

RESOLUÇÃO Nº 013/2020

A Comissão Intergestores Regional da Região Central de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº 077/2012 de 25/05/2012 reunida extraordinariamente via web no dia 28/07/2020, às 09horas;

Considerando

A Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012 (consolidada na Portaria nº 03, de 28/09/2017), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde;

A Portaria GM/MS nº 835, de 25/04/2012 (consolidada na Portaria nº 6/GM/MS, de 28/09/2017), que institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente da RCPD.

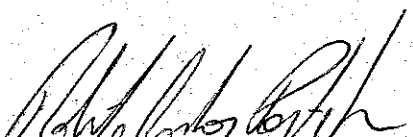
RESOLVE:

Art. 1º- Aprovar a Atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

Art. 2º- Encaminhar à CIB Estadual para homologação;

Art. 3º- Revogar as disposições em contrário.

Colatina, 28 de julho de 2020.


ROBERTO CARLOS PARTELLI
Secretário Municipal de Saúde de Marilândia
Coordenador da CIR Central

ANEXO 01
RESOLUÇÃO CIR RC 013/2020



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PLANO DE AÇÃO REGIONAL
DA REDE DE REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
DA REGIÃO CENTRAL
DE SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO

Julho, 2020.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a horizontal line.

GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
José Renato Casagrande

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Nésio Fernandes de Medeiros Junior

SUBSECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E TRANSPARÊNCIA DA SAÚDE
José Tadeu Marino

SUBSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PARA ASSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
Gleikson Santos

SUBSECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE
Quelen Tanize Alves da Silva

SUBSECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANCIAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE
Rafael Grossi Gonçalves Pacífico

SUBSECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E INOVAÇÃO
Luis Fernando Mendonça Alves

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE (ICEPI)
Fabiano Ribeiro dos Santos

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA – REGIÃO CENTRAL
Cybeli Pandini Giurizatto Almeida

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
Eida Maria Borges Gonsalves

APOIADORAS E REFERÊNCIAS TÉCNICAS ESTADUAIS DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA - RCPD
Eliane Pereira da Silva, Daniele Stange e Simone Luzia Moraes Dorna

REFERÊNCIA TÉCNICA REGIONAL DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – REGIÃO CENTRAL
Daniela de Souza Casotti

ELABORAÇÃO
Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Central.



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Figura 1: Mapa do Plano Diretor de Regionalização, 2011
2. Tabela 1: Extensão territorial e densidade demográfica por município da Região Central/ES, 2010
- 3.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E FUNDAMENTOS NORMATIVOS
2. PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – BRASIL
3. PRINCIPAIS CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS
4. DIRETRIZES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
5. OBJETIVOS
6. COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
7. ATENÇÃO BÁSICA
8. ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELCTUAL, VISUAL, OSTOMIA E EM MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS
9. ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
10. FINANCIAMENTO
11. CUSTEIO
12. QUANTITATIVO DE PACIENTES / MÊS ATENDIDOS
13. OPERACIONALIZAÇÃO
14. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ESTADUAL / REGIONAL
15. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS
16. MORTALIDADE
17. MORTALIDADE INFANTIL MATERNA
18. POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO ES
19. CAPACIDADE INSTALADA ASSISTENCIAL
20. ATENÇÃO BÁSICA
21. ATENÇÃO ESPECIALIZADA
22. REABILITAÇÃO FÍSICA
23. REABILITAÇÃO AUDITIVA
24. SERVIÇO DE OSTOMIA
25. SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA E REABILITAÇÃO VISUAL
26. HUCAM
27. REABILITAÇÃO INTELCTUAL
28. SAÚDE BUCAL
29. TRIAGEM NEONATAL
30. TESTE DO OLHINHO
31. PROPOSIÇÃO PARA RCPD
32. METAS DO GRUPO CONDUTOR
33. PROPOSTAS DE SERVIÇOS A SEREM HABILITADOS
34. NOVAS PROPOSIÇÕES
35. REFERÊNCIAS



INTRODUÇÃO E FUNDAMENTOS NORMATIVOS

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite publicado em Decreto nº 7.612 de 17 de Novembro de 2011 tem como finalidade a promoção, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, os exercícios plenos e equitativos dos Direitos das Pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências.

