



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

DELIBERAÇÃO Nº 73/CIR SERRA CATARINENSE/2025

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR SERRA CATARINENSE, COM BASE NAS SUAS COMPETÊNCIAS REGIMENTAIS E NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, EM REUNIÃO DA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DA SERRA CATARINENSE - NO DIA 13 DE NOVEMBRO DE 2025, NO HORÁRIO DAS 08H30M, NO MUNICÍPIO DE LAGES, NO AUDITÓRIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

RESOLVE:

APROVAR, O PAR - PLANO DE AÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) DA SERRA CATARINENSE - 2025, ELABORADO EM CONFORMIDADE COM:

- A PORTARIA Nº 793/2012 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUE INSTITUI A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS;
- A PORTARIA Nº 1.060/2002 E DEMAIS NORMATIVAS CORRELATAS QUE REGULAMENTAM A ORGANIZAÇÃO DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE;
- AS DIRETRIZES DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA E DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

O PLANO DE AÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) DA SERRA CATARINENSE TEM COMO OBJETIVOS:

- APRESENTAR O DESENHO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DA SERRA CATARINENSE;
- DEFINIR AS PRIORIDADES DO ESTADO E OS NOVOS SERVIÇOS E AÇÕES A SEREM IMPLEMENTADOS;
- GARANTIR O ESCALONAMENTO DOS PLEITOS REGIONAIS DA NOSSA SERRA CATARINENSE, ASSEGURANDO A PACTUAÇÃO E A EXECUÇÃO PROGRESSIVA DAS DEMANDAS;

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7658/ 998331050
E-mail: cms@saudelages.sc.gov.br



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

- PROMOVER A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, POR MEIO DA AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS;
- FAVORECER O COMPARTILHAMENTO DOS CUIDADOS NAS DEMAIS ESTRUTURAS DA REDE DE SAÚDE, ASSEGURANDO INTEGRALIDADE E EQUIDADE NA ATENÇÃO.

O PLANO DE AÇÃO DEVERÁ SER ENCAMINHADO À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA PARA HOMOLOGAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO.

OS MUNICÍPIOS INTEGRANTES DA CIR SERRA CATARINENSE DEVERÃO ADOTAR AS MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA A EXECUÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS, OBSERVANDO OS PRAZOS E METAS PACTUADOS.


Susana Zen
COORDENADORA CIR SERRA CATARINENSE
CPF: 773.846.799-15
DELIBERAÇÃO Nº 02/CIR SERRA/2025
SUSANA ZEN

LAGES, 13 DE NOVEMBRO DE 2025.

COORDENADORA DA CIR SERRA CATARINENSE.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES
Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7658/ 998331050
E-mail: cms@saudelages.sc.gov.br

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

**PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA DA SERRA CATARINENSE**

Lages (SC) 2025

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

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

CAMILA ROSÁLIA ANTUNES BACCIN

Gerente - 27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

LILIA A. KANAN

27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense / Articuladora CIES Serra Catarinense

DANIELA ROSA DE OLIVEIRA

27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

CLÁUDIA A. ATAIDE

27ª Gerência de Saúde Serra Catarinense

LUCIANE CRISTINA MORETTO

Fisioterapeuta – Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

LEATRICE CARBONERA SANTOS

Terapeuta Ocupacional Hospital Tereza Ramos

LISANDRA MARIA KONRAD

Educadora Física – Secretaria Municipal da Saúde de Lages

CRISTINA PAIM BRÄSCHER

APAE – Lages

RITA BATALHA PARIZOTTO

Associação Lageana da Terceira Idade

JOÃO CARLOS DE LIZ

Associação de Deficientes Físicos de Lages – ASDF

ADILSON MENDES FRANÇA

Associação de Deficientes Visuais de Lages – ADEVIPS

AUGUSTO FORNARI SOUZA

Instituto de Arquitetos do Brasil

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

DANIELA ROSA DE OLIVEIRA

Supervisão Regional da Saúde de Lages

CLAITON DE SOUZA CAMARGO

Secretário Municipal da Saúde de Lages

ROSENI TEREZINHA FIRMINO

Coordenação Regional de Atenção Primária à Saúde

DIANA VARELA

Coordenação Regional de Atenção Primária à Saúde

STEFANY RODRIGUES FELDHAUS

Assistente Social - CER II

ANDRÉ ROBERTO FARIA

Enfermeiro - CER II

VIVIAN FÁTIMA OLIVEIRA

Psicóloga - CER II

BRUNA RAFAEL MOTA

Psicóloga - CER II

GUILHERME SECCHI

Psicólogo - CER II

JULIA CRISTINA MARIAN,

APAE – Lages

GUILHERME SECHI

Psicológico – CER II

Equipe de atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência (PAR – RCPD) Serra Catarinense 2025: INCLUIR NOMES

NALU TEREZINHA JULIO
Gerente Regional de Saúde de Lages

SUSANA ZEN
Secretária Municipal de Saúde de Lages

ROSENI TERESINHA FIRMINO
Coordenadora Regional de Atenção Primária à Saúde

ANNA PAULA SCOZ ANTUNES
Coordenadora Regional de Vigilância Epidemiológica

JANAÍNA MAGALI MORAES
Gerência Regional de Saúde de Lages

CAROLINE PIETRO WALDRIGUES
Enfermeira Atenção Primária à Saúde

JULIA CRISTINA MARIAN
APAE - Lages

PAOLA ORTIZ PEREIRA MANFROI
APAE - Lages

ANDRÉ ROBERTO FARIA
Enfermeiro CER III

ELUSA CAMARGO
Coordenadora CER III

ANALÉIA TEREZINHA LEVITTE
Representante COMPED

MARIANA COELHO
Representante COMPED

HEMILIN MAIARA SOUZA DA CRUZ
Secretária Municipal de Saúde de Bom Retiro

LARISSA MENEGAZZO RIBEIRO
Secretária Municipal de Saúde de Correia Pinto

LUDIMARA OLIVEIRA ROSA
Departamento de Educação Permanente Hospital Tereza Ramos

ALINE CORREA ORTIZ
APAE São José do Cerrito

LEIA CRISTINA PEREIRA
Hospital Santa Clara de Otacílio Costa

SIMONE APARECIDA SILVA DOS SANTOS
CRESCA Secretaria Municipal de Saúde de Lages

SHERLEN DUARTE MACIEL
CRESCA Secretaria Municipal de Saúde de Lages

JOZIANE MULLER RAMOS
Secretária Municipal de Educação de Lages

LUIS RICARDO BRUGGEMANN JÚNIOR
Secretária Municipal de Educação de Urupema

DANIELA DA SILVA BARBOSA
Coordenadora Regional Rede Alyne

SUMÁRIO

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

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

LISTA DE FIGURAS

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

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense	16
TABELA 02: Discriminativo da equipe CER III	22
TABELA 03 – Atendimentos CER III	24
TABELA 04: Quantitativo de pessoas ostomizadas da região	30
TABELA 5 - OPM - Contratualizadas pelo município de Lages	43
TABELA 06 - número de leitos hospitalares SUS e não SUS	54
TABELA 07: habilitações	56
TABELA 08: taxa de ocupação de leitos e média de permanência hospitalar – 2019	58
TABELA 8: Leitos de Longa Permanência conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovadas na NT 404/2016 e já qualificados	59
TABELA 09: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e já qualificados;	60
TABELA 10: Leitos de U-AVC conforme o desenho da Rede de Urgência e Emergência aprovados na NT 404/2016 e não qualificados;	60
TABELA11: Divisão das EMADS pelas equipes de ESF existentes	62
TABELA 12 - estratégias de educação permanente	68
TABELA 13: Distâncias dos municípios com relação a Lages	70
TABELA 14: Distribuição da população por municípios e percentual relativo na Região da Serra Catarinense	70
TABELA 15: Distribuição percentual da população residente, por tipo de deficiência, segundo o sexo e grupos de idade– Brasil, 2010	72
Tabela 16. Distribuição e quantitativo dos dados por município no que diz respeito às deficiências encontradas na região	74
TABELA 17: Tabela dos Municípios que compõem a Serra Catarinense com suas respectivas áreas, população e Produto Interno Bruto (PIB)	81

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na Região da Serra Catarinense, os desafios para a efetivação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) se intensificam devido às características territoriais e demográficas: trata-se de uma região extensa, com baixa densidade populacional, predominância de pequenos municípios e presença de vazios assistenciais e tecnológicos. Esses fatores impactam diretamente a garantia do acesso oportuno e contínuo às ações de habilitação e reabilitação. Apesar disso, observa-se um movimento de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e coordenadora do cuidado, com ações de identificação, acompanhamento e encaminhamento das pessoas com deficiência. A articulação entre os serviços de APS, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e os hospitais de referência, somada à atuação dos Núcleos Municipais de Saúde e do controle social, têm sido fundamentais para a organização de fluxos mais resolutivos. O cenário regional aponta, portanto, para a necessidade de investimentos em integração de redes, transporte sanitário acessível, tecnologias assistivas e telessaúde, de modo a reduzir as iniquidades e assegurar a essas populações o direito constitucional à saúde em condições de equidade.

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

O direito fundamental à saúde, universal e isonômico, constitui um dos pilares da Constituição Federal de 1988 e do Sistema Único de Saúde (SUS). Para a população com deficiência, a garantia desse

direito se traduz na necessidade de um conjunto articulado de ações que assegurem não apenas a assistência, mas a promoção da autonomia, da qualidade de vida e da inclusão social. É nesse contexto que se insere a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), uma estrutura organizacional que visa integrar e articular os diferentes pontos de atenção à saúde para oferecer um cuidado contínuo, integral e resolutivo.

Este Plano de Ação Regional (PAR) da Serra Catarinense representa um marco na reorganização da RCPD no território, alinhando as estratégias locais às mais recentes diretrizes nacionais e estaduais. O documento foi profundamente revisado a partir do plano original de 2020, incorporando as transformações conceituais e normativas trazidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.

A nova PNAISPD aprofunda o entendimento sobre a deficiência, consolidando o modelo biopsicossocial em detrimento de uma visão puramente biomédica. Este novo paradigma, alinhado à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, compreende a deficiência como o resultado da interação entre as limitações de uma pessoa e as barreiras impostas pelo ambiente, sejam elas atitudinais ou arquitetônicas. Dessa forma, o foco do cuidado se desloca da "cura" ou "correção" para a promoção da funcionalidade, da participação social e do combate ao capacitismo.

O objetivo central deste plano é, portanto, redesenhar a RCPD da Serra Catarinense sob a ótica da integralidade e da intersetorialidade, com base em um diagnóstico situacional atualizado a partir dos dados do Censo Demográfico de 2022 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). A partir dessa análise, o plano estabelece as prioridades, os fluxos assistenciais e os pleitos para a qualificação e ampliação dos serviços na região, incluindo a implementação de novas modalidades de atenção, como os Núcleos de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Alinhado ao Plano de Ação Estadual da RCPD e à Deliberação CIB nº 017/CIB/2025, este documento servirá como instrumento norteador para a gestão, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde para a pessoa com deficiência na Serra Catarinense, reafirmando o compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e acessível para todos.

1 APRESENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

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

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

DEFICIÊNCIA AUDITIVA: perda 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; [\(Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004\)](#)

DEFICIÊNCIA VISUAL: Considera-se deficiência visual a acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações. Nos termos da **Lei nº 14.126, de 22 de março de 2021** (*Publicada no Diário Oficial da União em 23 de março de 2021, Edição 55, Seção 1, Página 1*), a **visão monocular** é formalmente classificada como deficiência sensorial, equiparada às demais deficiências para todos os efeitos legais.

-DEFICIÊNCIA MENTAL: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: Associação de duas ou mais deficiências.

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A sua operacionalização ocorre por meio da articulação entre os seguintes componentes:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** Como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado.
- **Atenção Especializada em Reabilitação:** Incluindo os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e serviços de reabilitação habilitados em uma única modalidade.
- **Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência:** Responsável pelos cuidados de maior complexidade.

1.1 Atenção Primária à Saúde

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

Conforme a nova PNAB (2017) Acolhimento é um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe a implantação dele pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica.

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

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

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

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

Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema *integrado*, organizado em *rede*

regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O Ministério da Saúde define que “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipe multiprofissionais em unidades de saúde”. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

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

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

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

A Atenção Primária à Saúde (APS) integra atualmente o Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) da Serra Catarinense, atuando como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e inserida formalmente nos fluxos assistenciais regionais. Todas as equipes da APS realizam o acolhimento, acompanhamento e gestão coordenada do cuidado, promovendo a integralidade da atenção aos usuários nas Unidades de Saúde da

Família. Em consonância com as diretrizes da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes organizam seus processos de trabalho de forma articulada, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, de modo a evitar a fragmentação e garantir a continuidade do cuidado e da assistência.

TABELA 01: Discriminativo das ESFs na Serra Catarinense:

Municípios	População coberta %	Total eSF 40h	Nº aAP 30h	Nº eAPP 20h	Nº ACS	CEO	NASF
Anita Garibaldi	8.367	03	01		25		01
Bocaina do Sul	3.618	01	01		11		
Bom Jardim da Serra	4.028	02	01		16		
Bom Retiro	8.468	04	02		21		
Campo Belo do Sul	7.342	04	03		20		
Capão Alto	2.647	01	01		10		01
Cerro Negro	3.326	02	01		14		
Correia Pinto	16.163	05	01	01	24		
Lages	171.609	50	35		278	01	02
Otacílio Costa	17.780	06	04		36		01
Painel	2.228	01	01		01		
Palmeira	2.640	01	01		10		
Ponte Alta	4.430	02	02		13		
Rio Rufino	2432	01	01		09		01
São Joaquim	26.852	08	07		51	01	
São José do Cerrito	8.755	2	2		19		01
Urubici	11.048	05	02		27		01
Urupema	2.735	01	01		06		01
Total	295.210	99	67	01	578	02	09

Fonte: Paineis CIEGES, 2025.

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

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

- Acompanhar os retornos e planos terapêuticos compartilhados.
- Garantir acesso prioritário e sem barreiras arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais nas Unidades de Saúde.
- Incluir práticas de saúde bucal específicas para pessoas com deficiência.
- Registrar e monitorar as condições de saúde, agravos e óbitos relacionados às pessoas com deficiência.
- Mapear vulnerabilidades sociais e ambientais que impactam na vida dessas pessoas.
- Promover ações educativas sobre direitos, prevenção de violências e enfrentamento ao capacitismo.
- Estimular articulação com educação, assistência social, esporte e cultura para garantir inclusão plena.
- Identificar sinais de sofrimento psíquico ou transtornos mentais associados.
- Articular o cuidado junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.2 Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Ostomia

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

A Portaria GM/MS Nº 8.160, de 18 de setembro de 2025, altera a habilitação de CER II para CER III, incluindo a deficiência auditiva em nosso serviço. Assim, nossa equipe será ampliada, com a inclusão do profissional médico otorrinolaringologista e fonoaudiólogos.

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

- Estimulação precoce permitindo às crianças receber estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento, através de grupos de trabalhos envolvendo diferentes profissionais;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientações e apoio às famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;
- Reavaliação periódica do plano terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo;
- Realiza reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas;
- Promove a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;
- Capacitação dos profissionais, sejam através de Cursos externos, palestras e oficinas na instituição, tendo como uma das principais ações de 2019, o início do Curso de Libras para todos os profissionais do CER.

O trabalho desenvolvido no CER III se embasa na certeza de que reabilitar não significa “curar a deficiência”, mas implica em um atendimento integrado que vise a independência física, emocional e social dos pacientes atendidos.

Dentro das deficiências que contemplam o acesso no CER III, temos os Critérios de Elegibilidade para a Deficiência Física, Intelectual e Auditivo:

Para as pessoas com deficiência física:

- Todas as idades;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais;
- Sequelas do Trauma;
- Paralisia Cerebral (PC);

- Traumatismo Cranioencefálico (TCE);
- Trauma Raqui Medular (TRM);
- Doença de Parkinson (DP);
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- Esclerose Múltipla (EM);
- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Patologias Nervosas Periféricas;
- Doenças neurodegenerativas;
- Indivíduos com sequelas neuro funcionais de outras patologias e disfunções como:
 - HIV;
 - Distrofias musculares;
 - Tumores.

Para as pessoas com deficiência intelectual leve/moderada e TEA, os critérios de elegibilidade são:

- Pessoas com Deficiência Intelectual leve ou moderada;
- Transtorno do Espectro Autista – Nível de Suporte 1 (AMURES – exceto Lages);
- Transtorno do Espectro Autista – Nível de Suporte 2 (Lages);
- Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;
- Síndrome de Down;
- Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual.

Para as pessoas com deficiência auditiva:

- Perda auditiva condutiva;
- Perda auditiva sensorioneural (neurossensorial);
- Perda auditiva mista;
- Deficiência auditiva central/surdez central.

1.1.2 Acesso e Referência/Contrarreferência:

O acesso ao serviço e fluxo de referência e contrarreferência, dar-se-á através do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres e das Unidades Básicas de Saúde, a Atenção primária à Saúde como ordenadora, onde se concentra as pactuações de todos os componentes da rede de Atenção da Região da Serra Catarinense.

1.2.2 Regulação:

A agenda online é por meio do SISREG através da Central regulação ambulatorial de Lages, para os 18 municípios, as solicitações são inseridas com as descrições clínicas pela APS ou pela Unidade do AVC do HNRP, dentro das nomenclaturas:

- Consulta em Reabilitação Física I
- Consulta em Reabilitação Intelectual I
- Consulta em Reabilitação Auditiva I
- Acolhimento para Reabilitação para AVC
- Estimulação Precoce para Desenvolvimento Neuropsicomotor
- Reabilitação em Amputados
- Reabilitação Dor Crônica - ERE
- Reabilitação Cardiologia Pulmonar - ERE

1.2.3 Protocolo de Diretrizes Clínicas é uma das propostas do Grupo condutor RCDP - proposta

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

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações

e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno.

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

Os Protocolos de Acesso da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina, foram desenvolvidos pela equipe médica da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA) em parceria com especialistas de cada área dos Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e aprovados em CIB, para serem utilizados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia Saúde da Família e/ou Equipe Saúde Bucal que encaminham pacientes para Atenção Especializada (AE), cujas agendas são reguladas.

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

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

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

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

Esta ação visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de

prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na APS, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Em 2018 no município de Lages foi instituída a Câmara Técnica de Controle, avaliação, auditoria e regulação do SUS a qual envolve as áreas técnica como APS, Vigilância em Saúde, Diretoria administrativo financeiro, atenção especializada e e diretoria de regulação. Esta Câmara possui o objetivo de revisar, atualizar e elaborar Protocolos de acesso e diretrizes clínicas a fim de melhorar os acessos aos serviços de saúde em tempo oportuno bem como as diretrizes clínicas. Já implantou diversos protocolos e uma das propostas é de acesso à pessoa com deficiência, mas há um manual que estabelece os fluxos que já organizam os processos de regulação médica e agendamento das pessoas com deficiência, o qual já foi citado anteriormente.

1.2.4 Equipe

TABELA 02: Discriminativo da equipe CER III:

Área	Carga Horária
Coordenação	40h
Fisioterapia	92h
Terapia Ocupacional	88h
Psicologia	100h
Fonoaudiologia	63h
Medicina	40h
Enfermagem	40h
Educador Físico	20h
Assistente Social	30h

Músico	20h
Nutricionista	12h

1.2.5 Articulação dos serviços da RCPD com os demais equipamentos sociais como educação, trabalho e assistência social.

O serviço se comunica de forma intersetorial por meio de reuniões com os Programas da Rede que atendem pessoas com deficiência:

- CRESÇA (Atendimento à saúde da Criança);
- CAPSi;
- APAE;
- SAD;
- CIES;
- Secretarias municipais de saúde;
- Visitas domiciliares;
- Palestras em empresas, secretarias de saúde;
- Palestra Outubro Rosa na UNIPLAC;
- Palestra Novembro Azul: realizada aos funcionários da Universidade;
- Realização de campanhas mobilizando os municípios da Serra Catarinense, sobre o dia Mundial de Combate ao AVC;
- Seminário da Serra Contra o AVC;
- Seminário e discussões sobre deficiências, com objetivo de disseminar informações sobre os direitos das pessoas com deficiência.
- Encerramento do ano com as crianças do CER III;
- Encerramento do ano – Pacientes Adultos;
- Disseminação de informações e sensibilização sobre as diferentes deficiências em redes sociais e outros meios de comunicação;
- Capacitações sobre inclusão para professores da educação básica;
- Projetos de extensão do CER III que envolvem diversos serviços:
 - Grupo de Familiares de Pessoas com Autismo e outras Deficiências - FortaleCER
 - Grupo de Estimulação Cognitiva
 - Grupo Estimulação Precoce

- Grupo ReconheCER
- Grupo Caminhando juntos
- Grupo AVCer
- Grupo PALIAR
- Grupo CERcriança
- Grupo Cozinha Gourmet
- Grupo Cozinha Kids
- Grupo CER Mulher
- Grupo de Reabilitação Cardiorrespiratória
- Grupo de Psicomotricidade
- Grupo CER Ativo
- Grupo PertenSER
- Oficina Estilo de Vida
- Música e Arte
- CaminhaSER

1.2.6 Produção dos serviços de reabilitação da RCPD:

O CER III realizou 45.008 atendimentos no ano de 2024. Com média mês 3.500 atendimentos.

