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Serra Catarinense:**

Composta pela *Região de Saúde da Serra Catarinense*, do qual fazem parte os seguintes Municípios: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema. E pelas Regiões de Saúde:

- *Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense*, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina.

- *Região de Saúde do Meio Oeste*, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Abdon Batista, Água Doce, Brunópolis, Campos Novos, Capinzal, Catanduvas, Celso Ramos, Erval Velho, Herval d'Oeste, Ibicaré, Jaborá, Joaçaba, Lacerdópolis, Luzerna, Monte Carlo, Ouro, Treze Tílias, Vargem, Vargem Bonita e Zortéa.

- *Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe*, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Arroio Trinta, Caçador, Calmon, Curitibanos, Fraiburgo, Frei Rogério, Ibiam, Iomerê, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Pinheiro Preto, Ponte Alta do Norte, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília, São Cristovão do Sul, Tangará, Timbó Grande e Videira.

### **Plano de Ação Regional e Deliberações das CIR – ANEXO II**

### **Macrorregião de Saúde do Grande Oeste:**

Composta pelas Regiões de Saúde:

- ***Região de Saúde do Extremo Oeste***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Modelo, Mondai, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Romelândia, Saltinho, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Saudades, Tigrinhos e Tunápolis.

- ***Região de Saúde de Xanxerê***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Abelardo Luz, Bom Jesus, Campo Erê, Coronel Martins, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Galvão, Ipuacu, Jupiá, Lajeado Grande, Marema, Novo Horizonte, Ouro Verde, Passos Maia, Ponte Serrada, São Bernardino, São Domingos, São Lourenço do Oeste, Vargeão, Xanxerê e Xaxim.

- ***Região de Saúde do Oeste***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Águas de Chapecó, Águas Frias, Caibi, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunha Porã, Cunhataí, Formosa do Sul, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Palmitos, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Riqueza, Santiago do Sul, São Carlos, Serra Alta, Sul Brasil e União do Oeste.

### **Plano de Ação Regional e Deliberações das CIR – ANEXO III**

**Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste:**

Composta pela *Região de Saúde do Planalto Norte*, do qual fazem parte os seguintes Municípios: Bela Vista do Toldo, Campo Alegre, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Rio Negrinho, São Bento do Sul e Três Barras. E, *Região de Saúde Nordeste*, do qual fazem parte os seguintes Municípios: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Corupá, Garuva, Guaramirim, Itapoá, Jaraguá do Sul, Joinville, Massaranduba, São Francisco do Sul, São João do Itaperiú e Schroeder.

**Não conseguiu finalizar o Plano de Ação e tempo hábil, estão trabalhando na construção do PAR, enviarão posteriormente. Sem pleitos no PAR.**

## **Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí:**

Composta pelas Regiões de Saúde:

- *Região de Saúde do Alto vale do Itajaí*, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Agrolândia, Agronômica, Atalanta, Aurora, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Dona Emma, Ibirama, Imbuia, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Mirim Doce, Petrolândia, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Salete, Santa Terezinha, Taió, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles e Witmarsum.

- *Região de Saúde do Médio vale do Itajaí*, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.

## **Plano de Ação Regional e Deliberações das CIR – ANEXO V**

## **Macrorregião Saúde Sul:**

Composta pelas Regiões de Saúde:

- ***Região de Saúde de Laguna***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Pedras Grandes, Pescaria Brava, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão.

- ***Região de Saúde Carbonífera***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga.

- ***Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense***, da qual fazem parte os seguintes Municípios: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

**Planos de Ação e Deliberações – ANEXOS IV e VI**

**7. Planilha de solicitações da Rede para o Estado de Santa Catarina, por ano, que demandam recursos federais (Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência):**

<b>Ano</b>	<b>Pleito</b>	<b>Macro Região</b>	<b>Município</b>	<b>Gestão do Serviço</b>	<b>Fonte de Recurso</b>	<b>Valor R\$</b>
<b>2021</b>	Ampliação/Reforma CER II	Meio Oeste e Serra	Lages	Municipal	Federal	R\$ 1.000.000,00
	Aquisição de equipamentos CER II	Meio Oeste e Serra	Lages	Municipal	Federal	R\$ 1.000.000,00
	Habilitação Oficina ortopédica	Sul	Criciúma	Municipal	Federal	R\$ 54.000 (custeio mensal)
<b>2022</b>	Construção CER IV	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 5.000.000,00
	Aquisição de equipamentos CER IV	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 2.000.000,00
	Construção oficina ortopédica	Meio Oeste e Serra	Lages	Municipal	Federal	R\$ 250.000,00
	Construção de nova sede para Centro Especializado em Reabilitação II	Sul	Criciúma	Municipal	Federal	R\$ 3.750.000,00
<b>2023</b>	Aquisição de equipamentos para oficina ortopédica	Meio Oeste e Serra	Lages	Municipal	Federal	R\$ 350.000,00
	Habilitação CER IV	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 345.000,00 (custeio mensal)
	Construção oficina ortopédica	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 250.000,00
	Aquisição de equipamentos para oficina ortopédica	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 350.000,00
	Habilitação em CER II o serviço de reabilitação auditiva com a inclusão de serviço de reabilitação visual.	Sul	Criciúma	Municipal	Federal	R\$ 140.000,00 (custeio mensal)
<b>2024</b>	Habilitação oficina ortopédica	Meio Oeste e Serra	Lages	Municipal	Federal	R\$ 54.000,00 (Custeio mensal)
	Construção CER II	Grande Oeste	Xanxerê	Municipal	Federal	R\$ 2.500.000,00
	Aquisição de equipamentos CERII	Grande Oeste	Xanxerê	Municipal	Federal	R\$ 1.000.000,00
	Habilitação oficina ortopédica	Grande Oeste	Chapecó	Municipal	Federal	R\$ 54.000,00 (Custeio mensal)

	Construção oficina ortopédica	Meio Oeste e Serra	Joaçaba	Municipal	Federal	R\$ 250.000,00
	CER III Centro de Reabilitação Física Auditiva e Visual	Meio Oeste e Serra	Joaçaba	Municipal	Federal	R\$ 140.000,00 (custeio mensal)
	Construção CER II Física e Intelectual	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 2.500.000,00
	Aquisição de equipamentos CERII	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 1.000.000,00
	Habilitação CER II Física e Intelectual	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 140.000,00 (custeio mensal)
	Construção oficina ortopédica	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 250.000,00
	Projeto de Equipamentos Oficina ortopédica	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 350.000,00
	Habilitação Oficina ortopédica	Sul	Tubarão	Municipal	Federal	R\$ 54.000,00 (custeio mensal)
<b>2025</b>	Habilitação CER II	Grande Oeste	Xanxerê	Municipal	Federal	R\$ 140.000,00 (custeio mensal)
	Projeto de Equipamentos Oficina ortopédica	Meio Oeste e Serra	Joaçaba	Municipal	Federal	R\$ 350.000,00
	Construção CER III Auditiva, física e Intelectual	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 3.750.000,00
	Aquisição de equipamentos CERIII	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 1.500.000,00
	Habilitação CER III	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 200.000,00 (custeio mensal)
	Construção oficina ortopédica	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 250.000,00
	Projeto de Equipamentos Oficina ortopédica	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 350.000,00
	Habilitação Oficina ortopédica	Sul	Imbituba	Municipal	Federal	R\$ 54.000,00 (custeio mensal)
	Construção CER III Auditiva, física e Intelectual	Sul	Braço do Norte	Municipal	Federal	R\$ 3.750.000,00
	Aquisição de equipamentos CERIII	Sul	Braço do Norte	Municipal	Federal	R\$ 1.500.000,00







ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## PROPOSTA DO PLANO REGIONAL DAREDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA



REGIÃO DA FOZ DO RIO ITAJAÍ

Itajaí, setembro de 2020.

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

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

Equipe de Elaboração:

- 17ª GERSA

– Marcello José

Ramos

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

Gerente de Saúde  
17ª Gerência Regional de Saúde

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

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

## SUMÁRIO

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

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

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

## LISTA DE MAPAS

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

## LISTA DE FIGURAS

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

## LISTA DE TABELAS

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

## LISTA DE GRÁFICOS

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

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

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

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.1 Breve trajetória dos seus paradigmas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **3.1 Avanços e retrocessos na luta por reconhecimento e autonomia**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

### **4.1 Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

### 5.1 Caracterização do território de saúde

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

**MAPA 1 - Divisão das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina**



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

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

## MAPA 2 - Divisão das Microrregiões de Saúde de Santa Catarina



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

A divisão regional se apresenta constituída de 11 municípios, totalizando uma área de 1.525,17 km<sup>2</sup>.

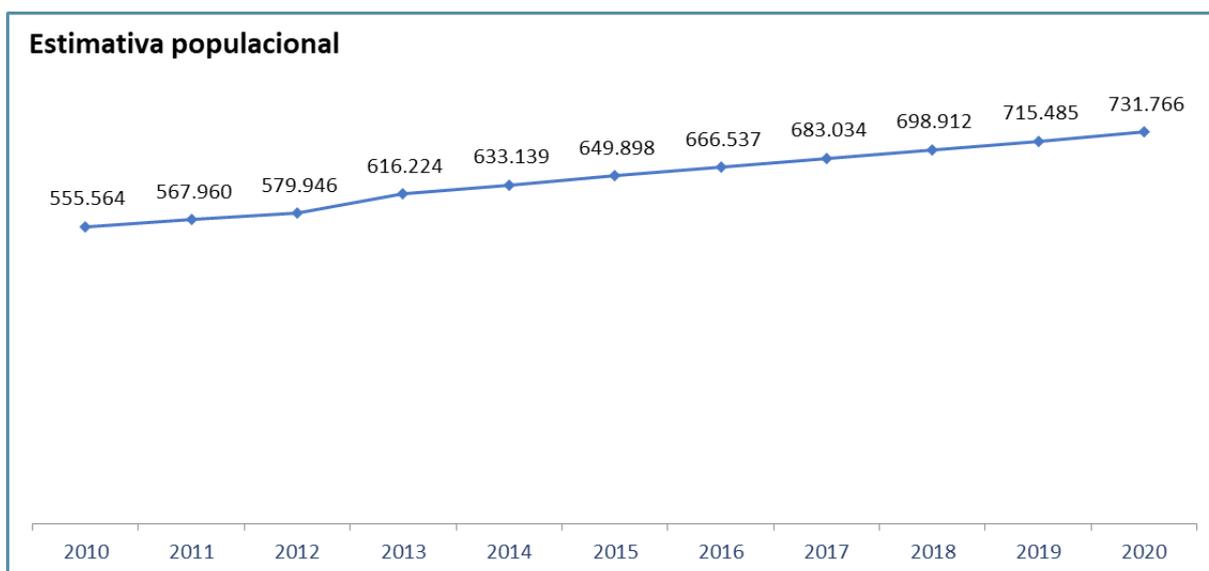
## MAPA 3 - Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí



Fonte: Própria.

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

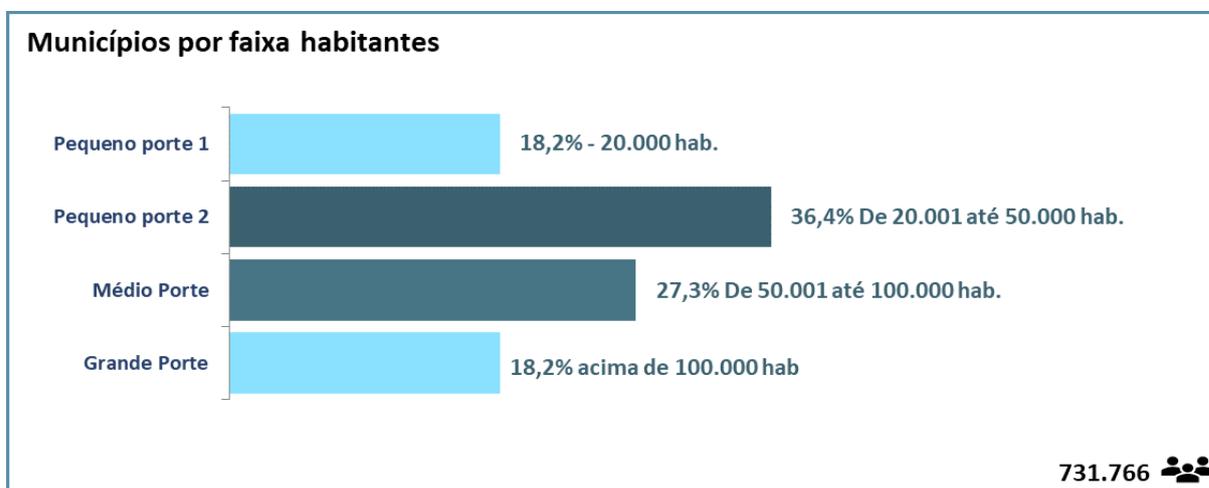
**GRÁFICO 1** - Série histórica da população residente da Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí nos últimos 10 anos



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

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

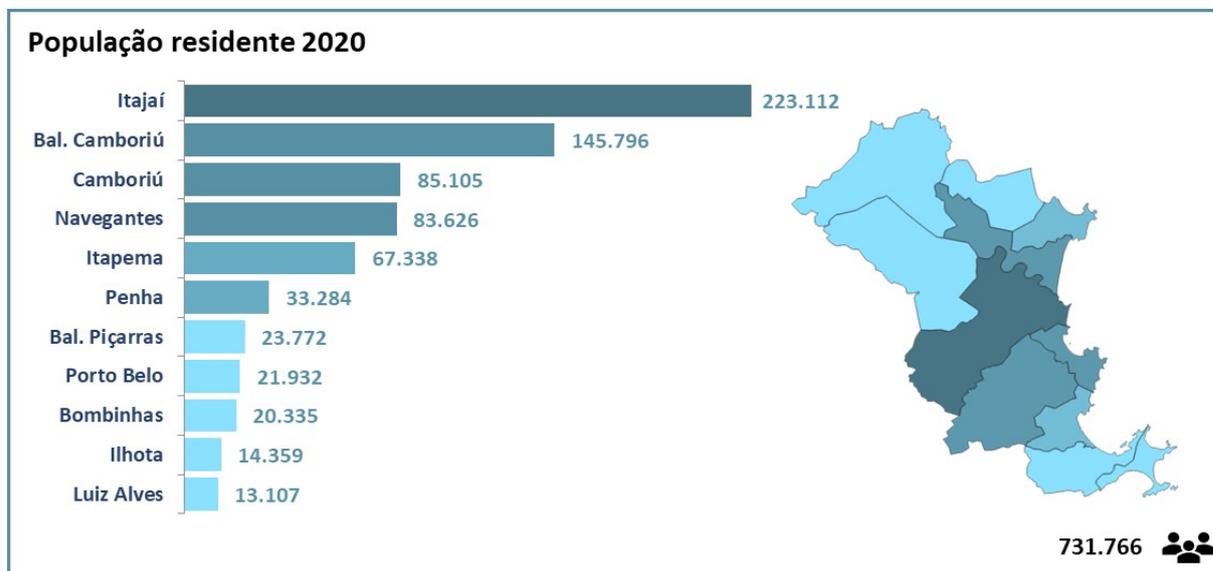
**GRÁFICO 2** - Distribuição de municípios por faixa populacional estimada em 2020



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

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

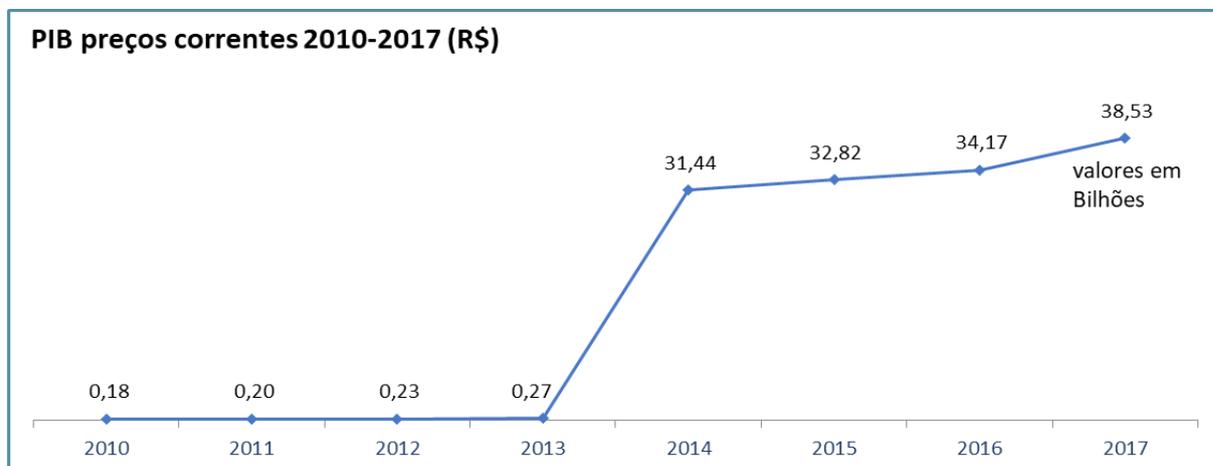
**GRÁFICO 3 - Distribuição da população residente no território da Foz do Rio Itajaí**



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

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

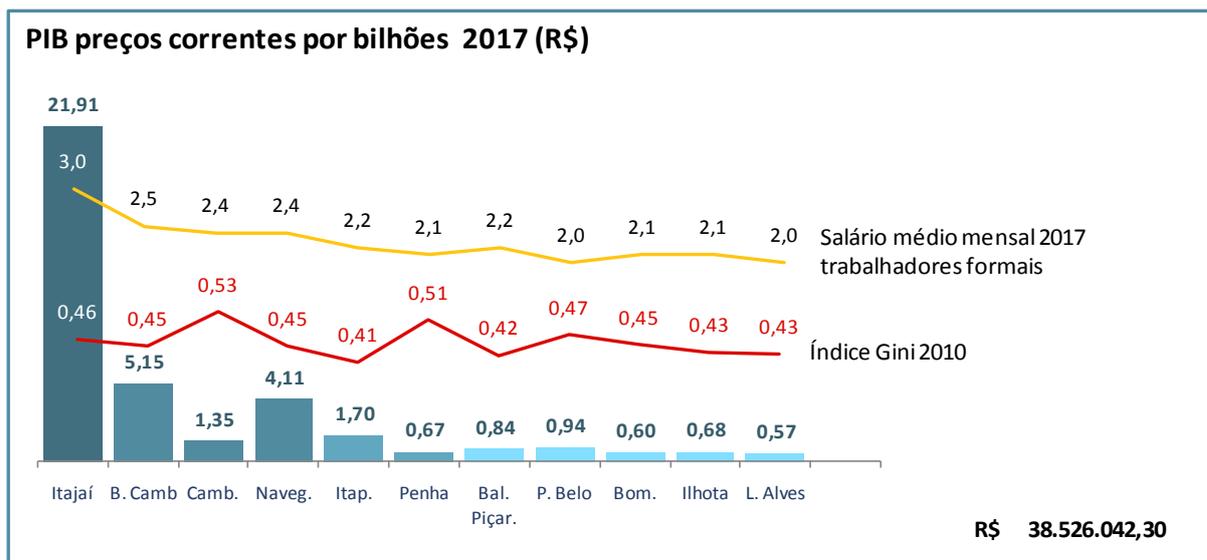
**GRÁFICO 4 - Série histórica do PIB da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí**



Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

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

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



Fonte: Fonte: Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

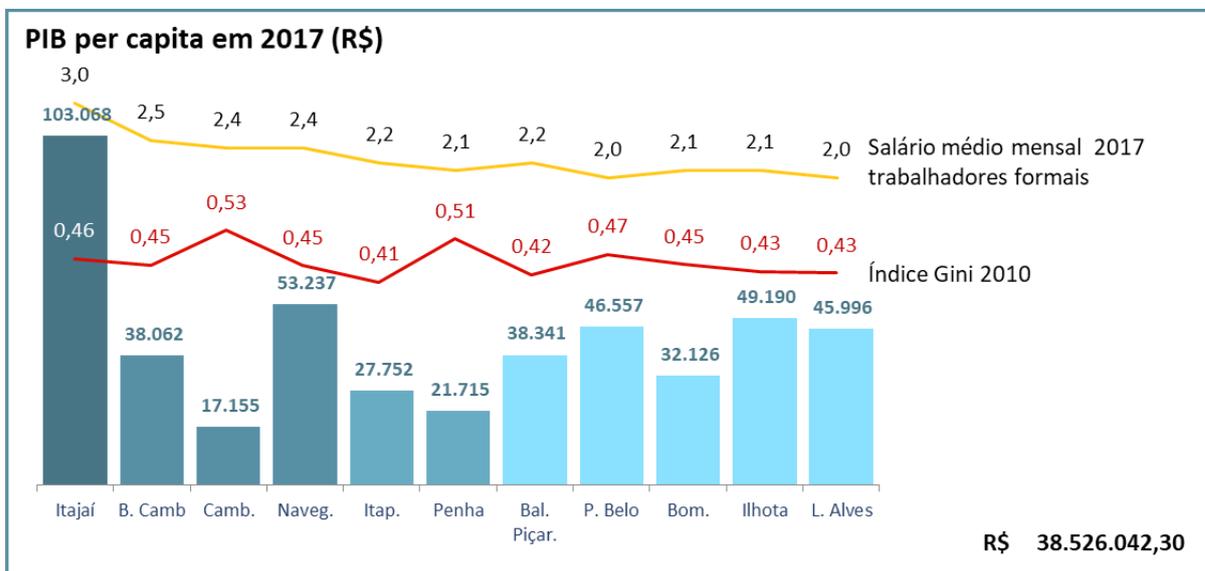
Observamos que dentro desses parâmetros os municípios de Itajaí, Balneário Camboriú e Navegantes concentram sozinhas 80,9% do PIB da região, o equivalente a R\$ 31,17 bilhões. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE, a média salarial necessária para acesso da cesta básica seria de R\$ 3.744,52 mensais. Os dados indicam um número significativo de baixos salários, que pode ser confrontado também com o Coeficiente de Gini, um indicador de desigualdade da renda<sup>1</sup>. Em 2010 a média Gini na região foi de 0,45, comparativamente, o Brasil assume, no mesmo período, uma posição intermediária nos padrões internacionais, com a média de 0,53, colocando-o entre os países mais desiguais do mundo.

1

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

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

**GRÁFICO 6 - Divisão da renda per capita em 2017**



Fonte: Fonte: Fonte: Sistema IBGE Cidades@.

## 5.2 Epidemiologia

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

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

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

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

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

Fonte: TABNET - SES/SC.

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

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

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

Fonte: TABNET - SES/SC.

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

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

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

Fonte: TABNET - SES/SC.

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

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

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

Fonte: DATASUS/TABNET-MS.

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

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

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

Fonte: DATASUS/MS.

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

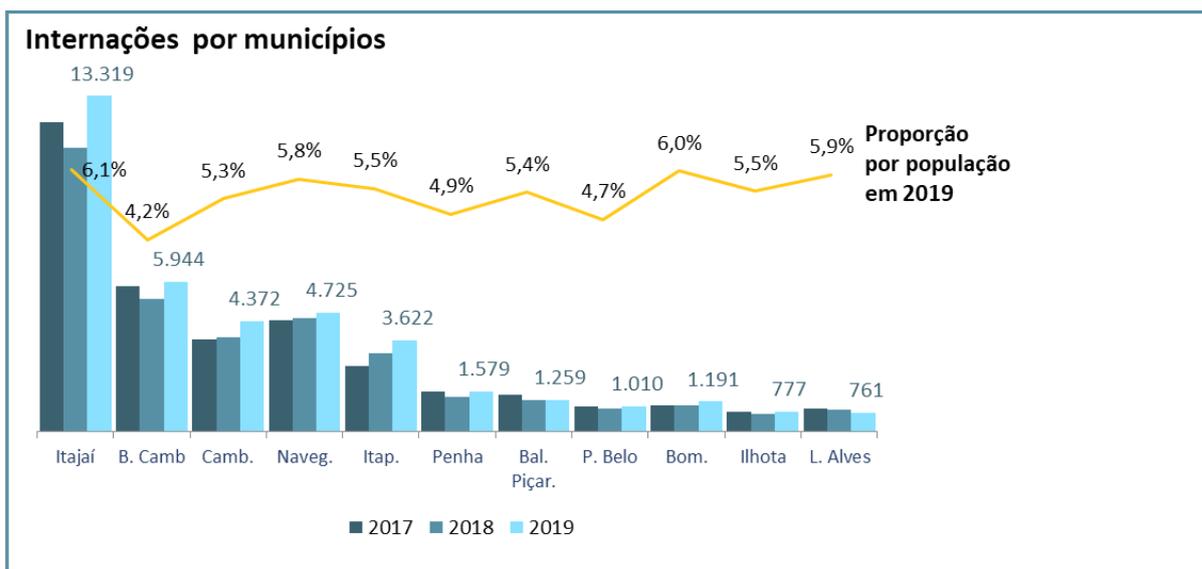
**TABELA 6** - Internações por doenças cardíacas na região da Foz do Rio Itajaí, no período de 2017 a 2019

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

Fonte: DATASUS/MS.