Como desdobramento do Plano Viver sem Limite, no que tange a Atenção à Saúde, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) pela Portaria GM/MS 793 de 24 de Abril de 2012, a qual define em seu escopo diretrizes e objetivos, como a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, com oferta de cuidados integrais e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, promoção de estratégias e mecanismo de educação permanente, bem como ampliação de oferta de órteses, próteses e meios auxiliares.

A elaboração deste plano teve por base as determinações da Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012 (consolidada na Portaria nº 03, de 28/09/2017), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Portaria GM/MS nº 835, de 25/04/2012 (consolidada na Portaria nº 6/GM/MS, de 28/09/2017), institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente da RCPD, uma série de ações vêm sendo implementadas em benefício da pessoa com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua, tendo como objetivo criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência.

Dentre as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, encontra-se a implementação de Centros Especializados em Reabilitação (CER). O Centro Especializado em Reabilitação é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde da pessoa com deficiência no território. Poderá ser organizado conforme os tipos de serviços de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências) habilitados pelo Ministério da Saúde: CER II, CER III e CER IV.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 835/2012, está previsto para a RCPD investimentos destinados à construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, bem como incentivo financeiro de custeio para Centros Especializados em Reabilitação (CER).

Conforme previsto na Portaria GM/MS nº 793/2012, a operacionalização da implantação da Rede nos territórios se dará pela execução de algumas etapas imprescindíveis, a saber:

- a) Elaboração do Plano de Ação Regional;
- b) Cumprimento das exigências contidas nos instrutivos para cada especialidade de reabilitação;
- c) Submissão do pedido à análise de Grupo Condutor Estadual;



d) Anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O Estado do Espírito Santo aderiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e instituiu o Grupo Condutor Estadual em 2012 a partir da resolução N°268/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). E, a secretária de estado de saúde, através da portaria n° 312-s de 25 de agosto de 2017 publicou a recomposição no âmbito do Estado do Espírito Santo, do Grupo Condutor da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, cuja finalidade é a estruturação de uma Rede no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou continua, através do Plano Estadual voltado a essa população, pois de acordo com o relatório mundial da deficiência (OMS, 2011), a maior parte da população terá alguma deficiência temporária ou permanente em algum momento da vida, além das dificuldades funcionais sentidas pelo envelhecimento.

PERFIL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – BRASIL

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, 23,9% da população residente possuíam pelo menos uma das deficiências: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40% (IBGE, 2010).

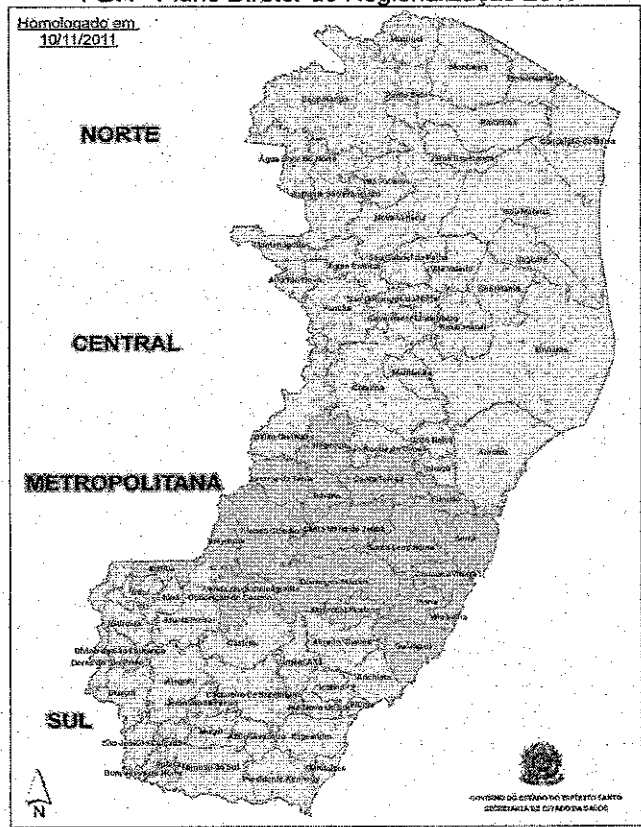
No Espírito Santo, a população com deficiência também segue a mesma tendência: 18,03% da população geral do estado é deficiente visual, em seguida, 7,13% é deficiente físico, 4,81% é deficiente auditivo e, por fim, 1,34% é deficiente mental/intelectual (IBGE, 2010).