1.2.7 Serviços de atenção às pessoas ostomizadas:

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

favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; entre outros (BRASIL,2017).

Pessoa com ostomia é aquela que teve seu trânsito intestinal e/ou urinário cirurgicamente desviado e passa a depender de bolsa coletora para fezes e/ou urina, assim como, de atenção à saúde por equipe multiprofissional, podendo a ostomia ser provisória ou definitiva. A palavra “estoma” provém do grego “*stóma*” e significa boca ou abertura de qualquer víscera oca através do corpo, por diversas causas. Habitualmente temos utilizado o termo ostomia, mas, com efeito, as formas iniciadas com “e” estoma, estomia, estomizados – afiguram-se mais corretas, uma vez que o “e” é a vogal que tradicionalmente se une a étimos de origem grega e latina começados por “s” e seguidos de consoante (ROCHA, 2014 apud DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM OSTOMIA INTESTINAL, URINÁRIA E/OU FÍSTULA CUTÂNEA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

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

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

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

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

- Reversão (Anastomose): Cirurgia de reversão da ostomia, mediante solicitação/indicação médica, o pedido deve ser inserido no SISREG (Sistema Nacional de Regulação) pela Secretaria Municipal de Saúde, de origem do usuário. A reavaliação do usuário para possível cirurgia de reversão, deverá ser garantida pelo hospital para atender o paciente e realizou a cirurgia que gerou a ostomia no caso dos atendimentos de. E aquelas em que foram agendados de forma eletiva, serão feitos através da campanha de cirurgias eletivas, conforme Deliberação 182/CIB/2019;
- O Serviço Regional conta com setor específico regido pelas Diretrizes para Atenção à Saúde da Pessoa com Ostomia Intestinal, Urinária e/ou Fístula Cutânea do Estado de Santa Catarina (2017).

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

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

Estadual, atualizando e orientando a rede básica e hospitais de sua abrangência;

12. Informar a Coordenação Estadual sempre que houver dificuldades de fluxos ou atendimento inadequado na região de sua abrangência;

13. Coordenar e instituir conteúdo programático para a capacitação dos profissionais nos municípios de sua abrangência;

As Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis:

1. Garantir o atendimento aos usuários cadastrados no município, designando unidades de saúde que estejam capacitadas para realizarem o serviço;

2. Avaliar todos os usuários, solicitar exames e a avaliação de outros especialistas, caso seja necessário;

3. Solicitação de alteração de materiais, com justificativa, mediante preenchimento de impresso padronizado pelo Serviço Estadual;

4. Solicitar ao usuário a documentação necessária para inclusão no Serviço Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea;

5. Analisar as indicações e/ou prescrições de equipamentos;

6. Garantir a guarda e distribuição dos materiais para ostomia utilizados pelos usuários cadastrados no Serviço;

7. Preencher os boletins pertinentes ao Serviço encaminhando-os à Gerência Regional de Saúde;

8. Divulgar entre os profissionais e instituições de saúde do seu município que realizam ostomia ou prestam atendimento à pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, a estrutura do serviço existente no município e no Estado e os requisitos para cadastramento do usuário;

9. Promover e participar de capacitação de profissionais que atuam com pessoas com ostomia intestinal, urinária e/ou fístulas cutâneas, na rede básica do seu município;

10. Garantir a visita domiciliar para orientação e acompanhamento do usuário;

11. Articular com o nível de referência sempre que necessário, o acompanhamento ao usuário em tratamento ou em alta, atendendo sempre que solicitado, para fornecer orientações técnicas aos demais serviços que compõem a rede;

12. Participar de grupos sociais, Conselhos Estaduais, Conselhos Municipais e outros;

13. Executar pesquisa, junto aos usuários, sobre o índice de satisfação da assistência prestada;

14. Criar política de educação em saúde para treinar familiares e habilitar pessoas com ostomia para o autocuidado.

1.2.7.1 A Rede Hospitalar:

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

1.2.7.2 Serviços de Referência Regional/CER

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

1. Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e do atendimento às pessoas com ostomia no âmbito de seu território, realizando e mantendo atualizado o cadastramento dos pacientes atendidos no serviço;
2. Realizar avaliação, prevenção e tratamento das complicações, indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;

3. Orientar sobre a importância do acompanhamento médico no serviço de origem;
4. Realizar encaminhamento necessário quando detectadas quaisquer intercorrências;
5. Orientar e capacitar os profissionais da atenção básica e dos Serviços Municipais e Rede Hospitalar, quanto à assistência nas etapas pré e pós-operatórias das cirurgias que levam à realização de ostomias, incluindo as reconstruções de trânsito intestinal e urinários assim como o tratamento das complicações pós-operatórias;
6. Realizar a contrarreferência para Atenção Básica, que é onde o usuário deve realizar o acompanhamento mensal e para Rede Hospitalar, quando necessário.

No tocante aos pacientes ostomizados, segundo as informações cedidas pelo Sistema de Gestão em Saúde, Módulo ATPCD, há um quantitativo de 237 pessoas ostomizadas com processo ativo, residentes na região da serra catarinense pertencentes à Supervisão Regional de Saúde de Lages.

TABELA 04: Quantitativo de pessoas ostomizadas da região

Município	Quantitativo
Anita Garibaldi	06
Bocaina do Sul	03
Bom Jardim da Serra	00
Bom Retiro	04
Campo Belo do Sul	02
Capão Alto	00
Cerro Negro	01
Correia Pinto	10
Lages	157
Otaclio Costa	12
Painel	01
Palmeira	05

Ponte Alta	04
Rio Rufino	03
São Joaquim	11
São José do Cerrito	04
Urubici	14
Urupema	00
Total	237

Fonte:
ATPCD,

09/10/2025

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

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

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

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

- **PORTARIA 116/93 E 146/93 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:** estabelece as diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial. Sendo as Secretarias Municipais e Estaduais responsáveis pela coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, por meio de coordenação técnica designada pelo

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

- DECRETO Nº 3.298 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999: estabelece como portador de deficiência física a pessoa que possui alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções e estabelece a distribuição de equipamento com auxílio técnico (BRASIL, 1999).
- DECRETO Nº 5296 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2004: a pessoa com ostomia passa ser considerada como deficiente física, podendo gozar dos mesmos direitos concedidos aos portadores de deficiência física, estabelecidos pelo DECRETO Nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 2004).
- PORTARIA MINISTERIAL Nº 400 DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009: institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tratando dos direitos e estabelecendo a política de saúde da pessoa com ostomia intestinal e família, contempla a integralidade, com assistência especializada e distribuição de equipamentos, prevendo a necessidade de capacitação dos profissionais e de organização dos serviços de saúde que prestam cuidado às pessoas com ostomia e de definir fluxos de referência e contra referência com os hospitais (BRASIL, 2009).
- DELIBERAÇÃO 493/CIB/10: aprova a Rede de Serviços aos Ostomizados de Santa Catarina e os critérios para habilitação dos serviços (SANTA CATARINA, 2010).
- PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).
- PORTARIA Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012: Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

1.2.7.3 Serviços e fluxos assistenciais para atendimento às pessoas ostomizadas no território

FIGURA 2 – Fluxo da concessão de materiais de ostomia

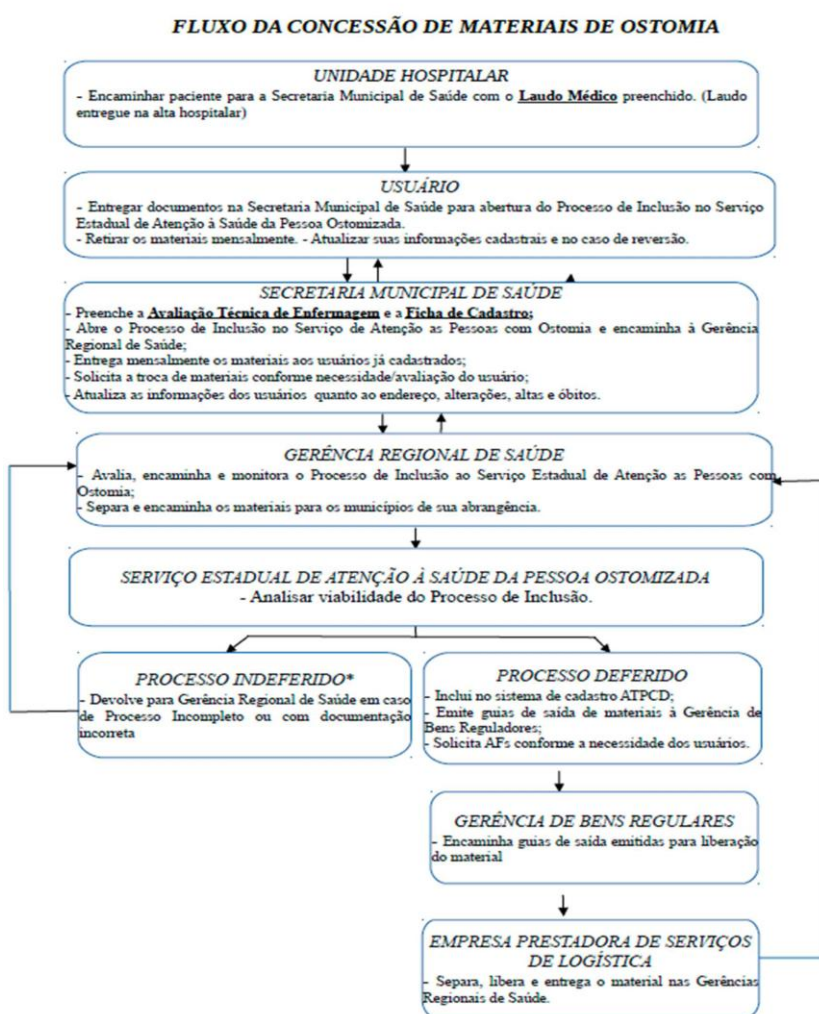


FIGURA 3 – Fluxo da atenção à pessoa com ostomia de materiais de ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea

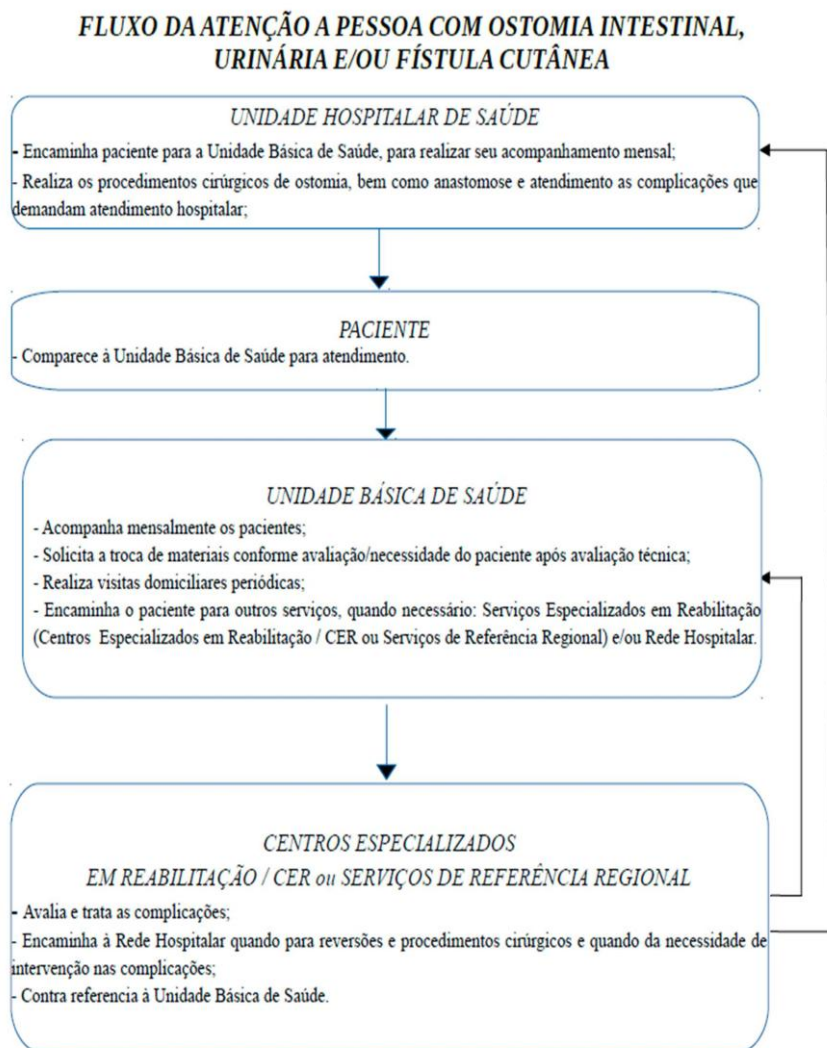
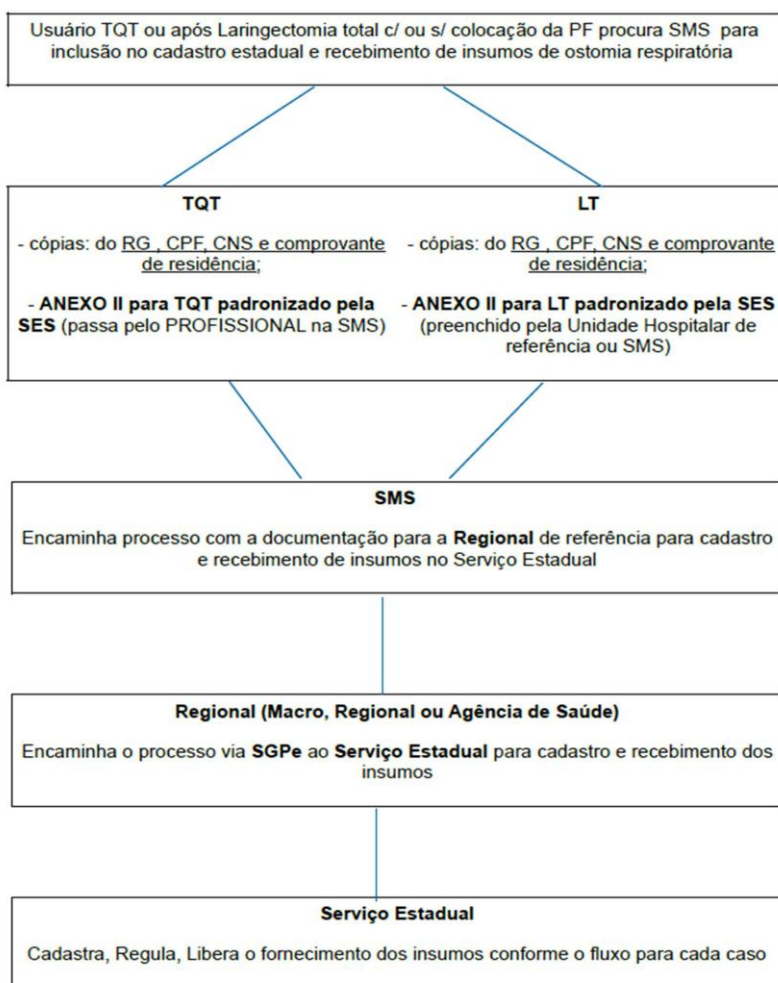


FIGURA 4 – Fluxo Reabilitação Pulmonar

Fluxograma Reabilitação Pulmonar

Traqueostomizados e Laringectomizados após o fluxo hospitalar:



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

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

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

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

Competências e Atribuições dos Pontos da Rede:

Secretaria Municipal de Saúde:

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

Serviços de referência em Reabilitação Física / Serviços de Fisioterapia

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

Regionais de Saúde

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

CER com reabilitação em Deficiência Física

- Realizar a perimetria pré-protetização e reabilitação dos usuários de sua referência após receber a OPM e receber os usuários contra referenciados da Oficina ortopédica de referência para acompanhamento, quando estes usuários são aqueles atendidos no CER, para deficiência física, os demais são contra-referenciados aos serviços de fisioterapia/reabilitação de referência do município de origem;

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

Oficina Ortopédica de Referência em Florianópolis no CCR:

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

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

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

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

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

- Fornecer os dados necessários para o preenchimento do Relatório Anual encaminhado à Coordenação Estadual bem como garantir o acesso aos municípios quanto a lista de espera interna no Serviço (a lista de espera deverá ser fornecida ao município e/ou Regional de Saúde sempre que solicitado);

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

- Toda órtese, prótese e meio auxiliar de locomoção devem ser concedidos,

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

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

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

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

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

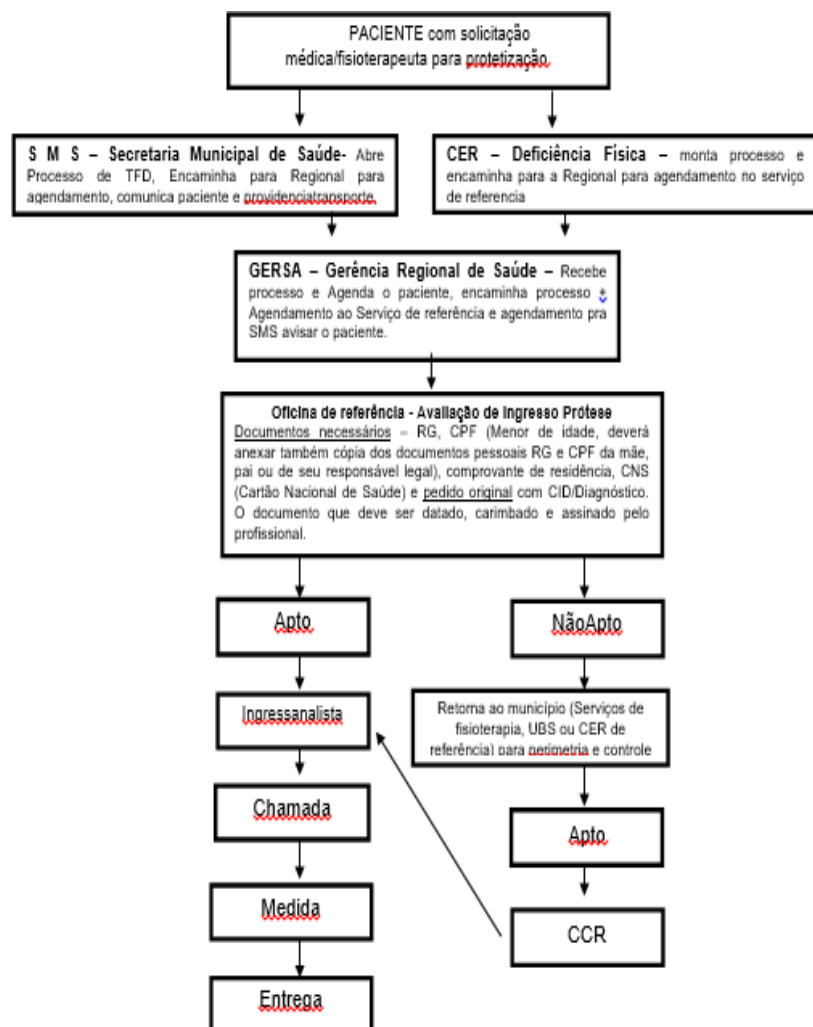
- Orientar pacientes, cuidadores e familiares quanto aos cuidados de manutenção com a OPM;

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

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

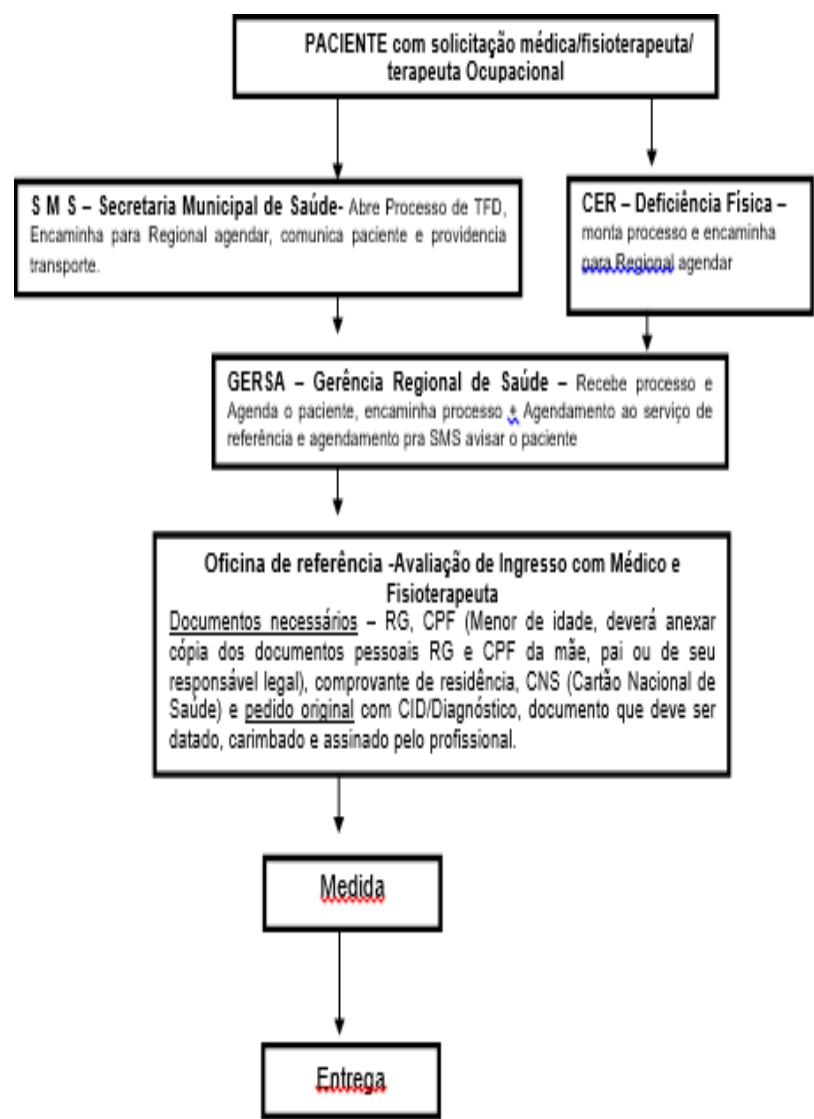
Próteses concedidas pelo CCR:

FIGURA 6 - Fluxo de Próteses concedidas pelo CCR



Órteses concedidas pelo CCR:

FIGURA 7 - Fluxo de Órteses concedidas pelo CCR



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

FIGURA 8 - Fluxo de para concessão Meios Auxiliares de Locomoção

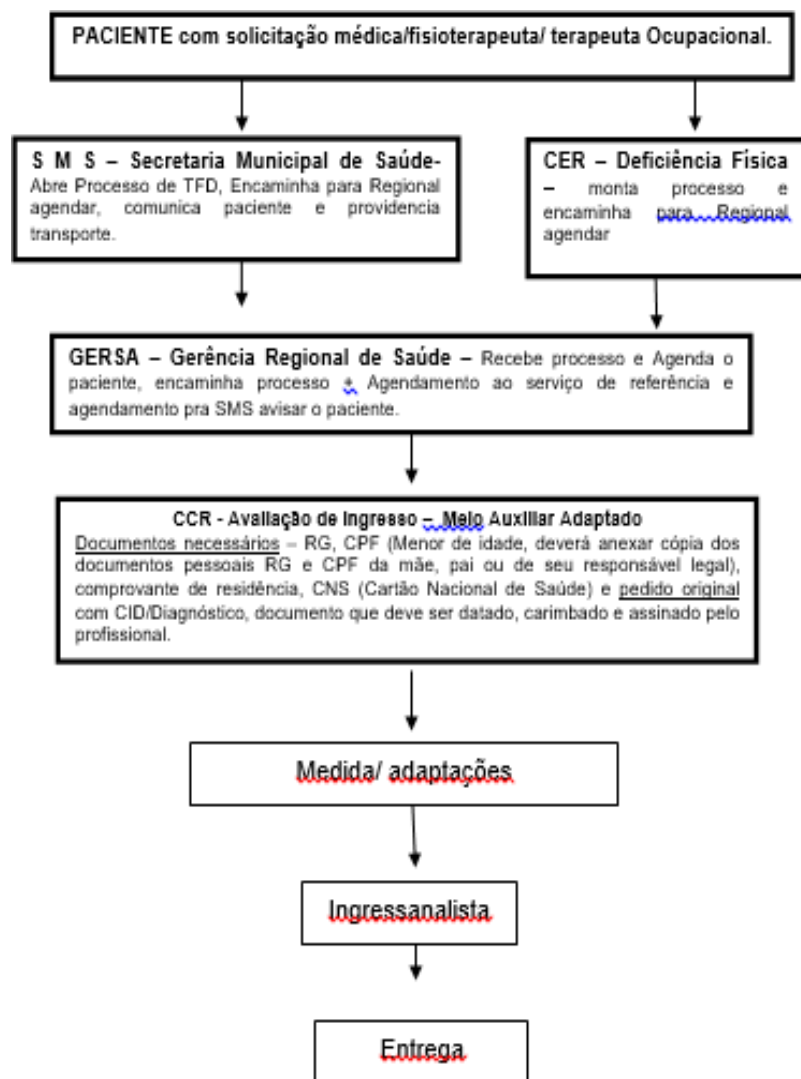


TABELA 5 - OPM - Contratualizadas pelo município de Lages

Comentado [1]: SOLICITADO AO MUNICIPIO DE LAGES

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

CÓDIGO	ESPECIFICAÇÃO
07.01.01.005-3	CALÇADOS ANATÔMICOS COM PALMILHAS PARA PES NEUROPATICOS
07.01.01.005-1	CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ 45
07.01.01.008-8	CALÇADOS SOB MEDIDA P/COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INTERIORES A PARTIR DO NÚMERO 34
07.01.01.009-6	CALÇADOS SOB MEDIDA P/COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ O 34
07.01.02.007-5	ÓRTESE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO
07.01.02.008-3	ÓRTESE CRUROPODÁLICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO/GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)
07.01.02.010-5	ÓRTESE DINAMICA SUROFODÁLICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)
07.01.02.011-3	ÓRTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILOPALMAR TIPO AEROPLANO
07.01.02.013-0	ÓRTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL COM APOIO TORÁCICO (COLAR)
07.01.02.015-6	ÓRTESE METÁLICA CRUROPODÁLICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)
07.01.02.014-8	ÓRTESE METALICA CRUROPODÁLICA ADULTO
07.01.02.018-0	ÓRTESE PELVICO-PODALICA METÁLICA COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)
07.01.02.019-9	ÓRTESE PELVICO-PODALICA METALICA PARA ADULTO COM OU SEM APOIO ISQUIATICO
07.01.02.020-2	ÓRTESE RÍGIDA PARA LUXAÇÃO CONGENITA DO QUADRIL
07.01.02.021-0	ÓRTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL
07.01.02.024-5	ÓRTESE SUROPODÁLICA METALICA (ADULTO)
07.01.02.022-9	ÓRTESE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO)

07.01.02.023-7	ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)
07.01.02.025-3	ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)
07.01.02.027-0	ÓRTESE TIPO SARMIENTO PARA FRATURA DE ÚMERO
07.01.02.030-0	ÓRTESE TLSSO CORRETIVA TORACO LOMBAR EM POLIPROPILENO CIFOSE E ESCOLIOSE
07.01.02.029-6	ÓRTESE TLSSO/TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT
07.01.02.001-6	ORTESE/CINTA TLSSO TIPO PUTTI (BAXO)
07.01.02.002-4	ORTESE/CINTA TLSSO TIPO PUTTI (ALTO)
07.01.02.003-2	ÓRTESE/COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE
07.01.02.006-7	ORTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO EM EXTENSÃO ARTICULADA
07.01.01.014-2	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA
07.01.01.015-0	PALMILHAS PARA PES NEUROPÁTICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA PARA ADULTOS OU CRIANÇAS
07.01.01.016-9	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATÉ O NÚMERO 33
07.01.01.017-7	PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34
07.01.02.035-0	PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMÍNIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO
07.01.02.036-9	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL EM ALUMÍNIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO
07.01.02.037-7	PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL TIPO PTE-PTS-KBM EM ALUMÍNIO OU AÇO/KIT SILICONE, SE NECESSÁRIO
07.01.02.052-0	PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART
07.01.02.056-3	PRÓTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NÍVEL DO ANTEPE

1.1.4 Centros Especializados em Odontologia habilitados pela RCPD

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

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

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

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

A política da Saúde da Criança está estruturada em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde. São eixos da PNAISC: Atenção Humanizada à Gestação, ao Parto-Nascimento e ao Recém-Nascido; Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável; Desenvolvimento Integral da Primeira Infância – DPI; Atenção Integral à Saúde das Crianças com Agravos Prevalentes e Doenças Crônicas; Prevenção de Violências, Acidentes e Promoção da Cultura de Paz; Atenção Integral à Saúde das Crianças com Deficiências ou em Situações de Vulnerabilidades; Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Brasil 2016).

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

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

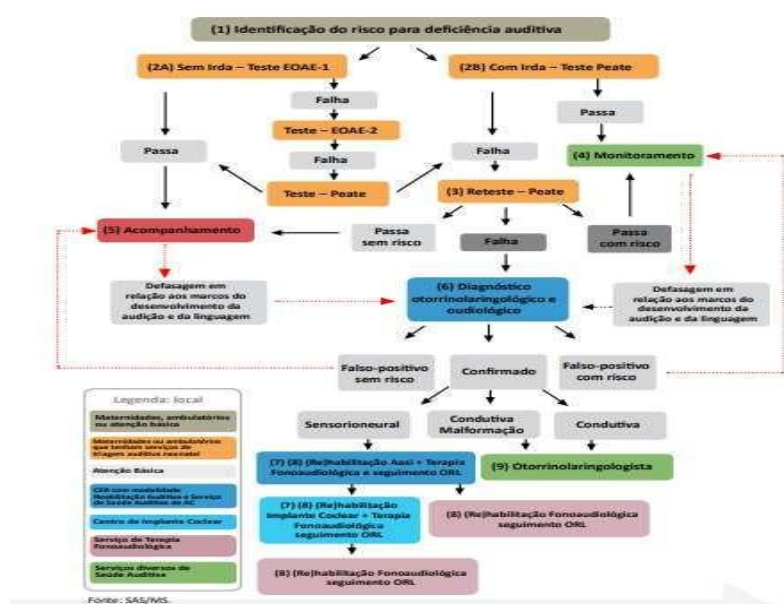
Teste do pezinho: teste sanguíneo permite identificar e tratar precocemente estes agravos, antes de manifestações como a deficiência intelectual e outras alterações graves, garantindo o bom desenvolvimento e qualidade de vida. Com o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento, gratuitos, para as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

Triagem Neonatal Ocular - TNO, Teste do Reflexo-Vermelho “teste do olhinho”: popularmente conhecido como “teste do olhinho”, detectar precocemente problemas oculares congênitos que podem comprometer a acuidade visual da criança e no caso de retinoblastoma, o risco de morte da mesma. Este teste é realizado antes da alta hospitalar. Em casos de resultados alterados, realizar encaminhamento imediato para oftalmologista. Nos casos de crianças nascidas em outros locais (hospitais credenciados, maternidades privadas) que o teste seja realizado em até 30 dias após a data de nascimento.

Triagem Neonatal Auditiva-TNA “teste da orelhinha”: o teste de emissões otoacústicas evocadas”, comumente conhecido como “teste da orelhinha” tornou-se obrigatório através da Lei nº 12.303/2010, nas crianças nascidas em todos os hospitais e maternidades. Todos os recém

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

FIGURA 8 – fluxograma triagem auditiva neonatal



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

1.2 Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

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

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

Município	Unidade Hospitalar	Leitos clínicos		Leitos cirúrgicos		Leitos UTI		Leitos Obst.	Outros leitos
		Ad	Ped	Ad	Ped	Ad	Ped/Neo		
Lages	Hospital Geral Tereza Ramos CNES 2504332	192	4	24	0	37	23	35	0

[illegible]

TABELA 07: habilitações

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

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

Bom Retiro	Hospital Nossa Senhora das Graças CNES 2665085	Estadual	x	07	43	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA
-------------------	---	----------	---	----	----	--

Otacílio Costa	Hospital Santa Clara CNES 2300486	Estadual	x	02	49	<ul style="list-style-type: none"> • CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM: ORTOPEDIA, GERAL, GINECOLOGIA, PROCTOLOGIA, UROLOGIA, CABEÇA E PESCOÇO E BUCOMAXILOFACIAL • UNIDADE DE RETAGUARDA CLÍNICA
Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	Estadual	x	09	39	<ul style="list-style-type: none"> • VASECTOMIA • LAQUEADURA • UNIDADE DE CUIDADOS PROLONGADOS
TOTAL				133	644	

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

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

Urubici	Hospital São José de Urubici CNES 2300885	24,6%	9,7 dias
---------	--	-------	----------

1.3.1. Leitos de longa permanência

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

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

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

1.3.2 Leitos com habilitação para AVC:

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

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

Comentado [2]: são no total 14 leitos sendo que 12 são leitos sus e dois para convênios/ particular 1 feminino e 1 masculino

Comentado [3]: são no total 14 leitos sendo que 12 são leitos sus e dois para convênios/ particular 1 feminino e 1 masculino

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

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

1.3.2 Serviço de Atenção Domiciliar

Comentado [4]: ENVIADO PARA LAGES ATUALIZAR

Esta modalidade de atenção é regida pela Portaria nº 3005 de 02 de janeiro de 2024, tem caráter substitutivo às internações hospitalares ou complementar ao cuidado prestado pela Atenção Básica existentes no município, caracterizando-se por um conjunto de ações que visam dar continuidade ao cuidado integrado às Redes de Atenção à Saúde.

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

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

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

As EMADs são organizadas a partir de uma base territorial divididas em Sul e Norte, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde. A EMAP será solicitada pela EMAD para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar desenvolvidas pelo Serviço de Atenção Domiciliar.

A admissão do usuário ao SAD exige encaminhamento pelos hospitais, UPA ou Unidades de saúde por formulário específico pelo endereço eletrônico (e-mail) ou através do formulário preenchido e encaminhado pelo grupo de whatsapp com os hospitais e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

O horário de funcionamento compreende: setor administrativo de segunda à sexta-feira das 8h00m às 12h00m e das 13h00m às 17h00m; e plantão diário das 07h00m até às 19h00m, inclusive feriados e finais de semana.

As informações dos atendimentos prestados são registrados em prontuário eletrônico, interligado entre os serviços da secretaria municipal da saúde e UPA. Ainda no domicílio deixa-se um registro físico em Prontuário domiciliar, de modo a facilitar o compartilhamento de informações com demais pontos da rede que não estejam vinculadas à Secretaria da Saúde. Os atendimentos além de ocorrerem de forma presencial, atualmente o serviço possui habilitação pelo Ministério da Saúde para realizar Teleatendimento, proporcionando atendimento também de forma remota.

O município de Lages aderiu ao Programa Melhor em Casa (PMeC) em 26 de setembro de 2025, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024. Essa adesão visa garantir qualificação e financiamento adequados aos serviços de Atenção Domiciliar. O uso do Telessaúde tem como objetivos Estratégicos:

- Aprimorar a capacidade resolutiva das equipes EMAD e EMAP, com suporte remoto de especialistas e articulação intersetorial entre os diferentes níveis de atenção.
- Reduzir internações hospitalares evitáveis e garantir maior tempo de cuidado seguro e eficaz no domicílio.
- Promover educação permanente dos profissionais do SAD por meio de plataformas de Telessaúde, com foco em capacitação e apoio matricial.
- Assegurar equidade no acesso ao cuidado, especialmente para usuários com dificuldades de deslocamento ou barreiras geográficas.

1,3.4 Centros Cirúrgicos Odontológicos

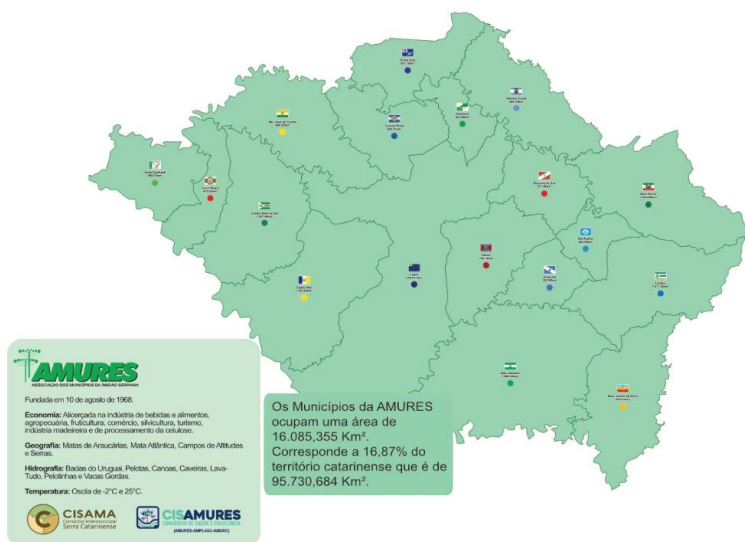
Atualmente no Hospital Seara do Bem, foi habilitado um ambulatório com o serviço de buco-maxilo-facial que também presta atendimento para pacientes com necessidades especiais, sendo encaminhado quando necessário para cirurgia em centro cirúrgico.

1.4 Apresentação das regiões de saúde do estado

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

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

FIGURA 10: Localização geográfica dos municípios no Território



Fonte: AMURES, 2025., 2012.

Segundo o Censo Demográfico de 2022, o município de **Lages** conta com população de **164.981 habitantes** e densidade demográfica de **62,55 hab./km²**. [Prefeitura de Lages+1](#) Esse valor já se aproxima da densidade média de Santa Catarina (em 2022, cerca de 79,50 hab./km²) [IBGE](#) e supera largamente o dado que estava registrado no censo anterior (58,3 hab./km² para Lages, segundo dados de 2010). Nos demais municípios da Serra Catarinense, permanecem densidades inferiores a 20 hab./km² em muitos casos, refletindo a dispersão populacional e os desafios de cobertura territorial. Quanto a distâncias dos municípios com relação a Lages, seguem na Tabela 12;

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

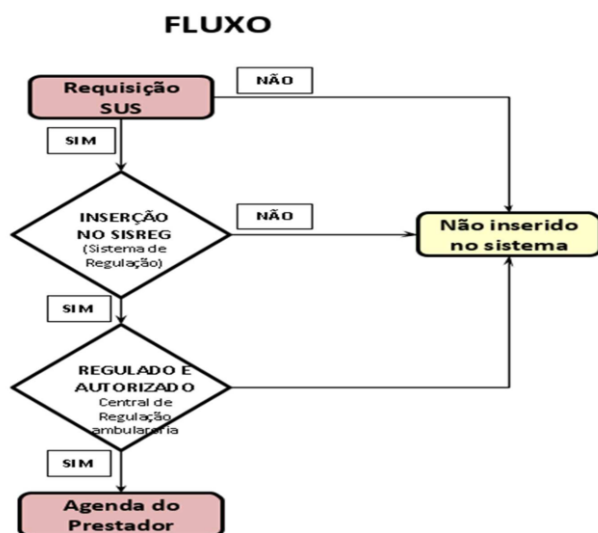
- 1 – Avaliação do paciente pela equipe multiprofissional;
- 2 – Indicação de OPM, pelo Fisioterapeuta e Ortopedista;
- 3 – Preenchimento do Formulário (BPA-I);
- 4 – Encaminhamento/orientação dos pacientes para a Unidade de Saúde (Lages) e ou Secretaria de Saúde (Outros municípios da Serra Catarinense).

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

FIGURA 11 – Fluxo concessão/dispensação óculos



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



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

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

TABELA 12 - estratégias de educação permanente

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • XXI Congresso Iberoamericano de Doenças Cerebrovasculares • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • Caminhada pela Vida: a Serra contra o AVC
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) • VII Seminário de Inclusão e VI Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Capacitação sobre como elaborar o luto dos pacientes • Círculo de Construção da Paz • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • XII Congresso Brasileiro de Reabilitação
2020	<ul style="list-style-type: none"> • VIII Seminário de Inclusão • VII Dia de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • I Seminário da Serra Contra o AVC • I Correndo contra o AVC
2021	<ul style="list-style-type: none"> • IX Seminário de Inclusão • VIII Encontro de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • XIII Congresso Brasileiro de AVC • II Seminário da Serra Contra o AVC • II Correndo contra o AVC

2022	<ul style="list-style-type: none"> • X Seminário de Inclusão • IX Encontro de Luta pelos Direitos da Pessoa com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • III Seminário da Serra Contra o AVCmj • III Correndo contra o AVC • Caminhada pela Vida: a Serra contra o AVC
2023	<ul style="list-style-type: none"> • XI Seminário de Inclusão • IX Encontro de Luta pelos Direitos das Pessoas com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • XIV Congresso Brasileiro de AVC • IV Seminário da Serra Contra o AVC • IV Correndo contra o AVC • Caminhada pela Vida: a Serra contra o AVC
2024	<ul style="list-style-type: none"> • XII Seminário de Inclusão • X Encontro de Luta pelos Direitos das Pessoas com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • I Congresso Brasileiro de Enfermagem de Reabilitação • V Seminário da Serra Contra o AVC • V Correndo contra o AVC • Caminhada pela Vida: a Serra contra o AVC • I Seminário em Reabilitação Física e Funcional da Serra Catarinense
2025	<ul style="list-style-type: none"> • XIII Seminário de Inclusão • XI Encontro de Luta pelos Direitos das Pessoas com Deficiência • Reavaliação periódica do plano terapêutico e evolução das propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo • Reuniões semanais de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e atividades cotidianas • Cursos, palestras e oficinas internas e externas da Uniplac • XV Congresso Brasileiro de AVC

	<ul style="list-style-type: none"> • Ação de prevenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) • Caminhada pela Vida: a Serra contra o AVC • VI Seminário da Serra Contra o AVC • II Seminário em Reabilitação Física e Funcional da Serra Catarinense
--	--

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

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

A Serra Catarinense tem 295.210 habitantes (CENSO, 2023) os dezoito municípios, nove possuem menos de cinco mil habitantes, e apenas cinco possuem mais de dez mil habitantes. De acordo com a distribuição geográfica adotada pelo SEBRAE/SC esse território representa 6,5% da população relativa do Estado. Dentre os constituintes da região, Paineira é o município com menor número de habitantes (2.353), seguido de Rio Rufino (2.436) e Urupema (2.482), mas ressalta-se que 50% dos municípios da Serra Catarinense têm população inferior a 5.000 habitantes, com exceção da cidade de Lages, São Joaquim (8,77%), Otacílio Costa (5,83%) e Correia Pinto (5,04%) representam respectivamente os municípios que apresentam o maior número de habitantes (AMURES, 2019).