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

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

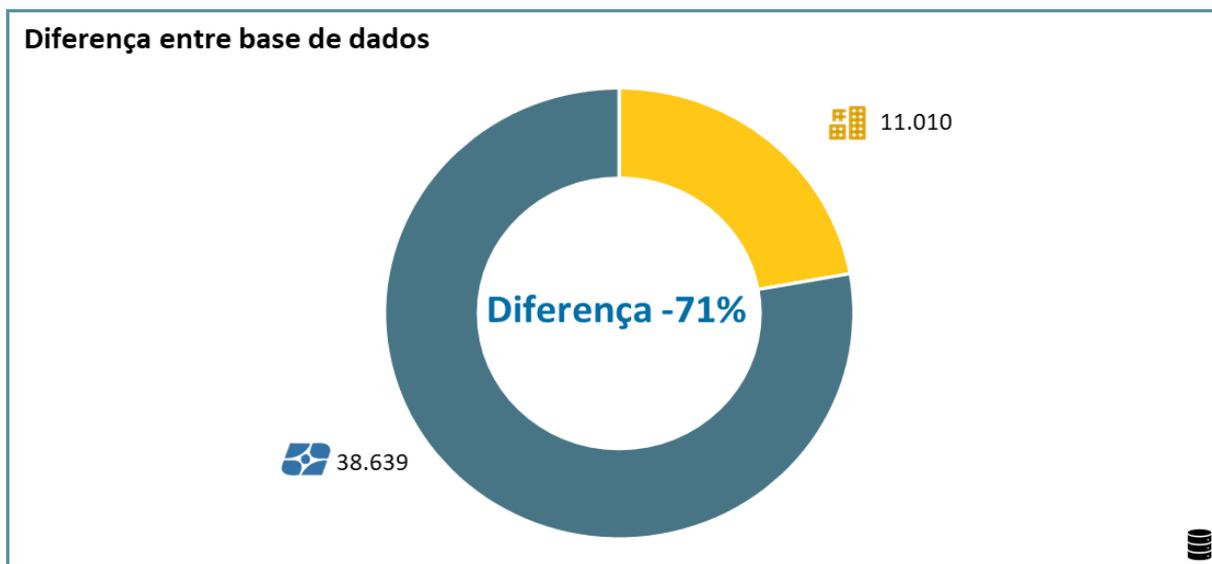


Fonte: DATASUS/MS.

### 5.3 Distribuição da pessoa com deficiência no território

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

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



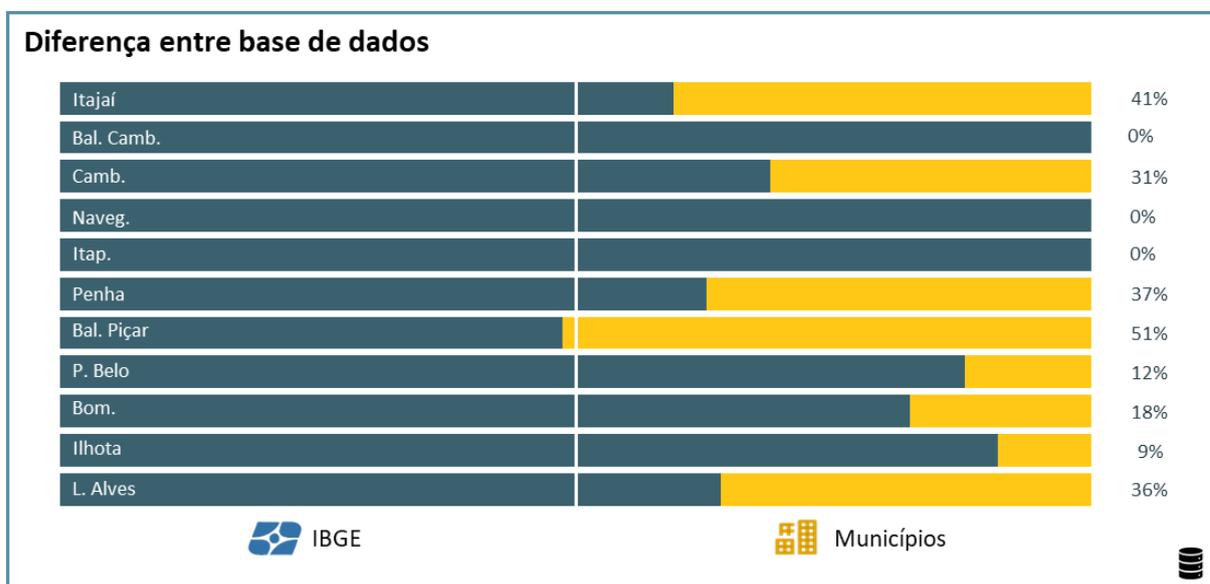
Fonte: IBGE 2010 e municípios da regional de saúde.

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

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

## GRÁFICO 9 - Compatibilidade entre as bases de dados dos municípios

e do IBGE



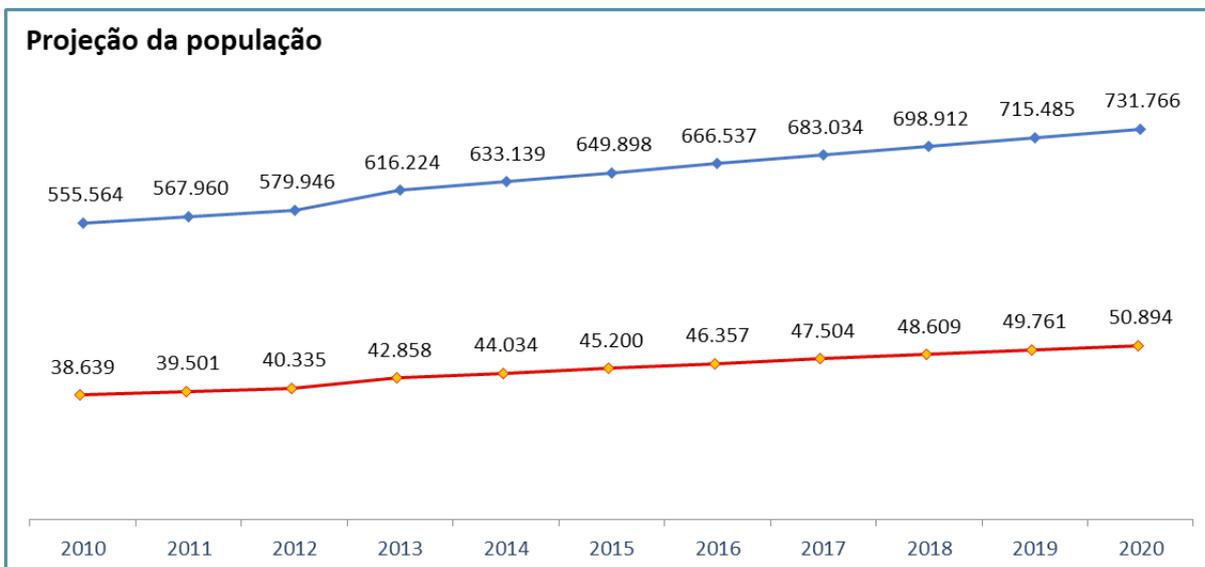
Fonte: IBGE 2010 e municípios da regional de saúde.

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

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

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

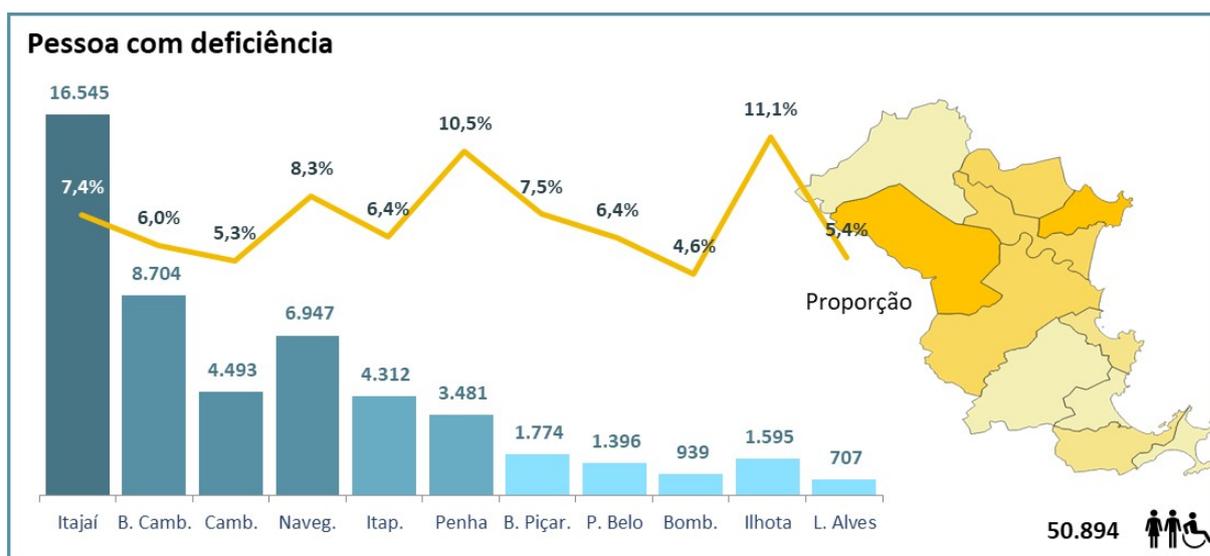
**GRÁFICO 10** - Número da população da Foz do Rio Itajaí e de pessoas com deficiência em uma projeção de 10 anos



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

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

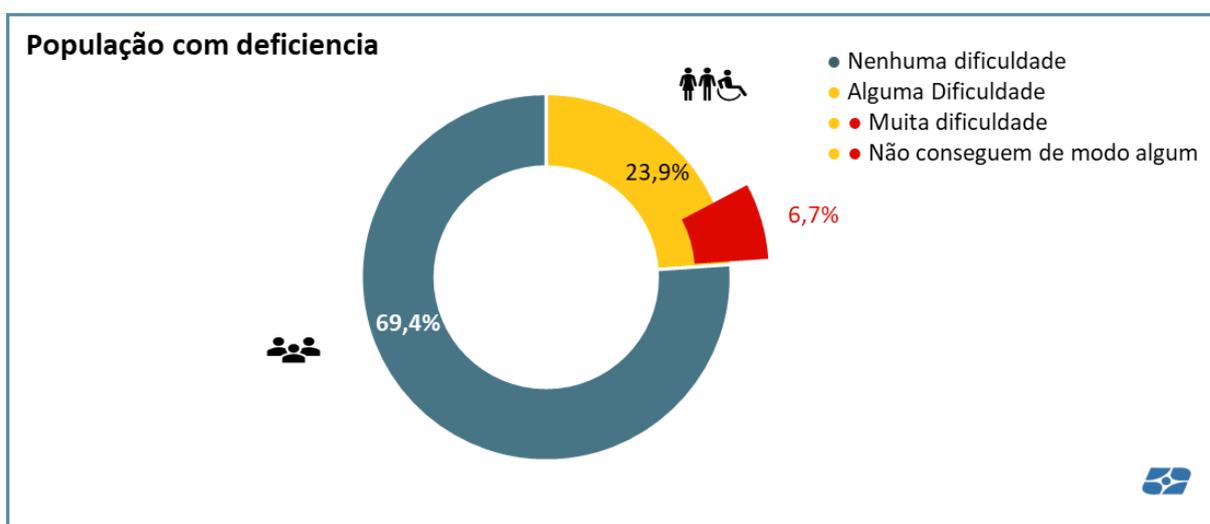
**GRÁFICO 11** - Número de pessoas com deficiência por município



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

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

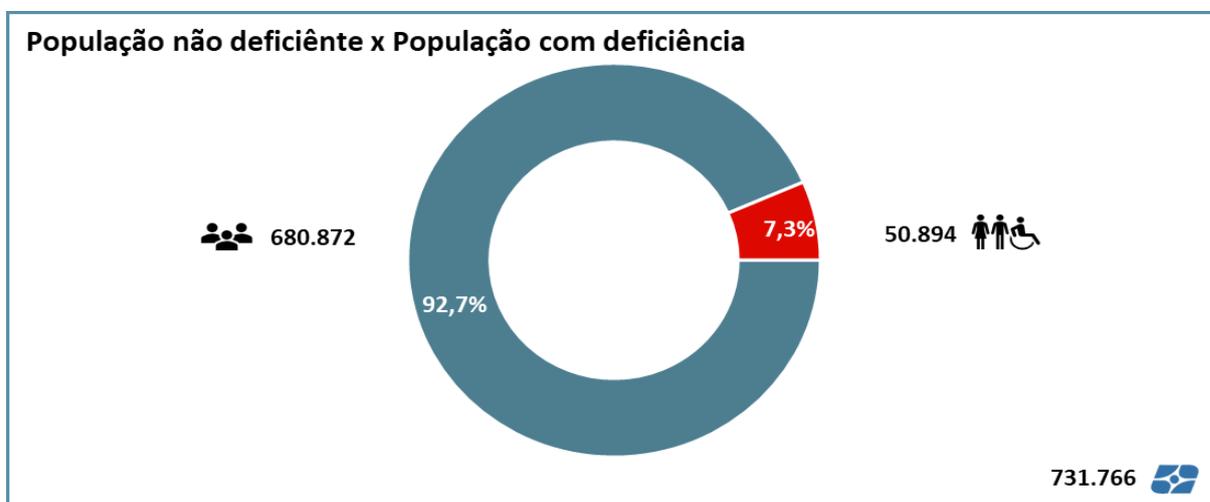
**GRÁFICO 12** - Representação da base de dados do IBGE



Fonte: IBGE 2010, atualização 2018.

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

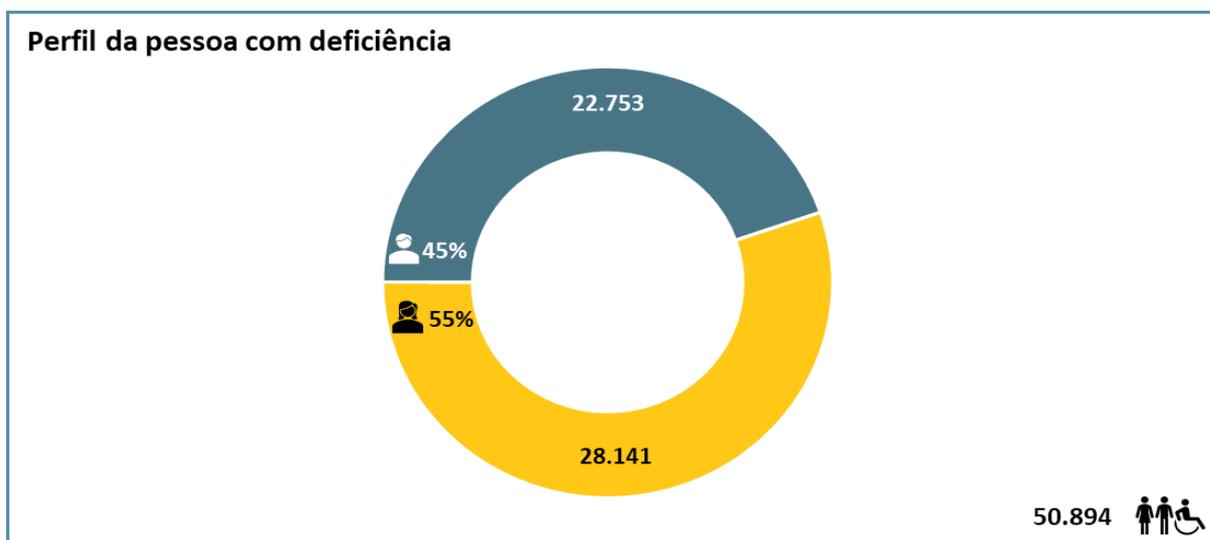
**GRÁFICO 13** - Proporção da população na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí



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

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

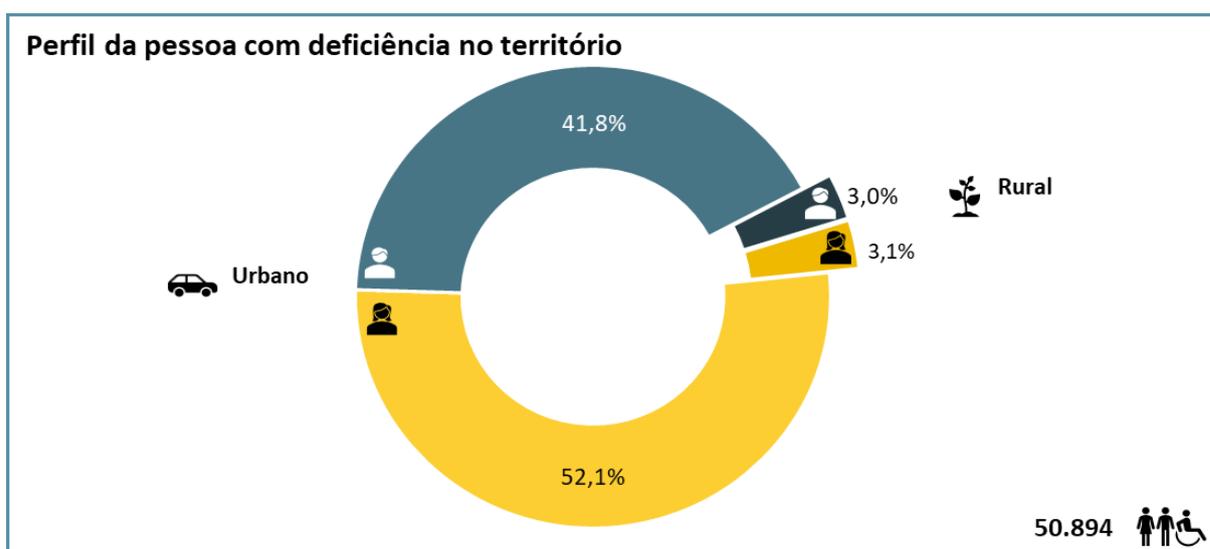
**GRÁFICO 14** - População da Macrorregião da Foz do Rio Itajaí com deficiência dividida por sexo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

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

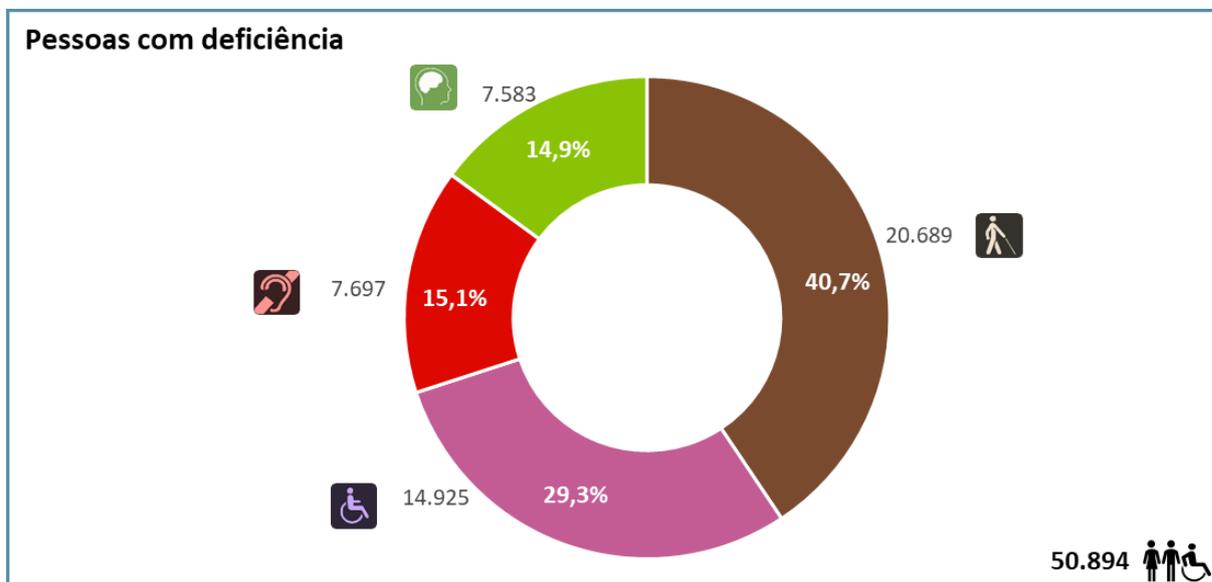
**GRÁFICO 15** - População com deficiência dividida por sexo e espaço urbano e rural



Fonte: IBGE 2010, projeção2020.

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

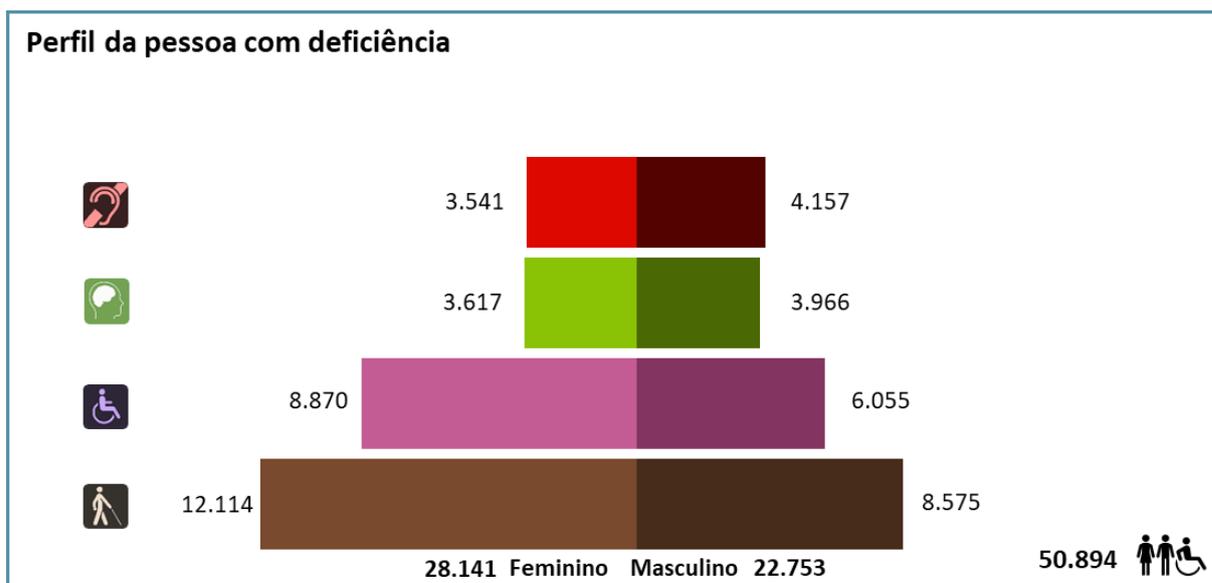
**GRÁFICO 16** - População da Macrorregião com deficiência dividida por tipo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

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

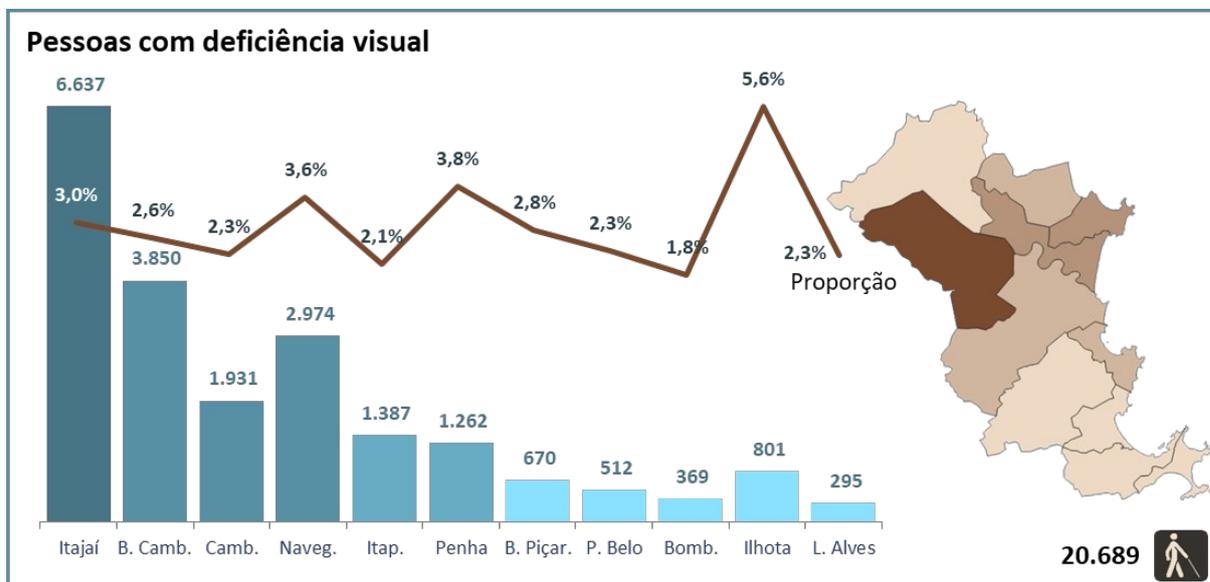
**GRÁFICO 17** - Divisão por deficiência e sexo



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

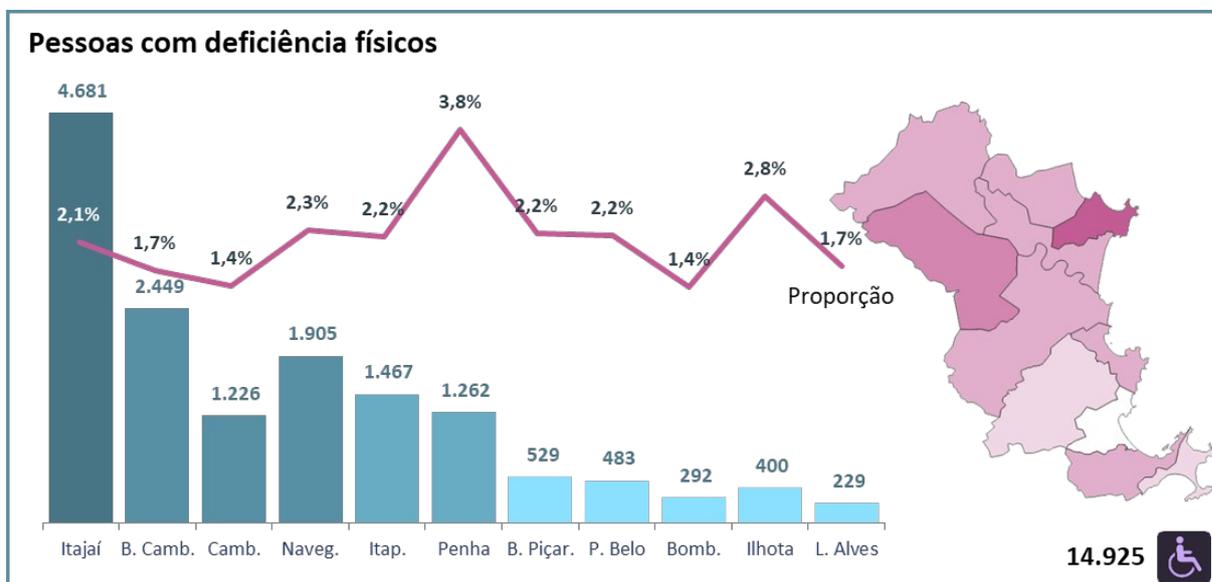
Os próximos gráficos demonstram a distribuição da população da amostra por deficiência e a proporção deles pelo número de habitantes.