Considerando que o Estado do Espírito Santo é composto por 78 municípios. Através do Plano Diretor de Regionalização, de 2011, o ES foi dividido em 4 (quatro) Regiões de Saúde, denominadas de Metropolitana, Central, Norte e Sul, conforme disposto na Figura abaixo:

Figura. Mapa do Plano Diretor de Regionalização, 2011



PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011



A Região Central de Saúde é formada por 18 municípios: Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama e Vila Valério, sendo a Superintendência Regional de Saúde da Região Central localizada no município de Colatina. A população estimada no Estado do Espírito Santo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018 é de 3.972.388 habitantes, sendo 2.016.096 mulheres e 1.956.292 homens. A Região Central de Saúde é a segunda menos populosa com 16,44% da população total do ES.

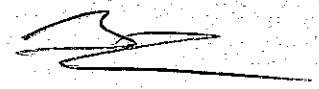
Assim, as estimativas a Distribuição das Pessoas com Deficiência na Região Central se verifica no quadro abaixo:



Município	Pop. IBGE 2018	Participação		Deficiência		Deficiência		Deficiência Mental/intelectual
		no total na região	no total no ES	visual	auditiva	motora		
Águia Branca	9.653	1,47%	0,24%	1738	483	676	97	
Alto Rio Novo	7.798	1,19%	0,19%	1404	390	546	78	
Aracruz	99.305	15,21%	2,49%	17875	4965	6951	993	
Baixo Guandu	30.862	4,72%	0,77%	5555	1543	2160	309	
Colatina	121.580	18,62%	3,06%	21884	6079	8511	1216	
Governador Lindenber	12.535	1,92%	0,31%	2256	627	877	125	
Ibiraçu	12.365	1,89%	0,31%	2226	618	866	124	
João Neiva	16.614	2,54%	0,41%	2991	831	1163	166	
Linhares	170.364	26,09%	4,28%	30666	8518	11925	1704	
Mantenópolis	15.194	2,32%	0,38%	2735	760	1064	152	
Marilândia	12.700	1,94%	0,31%	2286	635	889	127	
Pancas	23.059	3,53%	0,58%	4151	1153	1614	231	
Rio Bananal	19.009	2,91%	0,47%	3422	950	1331	190	

São Domingos do Norte	8.589	1,31%	0,21%	1546	429	601	86
São Gabriel da Palha	37.361	5,72%	0,94%	6725	1868	2615	374
São Roque do Canaã	12.318	1,88%	0,31%	2217	616	862	123
Sooretama	29.449	4,51%	0,74%	5301	1472	2061	294
Vila Valério	14.087	2,15%	0,35%	2536	704	986	141
Região Central	652.842	100%	3.972.388	117512	32642	45699	6528

Fonte: Censo 2010 – IBGE



PRINCIPAIS CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS

As deficiências podem ser congênitas ou adquiridas. De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p.11), os principais causadores de deficiência são:

- a) Fatores hereditários, genéticos;
- b) Assistência inadequada às gestantes, ao parto e às crianças recém-nascidas;
- c) Doenças transmissíveis como a rubéola, toxoplasmose, meningite, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, AIDS), sarampo;
- d) Doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vasculares, Alzheimer, Parkinson, câncer, osteoporose;
- e) Perturbações psiquiátricas;
- f) Desnutrição na infância – carências de vitaminas/ferro;
- g) Violência na família, na comunidade e no trânsito associada ao abuso de álcool e de drogas;
- h) Doenças que atingem os idosos mais frágeis, ou o agravamento de condições físicas impostas pelo envelhecimento em si;
- i) Más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios.