TABELA 13: Distâncias dos municípios com relação a Lages.

MUNICÍPIO	DISTÂNCIA DE LAGES
Anita Garibaldi	99 km
Bocaina do Sul	41 km
Bom Jardim da Serra	110 km
Bom Retiro	92 km
Campo Belo do Sul	55 km
Capão Alto	22 km
Cerro Negro	74 km
Correia Pinto	32 km
Otacílio Costa	48 km
Paineira	29 km
Palmeira	38 km

Ponte Alta do Norte	44 km
Rio Rufino	70 km
São Joaquim	80 km
São José do Cerrito	40 km
Urubici	106 km
Urupema	55 km

Fonte: GoogleMaps, 2018.

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

Municípios Serra Catarinense	População	Percentual
Anita Garibaldi	8.285	2,92
Bocaina do Sul	3.515	1,15
Bom Jardim da Serra	4026	1,55
Bom Retiro	8418	3,17
Campo Belo do Sul	7257	2,58
Capão Alto	2625	0,94
Cerro Negro	3317	1,22

Correia Pinto	15727	5,04
Lages	164 981	54,73
Otacílio Costa	17312	5,83
Painel	2215	0,82
Palmeira	2561	0,84
Ponte Alta	4437	1,69
Rio Rufino	2397	0,85
São Joaquim	25939	8,77
São José do Cerrito	8708	3,18
Urubici	10834	3,76
Urupema	2656	0,86
Total	295210	99,99

Fonte: IBGE 2020/2023.

No Brasil, os dados mais recentes sobre deficiência foram divulgados pelo Censo Demográfico 2022, que apresentou uma estimativa de 14,4 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 7,3% da população com dois anos ou mais de idade. Observa-se um crescimento expressivo da prevalência com o avanço da idade: enquanto apenas 2,2% da população de 2 a 14 anos apresentavam algum tipo de deficiência, esse percentual sobe para 5,4% entre adultos de 15 a 59 anos e atinge 27,5% entre pessoas com 70 anos ou mais. Além disso, a pesquisa mostrou que as mulheres com deficiência (8,3 milhões) superam os homens (6,1 milhões), fenômeno associado à maior longevidade feminina. As principais dificuldades autorreferidas foram: enxergar (7,9 milhões de pessoas), andar ou subir degraus (5,2 milhões), manusear objetos pequenos (2,7 milhões) e ouvir (2,6 milhões). Outro dado relevante é que, em 16% dos domicílios brasileiros, há pelo menos uma pessoa com deficiência, revelando a magnitude social e familiar deste tema

TABELA 15: Distribuição percentual da população residente, por tipo de deficiência, segundo o sexo – IBGE 2023

Região	Total (pop)	Branca	Preta	Parda	Pessoa com deficiência (Total)	PC D Branca	PC D Preta	PCD Parda	Pessoa sem deficiência (Total)	Sem PCD Branca	Sem PC D Preta	Sem PCD Parda	Região	Total (pop ca)	Branca	Preta	Parda	Pessoa com deficiência (Total)	PCD Branca
Brasil	57.2 %	58.9%	58.6%	55.3%	26.6 %	24. 4%	31. 2%	27.4 %	60.7 %	62.6%	61. 8%	58.5 %	Brasil	57.2 %	58.9 %	58.6%	55.3%	26.6%	4.4%
Norte	56.2 %	56.7%	60.4%	55.6%	32.7 %	29. 2%	34. 2%	33.3 %	58.8 %	59.7%	63. 8%	58.0 %	Norte	56.2 %	56.7 %	60.4%	55.6%	32.7%	9.2%
Nordeste	48.5 %	49.2%	51.4%	47.5%	23.7 %	21. 9%	26. 9%	23.7 %	51.8 %	53.0%	54. 7%	50.6 %	Nordeste	48.5 %	49.2 %	51.4%	47.5%	23.7%	1.9%

Sudeste	59.6%	59.2%	61.9%	59.5%	26.0%	23.1%	33.8%	27.4%	63.0%	62.8%	64.7%	62.8%	Sudeste	59.6%	59.2%	61.9%	59.5%	26.0%	3.1%	2
Sul	63.1%	63.2%	63.7%	62.7%	27.3%	27.0%	31.9%	27.5%	67.1%	67.2%	67.7%	66.9%	Sul	63.1%	63.2%	63.7%	62.7%	27.3%	7.0%	2
Centro-Oeste	63.9%	63.7%	65.8%	63.6%	33.3%	29.0%	36.5%	35.3%	67.3%	67.3%	69.5%	66.7%	Centro-Oeste	63.9%	63.7%	65.8%	63.6%	33.3%	9.0%	2
Brasil	57.2%	58.9%	58.6%	55.3%	26.6%	24.4%	31.2%	27.4%	60.7%	62.6%	61.8%	58.5%	Brasil	57.2%	58.9%	58.6%	55.3%	26.6%	4.4%	2

Fonte: IBGE, 2023

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

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

As pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral estão, na sua maioria, alijadas da prática da atividade física regular para a manutenção da sua saúde ou da sua condição orgânica, o que proporciona melhor qualidade de vida. O que lhes é oferecido como opção de atividade, na realidade, se resume à prática de exercícios de manutenção no âmbito da fisioterapia, o que, muitas vezes, se torna monótono e enfadonho, uma vez que a deficiência já está estabelecida e muito pouco há por se fazer, a não ser evitar o agravamento ou o surgimento de deficiências secundárias (COSTA e DUARTE, 2002).

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

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

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

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

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

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

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

Cidade Tipo de Deficiência	Anita Garibal- di	Bocaina do Sul	Bom Jar- dim da Serra	Bom Retir- o	Camp- o Belo do Sul	Capão Alto	Cerro Negro	Correia Pinto	Lages	Otacili- o Costa	Painel	Palmei- ra	Pont- e Alta	Ri- o Rufi- no	São Joa- quim	São José do Cer- rito	Urubici	Urupe- ma	Total
População residente com DA - alguma dificuldade	479	195	206	443	446	209	237	535	7369	868	142	137	228	107	955	696	410	136	13978
População residente com DA - grande dificuldade	201	38	107	119	142	42	55	249	2238	248	47	56	94	30	346	136	183	9	4340
População residente com DA - não consegue de modo algum	36	6	22	5	13	-	2	28	185	19	4	7	3	6	62	11	13	-	422
População residente com DM - alguma dificuldade	519	189	263	636	467	213	253	663	7832	718	194	121	235	110	1301	686	461	91	14952
População residente com DM - grande dificuldade	316	83	184	282	223	106	149	317	4226	446	84	57	188	107	521	274	359	9	7931
População residente com DM - não consegue de modo algum	24	13	47	30	18	6	16	68	621	73	6	-	50	3	83	14	36	13	1121
População residente com	1548	509	607	1470	1277	534	657	1428	22332	2007	448	297	807	526	2850	1592	1425	300	40614

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

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

Mental e Intelectual

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

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

Os dados da PNAD Contínua 2022 permitem traçar um perfil mais detalhado da população com deficiência em nível estadual, que pode ser usado como referência para a região:

- Faixa Etária: Nacionalmente, observa-se uma concentração da deficiência em idades mais avançadas. Cerca de 27,5% das pessoas com 70 anos ou mais possuem alguma deficiência, enquanto na faixa de 2 a 14 anos, o percentual é de 2,2%. Este dado é crucial para o planejamento de ações voltadas ao envelhecimento saudável e à reabilitação geriátrica.
- Transtorno do Espectro Autista (TEA): Estimativas recentes baseadas no Censo 2022 indicam que Santa Catarina tem aproximadamente 91,6 mil pessoas com TEA, o que corresponde a 1,2% da população estadual. Aplicando este percentual à população da Serra Catarinense (294.430), estima-se que existam cerca de 3.533 pessoas com TEA na região, um quantitativo expressivo que demanda serviços especializados.

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

Alves, Moreira, Franco e Oliveira (2013) destacam que de modo a tratar temporária ou definitivamente condições, como traumas, anomalias congênitas e outros, o ostoma representa uma resposta. Os autores salientam ainda que “no mundo, os tumores malignos que atacam o cólon e o reto a cada ano somam cerca de 943 mil casos novos” (p.27) . O câncer de cólon e

reto é o segundo mais prevalente no mundo (após o câncer de mama), com uma estimativa de 2,4 milhões de pessoas vivendo com diagnóstico nos últimos cinco anos. Sendo que o câncer de cólon incide de forma parecida em homens e mulheres; o câncer de reto é cerca de 20 a 50% mais frequente em homens (BRASIL, 2003).

Na região da Serra Catarinense, segundo dados relativos ao mês de fevereiro de 2014 fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde – Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada, há 132 pacientes sendo atendidos pelo Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada - PAO. Este programa integra o rol de Programas de Média e Alta Complexidade da Secretaria de Estado da Saúde de SC e destina aos pacientes 963 tipos diferentes de material (bolsas, adesivos, pó protetor, desodorizante, etc), o que em valores financeiros significa R\$ 15.690,50. É importante destacar que destes, 62% representam pacientes temporários.

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

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

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

Em 2011, foi lançado o Relatório Mundial sobre a Deficiência, produzido em conjunto pela OMS e Banco Mundial. O Relatório condensa informações mundiais sobre a atenção às pessoas com deficiência e sugere ações que propiciam a criação de ambientes facilitadores e atendam às necessidades de suporte, reabilitação e proteção social destas pessoas. Aponta

medidas para melhorar a acessibilidade, promover a igualdade de oportunidades, participação e inclusão, bem como maior autonomia e dignidade às pessoas com deficiência (PROGRAMA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2012).

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

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

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

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

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

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

- Segundo o Censo 2022, **14,4 milhões de pessoas** no Brasil (**7,3%** da população de **2 anos ou mais**) declararam **alguma deficiência**. Por idade, a prevalência é de **2,2%** entre **2–14 anos**, **5,4%** em **15–59** e **27,5%** em **70+**. No recorte por **domínios**, o grupo com “**funções mentais**” totaliza **2,7 milhões** de pessoas. Em **Santa Catarina**, **6,0%** da população de 2+ anos têm alguma deficiência, quanto às funções mentais, 1% da população de Santa Catarina declarou ter limitação nas funções mentais e 1,2% das pessoas declararam ter o diagnóstico de Autismo.

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

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

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

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

2.2 Perfis sócios sanitários e epidemiológicos do território:

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

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

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

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

Municípios Serra Catarinense	Área (IBGE 2024)	População (IBGE 2022)	PIB (IBGE2021)
Anita Garibaldi	589,812km ²	8285hab	34.127,28
Bocaina do Sul	510,673 km ²	3515 hab	64.426,10 em (R\$1.000,00)
Bom Jardim da Serra	935,872 km ²	4.694 hab	78.313,30 em (R\$1.000,00)
Bom Retiro	1.055,550 km ²	9.796 hab	231.836,70 em (R\$1.000,00)
Campo Belo do Sul	1.027,650 km ²	7.177 hab	167.552,67 em (R\$1.000,00)
Capão Alto	1.335,840km ²	2.597 hab	82.329,20 em (R\$1.000,00)
Cerro Negro	417,335 km ²	3.254 hab	67.342,69 em (R\$1.000,00)
Correia Pinto	651,117 km ²	13.358 hab	530.235,05 em (R\$1.000,00)
Lages	2.631,500 km ²	158.508 hab	4.789.392,25 em (R\$1.000,00)
Otaclio Costa	845,009 km ²	18.313 hab	620.062,23 em (R\$1.000,00)
Painel	740,183 km ²	2.376 hab	44.182,99 em (R\$1.000,00)
Palmeira	289,297 km ²	2.586 hab	96.096,90 em (R\$1.000,00)
Ponte Alta	568,960 km ²	4.767 hab	97.528,77 em (R\$1.000,00)
Rio Rufino	282,504 km ²	2.489 hab	41.339,35 em (R\$1.000,00)
São Joaquim	1.892,260 km ²	26.646 hab	666.663,41 em (R\$1.000,00)
São José do Cerrito	944,917 km ²	8.588 hab	198.123,19 em (R\$1.000,00)
Urubici	1.017,640 km ²	11.191 hab	27.909,09 em (R\$1.000,00)
Urupema	350,037 km ²	2.487 hab	49.228,40 em (R\$1.000,00)

Fonte: IBGE 2015/2016/2017.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o Programa das Nações

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

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

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

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

Fonte: IBGE, 2020.

TABELA 98: Distribuição da população por faixa etária

Grupo de idade	População feminina(pessoas)	População masculina(pessoas)
100 anos ou mais	0	1
95 a 99 anos	0	0
90 a 94 anos	3	4
85 a 89 anos	13	8
80 a 84 anos	28	25
75 a 79 anos	33	38
70 a 74 anos	64	56
65 a 69 anos	64	88
60 a 64 anos	117	101
55 a 59 anos	84	103
50 a 54 anos	86	109
45 a 49 anos	97	91
40 a 44 anos	81	98
35 a 39 anos	107	93
30 a 34 anos	82	98

25 a 29 anos	93	89
20 a 24 anos	84	101
15 a 19 anos	81	97
10 a 14 anos	101	79
5 a 9 anos	88	76
0 a 4 anos	85	86
Total	1318	1343

Fonte: IBGE (2023).

TABELA 20 Estimativa populacional por município, Região de Saúde (CIR): 42013
Serra Catarinense -2025:

Município	2025
	Total
Anita Garibaldi	8.339
Bocaina do Sul	3.639
Bom Jardim da Serra	3.995
Bom Retiro	8.422
Campo Belo do Sul	7.324
Capão Alto	2.636
Cerro Negro	3.303
Correia Pinto	16.253
Lages	172.458
Otacílio Costa	17.873
Painel	2.216
Palmeira	2.658
Ponte Alta	4.390
Rio Rufino	2.429
São Joaquim	26.982
São José do Cerrito	8.706
Urubici	11.064
Urupema	2.751
Total	289.185

Fonte: IBGE/Estimativa de População, 2025

A Região da Serra Catarinense caracteriza-se por apresentar indicadores que revelam importantes desafios em termos de saúde, desenvolvimento humano e qualidade de vida. De acordo com as Estimativas Populacionais do IBGE (2025), a região abriga aproximadamente 295 mil habitantes, distribuídos em 18 municípios. Embora o estado de Santa Catarina tenha registrado crescimento populacional expressivo nas últimas décadas, atingindo 8,18 milhões de habitantes em 2025, a Serra Catarinense mantém um ritmo de crescimento populacional inferior à média estadual, o que reflete o envelhecimento populacional, o êxodo de jovens e a redução da taxa de natalidade.

No que se refere à expectativa de vida, o Brasil atingiu 76,4 anos em 2023, superando o patamar pré-pandemia, enquanto Santa Catarina se mantém entre os estados com maior longevidade do país. Embora não existam estimativas específicas para a Serra Catarinense, as condições socioeconômicas e os indicadores de saúde locais sugerem uma expectativa de vida ligeiramente inferior à média estadual, refletindo desigualdades territoriais e o acesso diferenciado aos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais.

Em relação à educação, os dados do Censo Demográfico 2022 apontam avanços significativos. A taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais no Brasil caiu para 7,0%, enquanto Santa Catarina apresenta a menor taxa do país, com apenas 2,7% da população nessa condição. Na Serra Catarinense, os resultados seguem essa tendência de melhoria, embora alguns municípios ainda apresentem índices acima da média estadual, demonstrando desigualdades internas que demandam políticas específicas de inclusão educacional e social.

Esses indicadores evidenciam que, apesar dos avanços, a Serra Catarinense continua enfrentando vulnerabilidades estruturais relacionadas à concentração populacional em áreas urbanas, à redução do dinamismo econômico, às desigualdades no acesso a serviços essenciais e à necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora das redes de atenção. O enfrentamento desses desafios requer a integração das políticas de saúde, educação e desenvolvimento social, bem como estratégias regionais que valorizem as potencialidades locais e promovam a equidade territorial.

TABELA 21: Total de alfabetizados e não alfabetizados por município da Serra Catarinense

Município	Alfabetizados	Não Alfabetizados	Taxa de Analfabetismo
Anita Garibaldi	6177	581	8,6
Bocaina do Sul	2616	228	8,02
Bom Jardim da Serra	3068	193	5,92
Bom Retiro	6278	372	5,59
Campo Belo do Sul	5275	610	10,37
Capão Alto	1975	165	7,71

Cerro Negro	2378	316	11,73
Correia Pinto	11721	753	6,04
Lages	128826	4796	3,59
Otacílio Costa	13103	592	4,32
Painel	1660	159	8,74
Palmeira	1917	142	6,9
Ponte Alta	3324	256	7,15
Rio Rufino	1810	125	6,46
São Joaquim	19738	946	4,57
São José do Cerrito	6617	628	8,67
Urubici	8191	449	5,2
Urupema	2037	-	-

Fonte: : IBGE, 2022 - Censo Demográfico 2022: Alfabetização - Resultados do universo

Além do processo contínuo de evolução observado no indicador de alfabetização, destaca-se o avanço no percentual de indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade. Segundo o Censo Demográfico de 2022, Santa Catarina mantém-se entre os estados com melhores indicadores educacionais do país, com 93,6% das pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas e cerca de 69% da população apresentando ensino fundamental completo ou mais, consolidando uma trajetória de crescimento consistente nas últimas décadas. Esse desempenho reflete o conjunto de políticas públicas voltadas à permanência escolar, ampliação da rede de ensino técnico e superior e valorização da educação básica, que resultaram na redução das taxas de abandono e na elevação dos níveis de escolaridade da população jovem. Há, também, um aumento expressivo na busca por cursos profissionalizantes, o que tem contribuído para o fortalecimento das oportunidades de inserção no mercado de trabalho e para o desenvolvimento social e econômico do estado.

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

Município	Escolaridade 18–24 anos (≥8 anos de estudo) (%)	Taxa de escolarização (6–14 anos) (%)
Anita Garibaldi	31,5	97,3
Bocaina do Sul	28,5	96,8
Bom Jardim da Serra	29,3	96,5
Bom Retiro	32,1	97,8
Campo Belo do Sul	30,7	97,4
Capão Alto	27,8	96,1
Cerro Negro	27,9	95,9
Correia Pinto	33,2	98,1
Lages	39,8	98,7
Otaclio Costa	34,7	98,4
Painel	30,2	96,9
Palmeira	29,8	96,4
Ponte Alta	31,1	96,8
Rio Rufino	30,4	96,6
São Joaquim	35,1	98
São José do Cerrito	32,5	97,3
Urubici	34,9	98,2

Urupema	33,6	97,8
---------	------	------

Fonte: IBGE 2025

Na Região da Serra Catarinense, observa-se uma tendência semelhante, ainda que com variações entre os municípios. De forma geral, o percentual de indivíduos de 18 a 24 anos com oito anos ou mais de escolaridade alcançou 33,4%, evidenciando avanço em relação aos censos anteriores e um movimento de maior valorização da educação formal. Municípios como Lages (39,8%), São Joaquim (35,1%) e Otacílio Costa (34,7%) apresentam índices acima da média regional, enquanto localidades menores, como Bocaina do Sul (28,5%) e Cerro Negro (27,9%), ainda enfrentam desafios relacionados ao acesso e à continuidade dos estudos, sobretudo nas áreas rurais. A ampliação das oportunidades educacionais e o fortalecimento das políticas intersetoriais entre educação, assistência social e saúde têm se mostrado determinantes para a melhoria dos indicadores, contribuindo diretamente para o desenvolvimento humano e para a redução das desigualdades territoriais.

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

2.3 Dados Epidemiológicos

A Região Serrana de Santa Catarina é composta por 18 municípios e possui uma população estimada em aproximadamente 295 mil habitantes (IBGE, 2022). Caracteriza-se por apresentar grande diversidade territorial, com municípios de pequeno porte demográfico, sendo que metade deles possui menos de cinco mil habitantes. Essa configuração traz desafios específicos para a organização dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao acesso, à continuidade do cuidado e à oferta de serviços especializados para as pessoas com deficiência.