**GRÁFICO 18 - Distribuição da pessoa com deficiência visual**



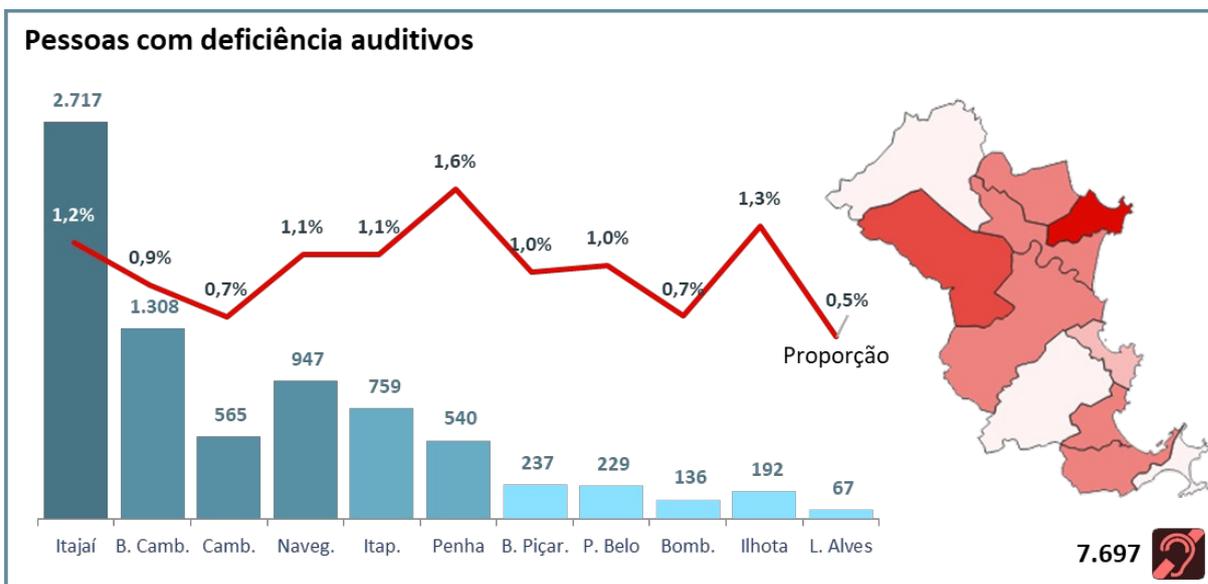
Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

**GRÁFICO 19 - Distribuição da pessoa com deficiência física**



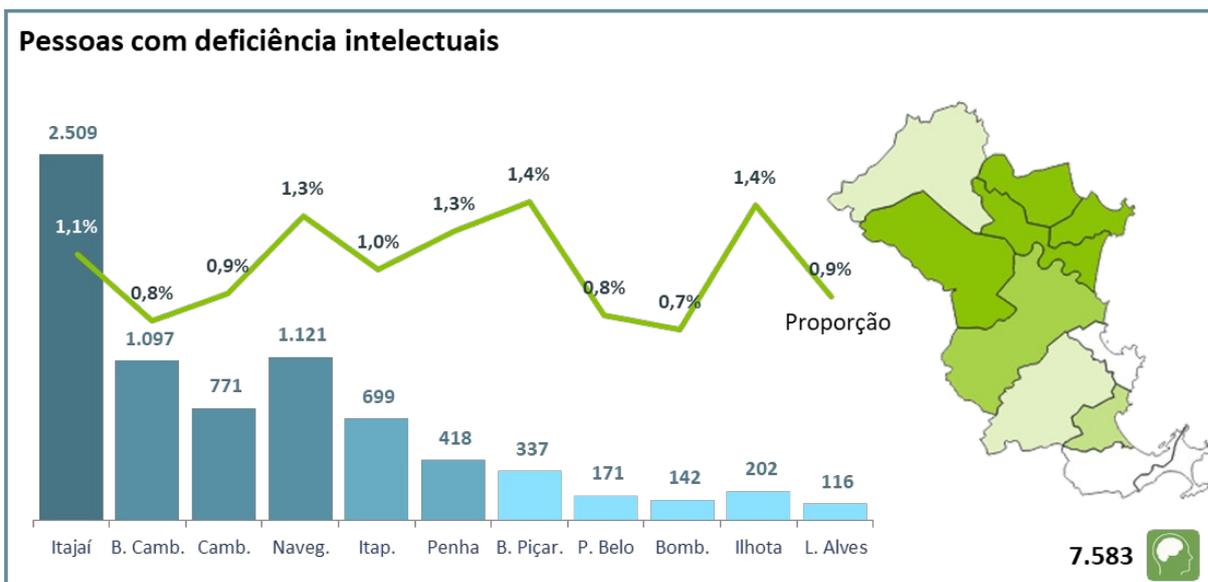
Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

**GRÁFICO 20 - Distribuição da pessoa com deficiência física**



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

**GRÁFICO 21 - Distribuição da pessoa com deficiência intelectual**



Fonte: IBGE 2010, projeção 2020.

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

### **6.1 Quadro geral dos serviços de saúde**

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

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

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

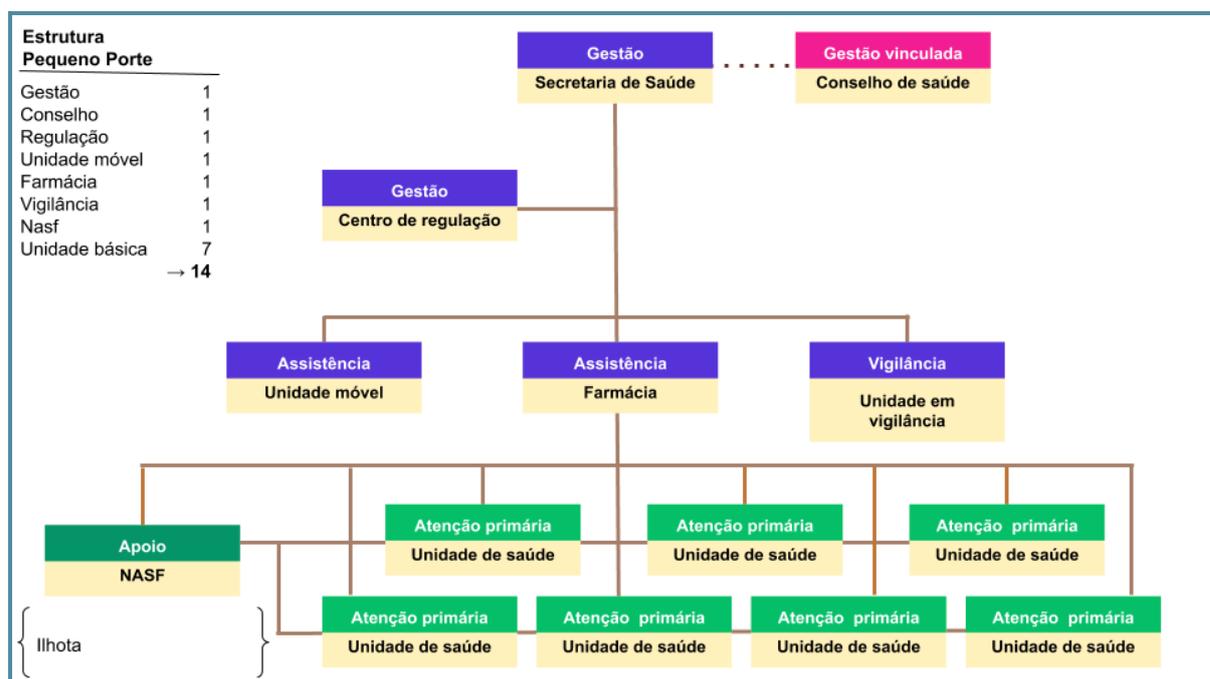
Quando acessamos os vários serviços da rede observamos a complexidade da sua estrutura e a variedade de referência relativa à realidade de cada município. Diante do desafio de organizar um desenho que desse uma leitura geral e gerar alguma análise, consideramos aproximar as estruturas oferecidos por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

realizado na base de dados do CNES<sup>2</sup>, podemos caracterizar 3 modelos de estrutura de serviços: Pequeno Porte, Médio Porte e Grande Porte.

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

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

**FIGURA 1** - Organograma da estrutura dos municípios de Pequeno Porte



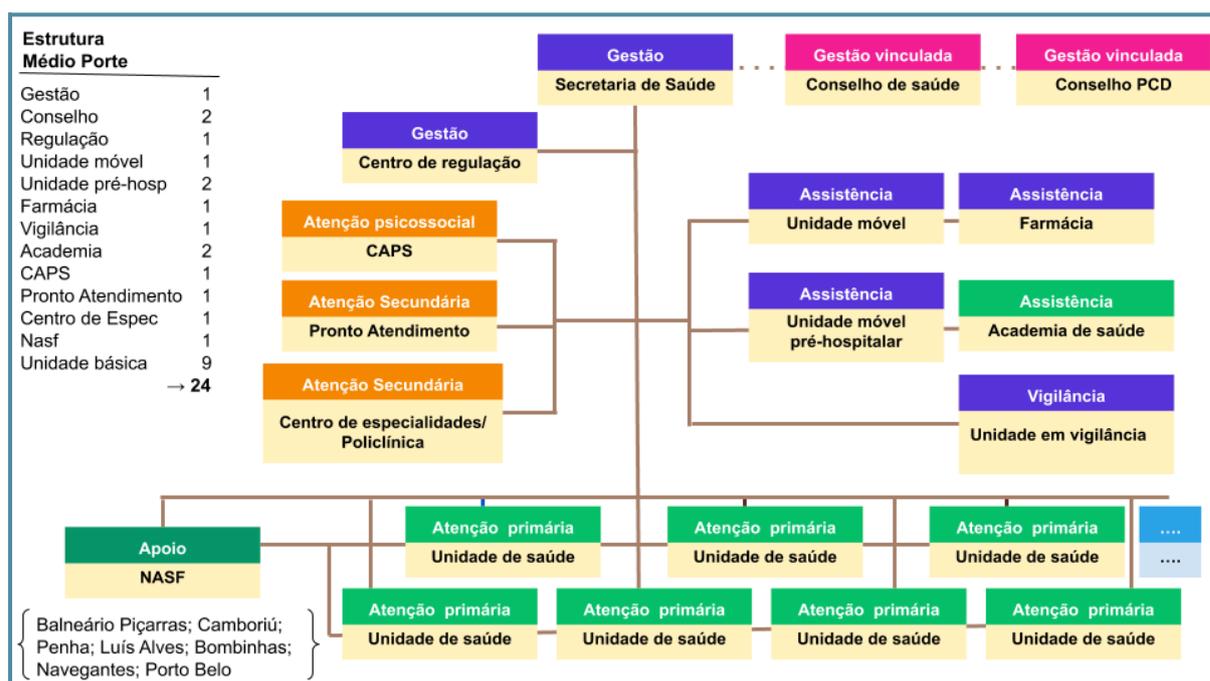
Fonte: Próprio.

2

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

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

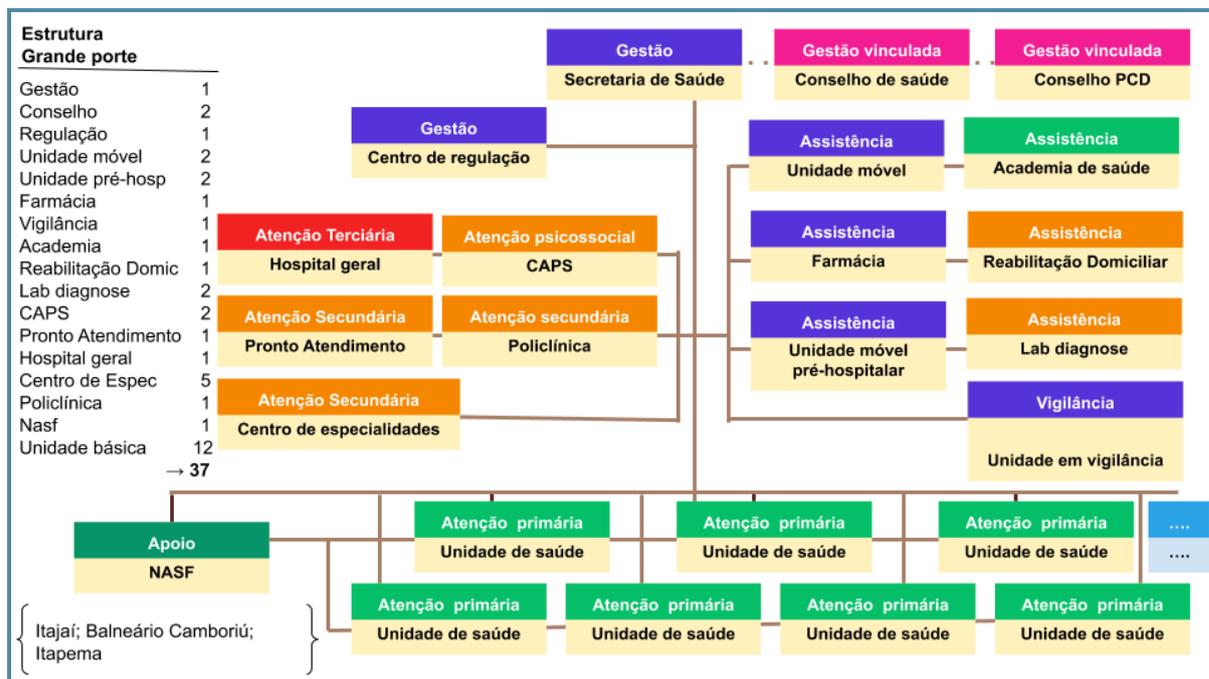
**FIGURA 2 - Organograma da estrutura dos municípios de Médio Porte**



Fonte: Próprio.

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

**FIGURA 3 - Organograma da estrutura dos municípios de Grande Porte**



Fonte: Próprio.

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

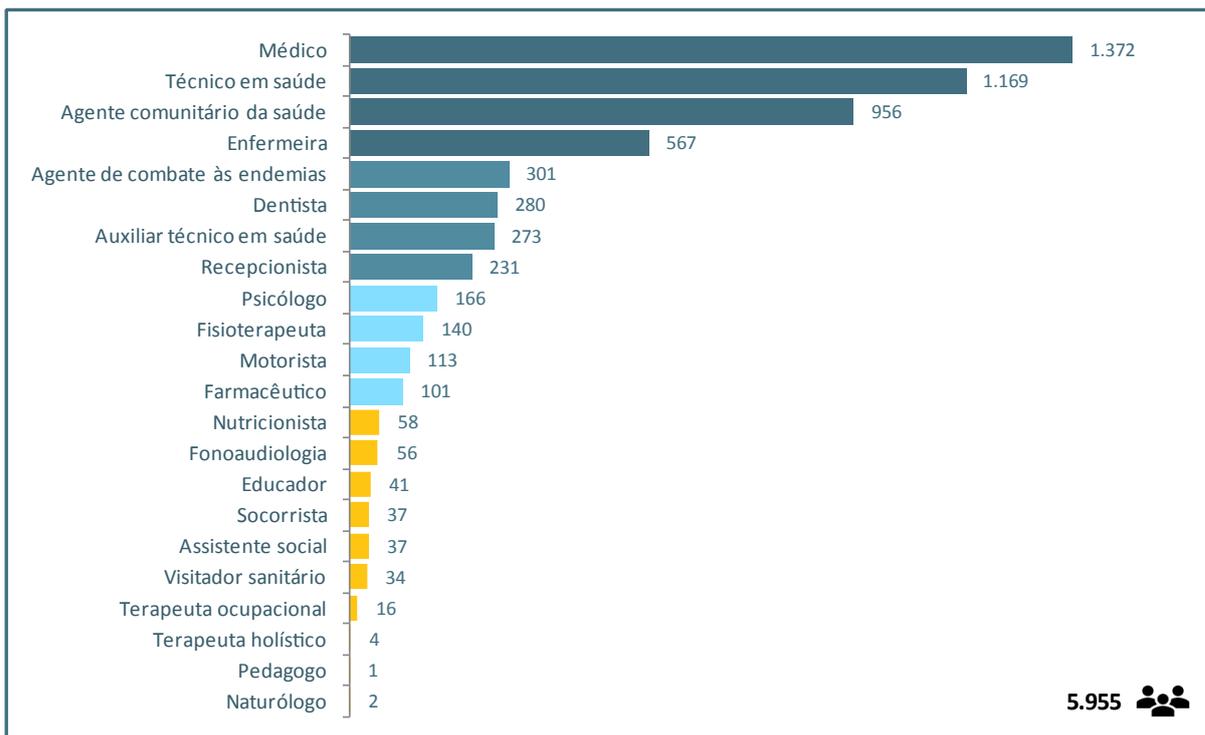
Serviços que não são oferecidos pelos entes federados, ou são oferecidos por consórcio intermunicipais, através do Programa de Parcerias de Investimentos do Estado (PPI-SC), ou são feitos por contratos estabelecidos pelos próprios municípios, individualmente.

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

## 6.2 Rede Pública de Saúde

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

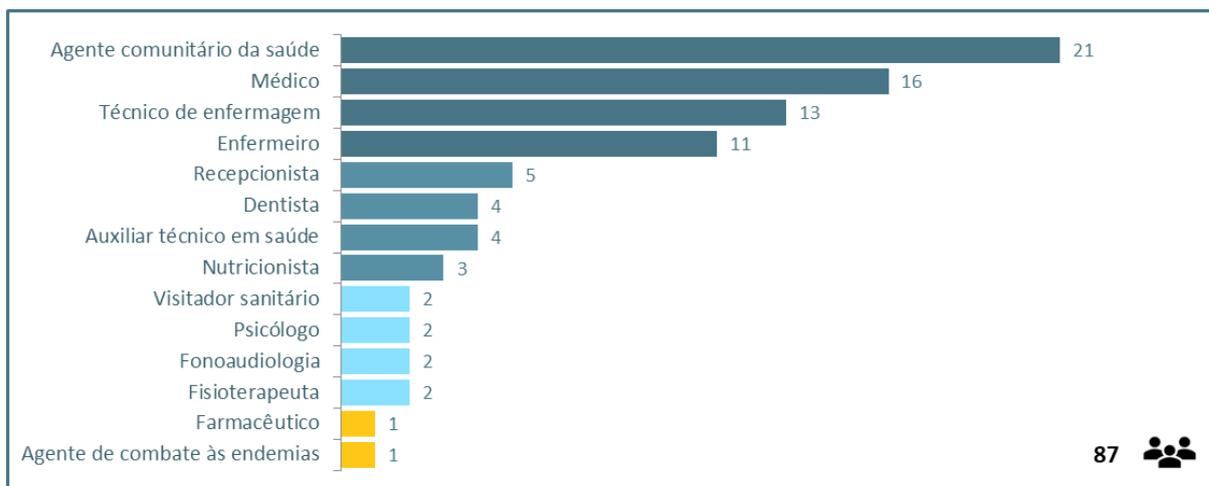
**GRÁFICO 22** - Número de profissionais na Macrorregião da Foz do Rio Itajaí



Fonte: CNES jan., 2020.

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

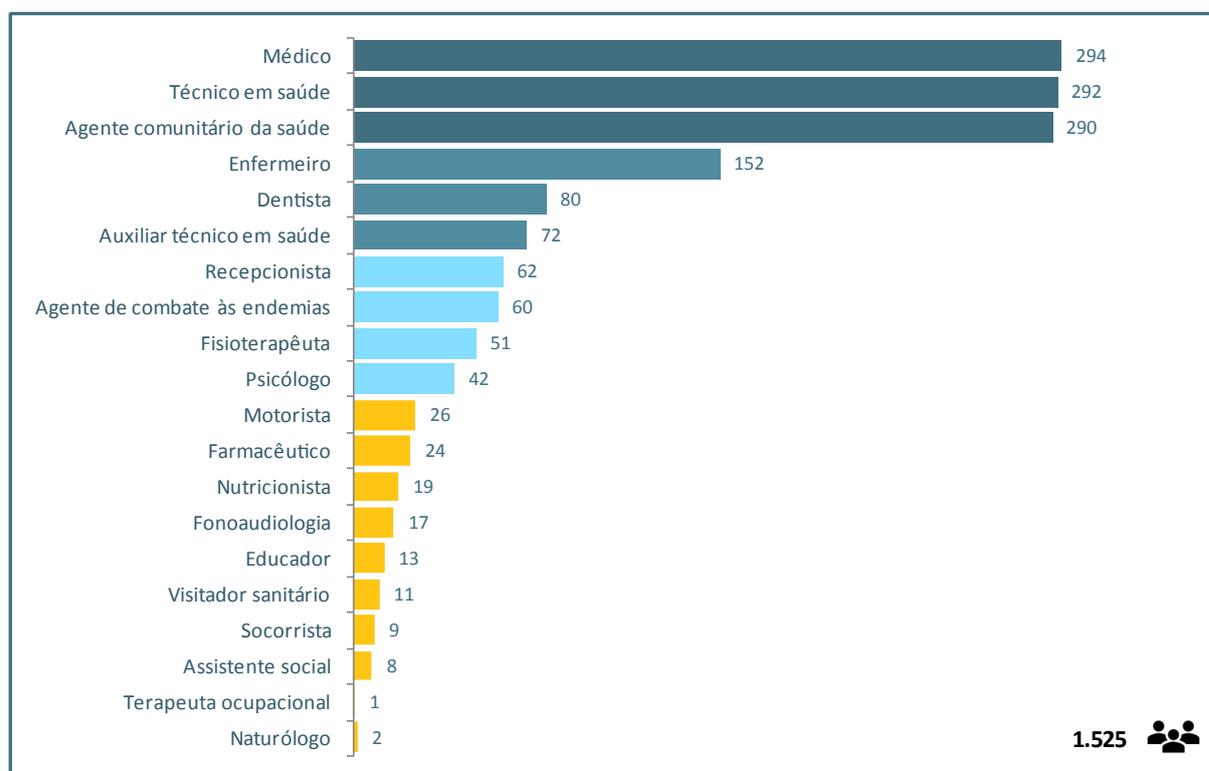
### GRÁFICO 23 - Número de profissionais da rede de Pequeno Porte



Fonte: CNES jan., 2020.