DIRETRIZES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiências para fazerem as próprias escolhas;
- II - promoção da equidade;
- III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissionais, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

X - promoção de estratégias de educação permanente;

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto singular; e

XII - desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas ao Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

OBJETIVOS

I- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II- Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

COMPONENTES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam: Acessibilidade; Comunicação; Manejo; Medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e Medidas da compensação da função perdida e da função atual.

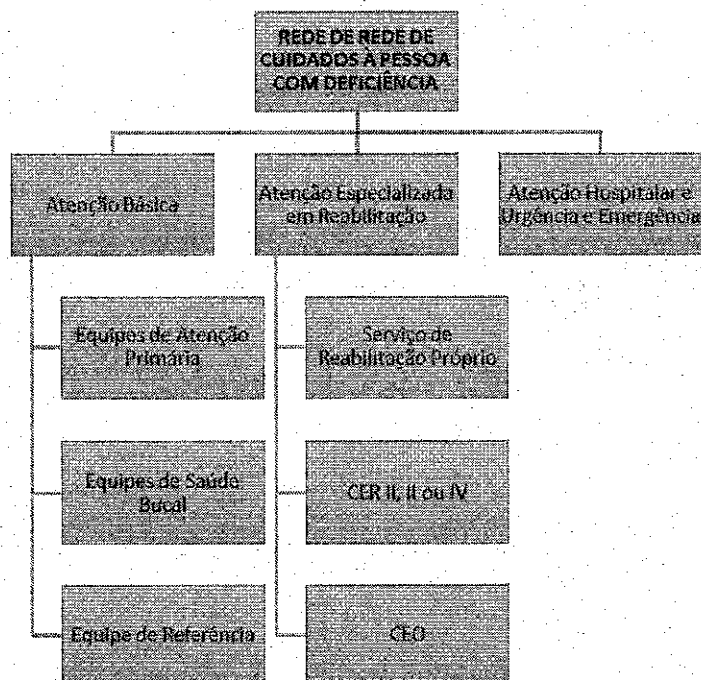
A matriz operacional de uma rede de atenção prevê a organização dos pontos de atenção nos seguintes componentes:

I - Atenção Básica;

II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.





Dessa forma, a Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

- a) Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- b) Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;
- c) Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- d) Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- e) Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;
- f) Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- g) Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;
- h) Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e
- i) Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços

de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários.

ATENÇÃO BÁSICA

Visa promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade.

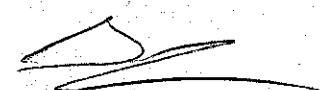
Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 ou transporte sanitário/remoção contratado/disponibilizado pelo estado/município (Serviço de atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais).

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELLECTUAL, VISUAL, OSTOMIA E EM MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS.

Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências: a) Centro Especializado em Reabilitação (CER) – ponto de atenção ambulatorial com no mínimo dois serviços de reabilitação (física, intelectual, visual, auditiva) realizando diagnóstico, tratamento e concessão de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência especializada para a rede de atenção à saúde. O atendimento ou a atenção no Centro Especializado de Reabilitação é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

O Centro Especializado de Reabilitação pode constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. Os Centros Especializados de Reabilitação terão as seguintes modalidades: CER II: atende pessoas com deficiência em pelo menos duas modalidades de reabilitação. CER III: atende pessoas com deficiência em pelo menos três modalidades de reabilitação. CER IV: atende pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação.



Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixa ou itinerante que faz parte do sistema de apoio da rede de Atenção à Saúde e é um serviço de dispensação e manutenção de órteses e próteses.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) deverá ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico.

ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades, a atenção hospitalar e de urgência e emergência, deverá:

- a) Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- b) Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- c) Ampliar o acesso e qualificar da atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- d) Ampliar acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

FINANCIAMENTO

A Portaria n. 835 de 25 de Abril de 2012 institui incentivos financeiros de investimento federal e de custeios para a componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

A portaria n. 835 ainda institui incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de oficina ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, da seguinte forma:

- I - construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER):
 - a) CER II - R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m²;
 - b) CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m²;
 - c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²;
- II - construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m²;
- III - reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- IV - aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes:
 - a) CER II - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
 - b) CER III - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);
 - c) CER IV - até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e
 - d) Oficina Ortopédica - até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).