O perfil de saúde da população serrana segue a tendência estadual e nacional de predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como principais causas de morbimortalidade. Observa-se que doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e causas externas concentram grande parte dos óbitos, sobretudo em faixas etárias mais avançadas. Além disso, o processo de envelhecimento populacional tem ampliado a demanda

por cuidados continuados, reabilitação e suporte para pessoas com limitações funcionais decorrentes de agravos crônicos, acidentes e incapacidades físicas e cognitivas.

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

TABELA 23: Óbitos p/Residência na Região Serra Catarinense

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10 Óbito por					
Município Resid e Ano do Óbito UF Residência:					
Santa Catarina					
Região de Saúde Residência:4213 Serra Catarinense					
Período: 2022-2025					
Município Resid	2022	2023	2024	2025*	Total
420100 Anita Garibaldi	99	63	79	22	263
420243 Bocaina do Sul	29	30	39	22	120
420250 Bom Jardim da Serra	34	24	34	23	115
420260 Bom Retiro	73	62	81	54	270
420340 Campo Belo do Sul	69	42	53	29	193
420325 Capão Alto	22	23	21	15	81
420417 Cerro Negro	29	26	31	12	98
420455 Correia Pinto	121	113	134	72	440
420930 Lages	1.564	1.419	1.450	831	5264
421175 Otacílio Costa	119	124	137	75	455
421189 Painei	25	24	21	15	85
421205 Palmeira	27	25	22	15	89
421330 Ponte Alta	36	36	43	20	135
421505 Rio Rufino	17	17	27	16	77
421650 São Joaquim	223	194	206	131	754
421680 São José do Cerrito	77	90	82	44	293

421890 Urubici	104	97	100	48	349
421895 Urupema	22	25	24	16	87
Total	2.690	2.434	2.585	1.460	9.169

Fonte: Painel CIEGES, 2025. * Dados preliminares 2025.

O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é, de longe, a principal causa da mortalidade em Santa Catarina. Desse conjunto, destacam-se quatro principais enfermidades (DCNT): neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, e em Santa Catarina, refletindo também o cenário da Região da Serra Catarinense. Nesse grupo, destacam-se como mais relevantes as **neoplasias malignas, o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas**, que impactam de forma significativa a carga de morbimortalidade da população.

A análise histórica demonstra que, na faixa etária de 30 a 69 anos, a mortalidade por DCNT apresentou tendência de declínio nos últimos anos, atingindo 330 óbitos por 100 mil habitantes em 2016. Esse indicador reforça a necessidade de manutenção e ampliação das estratégias de **prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno**, que podem sustentar a redução da mortalidade prematura por essas causas até 2030. Por outro lado, entre idosos (70 anos ou mais), o impacto das DCNT é ainda mais expressivo, com taxa de 4.363 óbitos por 100 mil habitantes registrada em 2016 (SANTA CATARINA, 2018).

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

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

Observa-se que as DCNTs continuam sendo predominantes na região serrana, com destaque para as **doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório**, que juntas respondem por grande parte dos óbitos. Além disso, condições como **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, bem como causas externas**, também mantêm relevância epidemiológica, evidenciando a complexidade do quadro de saúde regional.

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

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10
Óbito por Causas Capítulos e Ano do Óbito
UF Residência: Santa Catarina Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense

Período:2022-2025*					
Causas Capítulos	2022	2023	2024	2025*	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	220	97	136	36	<u>489</u>
Neoplasias (tumores)	485	469	518	306	<u>1778</u>
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	12	11	08	<u>42</u>
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	144	119	125	71	<u>459</u>
Transtornos mentais e comportamentais	18	25	39	17	<u>99</u>
Doenças do sistema nervoso	94	74	62	55	<u>285</u>
Doenças do aparelho circulatório	809	700	711	349	<u>2569</u>
Doenças do aparelho respiratório	317	294	334	175	<u>1120</u>
Doenças do aparelho digestivo	113	124	115	74	<u>426</u>
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	06	06	3	<u>28</u>
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	09	09	09	0	<u>27</u>
Doenças do aparelho geniturinário	122	127	121	91	<u>461</u>
Gravidez parto e puerpério	01	02	03	02	<u>8</u>
Algumas afecções originadas no período perinatal	35	25	42	31	<u>101</u>
Anomalias congênitas	10	09	14	09	<u>42</u>
Causas externas	211	233	214	147	<u>805</u>
Total	<u>2612</u>	<u>2325</u>	<u>2460</u>	<u>1374</u>	<u>8313</u>

TABELA 23: Óbitos p/Residência na Região Serra Catarinense

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

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

TABELA 23: Óbitos p/Residência na Região Serra Catarinense

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10 Óbito por
Município Resid e Ano do Óbito UF Residência:
Santa Catarina
Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense

Período: 2022-2025					
Município Resid	2022	2023	2024	2025*	Total
420100 Anita Garibaldi	99	63	79	22	263
420243 Bocaina do Sul	29	30	39	22	120
420250 Bom Jardim da Serra	34	24	34	23	115
420260 Bom Retiro	73	62	81	54	270
420340 Campo Belo do Sul	69	42	53	29	193
420325 Capão Alto	22	23	21	15	81
420417 Cerro Negro	29	26	31	12	98
420455 Correia Pinto	121	113	134	72	440
420930 Lages	1.564	1.419	1.450	831	5264
421175 Otacílio Costa	119	124	137	75	455
421189 Painei	25	24	21	15	85
421205 Palmeira	27	25	22	15	89
421330 Ponte Alta	36	36	43	20	135
421505 Rio Rufino	17	17	27	16	77
421650 São Joaquim	223	194	206	131	754
421680 São José do Cerrito	77	90	82	44	293
421890 Urubici	104	97	100	48	349
421895 Urupema	22	25	24	16	87
Total	2.690	2.434	2.585	1.460	9.169

Fonte: Painei CIEGES, 2025. * Dados preliminares 2025.

O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é, de longe, a principal causa da mortalidade em Santa Catarina. Desse conjunto, destacam-se quatro principais

enfermidades (DCNT): neoplasias malignas, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, e em Santa Catarina, refletindo também o cenário da Região da Serra Catarinense. Nesse grupo, destacam-se como mais relevantes as **neoplasias malignas, o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas**, que impactam de forma significativa a carga de morbimortalidade da população.

A análise histórica demonstra que, na faixa etária de 30 a 69 anos, a mortalidade por DCNT apresentou tendência de declínio nos últimos anos, atingindo 330 óbitos por 100 mil habitantes em 2016. Esse indicador reforça a necessidade de manutenção e ampliação das estratégias de **prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno**, que podem sustentar a redução da mortalidade prematura por essas causas até 2030. Por outro lado, entre idosos (70 anos ou mais), o impacto das DCNT é ainda mais expressivo, com taxa de 4.363 óbitos por 100 mil habitantes registrada em 2016 (SANTA CATARINA, 2018).

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

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

Observa-se que as DCNTs continuam sendo predominantes na região serrana, com destaque para as **doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório**, que juntas respondem por grande parte dos óbitos. Além disso, condições como **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, bem como causas externas**, também mantêm relevância epidemiológica, evidenciando a complexidade do quadro de saúde regional.

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

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10 Óbito por Causas Capítulos e Ano do Óbito UF Residência: Santa Catarina Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense Período:2022-2025*					
Causas Capítulos	2022	2023	2024	2025*	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	220	97	136	36	489
Neoplasias (tumores)	485	469	518	306	1778
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	12	11	08	42
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	144	119	125	71	459
Transtornos mentais e comportamentais	18	25	39	17	99
Doenças do sistema nervoso	94	74	62	55	285

Doenças do aparelho circulatório	809	700	711	349	<u>2569</u>
Doenças do aparelho respiratório	317	294	334	175	<u>1120</u>
Doenças do aparelho digestivo	113	124	115	74	<u>426</u>
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	06	06	3	<u>28</u>
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	09	09	09	0	<u>27</u>
Doenças do aparelho geniturinário	122	127	121	91	<u>461</u>
Gravidez parto e puerpério	01	02	03	02	<u>8</u>
Algumas afecções originadas no período perinatal	35	25	42	31	<u>101</u>
Anomalias congênitas	10	09	14	09	<u>42</u>
Causas externas	211	233	214	147	<u>805</u>
Total	<u>2612</u>	<u>2325</u>	<u>2460</u>	<u>1374</u>	<u>8313</u>

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

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

O conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constitui a principal causa de mortalidade em Santa Catarina, refletindo também o cenário da Região da Serra Catarinense. Nesse grupo, destacam-se como mais relevantes as **neoplasias malignas, o diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias crônicas**, que impactam de forma significativa a carga de morbimortalidade da população.

A análise histórica demonstra que, na faixa etária de 30 a 69 anos, a mortalidade por DCNT apresentou tendência de declínio nos últimos anos, atingindo 330 óbitos por 100 mil habitantes em 2016. Esse indicador reforça a necessidade de manutenção e ampliação das estratégias de **prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno**, que podem sustentar a redução da mortalidade prematura por essas causas até 2030. Por outro lado, entre idosos (70 anos ou mais), o impacto das DCNT é ainda mais expressivo, com taxa de 4.363 óbitos por 100 mil habitantes registrada em 2016 (SANTA CATARINA, 2018).

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

Mortalidade Geral – Santa Catarina – CID-10 Óbito por Causas Capítulos e Ano do Óbito UF Residência: Santa Catarina Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense Período: 2017-2019				
Causas Capítulos	2017	2018	2019	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80	58	120	258
Neoplasias (tumores)	457	411	430	1298
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	4	9	24
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	154	156	141	451
Transtornos mentais e comportamentais	22	27	28	77
Doenças do sistema nervoso	46	45	52	143
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	1	1

Formatado: Esquerda: 3 cm

Formatado: Recuo: Deslocamento: 1 cm

Formatado: Cor da fonte: Automática

Doenças do aparelho circulatório	574	580	595	1749
Doenças do aparelho respiratório	229	252	273	754
Doenças do aparelho digestivo	116	113	120	349
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	3	4	15
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	14	7	10	31
Doenças do aparelho geniturinário	84	111	92	287
Gravidez parto e puerpério	3	2	1	6

Algumas afecções originadas no período perinatal	35	40	45	120
Anomalias congênitas	14	13	16	43
Mal Definidas	91	108	92	291
Lesões envenenamento e algumas outras conseq causas externas	0	0	1	1
Causas externas	184	187	232	603
Total	122	117	262	501

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

Observa-se que as DCNTs continuam sendo predominantes na região serrana, com destaque para as **doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório**, que juntas respondem por grande parte dos óbitos. Além disso, condições como **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, bem como causas externas**, também mantêm relevância epidemiológica, evidenciando a complexidade do quadro de saúde regional.

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

Mortalidade Geral - Santa Catarina - CID 10 Óbito por Causas Capítulos e Ano do Óbito UF Residência: Santa Catarina Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense Período:2022-2025*					
Causas Capítulos	2022	2023	2024	2025*	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	220	97	136	36	489
Neoplasias (tumores)	485	469	518	306	1778
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	12	11	08	42
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	144	119	125	71	459
Transtornos mentais e comportamentais	18	25	39	17	99
Doenças do sistema nervoso	94	74	62	55	285
Doenças do aparelho circulatório	809	700	711	349	2569
Doenças do aparelho respiratório	317	294	334	175	1120
Doenças do aparelho digestivo	113	124	115	74	426
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	13	06	06	3	28
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	09	09	09	0	27

Doenças do aparelho geniturinário	122	127	121	91	461
Gravidez parto e puerpério	01	02	03	02	8
Algumas afecções originadas no período perinatal	35	25	42	31	101
Anomalias congênitas	10	09	14	09	42
Causas externas	211	233	214	147	805
Total	2612	2325	2460	1374	8313

Fonte: Painel CIEGES, 2025. * Dados preliminares 2025.

A Tabela 24 apresenta a distribuição da mortalidade geral por capítulos da CID-10 na Região da Serra Catarinense entre 2022 e 2025, destacando a predominância das DCNT sobre as demais causas e reforçando os desafios para a organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando o impacto direto dessas doenças na ocorrência de incapacidades e na demanda por reabilitação.

Formatado: Fonte: 11 pt

Formatado: Espaço Antes: 0,75 pt, Borda: Superior: (Sem borda), Inferior: (Sem borda), Esquerda: (Sem borda), Direita: (Sem borda), Entre : (Sem borda)

TABELA 25: Taxa de mortalidade Específica por AVC 2024-2018, Fonte: Tebnet , 2024

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: 11 pt, Cor da fonte: Automática

população 2025 2019			
Município	Número e taxa de mortalidade por Acidente vascular Cerebral		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	<u>3 5</u>	<u>8.339 7133</u>	<u>70,4 0,36</u>
Bocaina do Sul	<u>0 1</u>	<u>3.639 3474</u>	<u>0 28,8</u>
Bom Jardim da Serra	1	<u>3.995 4743</u>	<u>0,25 21,1</u>
Bom Retiro	<u>3 2</u>	<u>8.422 9966</u>	<u>0,36 20,1</u>
Campo Belo do Sul	<u>3 5</u>	<u>7.324 7016</u>	<u>0,68 42,8</u>
Capão Alto	0	<u>2.636 2525</u>	0,0
Cerro Negro	<u>4 1</u>	<u>3.303 3124</u>	<u>1,21 32,0</u>
Correia Pinto	<u>9 6</u>	<u>16.253 12795</u>	<u>0,55 46,9</u>
Lages	<u>85 73</u>	<u>172.458 1575 44</u>	<u>0,49 46,3</u>
Otacílio Costa	1	<u>17.873 1874 4</u>	<u>0,056 5,3</u>
Painel	<u>2 1</u>	<u>2.216 2359</u>	<u>0,90 42,4</u>
Palmeira	<u>1 0</u>	<u>2.658 2627</u>	<u>0 38,1</u>
Ponte Alta	<u>2 1</u>	<u>4.390 4682</u>	<u>0,46 21,4</u>
Rio Rufino	0	<u>2.429 2483</u>	0,0
São Joaquim	<u>5 7</u>	<u>26.982 26952</u>	<u>0,19 26,0</u>
São José do Cerrito	<u>5 3</u>	<u>8.706 8295</u>	<u>0,57 36,2</u>
Urubici	<u>4 6</u>	<u>11.064 11235</u>	<u>0,36 53,4</u>
Urupema	<u>2 0</u>	<u>2.751 2465</u>	<u>0,73 0,0</u>
Total	<u>412 131</u>	<u>306.009 288162</u>	<u>7,17 38,9</u>

Fonte: Tebnet, 2024
SIM, 2020.

A análise das taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), calculadas a partir do número de óbitos e da população residente em diferentes territórios, evidencia variação significativa entre as localidades, com taxas individuais variando de 0,056 a 1,21 óbitos por 1.000 habitantes. O somatório das taxas dos territórios analisados é de ≈7,17 óbitos por 1.000 habitantes, indicando carga relevante de mortalidade por AVC na população estudada.

Formatado: Fonte: 12 pt

Esses dados reforçam a necessidade de incorporar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial os fatores de risco para AVC, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, como prioridade nas estratégias de prevenção e atenção à saúde nos territórios.

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

A interpretação dos dados permite identificar áreas com maior vulnerabilidade, orientando intervenções focalizadas em: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS); monitoramento contínuo de fatores de risco, acompanhamento clínico individualizado e promoção de hábitos saudáveis. Vigilância Epidemiológica; sistematização e análise periódica de óbitos e eventos de AVC para identificar tendências e avaliar efetividade das ações de prevenção. Rede de Urgência e Emergência; garantia de atendimento rápido e oportuno, minimizando complicações e mortalidade associada ao AVC.

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

Formatado: Fonte: 12 pt, Negrito

Formatado: Fonte: 12 pt

A distribuição das taxas por território evidencia a importância de políticas integradas e intersetoriais que combinem prevenção, diagnóstico precoce e atenção especializada, a fim de reduzir a mortalidade por AVC e otimizar o uso de recursos em saúde pública.

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

Formatado: Cor da fonte: Automática

TABELA 27: Taxa de mortalidade específica por IAM 2023 2018. Tabnet

2023 2018			
Município	Número e taxa de mortalidade por Infarto agudo do miocárdio		
	Nº Óbito	População	Taxa de Mortalidade
Anita Garibaldi	14	8.285.7313	0,12 54,7
Bocaina do Sul	39	3.515.3460	0,85 0,9

Formatado: Fonte: 11 pt, Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: (Padrão) Roboto, 12 pt, Cor da fonte: Cor Personalizada(55;52;53)), Realce

Formatado: Cor da fonte: Automática

Tabela formatada

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: (Padrão) Roboto, 12 pt, Cor da fonte: Cor Personalizada(55;52;53)), Padrão: Transparente (Cor Personalizada(55;52;53))

Formatado: Cor da fonte: Automática

Bom Jardim da Serra	3	4.026,4712	0,75 63,7
Bom Retiro	4,8	9870,8418	0,9540,5
Campo Belo do Sul	2,3	7.257,7081	0,41 28,2
Capão Alto	2,0	2.625,2556	0,76 0,0
Cerro Negro	1,3	3.317,3181	0,30 94,3
Correia Pinto	12,5	15.727,13040	3,62 38,3
Lages	71,40	164.981,157743	0,43 25,4
Otacílio Costa	9,4	17.312,18510	0,52 21,6
Painel	1	2.215,2363	0,45 42,3
Palmeira	2,0	2.561,2603	0,78 0,0
Ponte Alta	2,3	4.437,4714	0,45 63,6
Rio Rufino	3,0	2.397,2482	1,25 0,0
São Joaquim	15,6	25.939,26763	0,58 59,8
São José do Cerrito	1,9	8.708,8421	0,12 106,9
Urubici	4,5	10.834,11195	0,37 44,7
Urupema	0	2.656,2472	0,0
Total	141,99	286.792,288479	12,71 34,3

		1123511235	
Urupema	0	2.751 24652465,	0,0
Total	160 131	288162	45,5

Fonte: ~~tabnet 2024~~ - SIM, 2020.

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial, 13,5 pt, Cor da fonte: Cor Personalizada(RGB(36;36;36)), Padrão: Transparente (Cor Personalizada(RGB(250;251;252)))

Formatado: Recuo: À esquerda: 0,54 cm, Espaço Antes: 2,9 pt, Borda: Superior: (Sem borda), Inferior: (Sem borda), Esquerda: (Sem borda), Direita: (Sem borda), Entre : (Sem borda)

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

As mortes por causas externas compreendem óbitos resultantes de acidentes de transporte, quedas, exposição a forças da natureza, afogamentos, contato com eletricidade, fogo, animais ou plantas venenosas, homicídios, suicídios e outras situações cuja intenção seja determinada ou indeterminada. Esses eventos representam uma parcela importante da mortalidade evitável, especialmente na população adulta jovem. Entre 2022 e 2024, a Região de Saúde 4213, Serra Catarinense, registrou 728 óbitos por causas externas, distribuídos conforme o tipo de evento: Acidentes de transporte foram a principal causa, totalizando 225 óbitos (30,9% do total de causas externas). Quedas e outros acidentes domésticos somaram 117 óbitos (16,1%). Afogamentos registraram 31 óbitos (4,3%). Exposição a forças inanimadas e acidentes com eletricidade, fogo, animais ou plantas venenosas totalizaram 32 óbitos (4,4%). Homicídios contabilizaram 96 óbitos (13,2%), enquanto suicídios representaram 119 óbitos (16,3%). Eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e complicações médicas corresponderam a 29 óbitos (4,0%).

A análise temporal indica variação nos tipos de eventos ao longo dos anos: por exemplo, os acidentes de transporte permaneceram relativamente constantes (77 em 2022, 79 em 2023 e 69 em 2024), enquanto os suicídios aumentaram de 34 em 2022 para 43 em 2024, evidenciando a necessidade de ações preventivas e vigilância contínua.

Esses dados reforçam a importância de estratégias integradas de prevenção de causas externas, incluindo: Políticas de segurança viária e conscientização sobre transporte seguro; Programas de prevenção de quedas e acidentes domésticos, principalmente na população idosa; Ações de saúde mental e prevenção ao suicídio, considerando o aumento da incidência; Capacitação de serviços de urgência e emergência, garantindo atendimento rápido e adequado

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

As causas externas de mortalidade na Serra Catarinense foram em 2017 pelo SIM (sistema de informação de mortalidade do MS) na Serra Catarinense de 184 casos e em 2019 com aumento passando para 232 casos, sendo 10,25% com relação a mortalidade geral. Das

Formatado: Fonte: 13 pt, Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

Formatado: Fonte: Negrito, Cor da fonte: Automática

Formatado: Cor da fonte: Automática

causas externas as associadas a acidentes de transportes (35,7%), homicídios (16%) e suicídios (15,6%) são os mais relevantes em 2019. Na Tabela 27 constam os indicadores de mortalidade por causas externas na Serra Catarinense.