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

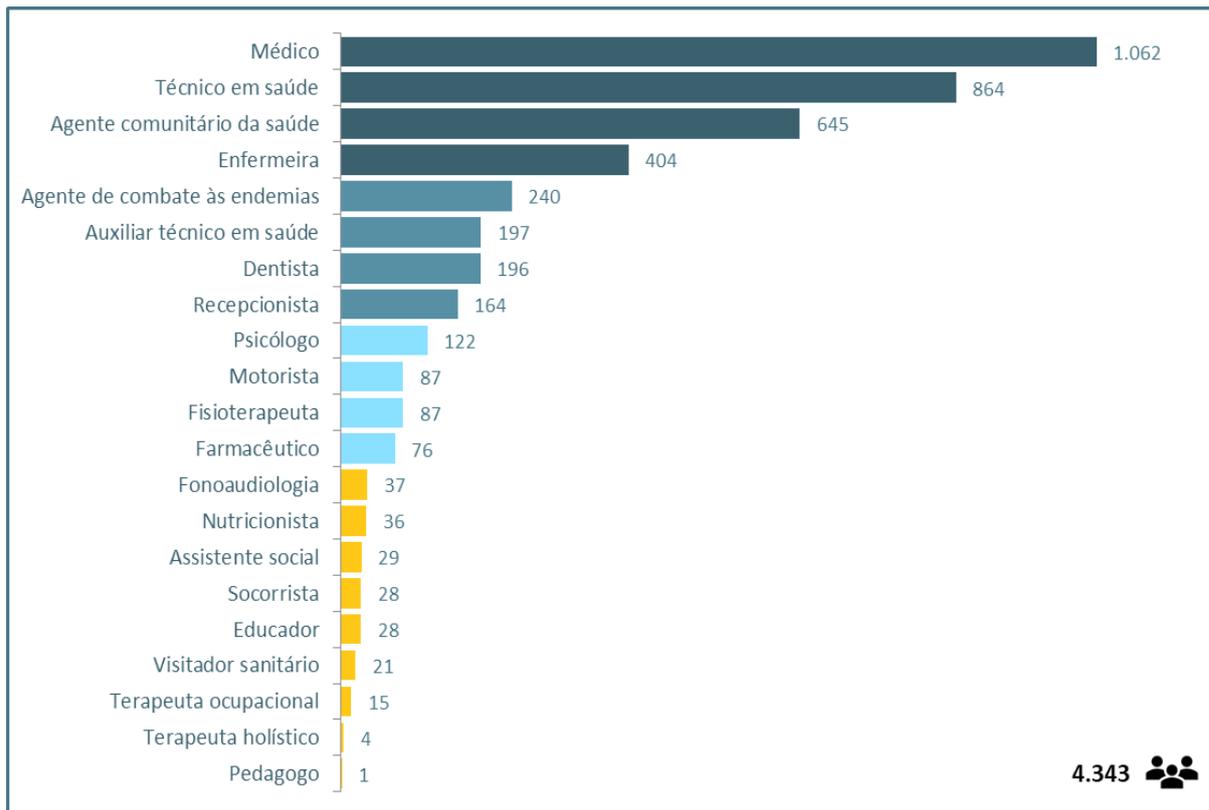
### GRÁFICO 24 - Número de profissionais da rede de Médio Porte



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 25 - Número de profissionais da rede de Grande Porte**



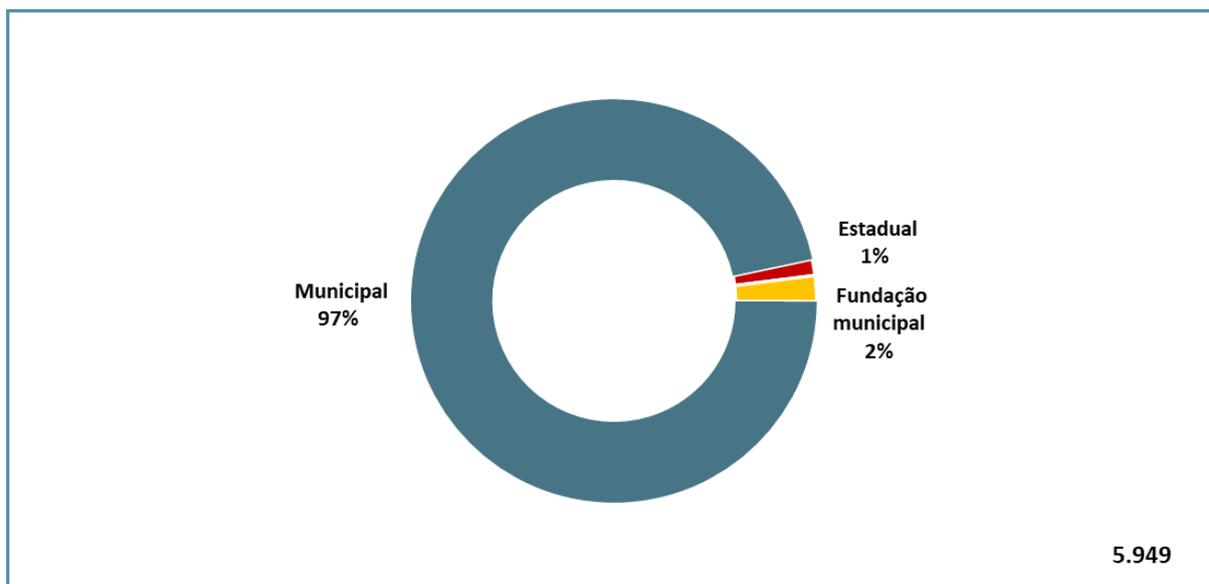
Fonte: CNES jan., 2020.

Os profissionais, em sua maioria, estão alocados nos municípios, 97% dos casos, mas encontramos profissionais com vínculo estadual, 1%, e em fundações municipais de saúde<sup>3</sup>, 2%.

3

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

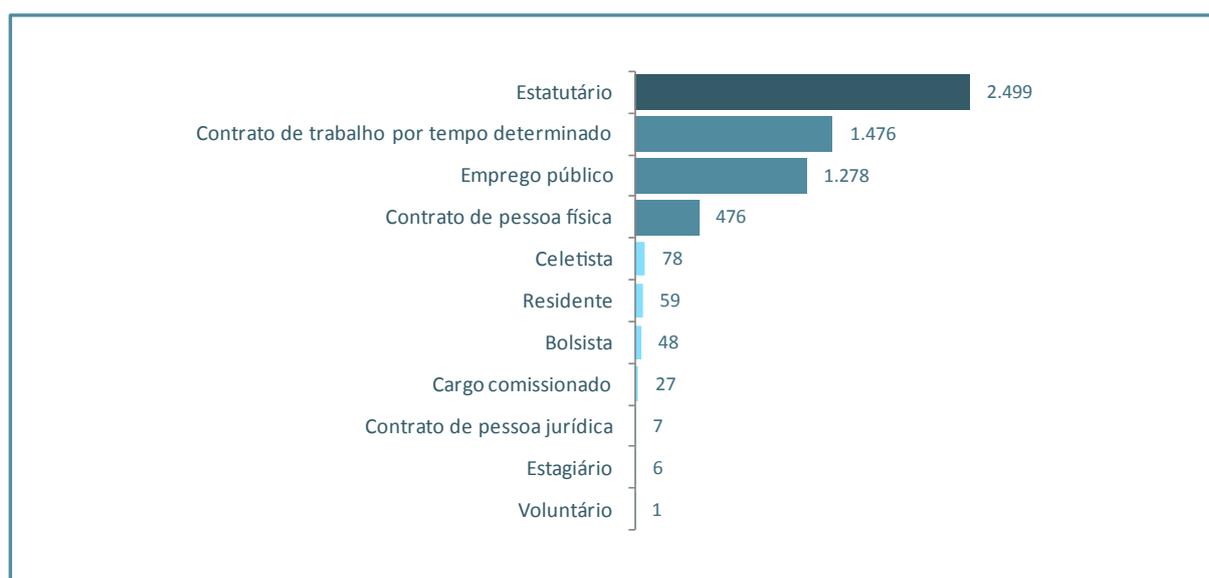
**GRÁFICO 26 - Vínculo de ocupação profissional**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 27 - Vínculo de ocupação profissional**



Fonte: CNES jan., 2020.



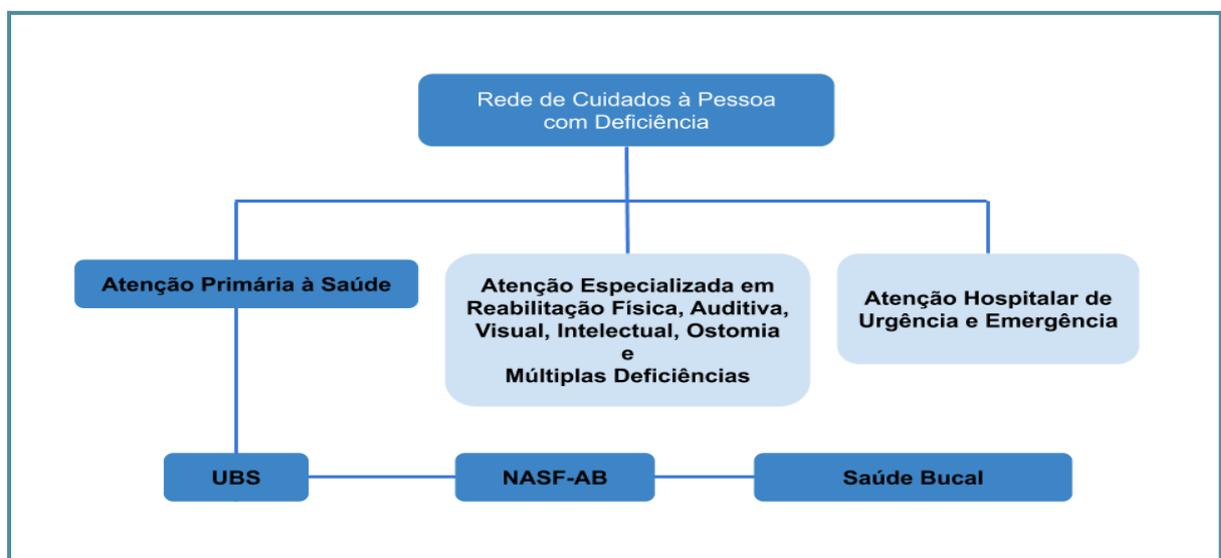
### 6.2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

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

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

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

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

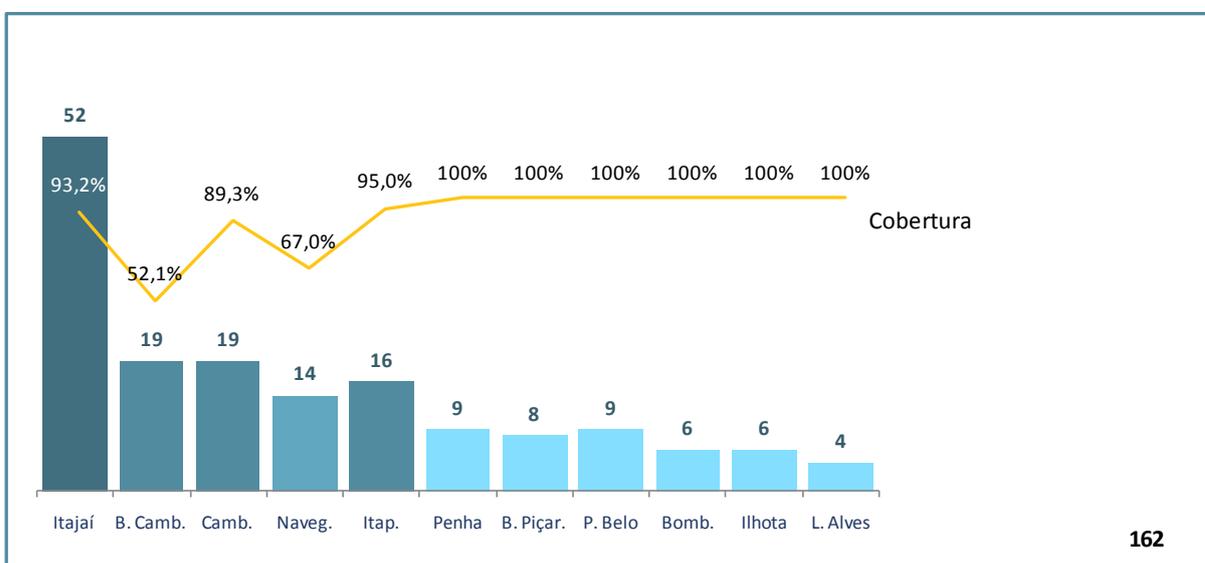


É preciso que as ações em torno das pessoas com deficiência não fiquem restritas aos serviços prestados nos CER - Centros Especializados em Reabilitação ou nos ambulatórios da atenção especializada e hospitais. O planejamento deve também ser baseado no território em que a pessoa reside, buscando a elaboração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

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

Abaixo estratificamos esse dado por municípios.

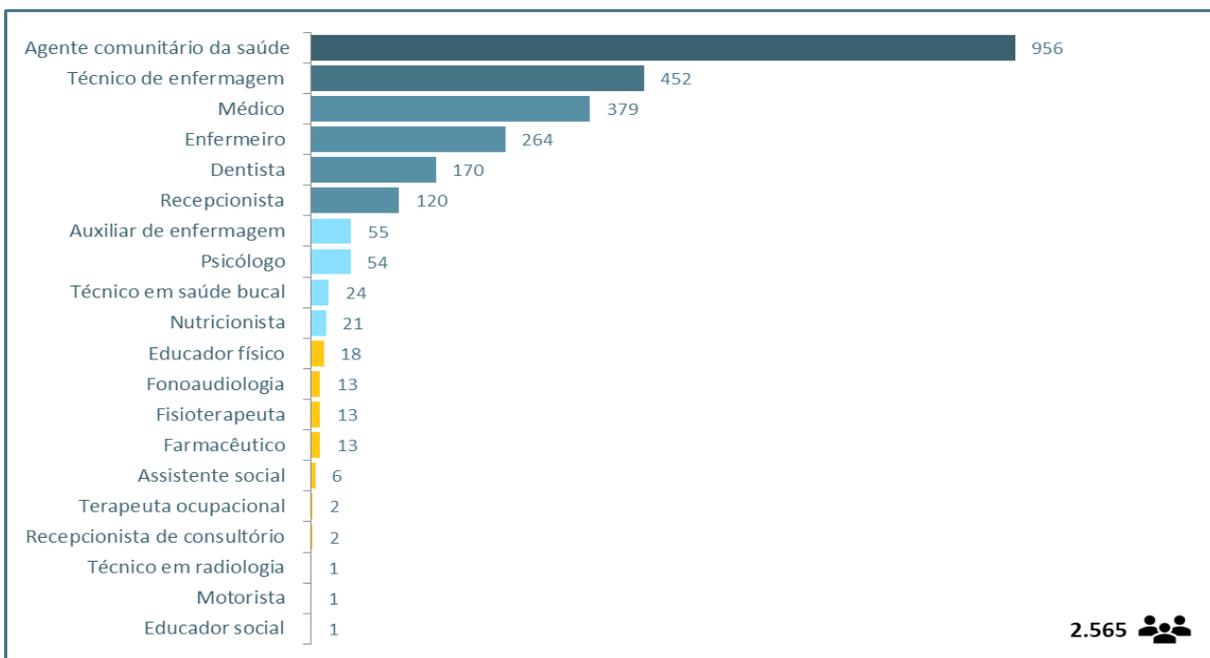
**GRÁFICO 28** - Equipes e cobertura de Estratégias Saúde da Família



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

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

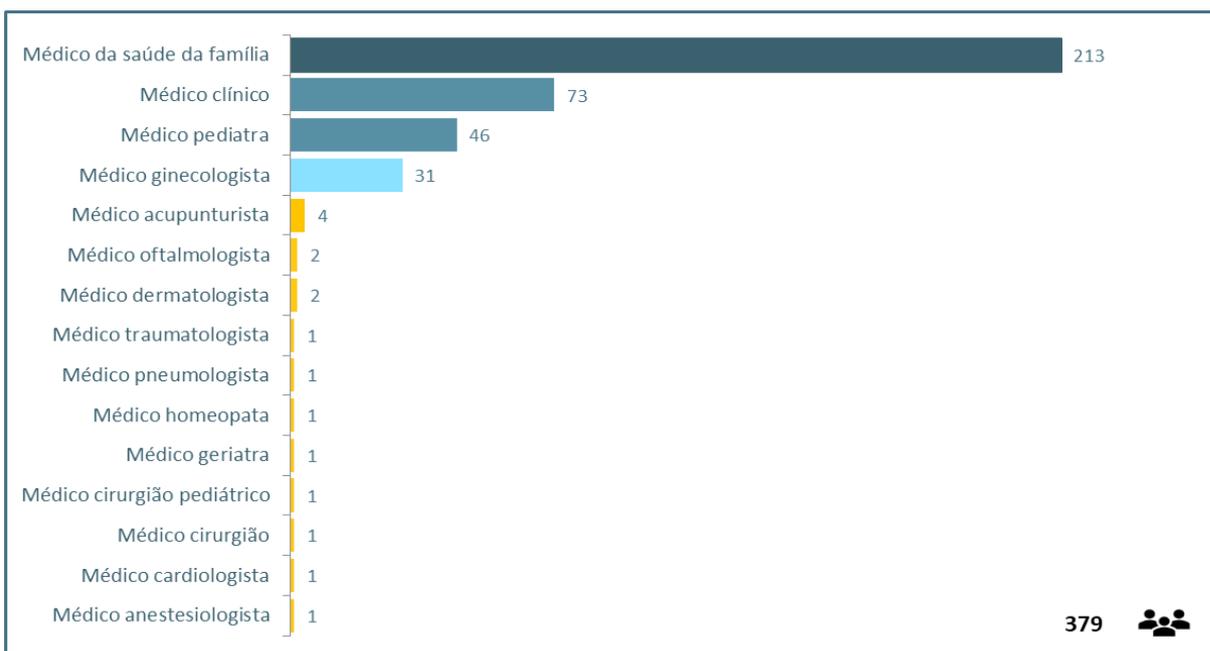
## GRÁFICO 29 - Número de profissionais locados nas unidades de saúde



Fonte: CNES jan., 2020.

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

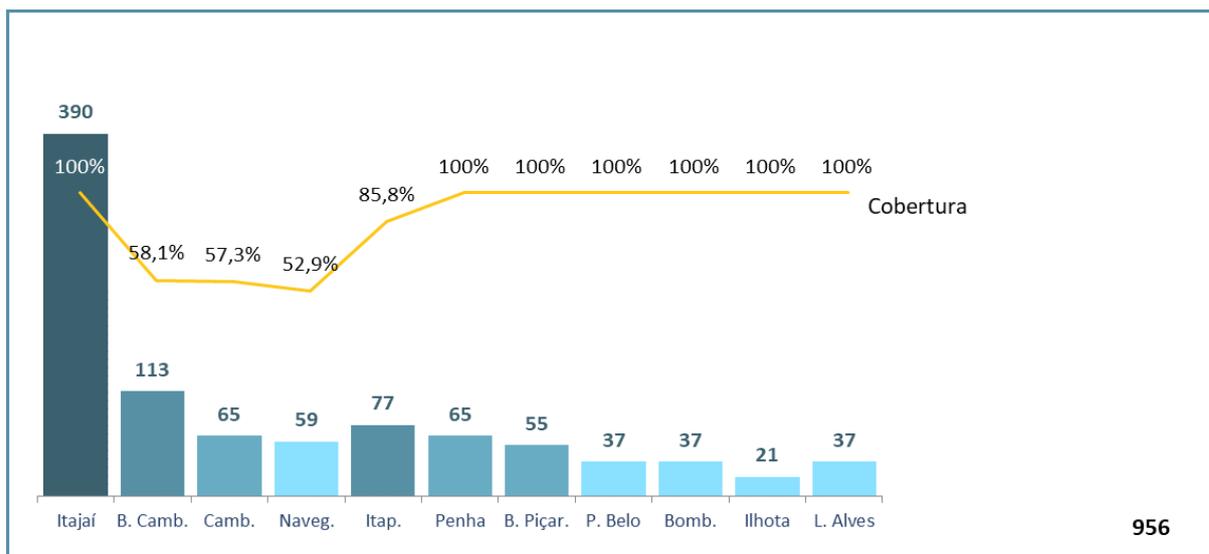
## GRÁFICO 30 - Número de especialidades médicas nas unidades



Fonte: CNES jan., 2020.