CUSTEIO

- I - CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês;
- II - CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês;
- III - CER IV - R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês;
- IV - Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês;
- V - Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e
- VI - CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.

QUANTITATIVO DE PACIENTES/MÊS ATENDIDOS:

A média do número de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, a saber:

1. Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês.
2. Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês.
3. Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês.
4. Reabilitação Visual: mínimo de 150 usuários/mês.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ESTADUAL/REGIONAL

O Espírito Santo, situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 09 municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes, em 2019 a população estimada pelo IBGE é de 4.018.650 habitantes.

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km² e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km². Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km²), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km²), chegando a expressiva marca 3.328 hab./km² na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km²), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km². Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas.

Na Região Central, a população é de 652.842 habitantes, onde o município com maior número de habitantes da Região é Linhares com 170.364 mil habitantes, em segundo lugar fica Colatina com 121.580 habitantes e em terceiro fica o município de Aracruz com 99.305 mil habitantes. Tendo como base a estimativa populacional 2018, os municípios da Região Central podem ser classificados de acordo com a tabela abaixo:

Tabela: Classificação dos municípios por número de habitantes



Municípios com menos de 10.000 habitantes

Alto Rio Novo

São Domingos do Norte

Municípios entre 10.000 e 20.000 habitantes

Água Branca

Marilândia

Governador Lindenberg

Rio Bananal

Ibiraçu

São Roque do Canaã

João Neiva

Vila Valério

Mantenópolis

Municípios entre 20.000 e 95.000 habitantes

São Gabriel da Palha

Baixo Guandu

Sooretama

Pancas

Municípios acima de 95.000 habitantes

Aracruz

Colatina

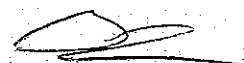
Linhares

Nos últimos 20 anos, a população do Espírito Santo aumentou bastante. Em 1997, eram 2.853.098 habitantes; em 2017 mais de 4 milhões. O aumento foi de 40,7%. Enquanto na estimativa nacional, foi registrada uma queda de população em 25% dos municípios brasileiros, o Espírito Santo registrou uma queda menor. Dos 78 municípios capixabas, apenas 10 reduziram o número de habitantes. O número corresponde a 12,8% do total. Os cinco municípios que apresentaram a maior redução da população entre 2016 e 2017 foram Água Doce do Norte (-0,54%), Muniz Freire (-0,43%), Divino São Lourenço (-0,39%), Itarana (-0,25%) e Mucurici (-0,20%) (IBGE,2017)

A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos 2001 e 2010 foi 1,14, superior a do Brasil que apresentou 1,10 no mesmo período. Dezoito municípios capixabas apresentam taxa de crescimento acima da média estadual, são eles: Fundão, Sooretama, Serra, Venda Nova do Imigrante, Jaguaré, Aracruz, Linhares, Anchieta, Viana, Piúma, São Mateus, São Gabriel da Palha, Vila Velha, Guarapari, Santa Maria de Jetibá, Atilio Vivacqua, Marechal Floriano e Ibatiba. A taxa de fecundidade vem reduzindo ano a ano e em 2010 no ES foi de 1,68. Taxas de fecundidade inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para reposição da população.