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

Região de Saúde Residência: 4213 Serra Catarinense				
Período: 2022-2024				
Causas Externas	2022	2023	2024	Total
Acidentes de Transportes	77	79	69	225
Acidentes-Quedas	57	30	30	117
Acidentes-exposição a forças inanimadas	6	3	5	14
Acidentes-Afogamento	9	8	14	31
Acidentes-riscos a respiração	8	8	6	22
Acidentes-exposição a corrente elétrica	1	3	0	4
Acidentes-exposição ao fogo e às chamas	4	3	6	13
Acidentes-Contato com animais e plantas venenosas	0	0	1	1
Acidentes-Envenenamento	0	0	0	0
Acidentes-Outros	57	0	0	57

Homicídio	34	29	33	96
Suicídio	34	42	43	119
Eventos cuja intenção é indeterminada	4	0	0	4
Intervenções Legais e operações de guerra	0	1	0	1
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0	0	14	14
Demais causas externas	0	9	1	10
Total	291	215	222	728

Fonte: TabNet, 2025. *Dados 2022-2024

De acordo com os dados obtidos por meio do **Tabnet**, verificou-se que a **principal causa de óbito**, segundo a classificação do **CID-10**, corresponde aos **acidentes de transporte em geral**, seguida pela **taxa de mortalidade por suicídio** e pelas **quedas**.

Comentado [12]: Ana favor, verificar se precisa ajustar algo

Comparando-se com períodos anteriores, observa-se **manutenção do perfil de mortalidade por causas externas**, com **inversão entre as duas primeiras posições**, passando os **acidentes de transporte** a ocupar o primeiro lugar, anteriormente representado pelo **suicídio**.

Do ponto de vista epidemiológico, esses achados reforçam a **importância de políticas intersetoriais voltadas à prevenção de acidentes e à promoção da saúde mental**, conforme preconizado pela **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS nº 737/2001)** e pela **Política Nacional de Saúde Mental**.

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

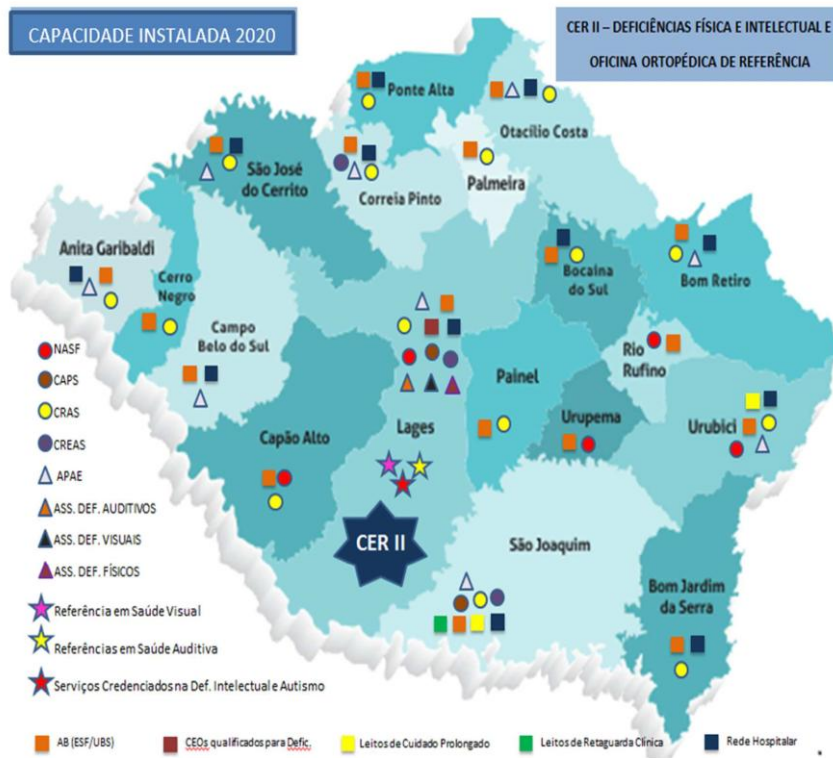
Ano do Óbito	X60-X84: Lesões autoprovocadas voluntariamente
2018	24
2019	35
2020	38
2021	31
2022	34
2023	42
2024	43
Total	257

Fonte: Tabnet,2025. * Dados de 2018-2024.

3 DESENHO REGIONAL DA RCPD:

3.1 Mapa territorial com elementos da capacidade instalada em 2020

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



3.2 Desenho esquemático da integração dos serviços

FIGURA 14. Desenho esquemático da integração dos serviços



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

3.4 Escalonamento com ordem de prioridade das ações

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na Região da Serra Catarinense tem avançado gradativamente na identificação e no cuidado às pessoas com deficiência, contudo, ainda enfrenta importantes desafios estruturais e operacionais que limitam a oferta de uma atenção integral e equitativa.

A partir da análise dos formulários preenchidos pelos municípios, observou-se que as principais dificuldades estão relacionadas à falta de profissionais capacitados e de serviços específicos voltados à pessoa com deficiência, à ausência de protocolos regionais e fluxos de cuidado definidos, além de fragilidades na estrutura física e de transporte para o acesso aos serviços especializados, frequentemente localizados em municípios de referência, como Lages.

3.4.1. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde na identificação e acompanhamento da Pessoa com Deficiência

- Implantar fluxos e protocolos regionais de identificação precoce e monitoramento das condições de saúde das pessoas com deficiência.
- Desenvolver e implementar instrumentos padronizados para registro e acompanhamento das pessoas com deficiência no território (vinculação na APS e mapeamento populacional).
- Promover a articulação entre a APS, a RAPS, a RUE e a Atenção Especializada, garantindo a integralidade do cuidado e a coordenação do cuidado pela APS.

3.4.2. Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais de Saúde

- Realizar capacitações regionais voltadas à identificação, acolhimento, comunicação e cuidado integral da pessoa com deficiência, abrangendo todos os profissionais das redes de atenção (APS, AAE, hospitalar, e especializada).
- Inserir o tema “atenção à pessoa com deficiência” nos processos formativos contínuos do PlanificaSUS e dos Programas de Educação Permanente da GERSA.
- Incentivar a formação de profissionais de referência municipais para o tema, atuando como multiplicadores locais.

3.4.3. Ampliação e Qualificação dos Serviços de Referência Regional

- Pleitear a ampliação do número de serviços especializados em reabilitação física, auditiva, visual, intelectual e múltipla, considerando a distância dos municípios menores em relação a Lages.
- Garantir transporte sanitário acessível e apoio para o deslocamento das pessoas com deficiência até os pontos de atenção especializados.
- Buscar parcerias com instituições de ensino e hospitais regionais para fortalecer o atendimento especializado e multiprofissional.

3.4.4. Estruturação das Equipes e Recursos Humanos

- Solicitar apoio estadual para a recomposição e qualificação de equipes multiprofissionais, com ênfase em fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.
- Prever incentivo para criação de equipes regionais de apoio itinerante à pessoa com deficiência, que possam atuar nos municípios de menor porte.
- Garantir a presença de profissionais de referência para a RCPD em todos os municípios.

3.4.5. Desenvolvimento de Protocolos e Linha de Cuidado Regional

- Construir, de forma regionalizada, a Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência, com definição clara de fluxos entre APS, serviços de reabilitação e hospitalares.
- Elaborar protocolos assistenciais e de regulação de acesso que orientem a atenção integral e contínua, respeitando as especificidades do território.

3.4.6. Fortalecimento da Governança Regional da RCPD

- fortalecer o Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, garantindo representação de todos os municípios.
- Promover encontros periódicos para discussão de casos, alinhamento de fluxos e monitoramento dos indicadores da rede.
- Integrar o monitoramento da RCPD aos sistemas de informação da APS e da Vigilância em Saúde.

3.4.7. Apoio à Inclusão e Acessibilidade no Território

- Pleitear recursos para adequações físicas e de acessibilidade nas unidades de saúde municipais e regionais.
- Fomentar ações intersetoriais com educação, assistência social e transporte, voltadas à inclusão social e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

TABELA 31 - Escalonamento com ordem de prioridade das ações

REGIÃO DE SAÚDE	ANO DA EXECUÇÃO	ORDEM DE PRIORIDADE	OBJETO	TIPO	MODALIDADE	VALOR	NOME DO ESTABELECIMENTO	ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO	CNES	NATUREZA JURÍDICA	ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO APOORTE FINANCEIRO(ESTADO OU MUNICÍPIO)
Serra Catarinense	2025	1	Ampliação do Espaço	CER	Físico, Intelectual e Auditivo	Custo estimado será assegurado por meio da definição do valor paramétrico R\$/m², conforme à portaria n.º 381/2017 Reforma ou ampliação para qualificação de CER III - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); (Origem PRT MS/GM 835/2012, Art.2º, III)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2025	2	Sala de estimulação precoce	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2025	3	Equipamentos sala de estimulação precoce	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2025	4	Sala Neurofuncional	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2026	5	Descentralização da Toxina Botulinica	CER	Físico, Intelectual e Auditivo	Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes: (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV) Até R\$ 1.000.000 (um milhão de reais); (Origem: PRT MS/GM 835/2012, Art. 2º, IV, a)	UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2026	6	Testes para avaliação neuropsicológica	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2026	7	Equipamentos sala Neurofuncional	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal
Serra Catarinense	2026	8	Ar condicionado	CER	Físico, Intelectual e Auditivo		UNIPLAC	Municipal	2500450	8,50E+17	Municipal

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

Manual Instrutivo da PMAQ. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**, 2012, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
MARITA P. SISCÃO; CRISTIANO PEREIRA; ROBERTO L.C. ARNAL; MARCOS H. D.A. FOSS; LAÍS H.C. MARINO. **Trauma Raquimedular: Caracterização em um Hospital Público**. 2007. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD195.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
MORAES, E.N.; BANDEIRA, E.M.F.S.; SILVA, D.F.; MEDEIROS, M.C.A.F. Rede assistencial de atenção à pessoa idosa. In: Moraes, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte (MG): Coopmed; 2008. p.665-78
MORETTO, L.C. **A Prevalência da Utilização da Fisioterapia entre a População Adulta Urbana de Lages, SC.** 2008 disponível em: http://www.uniplac.net/mestrado/dissertacoes/dissertacao_luciane_moretto.pdf

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

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

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

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

SANTOS, L.C.R. dos. **Lesão traumática da medula espinhal**: estudo retrospectivo de pacientes internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982-1987. São Paulo, 1989. 102 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Convenção da Pessoa com Deficiência** – ONU 2007. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.

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



ANEXOS

Anexo I - Manual do Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) CER II UNIPLAC.

REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Jorginho Mello

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO GOVERNO DE SANTA CATARINA

Diogo Demarchi Silva

COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Jaqueline Reginatto

REITOR DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

Kaio Henrique Coelho do Amarante

COORDENADORA DO CER-II UNIPLAC

Elusa Camargo de Oliveira Machado

REVISADO POR:

ENFERMEIRO DO CER II - UNIPLAC

André Roberto Faria

FISIOTERAPEUTA DO CER II - UNIPLAC

Caroline Bertuol Dacoregio

PSICÓLOGO DO CER II - UNIPLAC

Guilherme Secchi

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	6
2. SOBRE O FUNCIONAMENTO CER II/UNIPLAC.....	10
2.1. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E LOCAL.....	10
2.2. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CER II/UNIPLAC.....	10
2.3. NÚMERO DE PACIENTES A SEREM ATENDIDOS.....	11
2.4. ENCAMINHAMENTO DO USUÁRIO.....	11
2.5. ACOLHIMENTO NO CER II/UNIPLAC.....	12
2.7. MODALIDADE DE ENQUADRAMENTO.....	15
2.8. CRITÉRIOS DE NÃO ENQUADRAMENTO.....	16
2.9. EXAMES COMPLEMENTARES.....	16
2.10. CONCESSÃO E ADAPTAÇÃO DE ÓRTESES (OPM).....	17
3. ATENDIMENTOS A OSTOMIZADOS.....	18
4. ALTA DO USUÁRIO.....	19
5. DESLOCAMENTO E ALIMENTAÇÃO DO USUÁRIO.....	19
6. CONTROLE E ACOMPANHAMENTOS DOS ATENDIMENTOS.....	19
7. PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS PELO CER II/UNIPLAC.....	20
8. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	20
8.1. O Serviço de Reabilitação Intelectual.....	20
8.3. Reabilitação Intelectual.....	21
8.4. Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	23
9. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	24
10. DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	25
10.1. Neuroreabilitação.....	26
10.2. Lesão Medular.....	26
10.3. Traumatismo Cranioencefálico.....	27
10.4. Paralisia Cerebral.....	28
10.5. Amputação.....	28
10.6. Deficiência Congênita, adquirida, hereditária e doença rara.....	29
11. REFERÊNCIA.....	31
12. APÊNDICES.....	32
12.1. Formulário para Encaminhamento de Deficiência Física e Intelectual.....	46
12.2. Acolhimento.....	48
12.3. Contrarreferência.....	48

12.4 Termo de Autorização do uso de Imagem.....	54
12.5. Fluxograma de Acolhimento.....	55
12.6. Fluxograma Geral do CER –II.....	56
12.7.1.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE/Infantil.....	57
12.7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE/Adulto.....	58
12.08. Evolução.....	60

1. APRESENTAÇÃO

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

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº 13.146, de 06 de julho de 2015, em seu art. 2º, considera 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.

Ao considerar a deficiência, é necessário considerar a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde, divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Dessa forma, a compreensão da deficiência é produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em consonância com a concepção da Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de dezembro de 2006.

Este documento tem por objetivo nortear a implementação e implantação de serviços de reabilitação, bem como, o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no âmbito da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), especialmente nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas. A deficiência atualmente é compreendida como resultado entre o impedimento corporal e as barreiras socioambientais, resultando numa participação social deficitária. Sendo que o impedimento corporal é compreendido como a perda ou ausência de um membro ou função sensorial, ou seja, as questões que se apresentam no corpo das pessoas, exemplo: a amputação de uma das pernas ou a perda total ou parcial da função auditiva. As barreiras são compreendidas como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como, a oportunidade e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações, atitudinais e tecnológicas.

- Barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;
- Barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;
- Barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;
- Barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;
- Barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;
- Barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao

público ou de uso coletivo.

De acordo com o Censo 2000 do IBGE, 24,6 milhões de brasileiros têm algum tipo de deficiência, o que corresponde a 14,5% da população.

Já em 2022, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que 18,6 milhões de brasileiros com dois anos ou mais de idade tinham algum tipo de deficiência, o que corresponde a 8,9% da população.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012) a reabilitação é essencial para pessoas com deficiência a fim de torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil. Portanto, a reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos (OMS, 2012). Olhar sobre o fenômeno da funcionalidade (atividade, participação, desempenho e capacidade), não se limitando apenas ao olhar da doença, introduzindo um modelo de entendimento da funcionalidade, modelo esse mais dinâmico e compatível com a complexidade do conceito de saúde atual (OMS, 2003).

O processo de habilitação e reabilitação tem por objetivo, segundo a LBI, o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

As estratégias de ações para reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente. Desse modo, essas ações não podem ser desenvolvidas a partir do trabalho de único saber ou campo profissional, mas sim a partir de uma lógica de trabalho coletiva, pensando o indivíduo em sua complexidade. As ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade. O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na sociedade, comunidade e família.

Uma das prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

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

Os serviços de atenção especializada em reabilitação produzirão em conjunto com o usuário, familiares e acompanhantes, de forma matricial na rede de atenção um Projeto Terapêutico Singular com base nas avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologia assistiva, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

Buscando facilitar o acolhimento inicial, faz-se necessário a utilização dos Formulários de Encaminhamentos de Deficiência Física e Intelectual, a serem preenchidos pelo médico da Unidade Básica de Saúde, o qual será cadastrado no SISREG aguardando aprovação do médico regulador, o mesmo classifica o paciente e de acordo com sua classificação o paciente será chamado para

acolhimento no CER II/UNIPLAC. Através deste instrumento a atenção básica fará a referência ao CER II/UNIPLAC e encaminhamento do paciente. Após cadastramento no SISREG, de acordo com urgência (inserção) e ordem na fila, quando chegar à sua vez, o paciente será chamado no CER II para o acolhimento.

Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva e será organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber neste caso, onde o CER II: prestar atendimentos de duas modalidades de reabilitação.

A estrutura da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, CER II/UNIPLAC, atenderá as cidades da Serra Catarinense dos 18 municípios que pertencem a Região da AMURES: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Paineira, Palmeira, Pon-te Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.

Para a classificação dos pacientes com deficiência, será utilizado a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e (CID-11). Os itens a seguir foram apresentados e aprovados no dia 12 de março de 2015 na Comissão Intergestores Regionais da Serra Catarinense, através da ata nº 02/2015, e servirá como instrumento de informação e organização do CER II/UNIPLAC.

2. SOBRE O FUNCIONAMENTO CER II/UNIPLAC

2.1. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E LOCAL

O CER II/UNIPLAC funcionará de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e 13h30 às 17h30 no Centro de Ciências da Saúde (CCS).

*Poderá haver atendimentos até as 20h se houver demanda.

Endereço: Avenida Castelo Branco, nº 170; Bairro: Universitário, CEP: 88509-900;

Cidade de Lages, Santa Catarina - Brasil.

Fone: (49)3251-1165 / (49)999825929;

E-mail: projeto_cer@uniplaclages.edu.br

2.2. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CER II/UNIPLAC

No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe configura-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerado como um dos pilares do trabalho em saúde e torna as necessidades de saúde como objeto multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, políticos, econômicos e culturais.

A equipe de atendimento é multiprofissional e atende de forma transdisciplinar, o paciente, com olhar integral em sua reabilitação.

A equipe é composta por: Responsável Técnico, Técnico Administrativo, Enfermeiro, Terapeuta

Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Nutricionista, Músico, Assistente Social, Psicólogo e Médicos nas especialidades de Clínica geral, Neurologia, Neurologia Pediátrica e Ortopedia.

2.3. NÚMERO DE PACIENTES A SEREM ATENDIDOS:

Conforme equipe técnica supracitada, espaço físico e baseado no instrutivo do Ministério da Saúde – Instrutivo de reabilitação auditiva, física e intelectual e visual CER e serviços habilitados em uma única modalidade, em sua versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013 – Brasília: Ministério da Saúde e a de 2020, o número de usuários atendidos no serviço:

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

Bem como, avaliação dar-se á por procedimentos contidas nas bases nacionais e oficiais do SUS (sistema SIA/SUS), as quais devem ser alimentadas regularmente.

Quadro 1 - Quantitativos mínimos de produtividade por parte de CER

Tipo de CER Produção da Equipe Multidisciplinar

(Exceto Médico) Produção da Equipe Médica Produção SIA/SUS Mínima (Mensal)

CER II 2.150 256 2.406

2.4. ENCAMINHAMENTO DO USUÁRIO

O preenchimento do formulário para encaminhamento paciente com deficiência Física ou Intelectual (Apêndice 1) pode ser realizado pelos serviços de saúde (como: rede hospitalar e/ou instituições como APAES, CAPs, entre outras), através das Unidades de Atenção Básica do município de origem do usuário, por meio da inserção no SISREG de acordo com o tipo de deficiência.

O formulário deve ser preenchido com todos os dados solicitados, como dados dos usuários, o diagnóstico clínico e as demais informações pertinentes, que justifiquem a entrada do usuário no CER II/UNIPLAC.

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

Ressalta-se que é imprescindível o correto e completo preenchimento do formulário de encaminhamento, com a adequada documentação anexa. A equipe não estará autorizada a realizar o

atendimento caso o encaminhamento não respeite os protocolos do CER II/ UNI-PLAC, em caso contrário o paciente será referenciado aos serviços do município de origem, com o documento de contrarreferência (Apêndice 03).

A contrarreferência é um documento estruturado por equipe multidisciplinar que atende ou avaliou paciente, quando atendimento com procedimentos realizados e análise por área. O documento é impresso em duas vias, sendo uma entregue para o paciente e ou responsável, explicando aos mesmos o material contido no documento e uma ficando para anexo ao serviço. Este documento é encaminhado também para Unidade Básica de Saúde do paciente via e-mail, evoluído no G-MUS (Sistema de Prontuário Eletrônico) e quando necessário contato demais redes para comunicação de alta e continuidade da assistência pós alta.

2.5. ACOLHIMENTO NO CER II/UNIPLAC

Após a seleção realizada pela regulação/SISREG o usuário será acolhido conforme o fluxograma (apêndice 04) e em seguida seguirá fluxograma geral de funcionamento do CER II (Apêndice 05). No ato do acolhimento será informado sobre o funcionamento do serviço e o usuário/responsável assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com todas as regulamentações e critérios para a permanência no serviço, em duas vias, uma para o usuário e outra para o serviço (Apêndice 06), e também assinará o termo de Autorização de uso de imagem, caso opte por essa modalidade (Apêndice 07).

Neste momento inicial será realizada avaliação com a equipe multiprofissional, a fim de determinar as avaliações específicas para definição diagnóstica e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), também em duas vias uma para o usuário e outra para o serviço conforme (Apêndice 08). Em seu plano terapêutico, o usuário poderá receber atendimentos (de no mínimo duas especialidades).