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

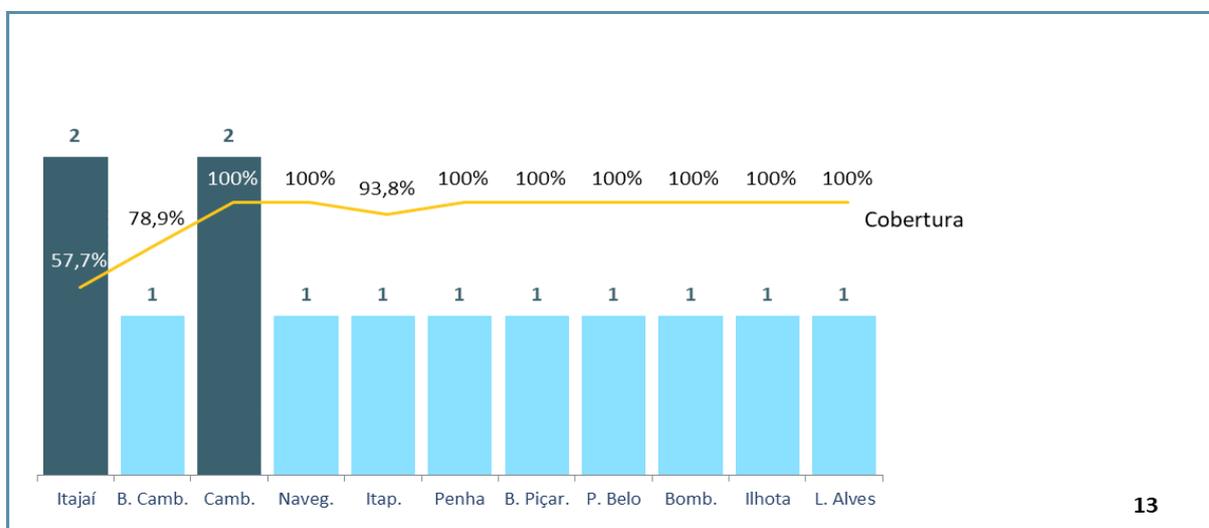
**GRÁFICO 31 - Número de Agentes Comunitárias de Saúde e cobertura**



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

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

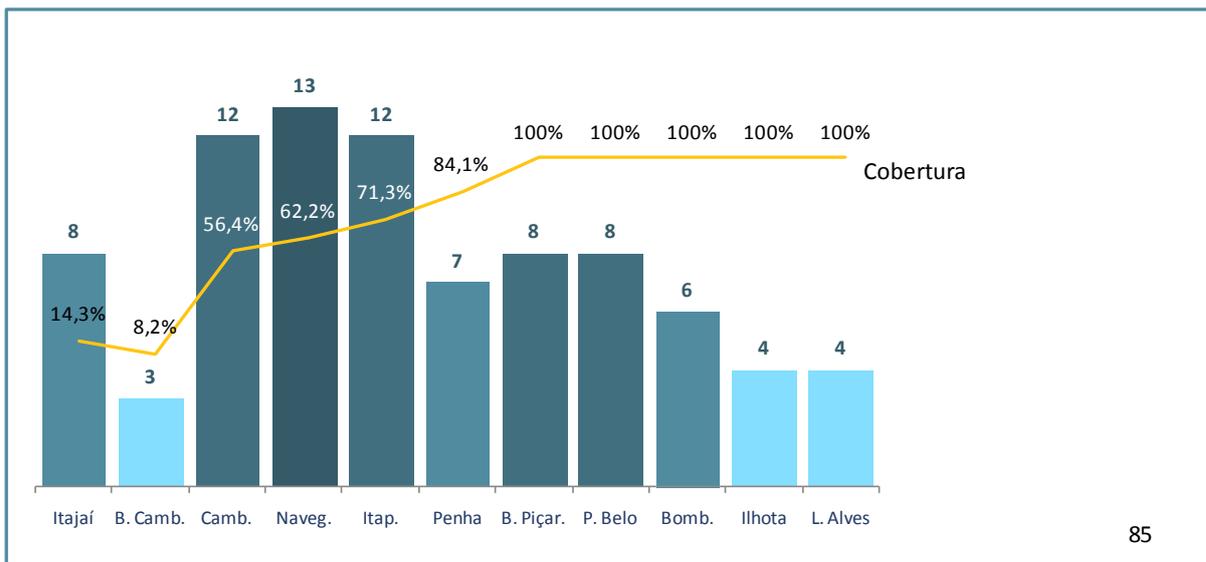
**GRÁFICO 32 - Equipes de NASF e cobertura**



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

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

**GRÁFICO 33 - Saúde Bucal e cobertura**

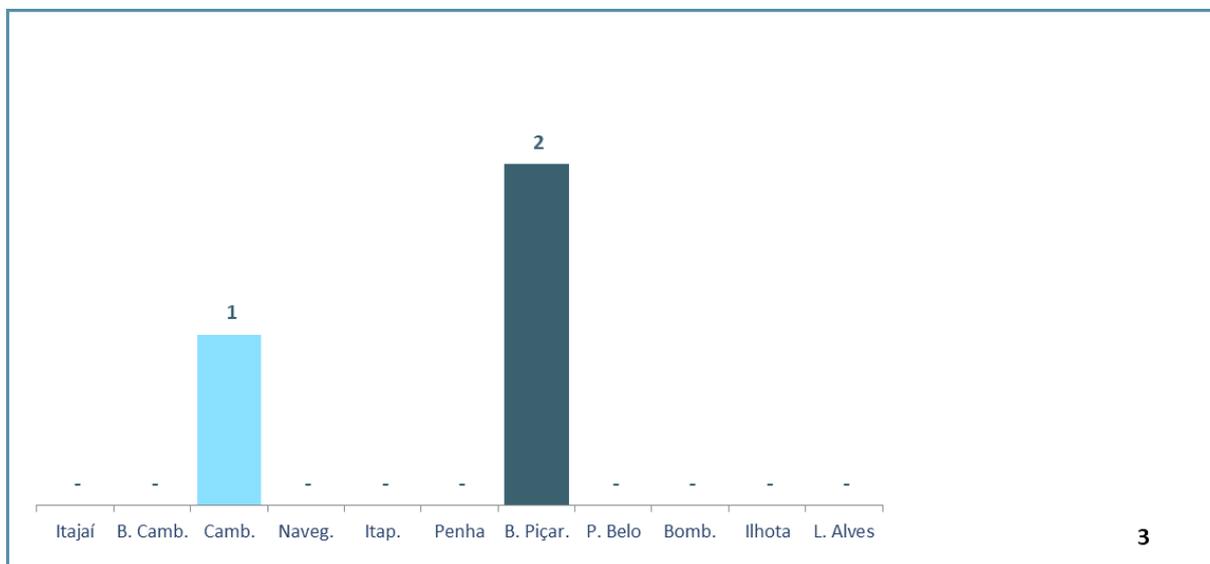


Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

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

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

**GRÁFICO 34** - Academias de saúde



Fonte: e-Gestor AB jan., 2020.

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

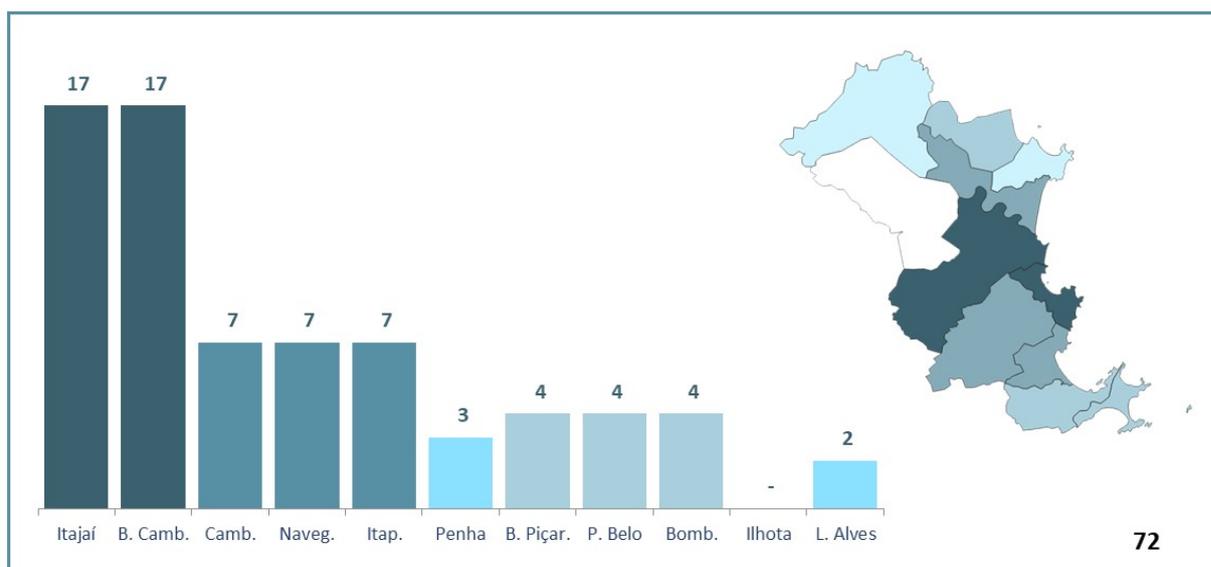
#### 6.2.2 Atenção Secundária à Saúde (ASS)

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

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

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

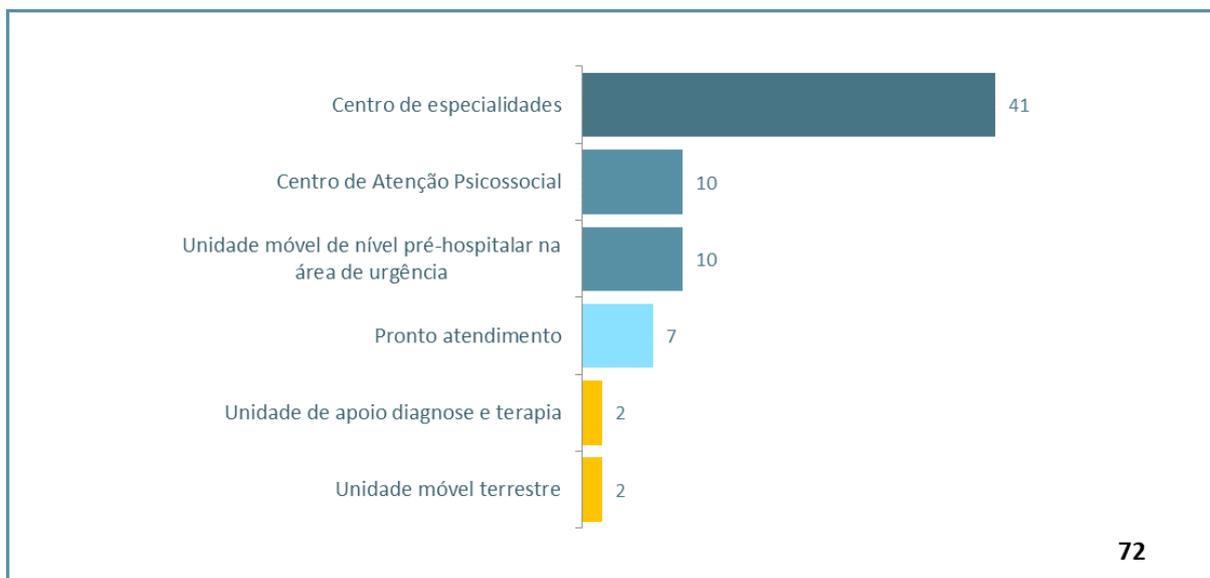
**GRÁFICO 35** - Total de serviços oferecidos pela atenção secundária na macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

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

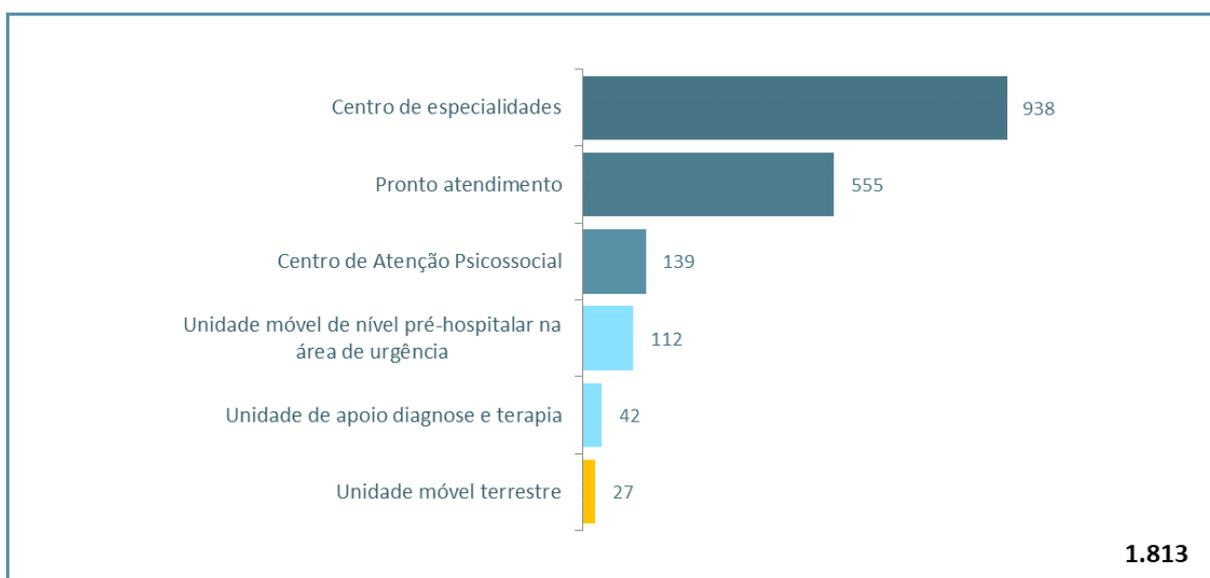
**GRÁFICO 36** - Tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária



Fonte: CNES jan., 2020.

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

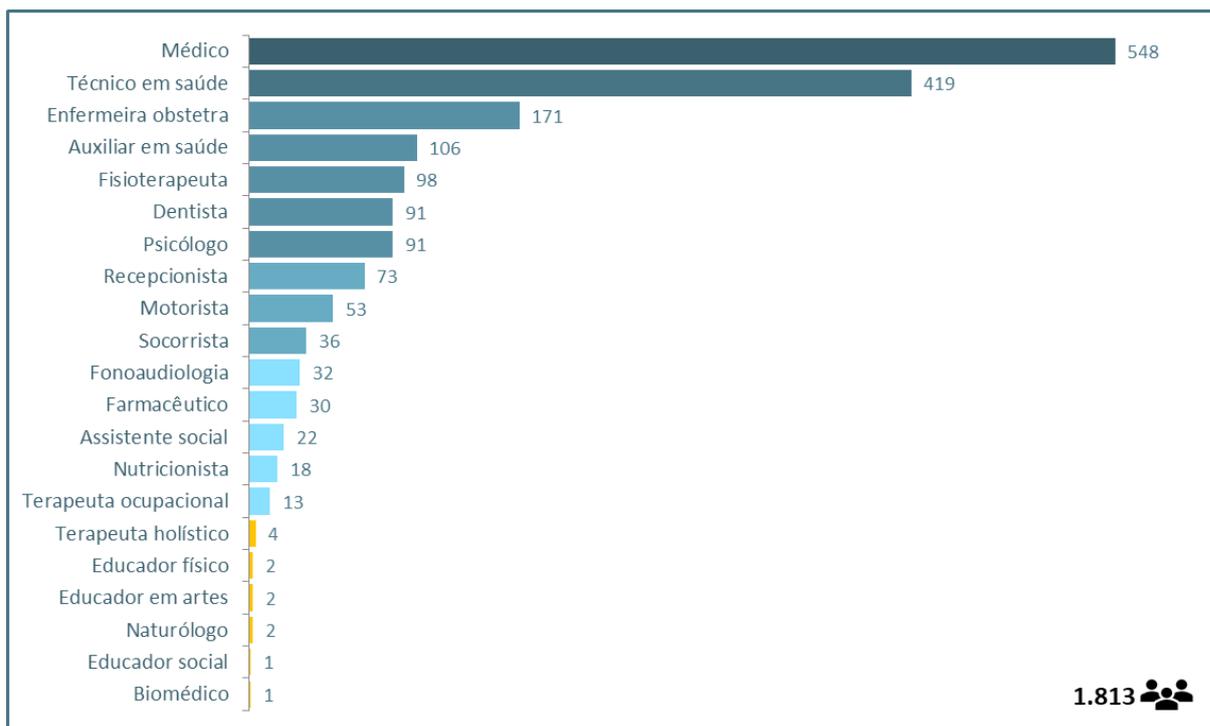
**GRÁFICO 37** - Número de profissionais por tipos de serviços oferecidos pela atenção secundária



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 38 - Profissionais vinculados à atenção secundária**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

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

serviço próprio, por isso, ou não são oferecidos, ou estão dentro de outros serviços especializados, como o caso, das Oficinas Ortopédicas<sup>4</sup>. E alguns estão ligados a outras redes, como o caso do CAPS, mas, por terem interface com a necessidade de algumas deficiências, como no caso da mental, devem ser consideradas nas análises, ou são iniciativas desenvolvidas pela iniciativa do próprio município.

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

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

#### 6.2.2.1 Centro de Especialidades

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

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

---

4

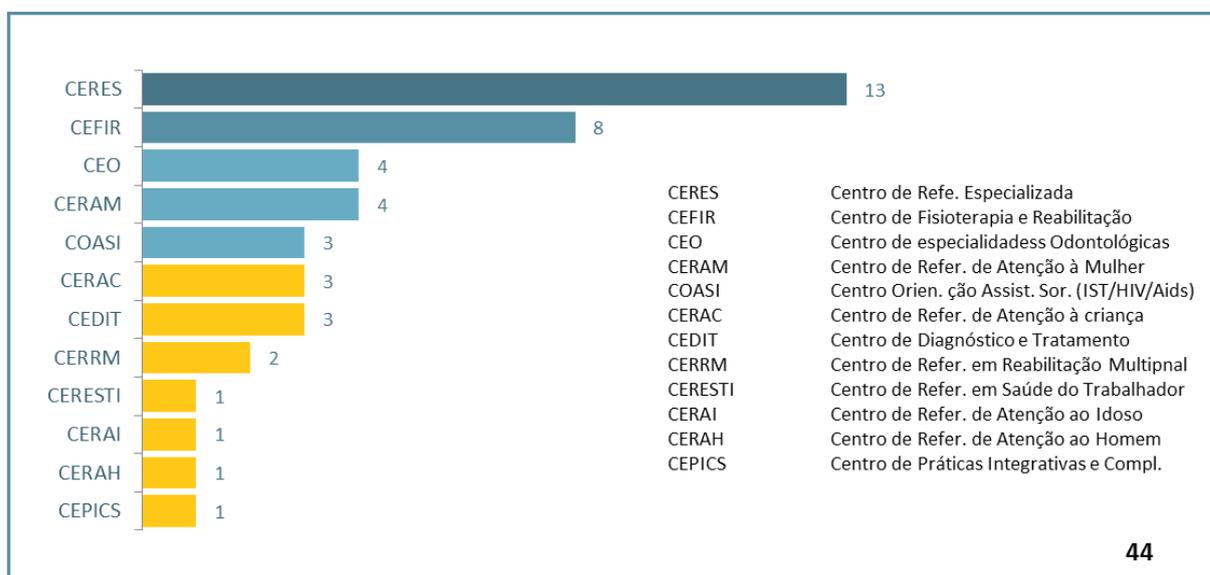
As Oficinas Ortopédicas são serviços ou estabelecimentos de saúde destinados à promoção do acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, por meio da dispensação, confecção, adaptação, manutenção, ajustes e pequenos consertos.

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

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

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

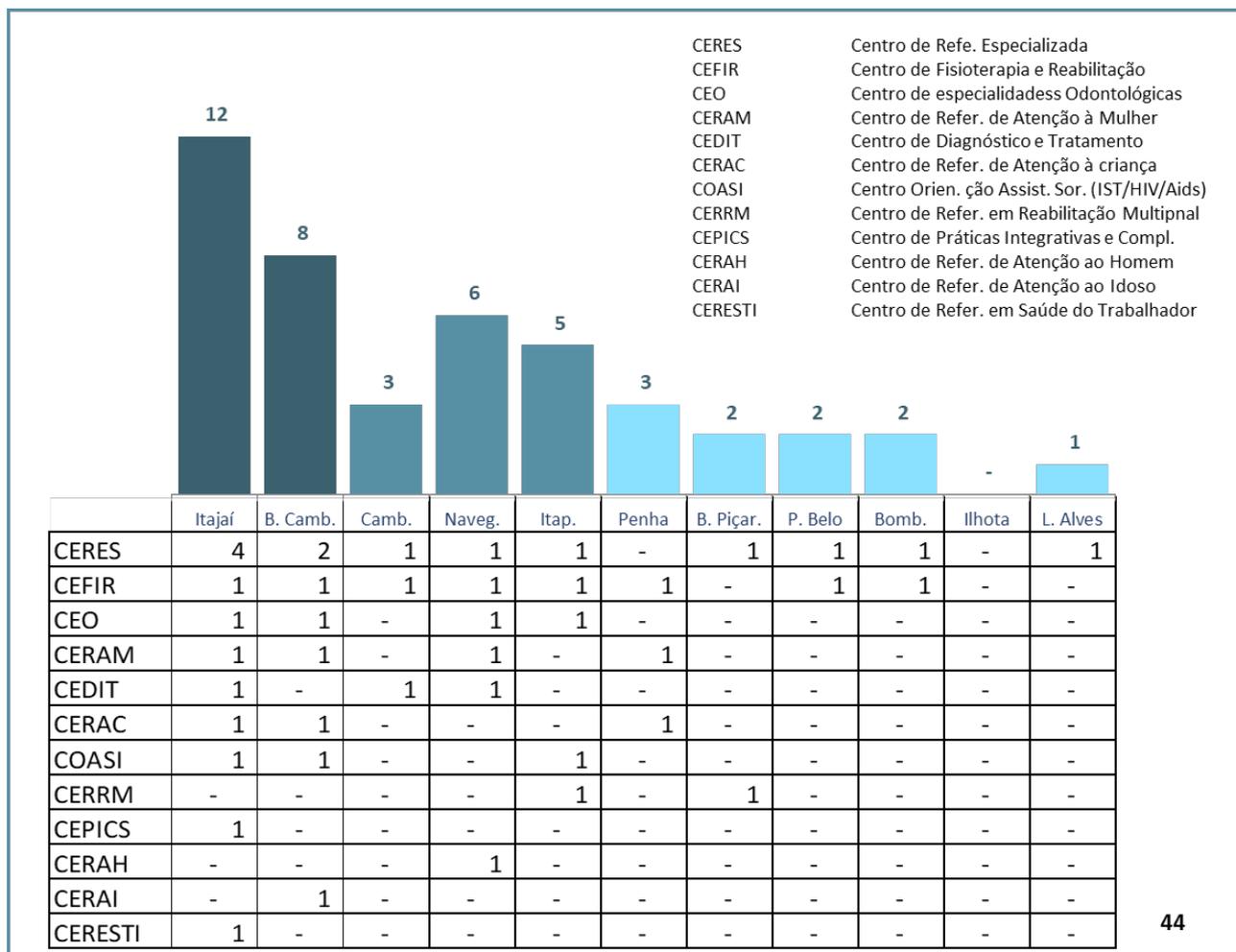
**GRÁFICO 39 - Estratificação dos Centros de especialidades**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

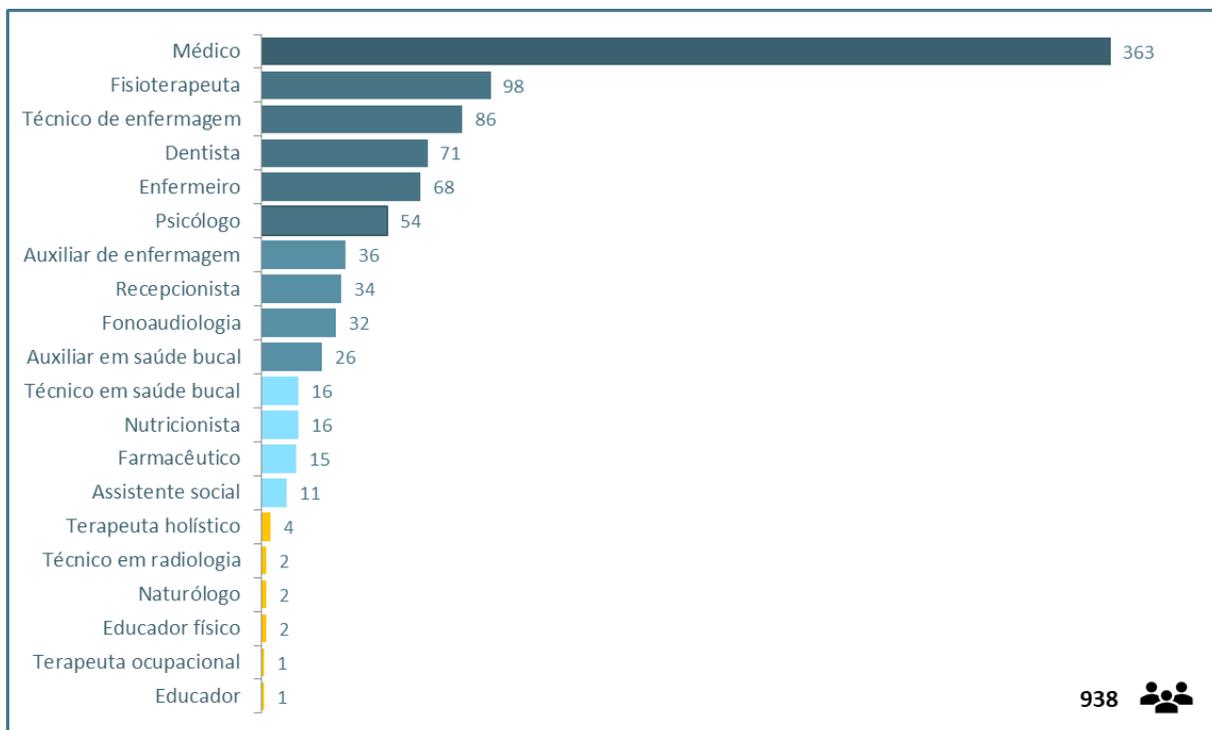
**GRÁFICO 40 - Centros de Especialidades por municípios**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

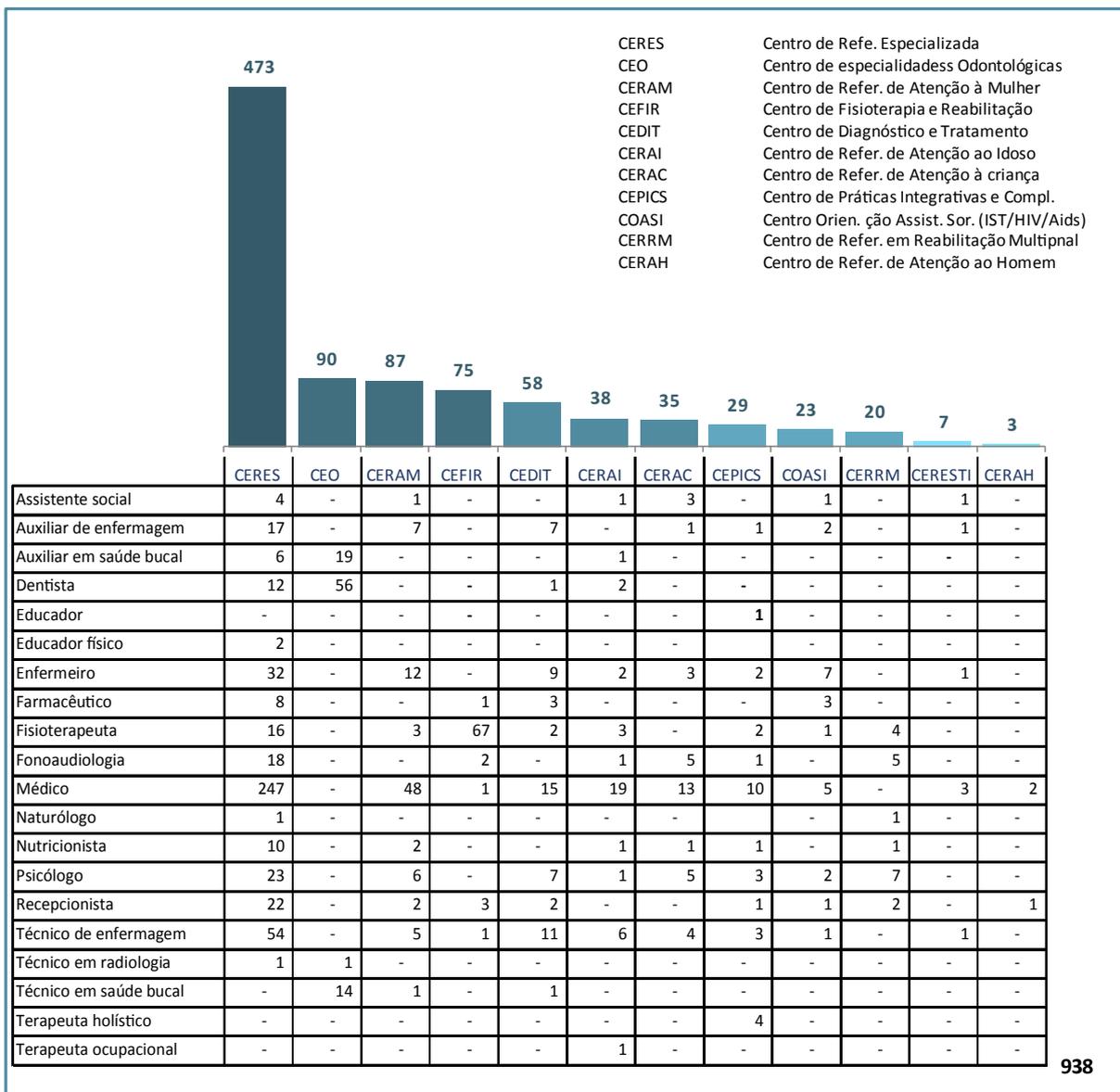
**GRÁFICO 41 - Número de Profissionais nos centros de especialidades**



Fonte: CNES jan., 2020.