Tabela: População residente em cada município que compõe a Região Central, 2018

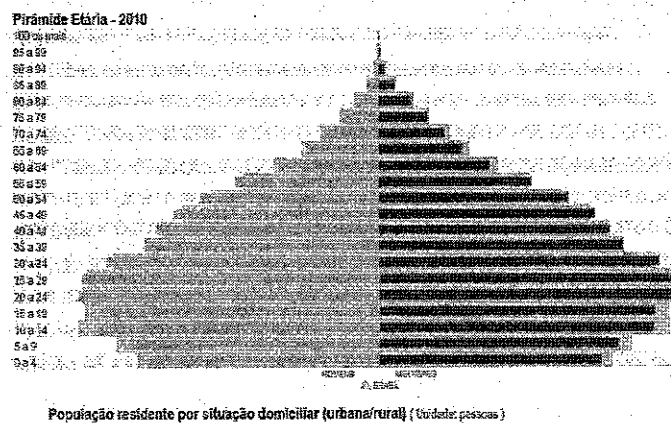
Município	Pop. IBGE 2018	Participação no total na região	Participação no total no ES
Água Branca	9.653	1,47%	0,24%



Alto Rio Novo	7.798	1,19%	0,19%
Aracruz	99.305	15,21%	2,49%
Baixo Guandu	30.862	4,72%	0,77%
Colatina	121.580	18,62%	3,06%
Governador Lindenberg	12.535	1,92%	0,31%
Ibiraçu	12.365	1,89%	0,31%
João Neiva	16.614	2,54%	0,41%
Linhares	170.364	26,09%	4,28%
Mantenópolis	15.194	2,32%	0,38%
Marilândia	12.700	1,94%	0,31%
Pancas	23.059	3,53%	0,58%
Rio Bananal	19.009	2,91%	0,47%
São Domingos do Norte	8.589	1,31%	0,21%
São Gabriel da Palha	37.361	5,72%	0,94%
São Roque do Canaã	12.318	1,88%	0,31%
Sooretama	29.449	4,51%	0,74%
Vila Valério	14.087	2,15%	0,35%
TOTAL DE HABITANTES	652.842	100%	3.972.388

Já a expectativa de vida das mulheres passa de 77,4 para 79,6 entre 2000 e 2010, enquanto a dos homens passa de 68,4 para 70,2 anos de vida no mesmo período.

Figura - Estrutura etária por sexo e idade. Espírito Santo, 1991-2010



Fonte: IBGE

Na Região Central relação à distribuição por gênero, há um equilíbrio nos municípios dessa Região num total de 329.278 mulheres e 325.564 homens, pela estimativa de 2018.

Tabela: Distribuição da população da Região Central por sexo

REGIÃO CENTRAL	População Total	População Sexo Feminino	População Sexo Masculino
Águia Branca	9.653	4.678	4.975
Alto Rio Novo	7.798	3.883	3.915
Aracruz	99.305	49.799	49.506
Baixo Guandu	30.862	15.772	15.090
Colatina	121.580	62.533	59.047
Governador Lindenberg	12.535	5.989	6.546
Ibiraçu	12.365	6.246	6.119
João Neiva	16.614	8.404	8.210
Linhares	170.364	85.469	84.895
Mantenópolis	15.194	7.596	7.598
Marilândia	12.700	6.332	6.368
Pancas	23.059	11.286	11.773
Rio Bananal	19.009	9.165	9.844
São Domingos do Norte	8.589	4.114	4.475
São Gabriel da Palha	37.361	18.705	18.656
São Roque do Canaã	12.318	6.104	6.214
Sooretama	29.449	14.461	14.988
Vila Valério	14.087	6.742	7.345
REGIÃO CENTRAL	652.842	327.278	325.564

Fonte: IBGE

No Brasil, existe a tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, conferindo maiores valores à razão de dependência total e principalmente da população idosa, aumentando as responsabilidades sociais para com este grupo etário. Na saúde, esse quadro sugere que os gestores devem estar atentos às novas demandas que surgem no bojo desse quadro de mudança demográfica em virtude da modificação do perfil epidemiológico resultado desse processo, necessitando de readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, principalmente de prevenção e promoção.

A comunidade indígena no Espírito Santo é pequena, sua concentração reconhecida está em maior número no município de Aracruz, onde são identificadas duas etnias (Guaranis e Tupiniquins), com um total de 809 famílias, formando uma população de 3.032 indígenas.

Na Região Central o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) publicou a portaria nº284/2015, reconhecendo a área de São Pedro, em Ibiraçu, como área remanescente de quilombolas. Aguardada desde 2005, quando começaram os estudos na região, a área reconhecida possui 314,07 hectares e abriga 26 famílias remanescentes de quilombo.