Na avaliação com a equipe multiprofissional será avaliado e orientado paciente/família quanto a necessidade de um acompanhante para o paciente maior de 18 anos, essa condição pode ser revista durante o processo de reabilitação. Neste momento estipulado o tempo de permanência no serviço de acordo com a necessidade do paciente e definido pela equipe. No caso do paciente ser menor de idade, a presença do responsável legal durante o período de avaliação é imprescindível. Após o início das terapias, outro cuidador maior de idade poderá acompanhar este paciente, desde que devidamente documentado.

2.6. ATENDIMENTOS OFERECIDOS:

- Avaliação Especializada:

Consulta médica nas especialidades de neuropediatra, neurologia, clínica médica e ortopedia. E também nas especialidades de enfermagem, nutrição e serviço social, com duração de até 45 minutos, com retornos e/ou acompanhamento nos casos indicados;

- Avaliação Multiprofissional:

O paciente será avaliado pelas especialidades de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional para direcionar os possíveis atendimentos subsequentes e também diálogo sobre o caso do paciente entre os profissionais da avaliação multiprofissional e também especializada para então realizar a estruturação do PTS;

- Atendimento individualizado:

Será realizado segundo PTS, com duração de no máximo 45 minutos;

- Atendimento em grupo:

Os mesmos serão realizados no mínimo uma vez por mês e o encaminhamento do paciente para o grupo se dará de acordo com a demanda de cada paciente e grupos ativos no período de reabilitação

do mesmo, estes com a duração média de 45 minutos;

- **Atendimento familiar:**

Este poderá ser em grupo ou individual, conforme a demanda, visa orientar e auxiliar os familiares no processo terapêutico de seus entes.

- **Estimulação Precoce às Crianças:**

Crianças com idade de 0 a 3 anos com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, associando a deficiência física e ou intelectual de acordo com instrutivo do CER II, o objetivo na estimulação precoce é o atendimento individualizado e em grupo quando adequado por equipe multidisciplinar e outras crianças, para promover acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil, além de orientar as famílias sobre a continuidade do cuidado no seio familiar;

- **Orientações aos cuidadores/família:**

Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado. Orientações para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;

- **Órteses e dispositivos auxiliares de locomoção:**

Seleção, prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades;

- **Reuniões de equipe:**

Promoção de reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos planos terapêuticos e discussão de casos, a fim de promover o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, visando alcance de objetivos e potencializar o processo de reabilitação;

- **Estratégias de Educação permanente:**

Promovendo aprendizagem no trabalho, em que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, bem como atividades sistemáticas de capacitação para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas;

- **Comunicação com a rede:**

Sistema de referência e contrarreferência, apontando para redes de atenção em saúde, estabelecendo critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento;

Articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado; Participação e/ou promoção, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva; Articulação intersetorial com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

2.7. MODALIDADE DE ENQUADRAMENTO

- **Enquadramento experimental:** Indicado quando há necessidade de avaliação mais minuciosa e maior observação do paciente sobre o seu quadro, necessário para estruturação de diagnóstico e prognóstico terapêutico. O enquadramento funciona como um período de experiência e tem duração de até 3 meses. Não é necessário que seja realizado por todas as especialidades. Estes casos deverão ser monitorados serão rediscutidos em reuniões de equipe, para definição de conduta terapêutica, sendo proposta alta ou manutenção no tratamento. Neste caso, será indicado novo enquadramento;
- **Enquadramento curto período:** Indicado quando existe uma demanda específica a ser

trabalhada com o paciente. Duração de 3 a 6 meses. Serão realizadas reavaliações durante este período e discussão do caso em equipe;

- Enquadramento médio período: Indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente. Duração de 6 a 9 meses. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe;
- Enquadramento longo período: Indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente. Duração de 9 a 12 meses. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe;
- Estimulação Precoce: Indicado para crianças de até 3 anos de idade, de acordo com critérios internos de elegibilidade de crianças com alterações neurológicas que se enquadram na normativa do serviço e quando com diagnóstico de hemiplegia-as/paraplegias. Duração de 0 a 3 anos de idade. Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe.
- Não enquadramento: O não enquadramento acontecerá quando o paciente não preencher os critérios de inclusão no serviço.

2.8. CRITÉRIOS DE NÃO ENQUADRAMENTO

- O usuário que estiver sendo atendido por outro serviço especializado (particular ou SUS) e optar pela não descontinuidade deste serviço;
- A mesma regra supracitada vale para os pacientes que são atendidos por outros profissionais das mesmas especialidades que não estejam vinculados ao CER II. O usuário deverá optar pela conduta terapêutica de um dos profissionais, evitando choque de conduta;
- O CER II/UNIPLAC não se responsabiliza pela manutenção ou reinserção na vaga de outro serviço após a finalização da modalidade de enquadramento oferecida pelo serviço;
- O usuário não pode estar vinculado a dois serviços pelo SUS;
- O usuário com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), com nível de suporte I será atendido no Instituto Autismo e com nível de suporte III, será especialmente atendido na APAE de seu município, sendo da competência do CER II/UNIPLAC, o atendimento nível de suporte II;
- Pacientes que são atendidos em APAE, serão discutidos os casos, conversado com responsáveis e se paciente tem critérios para atendimento na APAE, será orientado que dê continuidade ao seu processo terapêutico na APAE a qual já faz tratamento;
- Quanto à deficiência intelectual, usuário que estiver entre 0 a 14 anos será preferencialmente enquadrado no serviço. O paciente que não apresentar este critério de idade terá seu caso discutido em equipe multidisciplinar e sua permanência dependerá dos objetivos a serem atingidos dentro do prazo limite do programa;
- Usuário menor de idade sem a possibilidade de um responsável adulto que o acompanhe em todas as consultas;
- Usuário que não tiver possibilidade de frequentar as terapias no período oferecido conforme disponibilidade;
- O usuário que comparecer somente com objetivo de avaliação e tratamento de apenas uma especialidade, passará pelo acolhimento e avaliação multiprofissional, mas não possui critério de enquadramento, e este será contrarreferenciado a Unidade de Saúde de origem;
- O usuário que não precisar de no mínimo duas especialidades para sua reabilitação, de acordo com avaliação multidisciplinar, não permanecerá no serviço e assim será contrarreferenciado para sua UBS, que deverá inseri-lo no serviço correto;
- Todo usuário que passar por acolhimento e/ou demais avaliações e não tiver critério para permanência no serviço do CER II, seja por qual for o critério, será contrarreferenciado para o local adequado e encaminhado o documento para UBS via e-mail;
- O usuário que já realizou terapia de reabilitação no CER II, será contrarreferenciado para a UBS, caso não haja nova demanda ou apresentar estabilização do seu quadro clínico, pois este, necessita de terapia para manutenção de sua saúde;

- O usuário que necessitar do atendimento pedagógico, este deverá ser atendido no seu município de origem;

Observação:

- O usuário que estiver recebendo terapia específica em outro serviço (SUS ou particular), poderá ser enquadrado, desde que o CER II – UNIPLAC, não o ofereça.

Pacientes com instabilidade hemodinâmica e déficit neurológico agudo, (rebaixamento do nível de consciência).

Serão encaminhados para o serviço de emergência através do SAMU - 192.

2.9. EXAMES COMPLEMENTARES

Caso o usuário necessite de algum exame complementar prescrito pelos médicos do CER II/UNIPLAC, este deve retornar à Unidade de Saúde de origem, o qual deverá se responsabilizar pela execução do mesmo. O município de origem deverá realizar ou agendar também, quando necessário, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para realização de exames e atendimentos.

O usuário poderá estar em terapia e aguardando o resultado de exames, bem como poderá retornar aos atendimentos assim que realizado o exame solicitado (Apêndice 09).

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

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

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

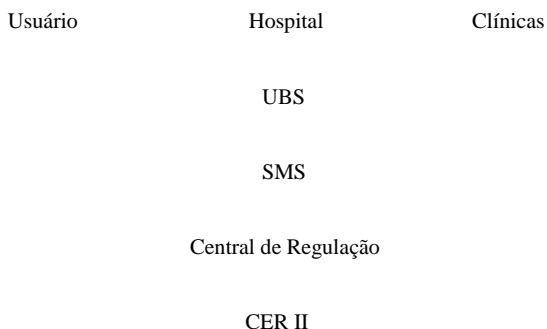
3. ATENDIMENTOS A OSTOMIZADOS

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

O serviço estadual às pessoas ostomizadas, receberá o processo da Gerência Regional de Saúde,

oriundo da SMS que incluirá no cadastro estadual e liberará os materiais às Regio-nais de Saúde que posteriormente distribuirão aos municípios solicitantes.

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



4. ALTA DO USUÁRIO

- O usuário passará por tempo determinado e uma vez alcançado os objetivos funcionais traçados no PTS, o paciente terá alta do serviço, sendo contrarreferenciado para Unidade Básica de Saúde de origem (Apêndice 03).
- Após a alta o paciente deve buscar a renovação de receitas de remédios e exames na sua Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Para ingressar novamente ao serviço o paciente deve apresentar nova demanda do seu quadro clínico. Desta forma, o paciente deve seguir novamente a mesma ordem, con-sulta médica na UBS, encaminhamento ao CER II via SISREG.

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

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

6. CONTROLE E ACOMPANHAMENTOS DOS ATENDIMENTOS

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

- Controle de Frequência: realizado através da assinatura do paciente ou responsável em caso de menor idade. Se o paciente tiver 02 faltas consecutivas ou 03 alternadas sem justifica-tiva (será considerado o dia faltante), o mesmo será desligado dos atendimentos, Tal controle se dará pelo

documento (Apêndice 10);

- Prontuário de Tratamento Terapêutico, avaliação e evolução: cada paciente terá seu prontuário, no qual constará: Ficha de identificação, documentação, encaminhamento, acolhimento, avaliação específica por área, controle de frequência, evolução dos atendimentos realizados podendo este ser físico ou através do programa GMUS (Apêndice 11), exames, entre outros.
- Nas evoluções: As condutas realizadas deverão ser especificadas, estado geral do paciente/intercorrência. Além disso, as evoluções serão realizadas pelo sistema G-MUS.

O G-MUS é um sistema utilizado pelas Secretarias Municipais de Saúde, unificando toda a rede de atendimento do município. Adaptável e centralizador, impulsiona a eficiência, a produtividade e a qualidade do serviço. Beneficiando profissionais e cidadãos com atendimento ágil e humanizado, enquanto otimiza custos e cumpre exigências ministeriais. Revolucionando a gestão da saúde municipal com G-MUS (Inovadora, 2024).

7. PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS PELO CER II/UNIPLAC

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

8. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

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

8.1. O Serviço de Reabilitação Intelectual

Os serviços de reabilitação/habilitação com modalidade intelectual, deverão prestar atendimento e garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento singular no âmbito do projeto terapêutico, voltados à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro Autista (TEA).

O Serviço de Reabilitação Intelectual passa a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), e deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

Entende-se por serviços de reabilitação intelectual aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza mental e/ou intelectual, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

8.2. Critérios de Elegibilidade:

- Pessoas com Deficiência Intelectual leve ou moderada;
- Transtorno do Espectro Autista – Nível de Suporte 1 (AMU-RES – exceto Lages);
- Transtorno do Espectro Autista – Nível de Suporte 2 (Lages);
- Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;
- Síndrome de Down;
- Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual.

8.3. Reabilitação Intelectual

Consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida independente, entre as quais se destacam: a estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; discussão de caso em equipe e elaboração de projeto terapêutico singular, práticas terapêuticas, visando, entre outras, promoção do desenvolvimento neuropsicomotor, habilidades de desempenho ocupacional, da linguagem, habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado.

Embora o quadro clínico e o grau de incapacidade sejam variáveis em cada caso, o cuidado em habilitação/reabilitação para as pessoas com deficiência intelectual/mental e com transtornos do espectro do autismo, deve ofertar:

- Técnicas que auxiliem usuários a utilizar e criar recursos e estratégias no desenvolvimento mnemônico, para o desempenho de habilidades para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária que necessitem fazer uso da memória e organização da rotina para manutenção de vida independente.
- Técnicas que estimulem as funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação temporal espacial potencializando o conhecimento do próprio corpo, bem como possibilitar situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar e social.
- Situações planejadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, para propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas, trabalhando a comunicação a partir de situações que envolvam o ambiente cotidiano do usuário.
- Atividades de estimulação da fase articulatória da linguagem expressiva, direta e indireta, oral e escrita, trabalhando aspectos de compreensão e expressão, com o intuito de enriquecimento funcional da linguagem.
- Atividades que façam uso de recursos como leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem, com o intuito de estimular os processos de desenvolvimento cognitivo e motor, assim como contribuir com o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e o desenvolvimento de habilidades motoras;
- Realização de atividades e utilização de recursos sensoriais no auxílio e desenvolvimento do sistema sensorial, conforme necessidade de cada usuário;
- Realização de estimulação precoce que consiste em um programa de avaliação, acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional visando desenvolver o desempenho de habilidades cognitivas, sociais e motoras.

8.4. Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O TEA é considerado uma desordem do neurodesenvolvimento de início precoce com manifestações que afetam a interação social, a capacidade de comunicação, e um padrão restrito de comportamentos. Cursa com diversas comorbidades, entre elas deficiência intelectual.

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

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

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

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

- a) Comportamentos motores ou verbais estereotipados e repetitivos, uso repetitivo de objetos;
- b) Excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, forte resistência a mudança;
- c) Interesses restritos, fixos e anormalmente intensos;
- d) Hiperreatividade ou hiporreatividade sensorial ou interesse sensoriais ambientais anormais

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

8.4.4. Os sintomas limitam o funcionamento adaptativo:

Para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento (exceto para cuidadores). Isso inclui falta de interesse nos outros, dificuldades em jogos imaginativos e fazer amizades, problemas em ajustamento comportamental em diferentes contextos. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por, pelo menos, duas das maneiras: adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, forte resistência a mudança; restritos, fixos e anormalmente intensos; hiperreatividade ou hiporreatividade sensorial ou interesse sensoriais ambientais anormais. Os sintomas geralmente estão presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.

O CER II/UNIPLAC atenderá preferencialmente crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), nível 1 de suporte da região AMURES (exceto Lages) e nível 2 de suporte, para Lages, já diagnosticados, com idade até 14 anos e que não estejam em acompanhamento em outro serviço.

9. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A deficiência intelectual é definida como: “atividade intelectual abaixo da média de normalidade preestabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação,

cuidado pessoal, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade” (BRASIL. Decreto nº 5296/04, de 02 de dezembro de 2004).

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

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

- Aspectos Clínicos: Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- Idade: Igual ou menor de 14 anos.
- Classificação:
- Deficiência intelectual leve;
- Deficiência intelectual moderada.

10. DEFICIÊNCIA FÍSICA

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

Entende-se por serviços de reabilitação física, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Os impedimentos de natureza física podem se caracterizar por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarreta comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresenta sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004; BRASIL, 1999).

10.1. Neuroreabilitação

Critérios de Elegibilidade do Setor de Neuroreabilitação Adulto:

- Todas as idades;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais;
- Sequelas do Trauma;
- Paralisia Cerebral (PC);
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE);

- Trauma Raqui Medular (TRM);
- Doença de Parkinson (DP);
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- Esclerose Múltipla (EM);
- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Patologias Nervosas Periféricas;
- Doenças neurodegenerativas;
- Indivíduos com sequelas neuro funcionais de outras patologias e disfunções como:
 - HIV;
 - Distrofias musculares;
 - Tumores.

10.2. Lesão Medular

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

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

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

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

10.3. Traumatismo Cranioencefálico

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

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

10.4. Paralisia Cerebral

Segundo o Manual Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2020) define paralisia cerebral como sendo: lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência intelectual.

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

10.5. Amputação

Conforme a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada (2020), define amputação como termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. É importante salientar que a amputação deve ser sempre encarada dentro de um contexto geral de tratamento, não como a sua única parte, cujo intuito é prover uma melhora da qualidade de vida do paciente.

Aspectos Clínicos: Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

Classificação:

- Fase pré-operatória;
- Fase pós-operatória;
- Pré-protetização;
- Pós-protetização;
- Amputação nos Membros inferiores (MMII);
- Amputação nos Membros superiores (MMSS).

10.6. Deficiência Congênita, adquirida, hereditária e doença rara

A deficiência hereditária é aquela resultante de doenças transmitidas por genes, podendo manifestar-

se desde o nascimento, ou aparecer posteriormente. A deficiência congênita é aquela que existe no indivíduo ao nascer e, mais comumente, antes de nascer, isto é, durante a fase intrauterina. A deficiência adquirida é aquela que ocorre depois do nascimento, em virtude de infecções, traumatismos, intoxicações (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria nº 199 de 30 de janeiro de 2014, doença rara é aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos (1,3 para cada duas mil pessoas). As doenças raras são caracterizadas por ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa.

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

Aspectos Clínicos: Diagnóstico médico de quadro clínico estável

Classificação:

- Deficiência Congênita;
- Deficiência Adquirida;
- Deficiência Hereditária;
- Doença Rara.

10.7. Pessoa Ostomizada

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

Aspectos Clínicos: Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

Classificação:

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

A seguir as doenças que podem levar a ostomia: Ânus Imperfurado; Doenças Inflama-tórias; Doença de Crohn; Colite Ulcerativa; Tumores (câncer); Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada e Traumas.

11. REFERÊNCIA

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em agosto de 2020 - Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012) e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012);

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

IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. IBGE. 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Outubro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPCD, 2012.

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

Anexo II - Deliberações CIR



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

DELIBERAÇÃO Nº 34/CIR SERRA CATARINENSE/2020

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

RESOLVE:

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

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes
Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

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



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

DELIBERAÇÃO Nº 35/CIR SERRA CATARINENSE/2020

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

RESOLVE:

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

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes
Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

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



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

DELIBERAÇÃO Nº 36/CIR SERRA CATARINENSE/2020

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

RESOLVE:

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

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes

Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

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



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

DELIBERAÇÃO Nº 37/CIR SERRA CATARINENSE/2020

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

RESOLVE:

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

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

LAGES, 29 DE OUTUBRO DE 2020.

Terezinha Branco de Moraes
Coordenadora da CIR Serra Catarinense.

COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL
CIR - SERRA CATARINENSE

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

Anexo III - Regimento Interno do Grupo Condutor da RCPD Serra Catarinense**REGIMENTO INTERNO DO GRUPO CONDUTOR DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD) SERRA CATARINENSE SC 2020.****CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO**

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

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

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

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

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

normativas da área de urgências;

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

CAPÍTULO III – DA CONSTITUIÇÃO

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VI – DA SECRETARIA EXECUTIVA

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

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

Art.38 - Das atribuições da Secretaria Executiva:

- a) Operacionalizar as decisões do Grupo Condutor;

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

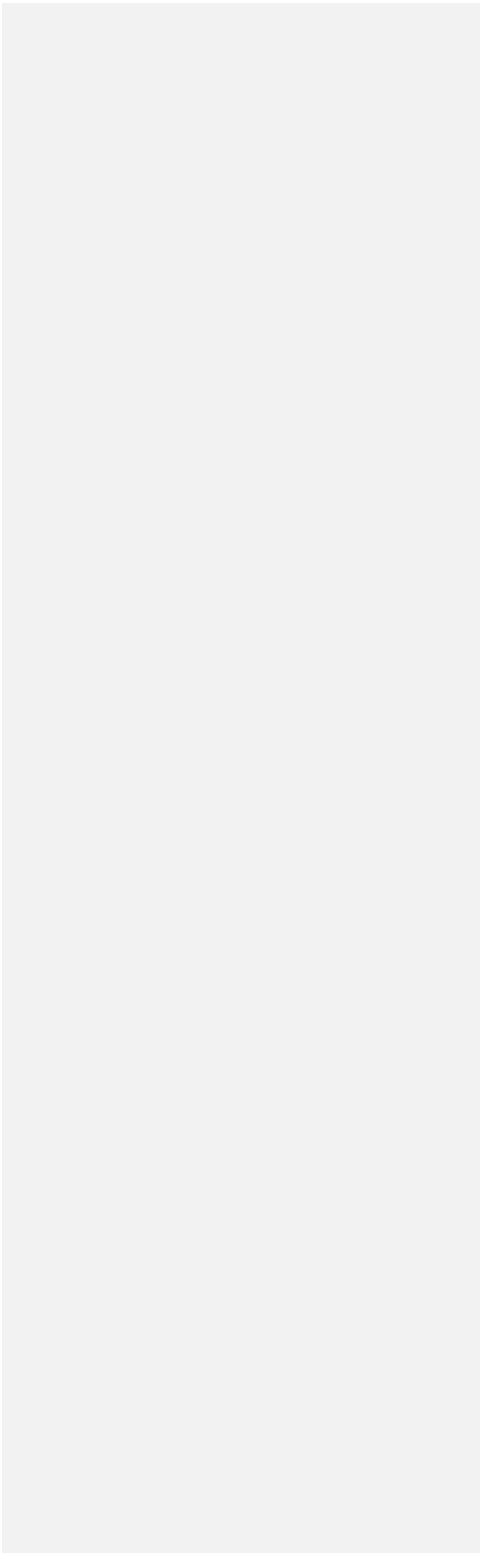
CAPITULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Lages, 29 de outubro de 2020.