Na tabela a seguir, estratificamos os profissionais por serviços.

**GRÁFICO 42 - Profissionais vinculados por Centros de Especialidades**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

#### 6.2.2.1.1 CERES - Centros de Referência Especializada

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

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

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

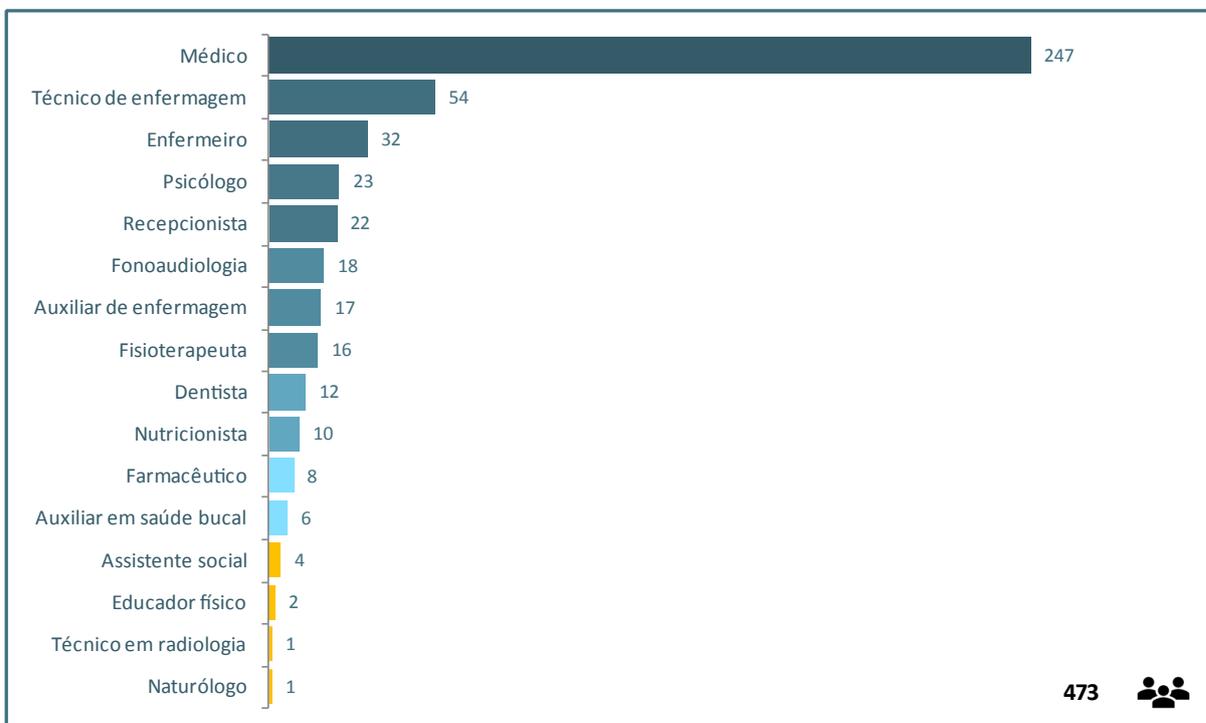
**GRÁFICO 43** - Número de CERES na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

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

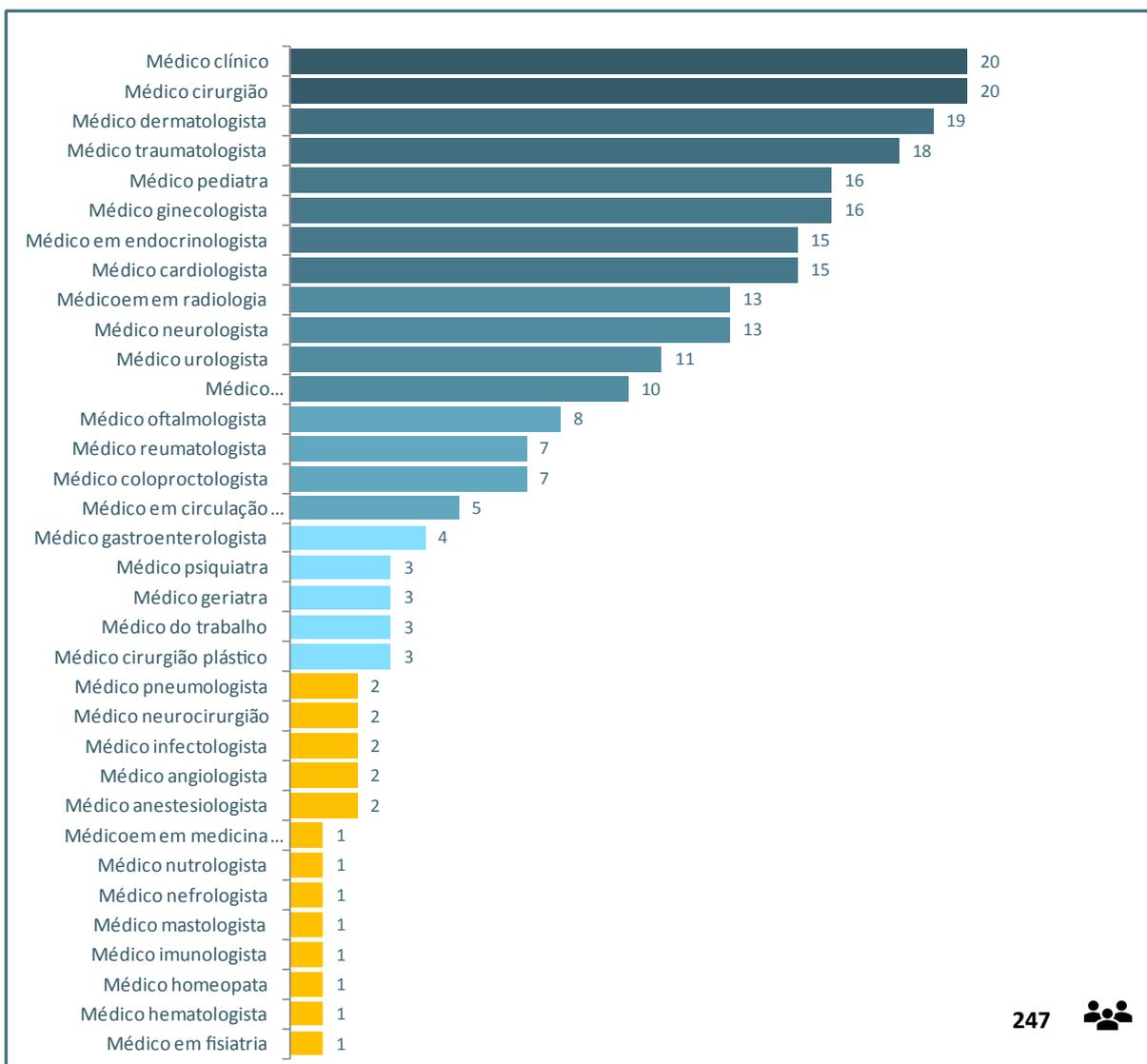
**GRÁFICO 44 - Profissionais vinculados aos CERES**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

## GRÁFICO 45 - Especialidades médicas vinculados aos CERES



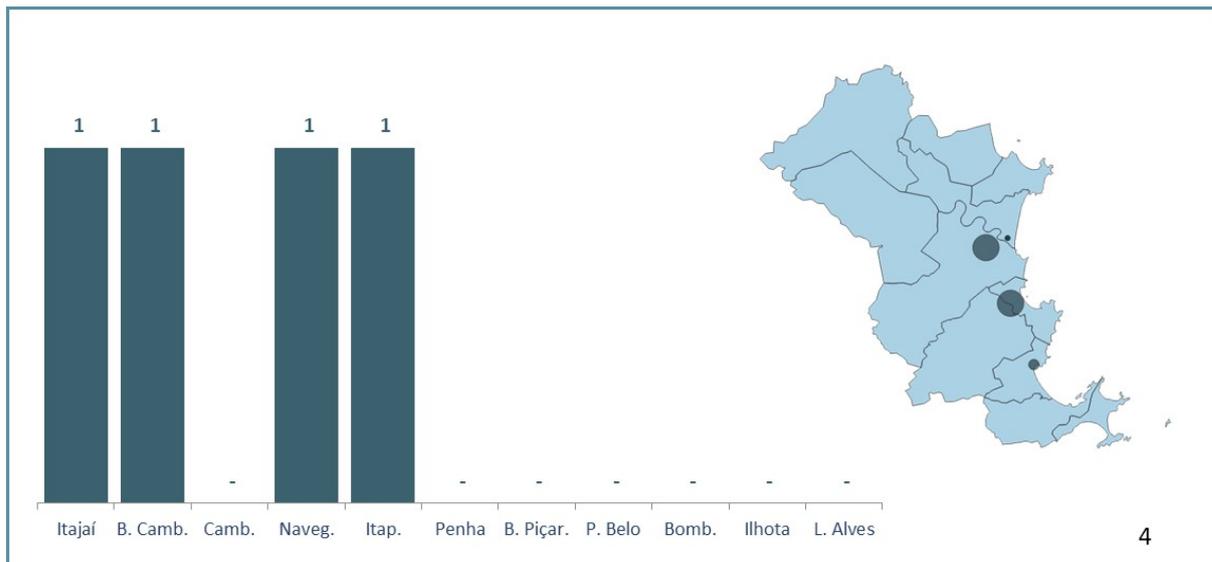
Fonte: CNES jan., 2020.

### 6.2.2.1.2 CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

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

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

**GRÁFICO 46 - Número de CEO na Macrorregião**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 47 - Profissionais vinculados aos CEO**



Fonte: CNES jan., 2020.

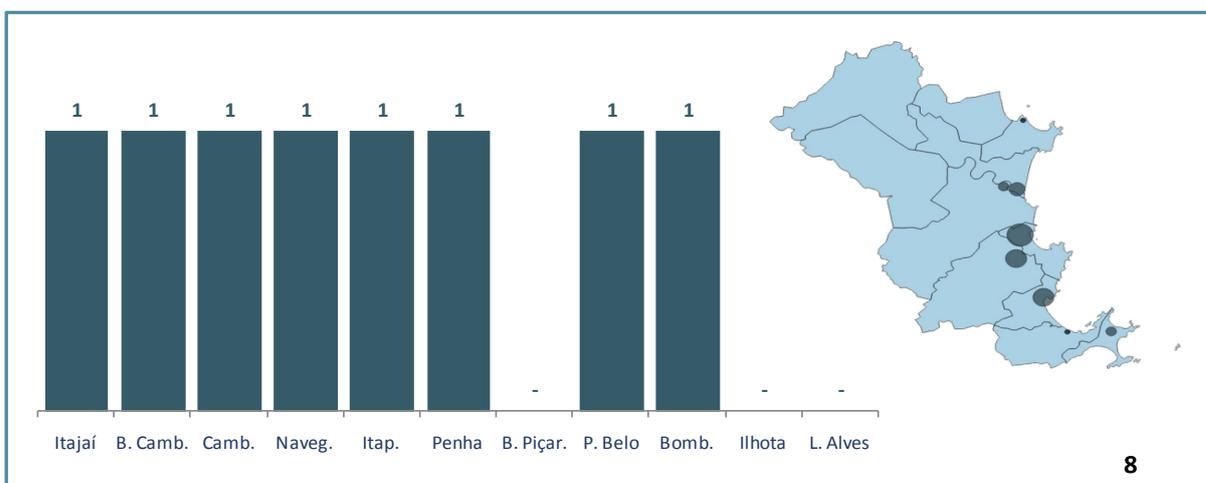
De todos os CEOS oferecidos pela rede pública de saúde apenas 1 aderiu à rede da pessoa com deficiência que é o CEO de Balneário Camboriú. Há uma segunda oferta, mas neste caso está oferecida pela rede complementar de saúde que se localiza no CEO da Univalli em Itajaí.

#### 6.2.2.1.3 CEFIR - Centro de Fisioterapia e Reabilitação

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

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

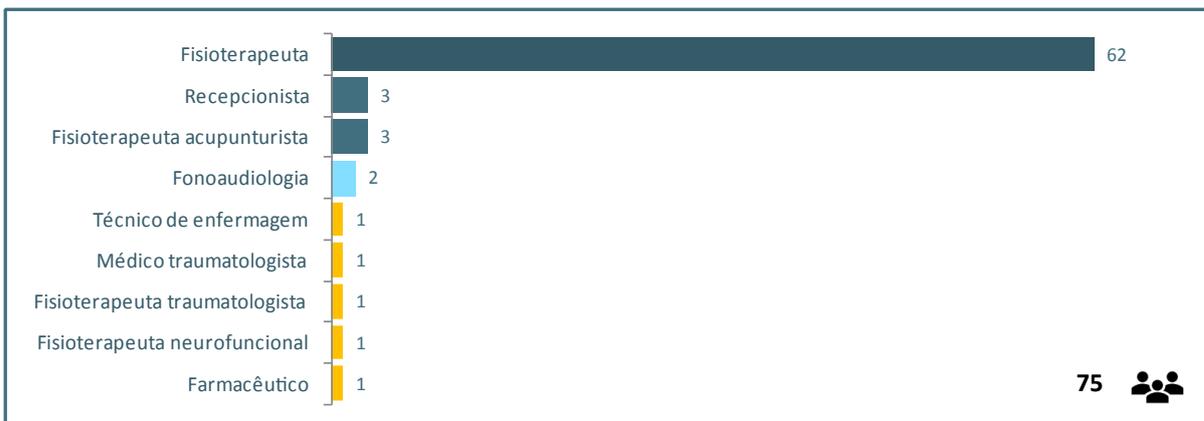
**GRÁFICO 48** - Número de CEFIR na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 49 - Profissionais vinculados aos CEFIR**

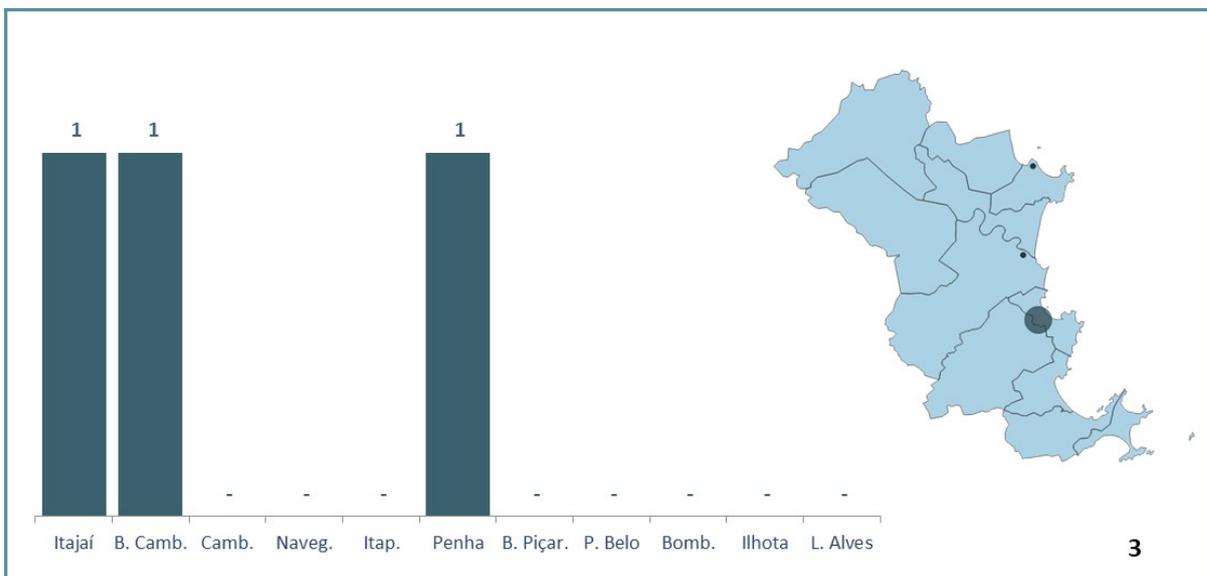


Fonte: CNES jan., 2020.

**6.2.2.1.4 CERAC - Centro de Referência de Atenção à criança**

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

**GRÁFICO 50 - Número de CERAC na Macrorregião**

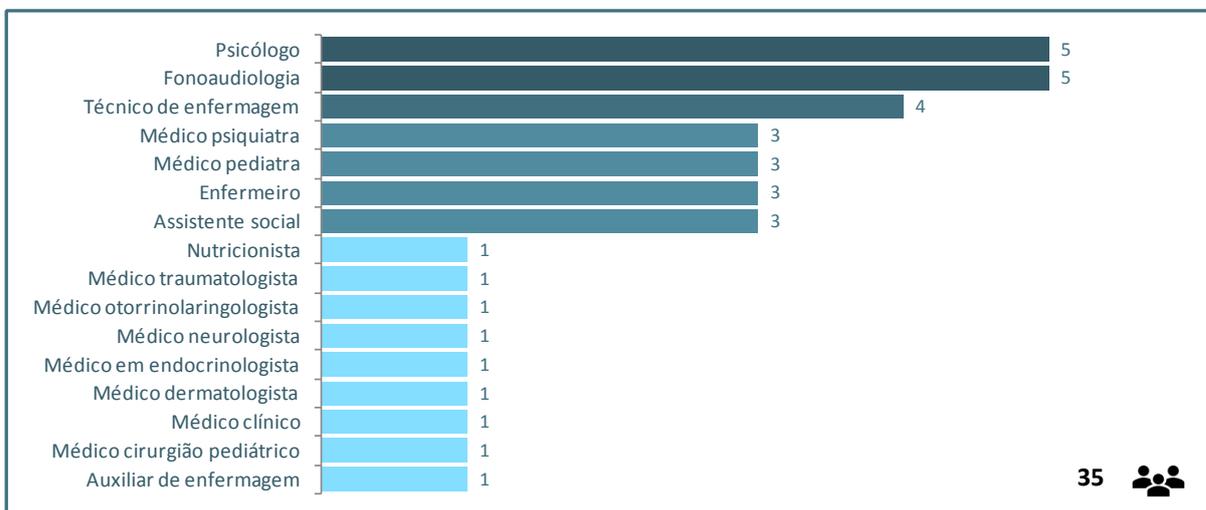


Fonte: CNES jan., 2020.



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

**GRÁFICO 51 - Profissionais vinculados aos CERAC**

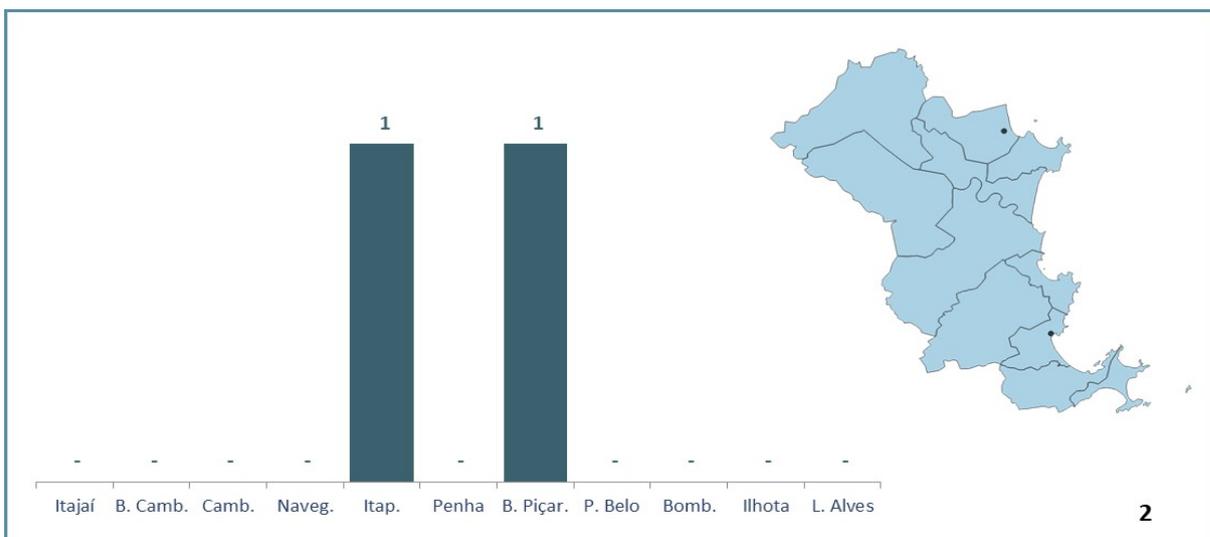


Fonte: CNES jan., 2020.