Especializado em Reabilitação – CER III



- () Consulta em Reabilitação Física I (0301010072)
() Consulta em Reabilitação Intelectual I (0301010072)
() Acolhimento para Reabilitação para AVC (0301010072)
() Reabilitação em Amputados (0301010072)
() Estimulação Precoce para Desenvolvimento Neuropsicomotor (0301070202)
() Reabilitação Dor Crônica (0301070067) ERE - Pontuação:(____)
() Reabilitação Cardiologia Pulmonar (0301070067) ERE - Pontuação:(____)

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____	Data Nasc.: ____/____/____	Gênero: () Masc. () Fem.
----------------------	----------------------------	-------------------------------

Nº Cartão Nacional do SUS: _____	Telefone Celular/residencial: _____
----------------------------------	-------------------------------------

Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____	UBS: _____ Telefone da UBS: _____
---	--------------------------------------

2) DADOS CLÍNICOS

Médico Solicitante: _____
Diagnóstico Clínico: _____ CID: _____

Histórico da Doença:	
Tratamentos Realizados:	
Complicações relacionadas ao quadro:	
Exames complementares Realizados: (anexar cópias)	
Doenças Crônicas: HAS () DM () COVID - 19 () DPOC () Doença Cardiovascular: Sim () Qual: _____ Outros: _____	
Medicamentos Utilizados: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

____/____/____ _____
Data Assinatura e carimbo médico



Especializado em Reabilitação – CER III



A seguir, apresentaremos o objetivo de cada encaminhamento, seguido dos novos fluxos.

Este material foi criado para facilitar o encaminhamento dos pacientes ao nosso serviço, no entanto, será necessário que o paciente leve até o **CER** o formulário preenchido (página 1) e a folha de encaminhamento SISREG (folha de rosto), assim que for chamado ao serviço.

Para encaminhamentos dos pacientes cardiopulmonar e dor crônica, segue a pontuação conforme fluxo abaixo (páginas 12 à 17).

Consulta em Reabilitação Física I:

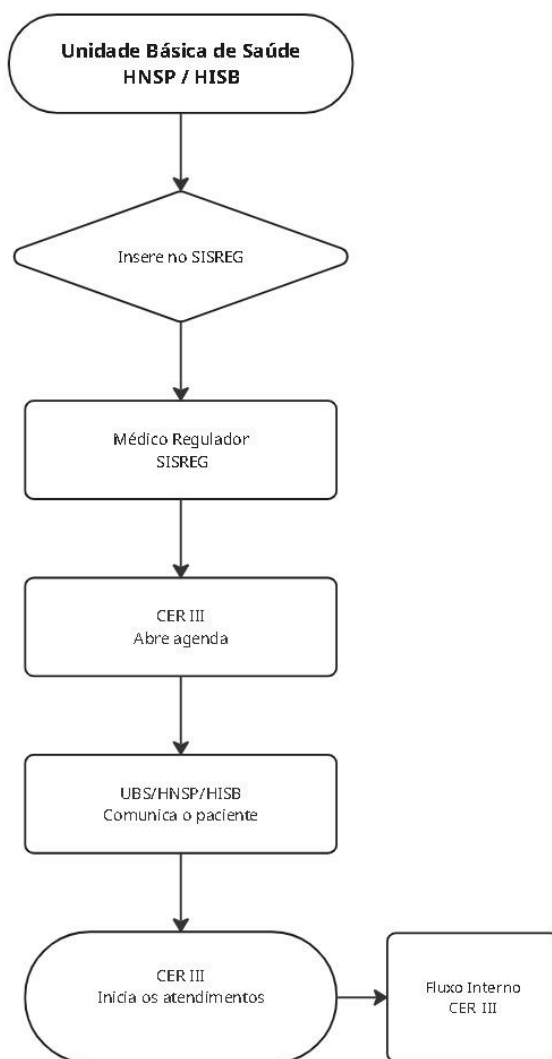
Os pacientes com deficiência física, devem se enquadrar conforme os critérios de elegibilidade abaixo:

- Todas as idades;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais;
- Sequelas do Trauma;
- Paralisia Cerebral (PC);
- Traumatismo Cranioencefálico (TCE);
- Trauma Raqui Medular (TRM);
- Doença de Parkinson (DP);
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- Esclerose Múltipla (EM);
- Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Patologias Nervosas Periféricas;
- Doenças neurodegenerativas;
- Indivíduos com sequelas neuro funcionais de outras patologias e disfunções como:
 - HIV;
 - Distrofias musculares;
 - Tumores.



Fluxo Reabilitação Física I

Consulta em Reabilitação Física I (0301010072)





Especializado em Reabilitação – CER III



Consulta em Reabilitação Intelectual I:

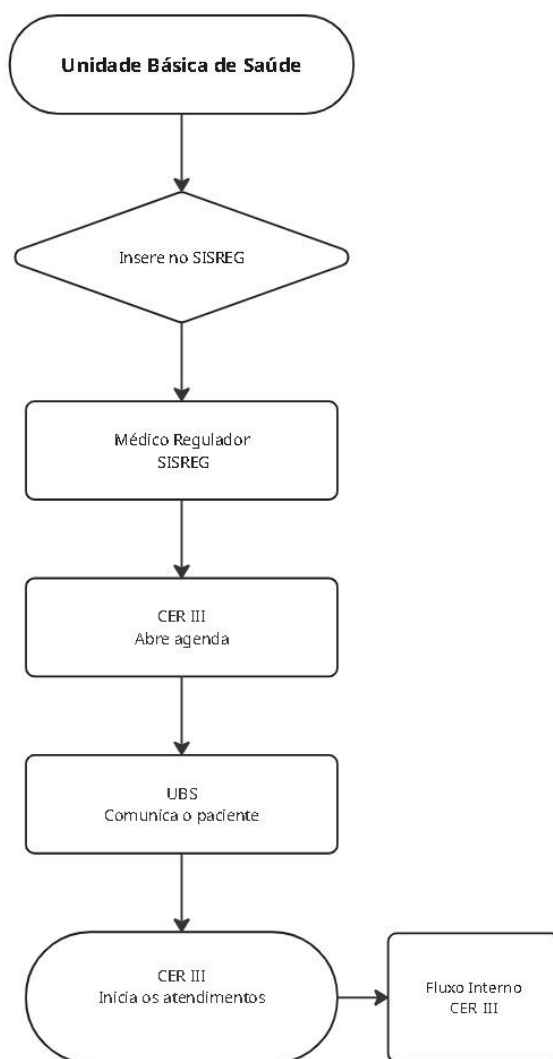
Os pacientes com deficiência intelectual, devem se enquadrar conforme os critérios de elegibilidade abaixo:

- Pessoas com Deficiência Intelectual leve ou moderada;
- Transtorno do Espectro Autista – Nível de Suporte 2;
- Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;
- Síndrome de Down;
- Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual



Fluxo Reabilitação Intelectual I

Consulta em Reabilitação Intelectual I (0301010072)





Especializado em Reabilitação – CER III



Acolhimento para Reabilitação para AVC:

Proporcionar ações de educação em saúde com o intuito de sensibilizar os pacientes acometidos por AVC (leve – NIHSS de 01 a 05), através de encontros semanais, com explanação de temas da saúde voltados a este público, que permeiam a atual condição do paciente, manejo clínico, físico e psicológico que auxilia e atenua sinais e sintomas no contexto em reabilitação multiprofissional e melhora na qualidade de vida.

O Grupo conta com o acompanhamento em todos os encontros dos seguintes profissionais:

- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta;
- Psicólogo;
- Profissional de Educação Física.

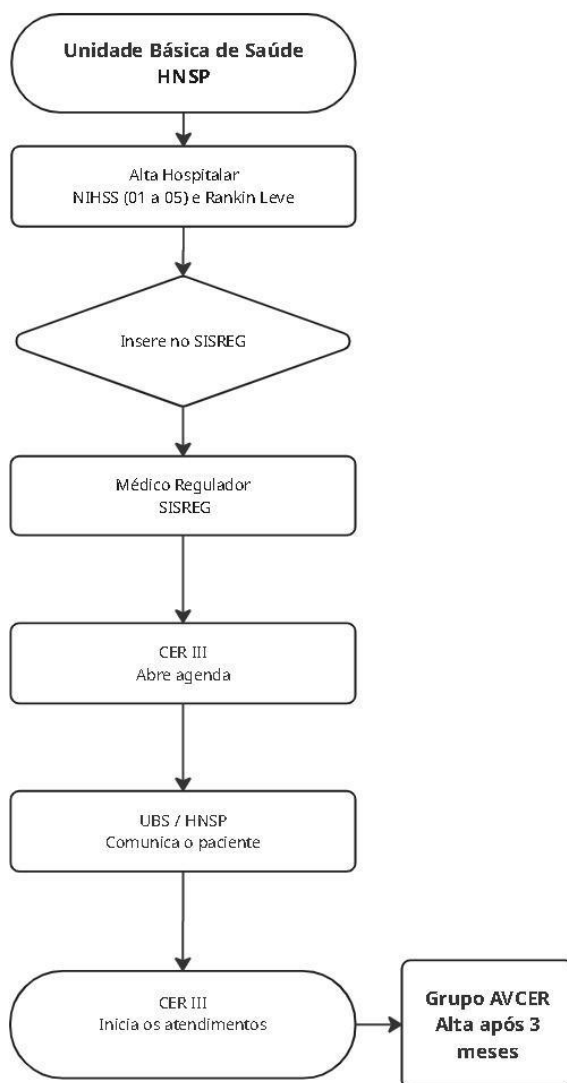


Especializado em Reabilitação – CER III



Fluxo AVCER

Acolhimento para Reabilitação para AVC (0301010072)





Especializado em Reabilitação – CER III

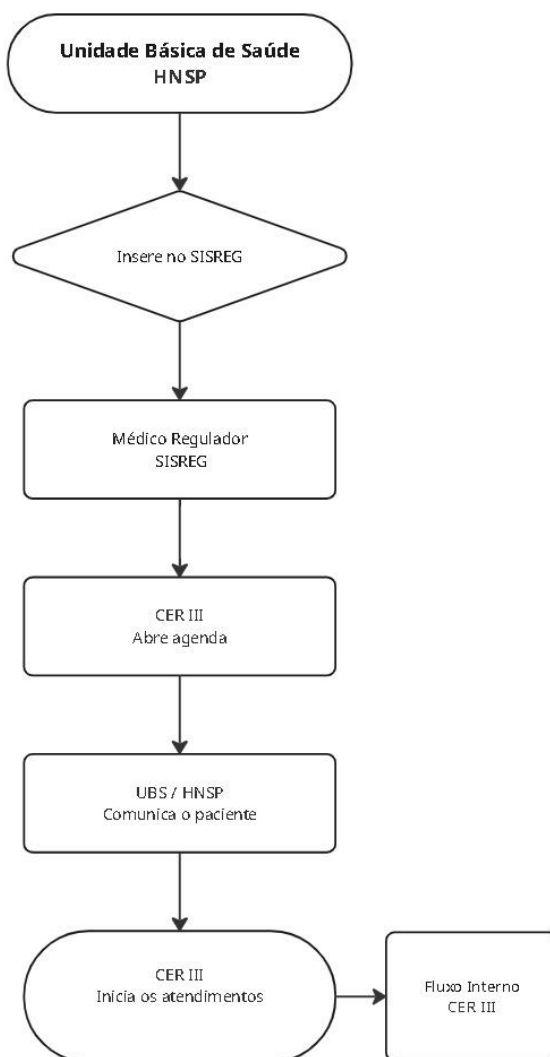


Reabilitação em Amputados:

O objetivo é desenvolver as potencialidades, habilidades e aptidões físicas dos pacientes amputados, contribuindo para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Fluxo Amputados

Reabilitação de Amputados (0301010072)





Especializado em Reabilitação – CER III



Estimulação Precoce para Desenvolvimento Neuropsicomotor:

O objetivo é desenvolver intervenções de forma precoce, para a melhora do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças entre 0 e 3 anos de idade, em casos de alterações decorrentes de alterações neurológicas e/ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, visando intervenções multidisciplinares para evitar ou minimizar os distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, possibilitando à criança desenvolver-se em todo o seu potencial.

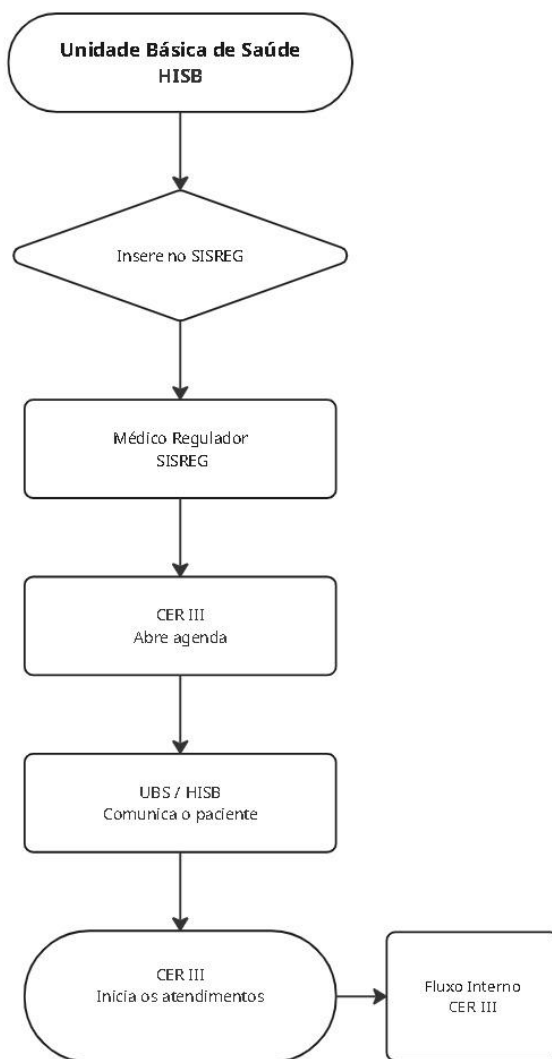


Especializado em Reabilitação – CER III



Fluxo Estimulação Precoce

Estimulação Precoce para Desenvolvimento Neuropsicomotor (0301070202)





Especializado em Reabilitação – CER III



PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - EQUIPES DE REABILITAÇÃO ESPECIALIZADAS (ERE)

PROTOCOLO DE ACESSO - REABILITAÇÃO DOR CRÔNICA

INDICAÇÕES:

Pacientes com algum dos diagnósticos abaixo e com grau funcional 3 ou 4 segundo a escala de Estado Funcional Pós-COVID-19 (PCFS):

- Dor crônica intratável (R52.1);
- Fibromialgia (M79.7);
- CID 11 - Dor Crônica Generalizada - MG30.01;
- CID 11 - Dor Neuropática Crônica - MG30.5;
- CID 11 - Síndrome da Dor Regional Complexa - MG30.04;
- CID 11 - Dor Oncológica Crônica - MG30.10;
- CID 11 - Dor Pós-operatória ou Pós-traumática Crônica - MG30.2;
- CID 11 - Dor Crônica - MG30.

Escala PCFS - Graus de Limitação Funcional

Grau	Descrição
0 - Nenhuma Limitação Funcional	Sem sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
1 - Limitações Funcionais Muito Leves	Todas as tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas com a mesma intensidade, apesar de alguns sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
2 - Limitações Funcionais Leves	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho podem ser realizadas em menor intensidade ou são ocasionalmente evitadas devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
3 - Limitações Funcionais Moderadas	Tarefas/atividades diárias em casa ou no trabalho foram modificadas estruturalmente (reduzidas) devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade.
4 - Limitações Funcionais Graves	Necessário assistência para as Atividades de Vida Diária (AVD), devido aos sintomas, dor, depressão ou ansiedade; requer atenção de cuidadores.
M - Morte	-



Especializado em Reabilitação – CER III



Conteúdo Descritivo Mínimo:

- Histórico clínico detalhado, com a descrição de sinais e sintomas;
- Resultados de exames complementares já realizados;
- Histórico de tratamentos realizados;
- Grau da escala PCFS.

Profissionais Solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

Classificação de Risco

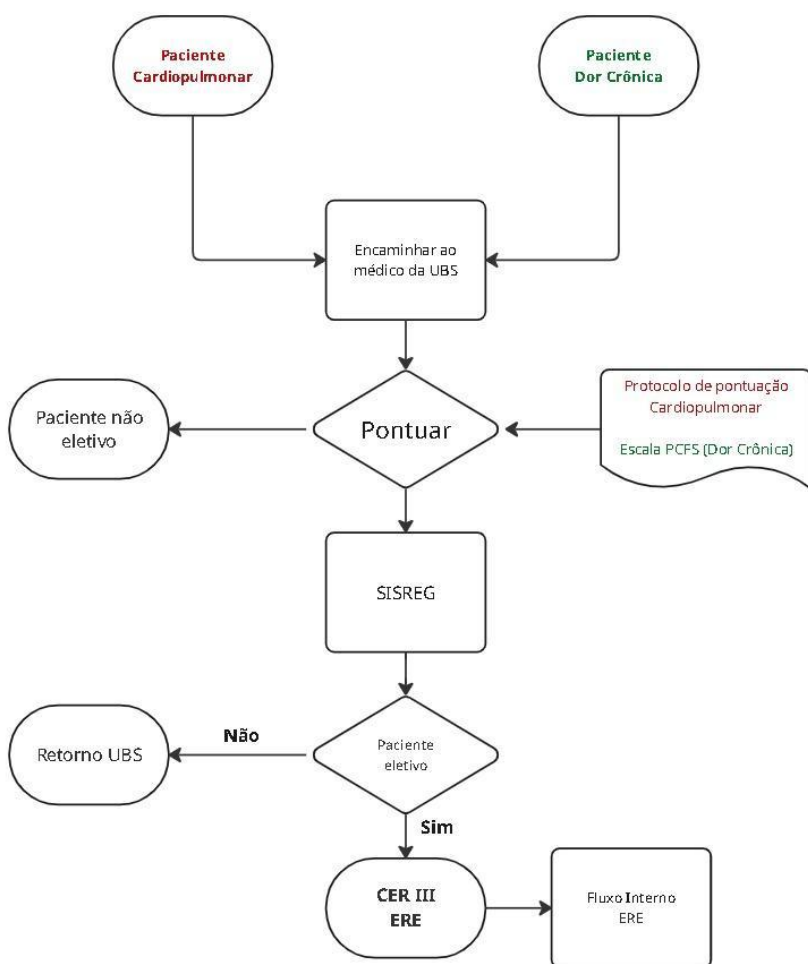
Vermelho	Grau 4 na escala de PCFS.
Amarelo	Grau 3 na escala de PCFS.
Verde	
Azul	



Fluxo ERE

Reabilitação Cardiologia Pulmonar (0301070067)

Reabilitação Dor Crônica (0301070067)





Especializado em Reabilitação – CER III



Reabilitação Cardiologia Pulmonar:

PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO - EQUIPES DE REABILITAÇÃO ESPECIALIZADAS (ERE)

PROTOCOLO DE ACESSO - REABILITAÇÃO CARDIOLOGIA PULMONAR

INDICAÇÕES:

Pacientes com algum dos diagnósticos abaixo, e que apresentem ao menos 05 pontos no protocolo de pontuação a seguir:

- Sequelas de COVID-19 (B94.8);
- Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J60 – J70);
- Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 – J47);
- Doença pulmonar intersticial (J84);
- Doenças isquêmicas do coração (I20 – I25);
- Valvopatias e Miocardiopericardites (I31 – I43);
- Arritmias (I44 – I49);
- Insuficiência e outras complicações cardíacas (I50 – I52);
- Doenças hipertensivas (I10 – I15).

PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO:

	SIM	NÃO
Pré/pós operatório de cirurgias cardiovasculares e cirurgias torácicas	() 2 Pontos	() 0 Pontos
Usuário de oxigênio domiciliar	() 2 Pontos	() 0 Pontos
Ficou hospitalizado nos últimos 60 dias	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Ficou internado em UTI nos últimos 60 dias	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Ficou entubado nos últimos 30 dias	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Dispneia – MRC modificada* grau III, IV ou V	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Dislipidemia	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Estado nutricional – IMC <18,5 – Baixo peso	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Estado nutricional – IMC >29,9 – Obesidade Grau I	() 1 Pontos	() 0 Pontos
Total	=	



Especializado em Reabilitação – CER III



ESCALA DE DISPNEIA MODIFICADA
MEDICAL RESEARCH COUNCIL - MRC

Classificação	Características
Grau I	Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, praticar esporte).
Grau II	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas.
Grau III	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, para respirar.
Grau IV	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para respirar.
Grau V	Falta de ar impede que saia de sua casa.

Profissionais Solicitantes:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas

Classificação de Risco

Vermelho	8 a 10 pontos no protocolo de pontuação.
Amarelo	7 pontos no protocolo de pontuação.
Verde	5 a 6 pontos no protocolo de pontuação.
Azul	



Fluxo ERE

Reabilitação Cardiologia Pulmonar (0301070067)

Reabilitação Dor Crônica (0301070067)