#### 6.2.2.1.5 CERRM - Centro de Referência em Reabilitação Multiprofissional

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

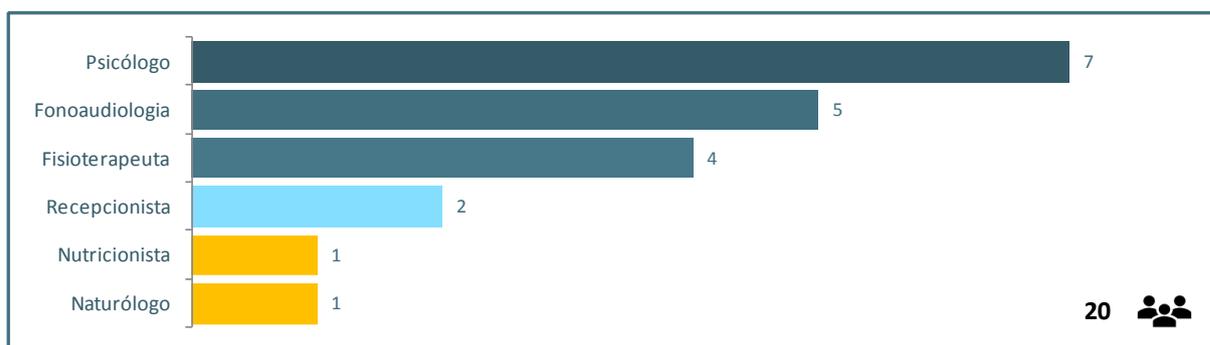
**GRÁFICO 52** - Número de CRRM na Macrorregião



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 53** - Número de Profissionais vinculados ao CERRM



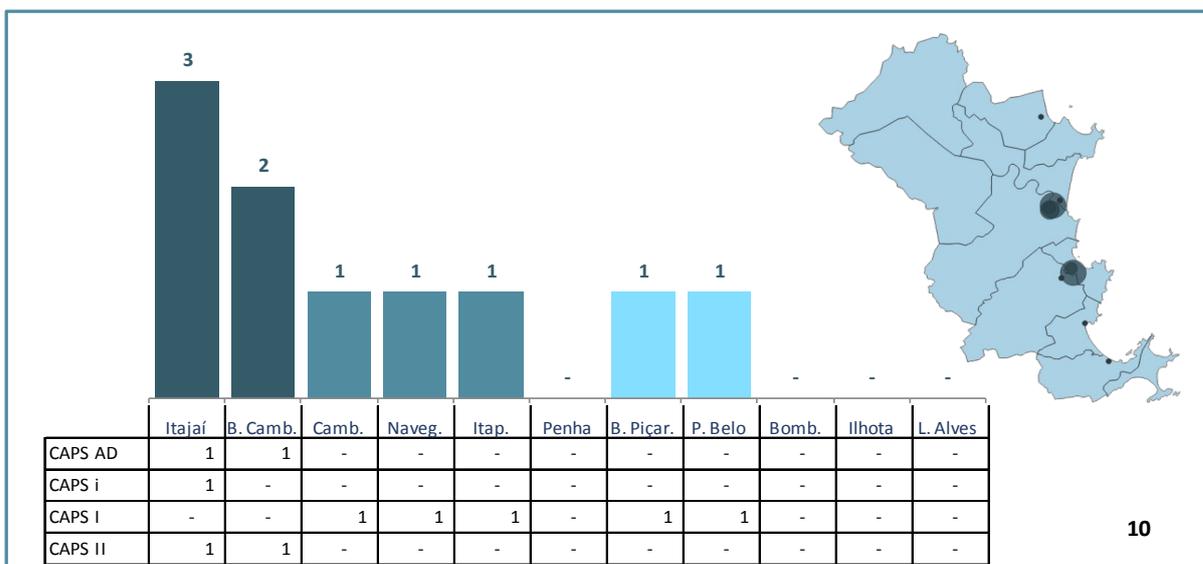
Fonte: CNES jan., 2020.

#### 6.2.2.2 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

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

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

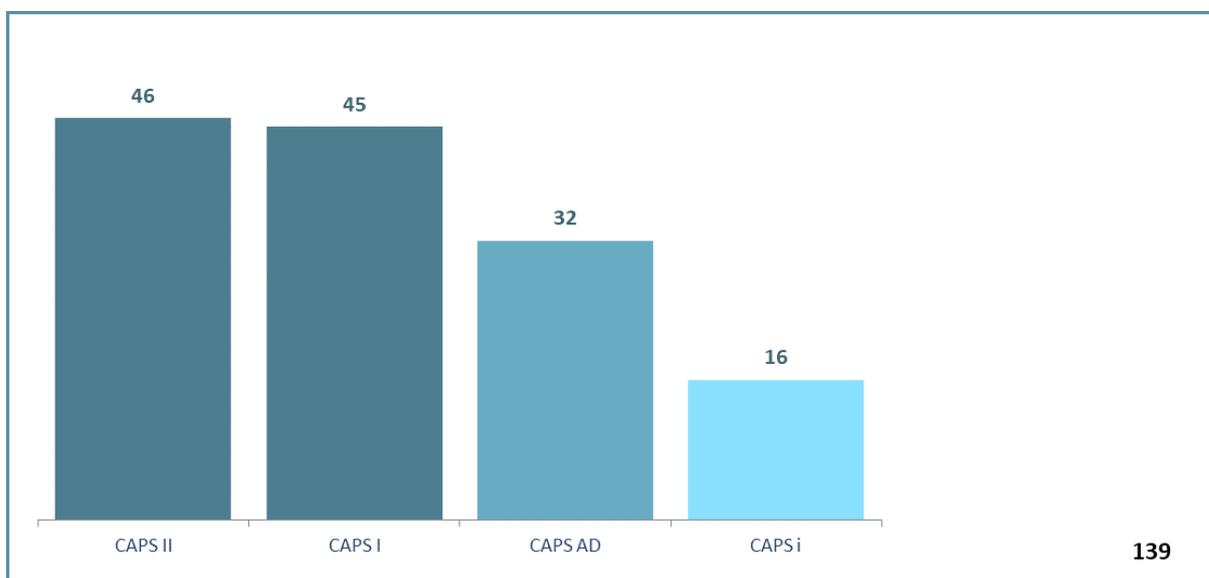
**GRÁFICO 54 - Números de CAPS na Macrorregião**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

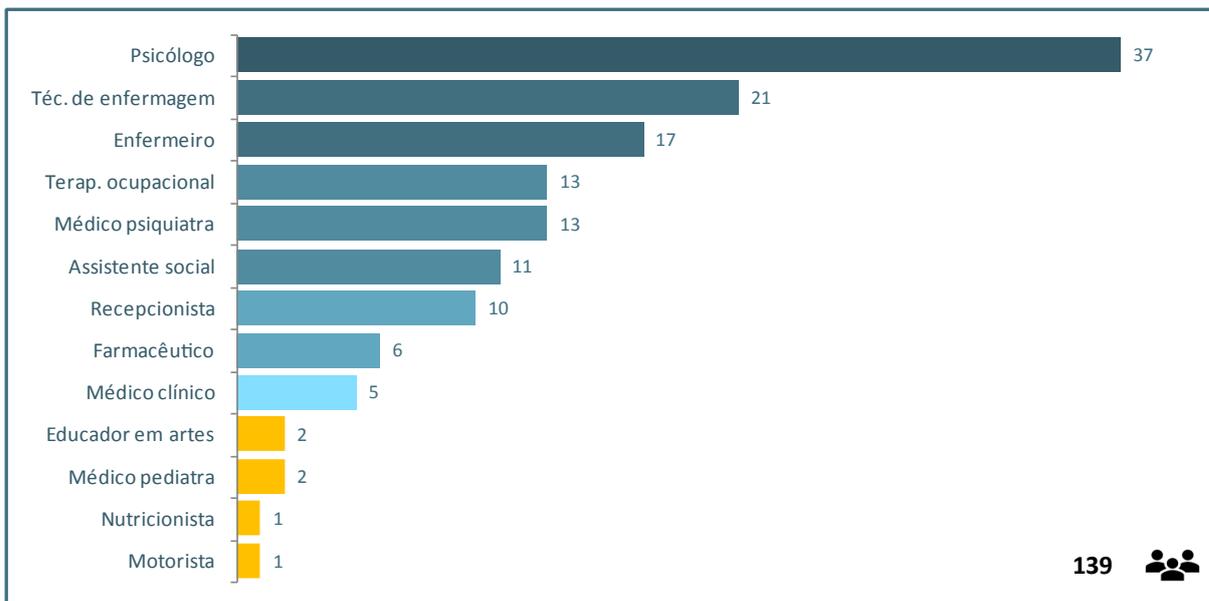
**GRÁFICO 55 - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião**



Fonte: CNES jan., 2020.

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

**GRÁFICO 56** - Profissionais vinculados ao CAPS na Macrorregião

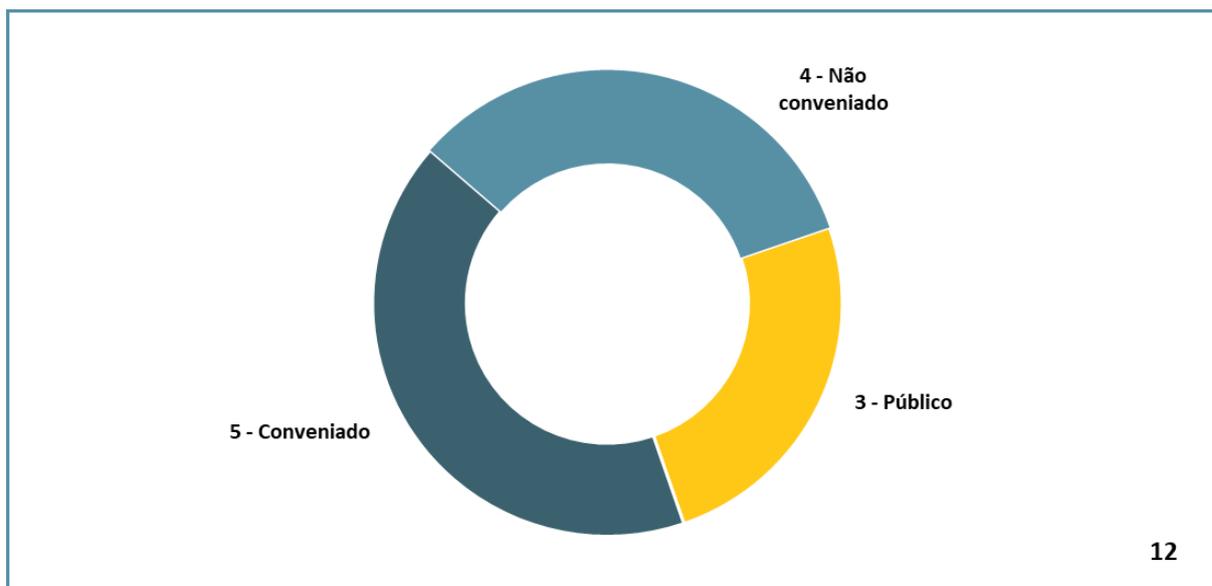


Fonte: CNES jan., 2020.

### 6.2.3 Atenção Terciária à Saúde (AST)

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

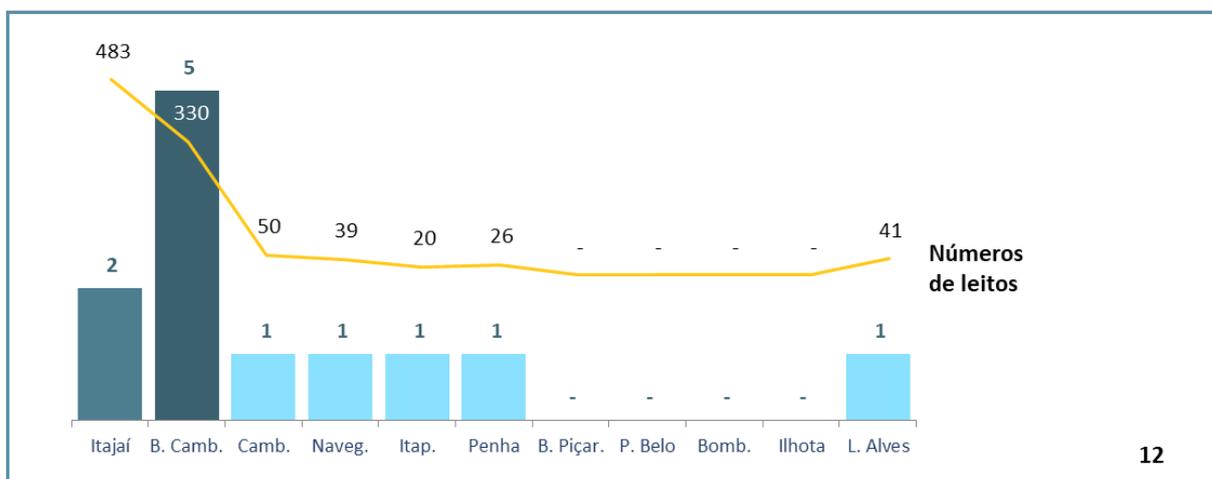
**GRÁFICO 57** - Vínculo com o sistema de saúde



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

**GRÁFICO 58** - Número de hospitais na região

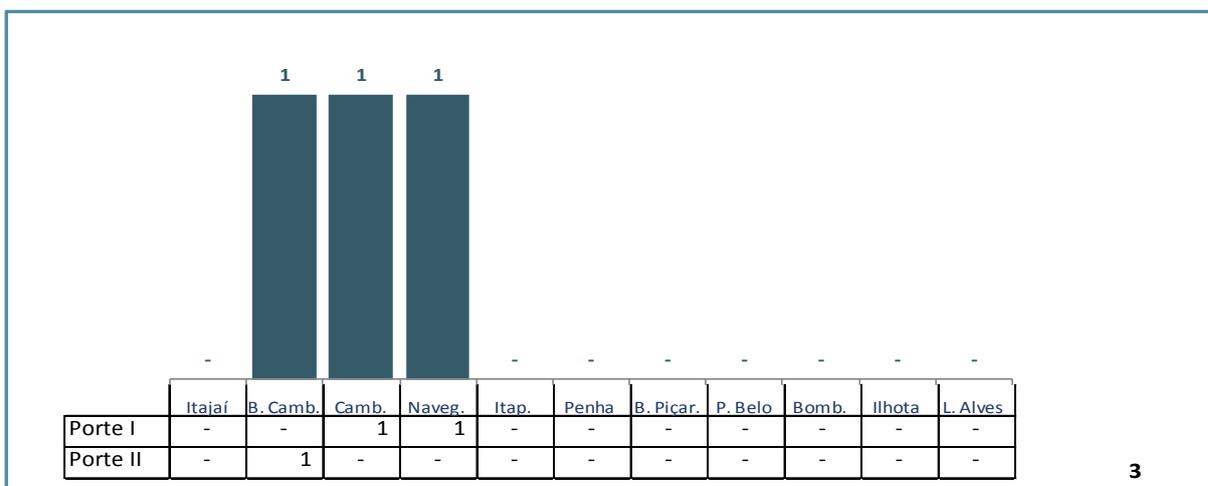


Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

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

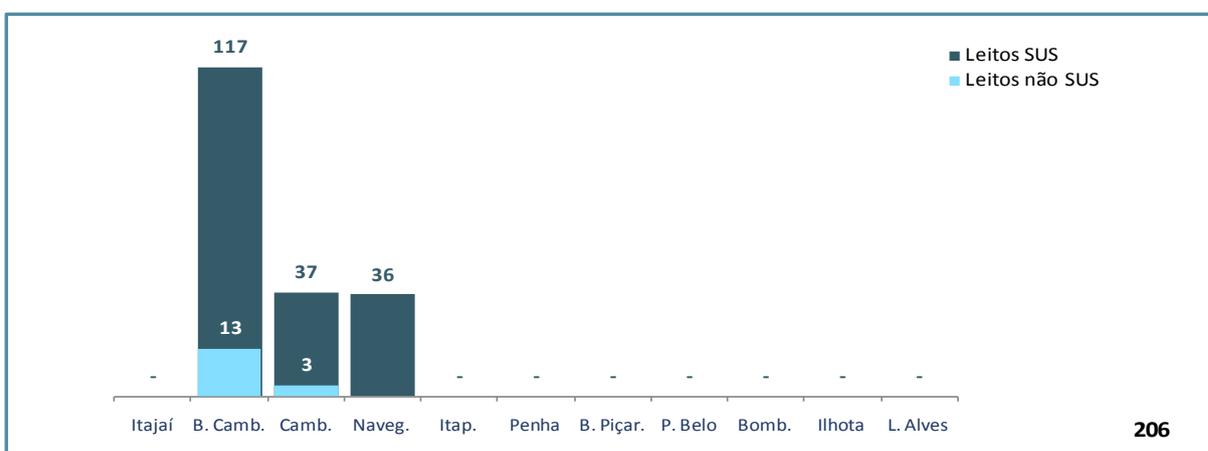
**GRÁFICO 59** - Número de hospitais na região



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

**GRÁFICO 60** - Leitos hospitalares



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

### 6.3 Rede complementar de saúde

#### 6.3.1 Serviços Especializados Regionais

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

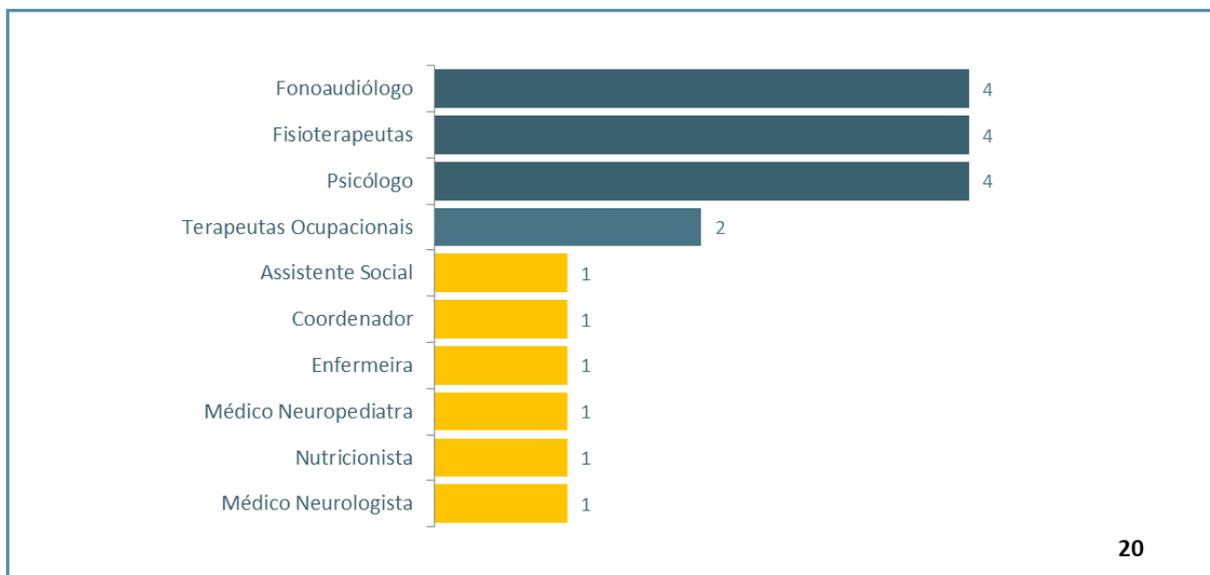
Os serviços foram divididos em 2 centros de referências, o CER – Centro Especializado em Reabilitação, propriamente, que abrange os atendimentos das pessoas com deficiência física e intelectual, e o SASA – Serviço de Saúde Auditiva.

##### 6.3.1.1 CER II – Centro Especializado em Reabilitação

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

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

**GRÁFICO 61** - Profissionais vinculados ao CER



Fonte: CER II, 2020.

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

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

#### 6.3.1.2 SASA – Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva

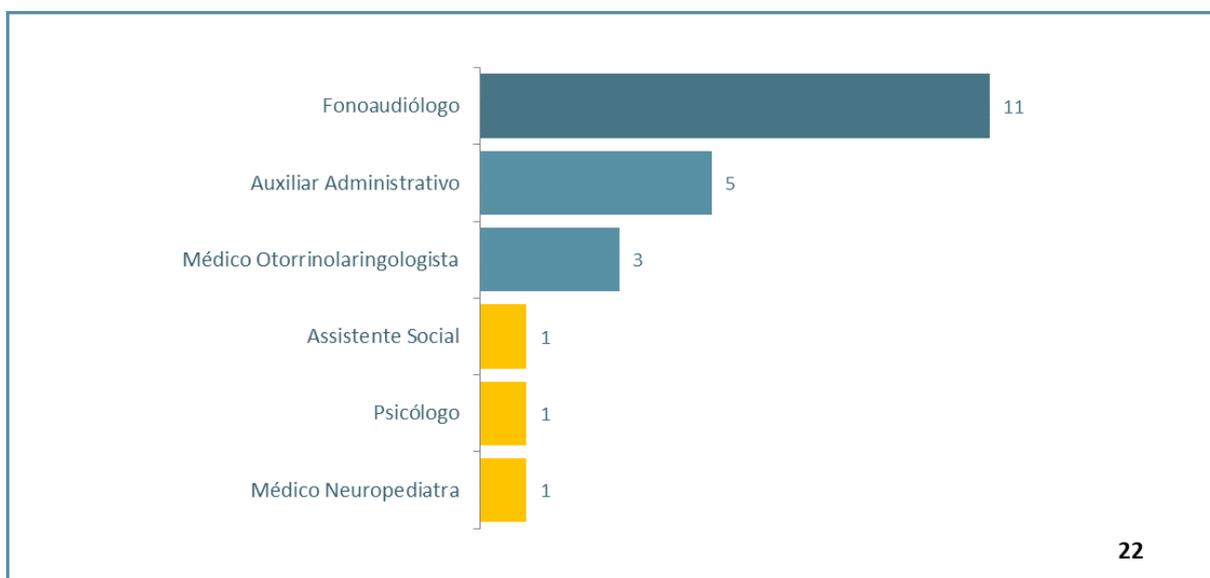
Na região dos serviços de reabilitação auditivos são oferecidos na Univali de Itajaí. O serviço existe desde novembro de 2005, sendo atendidos em

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

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

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

### GRÁFICO 62 - Profissionais vinculados ao SASA



Fonte: CER II, 2020.

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

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

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

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

### 6.3.2 Clínica de fisioterapia

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

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

### 6.3.3 Outros pontos de apoio oferecidos pela Univali

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

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

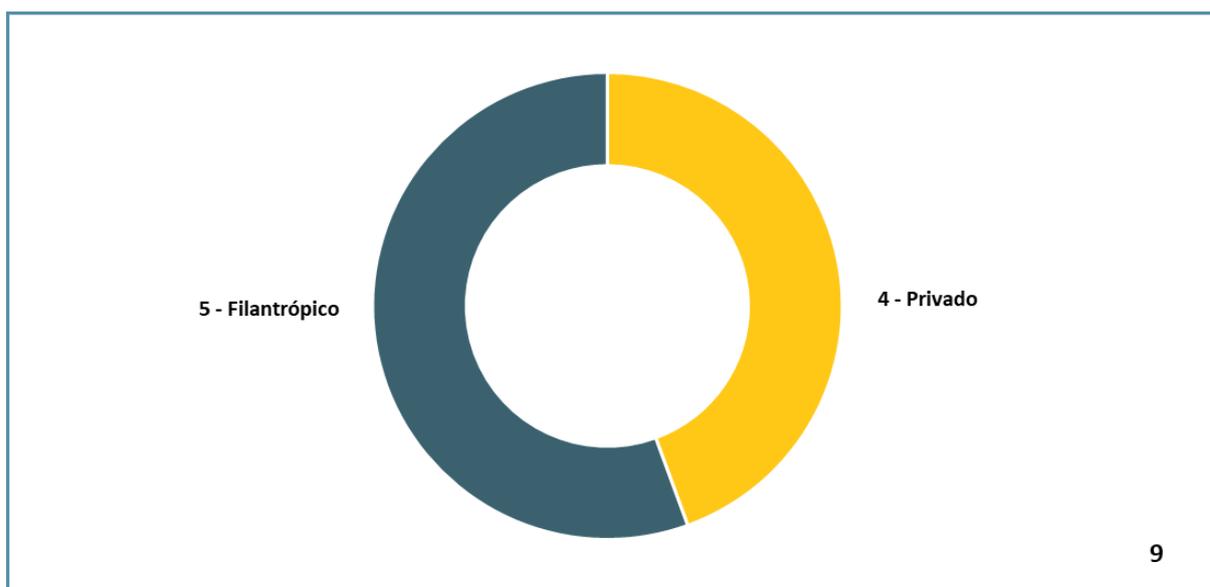
serviços educacionais comuns, viabilizando a sustentação e a construção da educação inclusiva.

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

#### 6.3.4 Hospitais conveniados

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

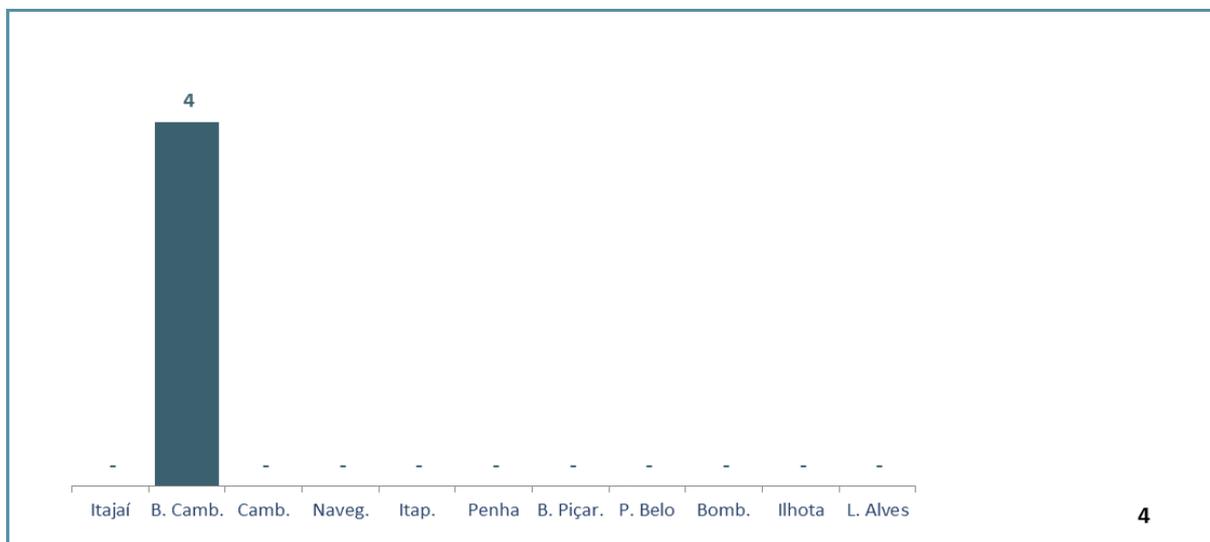
**GRÁFICO 63** - Natureza jurídica dos hospitais da rede complementar



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

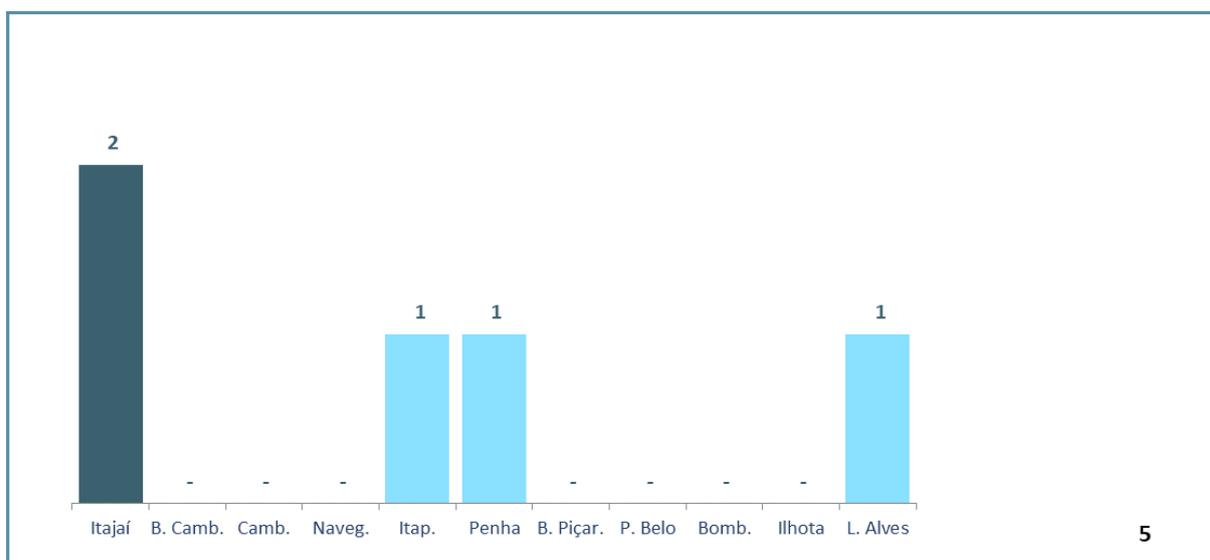
**GRÁFICO 64** - Hospitais privados



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

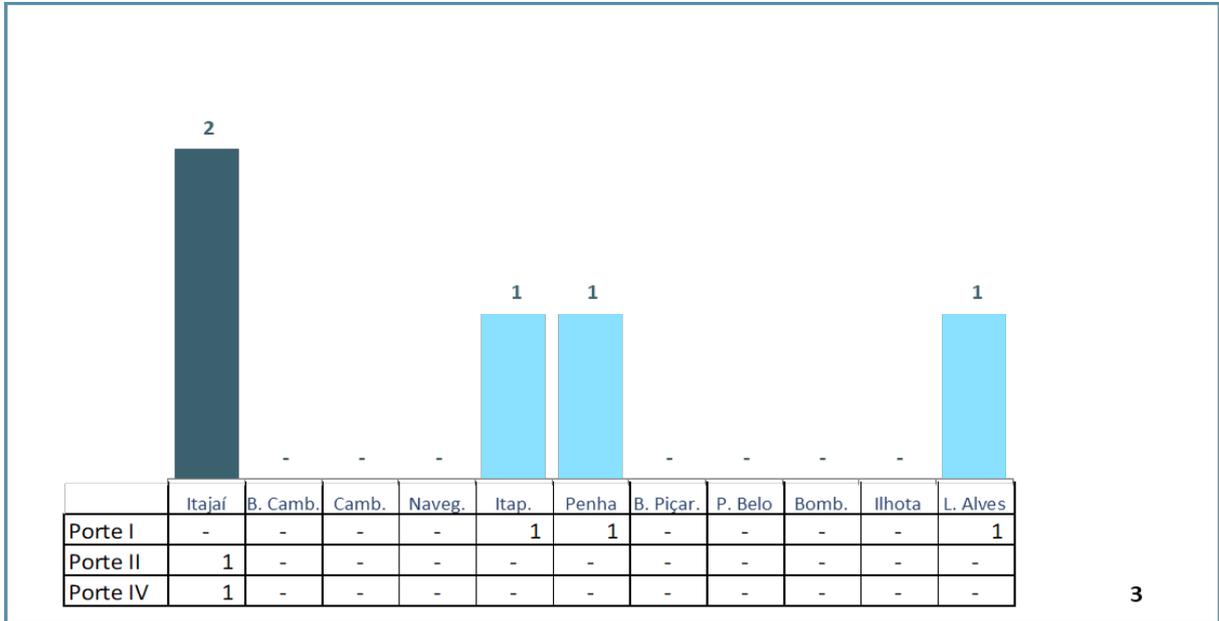
**GRÁFICO 65** - Hospitais filantrópicos



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

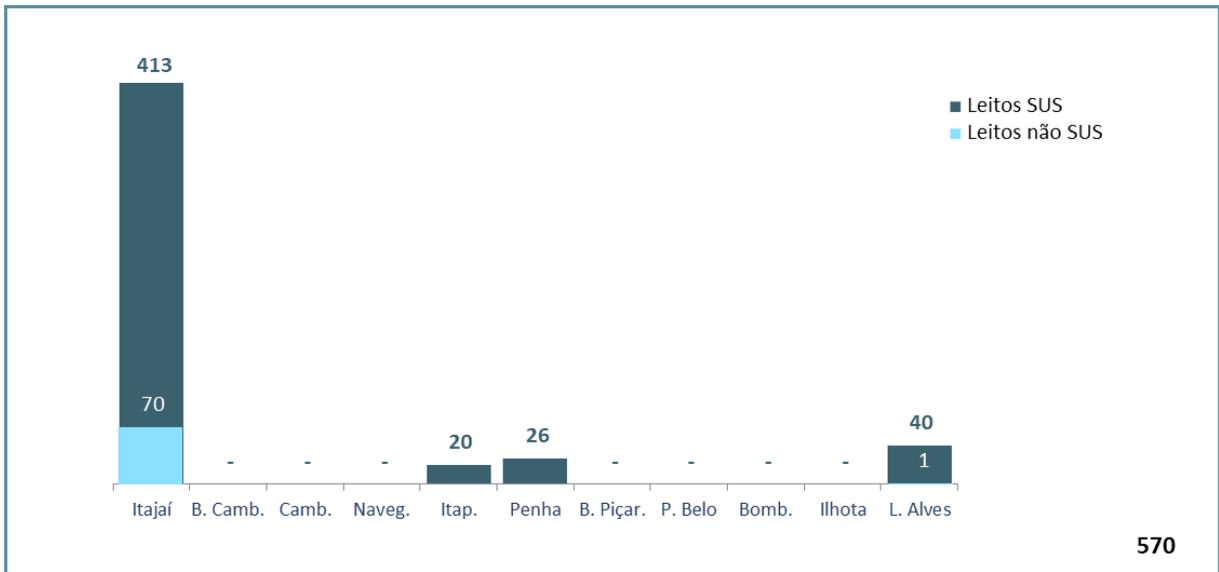
**GRÁFICO 66 - Porte dos hospitais**



Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

**GRÁFICO 67 - Leitos hospitalares**



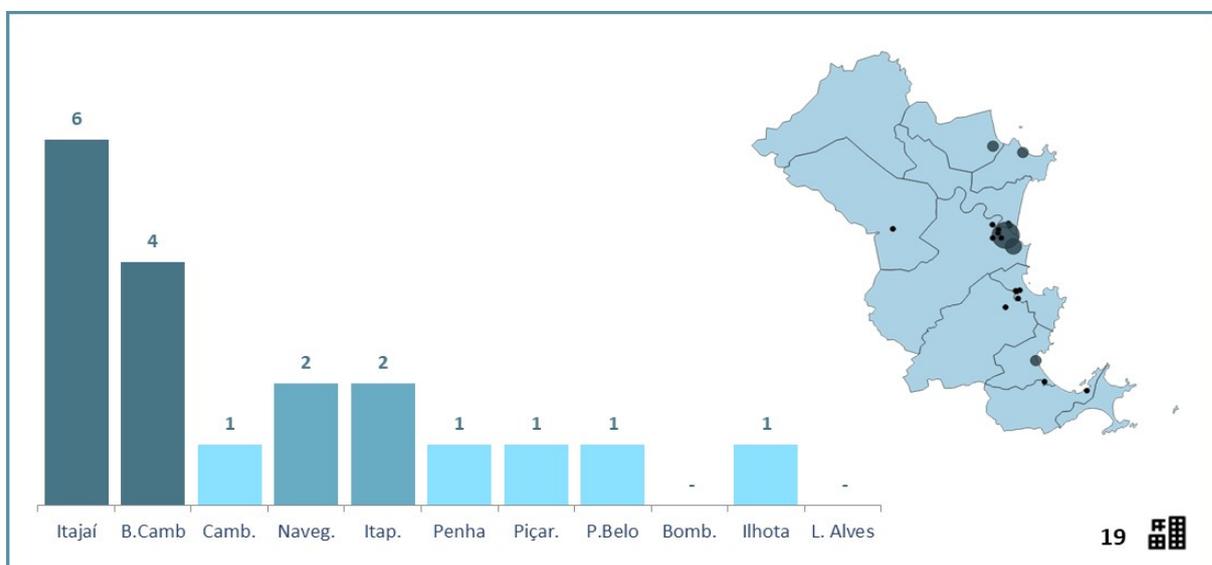
Fonte: Plano Regional da RUE, 2018.

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

### 6.3.5 Entidades não governamentais

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

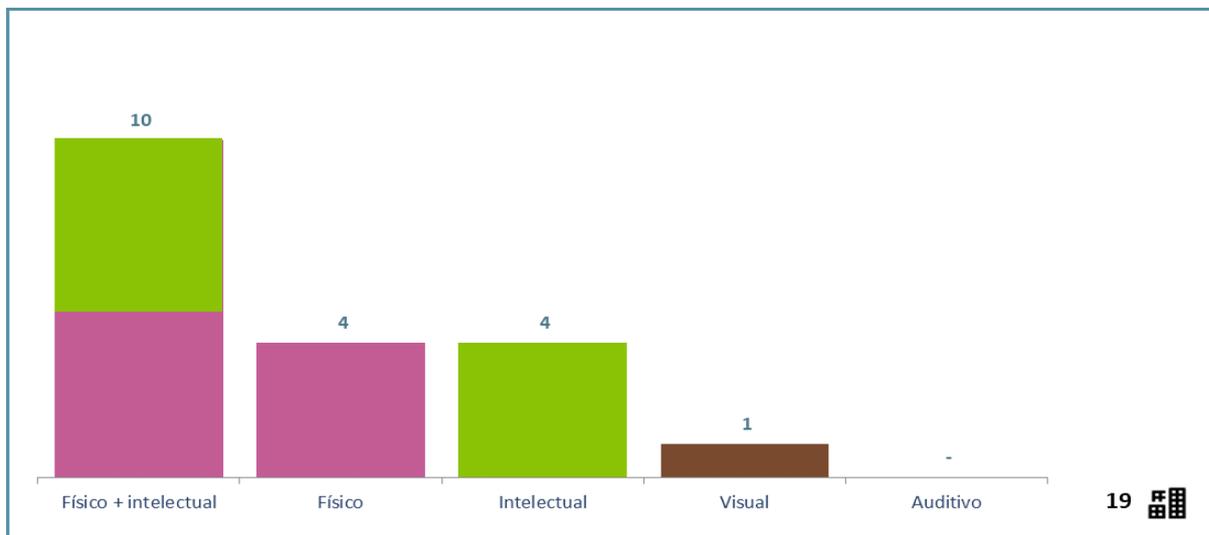
**GRÁFICO 68** - Entidades não governamentais por municípios



Fonte: CNES jan., 2019.

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

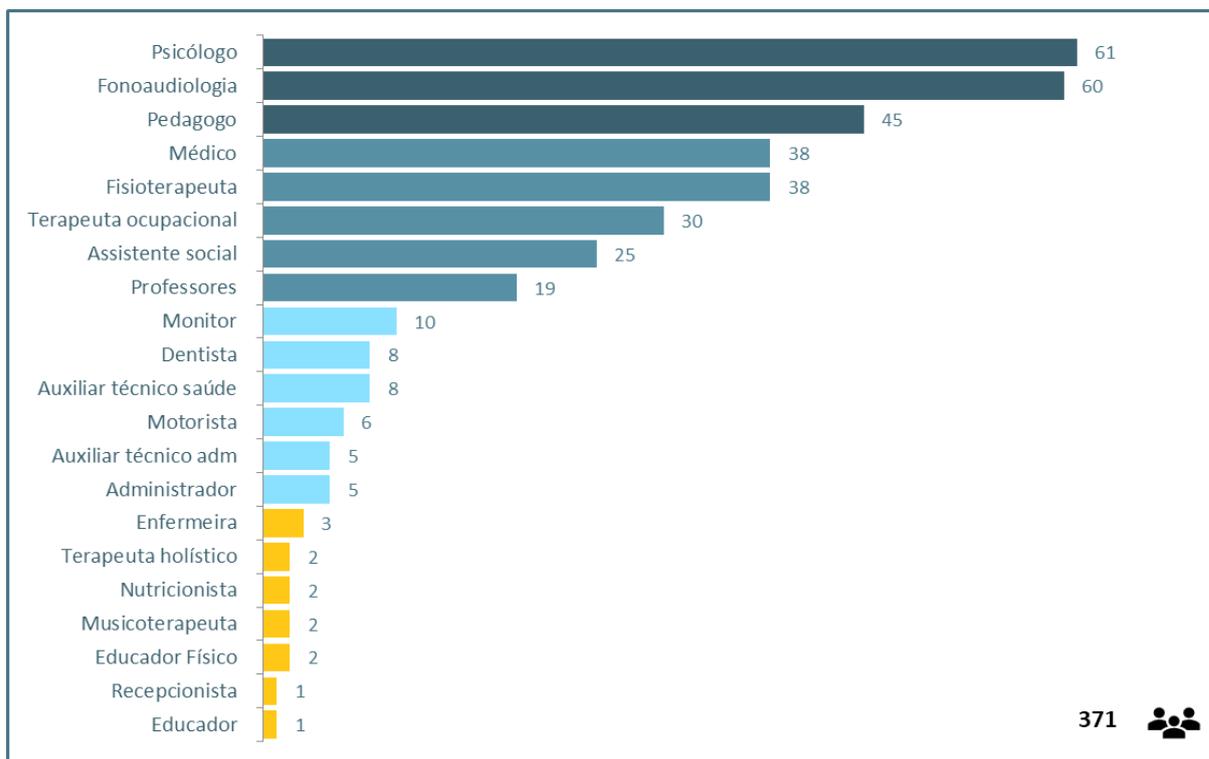
**GRÁFICO 69** - Entidades não governamentais



Fonte: Sites das próprias instituições

Nelas estão atuantes 371 profissionais.

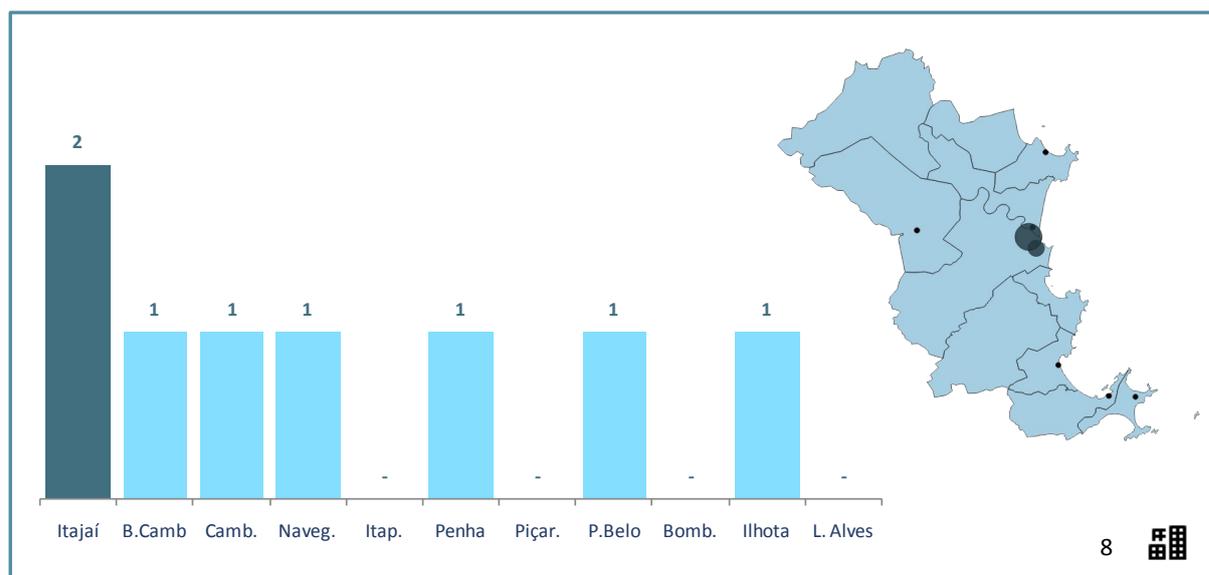
**GRÁFICO 70 - Número de profissionais da rede não governamental**



Fonte: CNES jan., 2019.

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

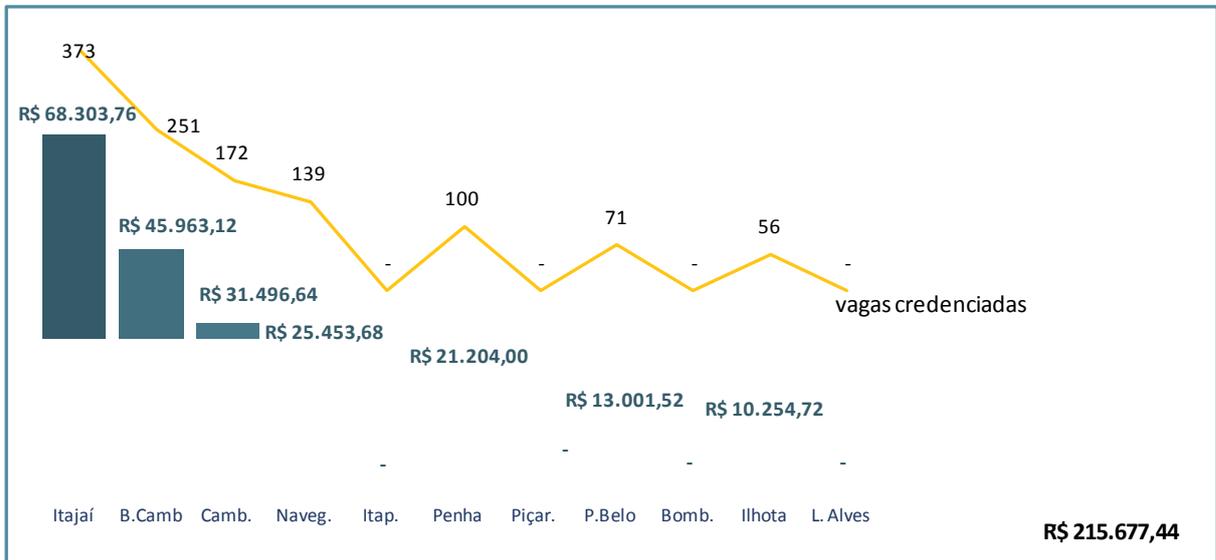
**GRÁFICO 71 - Entidades não governamentais por municípios credenciadas SUS**



Fonte: PPI 2019.

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

**GRÁFICO 72 - Valores credenciados por vaga de atendimento**



Fonte: PPI 2019.

## **7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

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

## 8 ANÁLISE SITUACIONAL E MATRIZ DE INTERVENÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ético-político com os seus direitos.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**META/OBJETIVO:** Participação das equipes nos planos orçamentários

5

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

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

#### MATRIZ PROBLEMA 6: Falta de conhecimento dos serviços não governamentais

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

META/OBJETIVO: Aproximação da rede não governamental

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

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

#### MATRIZ PROBLEMA 7: Dificuldade com a análise situacional

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

**e básicos.**

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

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

**MATRIZ PROBLEMA 8:** Precarização do NASF

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

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

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

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

**MATRIZ PROBLEMA 9: Problemas na identificação precoce da deficiência**

**ANÁLISE SITUACIONAL:**

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

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

#### MATRIZ PROBLEMA 10: Falta de educação permanente

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

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

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

#### MATRIZ PROBLEMA 11: Falhas nos mecanismos de referência e contrarreferência

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

META/OBJETIVO: Fortalecer a APS como coordenadora do cuidado

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

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

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

META/OBJETIVO: Mapear os diferentes pontos da rede

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

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

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

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

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

META/OBJETIVO: Investimento na assistência aos pacientes ostomizados

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

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

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

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

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

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

**MATRIZ PROBLEMA 15: Adequação dos serviços contratualizados**

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

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

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

**MATRIZ PROBLEMA 16: Falta de referência para reversão de ostomias**

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

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

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

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

**MATRIZ PROBLEMA 17:** Falta de referência hospitalar para pacientes odontológicos

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

META/OBJETIVO: Atendimento odontológico hospitalar.

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

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

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

**atendimento de suas necessidades.**

META/OBJETIVO: Atendimento odontológico hospitalar.

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

**MATRIZ PROBLEMA 18: Melhoria nas ações de prevenção**

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

META/OBJETIVO: Criação de estratégias de prevenção à deficiência

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



## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ANEXO

### **LEGISLAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

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

#### ● **DOCUMENTO INTERNACIONAL**

Convenção ONU Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2007.

#### ● **LEGISLAÇÃO FEDERAL**

##### **LEI 13.977, de 2020,**

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

##### **DECRETO Nº 10.014, DE 6 DE SETEMBRO DE 2019**

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

##### **DECRETO Nº 9.546, DE 30 DE OUTUBRO DE 2018**

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

##### **DECRETO Nº 9.508, DE 24 DE SETEMBRO DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.451, DE 26 DE JULHO DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.405, DE 11 DE JUNHO DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.404, DE 11 DE JUNHO DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.345, DE 16 DE ABRIL DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.296, DE 1º DE MARÇO DE 2018**

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

**DECRETO Nº 9.099, DE 18 DE JULHO DE 2017**

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

**DECRETO Nº 8.954, DE 10 DE JANEIRO DE 2017**

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

**LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015**

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

**LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012**

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

**LEI Nº 12.622, DE 8 DE MAIO DE 2012**

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

**DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011**

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

**DECRETO Nº 7.235, DE 19 DE JULHO DE 2010**

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

**LEI Nº 12.190, DE 13 DE JANEIRO DE 2010**

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

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

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

**DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009**

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

**DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007**

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

**DECRETO Nº 5.904, DE 21 DE SETEMBRO DE 2006**

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

### **DECRETO Nº 5.626, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005**

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

### **LEI Nº 11.133, DE 14 DE JULHO DE 2005**

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

### **LEI Nº 11.126, DE 27 DE JUNHO DE 2005**

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

### **DECRETO Nº 5.296, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004**

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

### **LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003**

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

### **LEI Nº 10.436, DE 24 DE ABRIL DE 2002**

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

### **DECRETO Nº 3.956, DE 8 DE OUTUBRO DE 2001**

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

### **LEI Nº 10.182, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001**

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

### **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**

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

### **LEI Nº 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000**

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

**LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000**

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

**DECRETO Nº 3.691, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000**

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

**DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999**

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

**LEI Nº 8.989, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1995**

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

**LEI Nº 8.899, DE 29 DE JUNHO DE 1994**

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

**LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993**

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

**LEI Nº 8.687, DE 20 DE JULHO DE 1993**

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

**LEI Nº 8.686, DE 20 DE JULHO DE 1993**

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

**LEI Nº 8.160, DE 8 DE JANEIRO DE 1991**

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

**LEI Nº 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989**

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

**LEI Nº 7.405, DE 12 DE NOVEMBRO DE 1985**

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

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

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

**LEI Nº 7.070, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1982**

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