As Comunidades Tradicionais de herança européia estão presentes, principalmente na região de montanhas do interior do Espírito Santo, com a presença das etnias italiana, suíça, pomerana, alemã, holandesa e polonesa. Na Região Central, os municípios de São Gabriel da Palha, Colatina, Baixo Guandu, Pancas e Vila Valério, possuem influencia da colonização de Pomeranos que cultivam a sua língua e origens usando no dia-a-dia para manter viva a sua cultura e originalidade.

De acordo com os dados do IBGE/DATASUS de 2018, a distribuição da população conforme a faixa etária no ES e na Região Central mostra um maior número de habitantes na faixa etária de 20-49 anos. A Região tem uma população de crianças, adolescentes e jovens até 19 anos de 212.689 e declínio na população acima dos 50 anos, sendo 130.490 pessoas.

A população de idosos acima de 60 anos na Região Central corresponde a 10,17% da população total dessa região, num total de 66.430 pessoas acima de 60 anos (35.604 mulheres/30.826 homens) de acordo com a estimativa NEPS 2018. A população de idosos acima de 60 anos em todo o ES é de 10,30% da população total do estado, assim a Região Central apresenta um número semelhante em relação a todo o ES.

Tabela: Distribuição da população idosa por município Região Central

Município	60 anos e mais em percentual	População IBGE
ES	10,38	3.578.067
Região Central	10,27	582.786
Águia Branca	11,82	9.507
Alto Rio Novo	11,37	7.371
Aracruz	8,21	84.429
Baixo Guandu	13,38	29.272
Colatina	11,57	113.054
Governador Lindenberg	11,73	11.106
Ibiraçu	11,53	11.335
João Neiva	12,98	15.886
Linhares	8,57	145.639
Mantenedópolis	12,95	13.826
Marilândia	13,42	11.286
Pancas	11,48	21.722
Rio Bananal	10,46	17.713
São Domingos do Norte	12,40	8.070
São Gabriel da Palha	10,54	32.655
São Roque do Canaã	13,29	11.406

Sooretama	7,13	24.685
Vila Valério	9,58	13.824

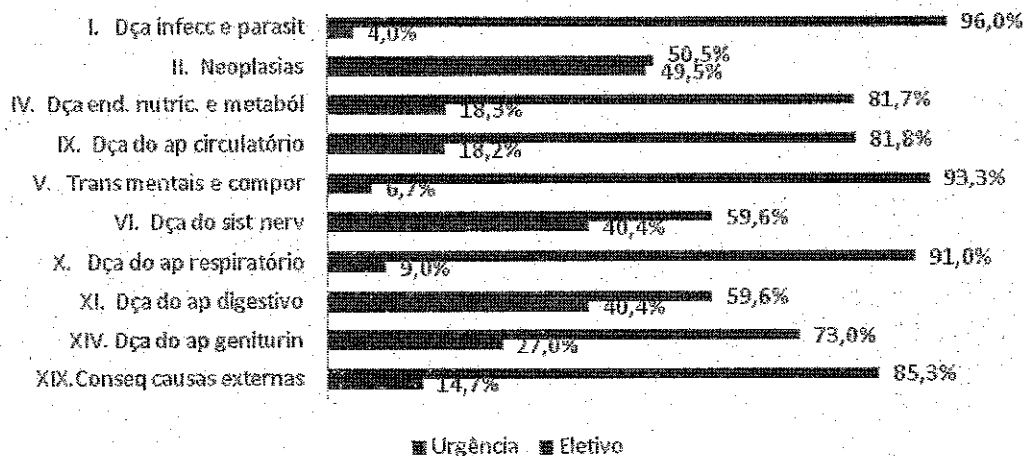
Fonte: Censo IBGE 2010 PIR 2015

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

No ano de 2018 o número de óbitos no Espírito Santo foi de 23.737 óbitos e na Região Central 3.675 óbitos. De acordo com dados de 2019 do Sistema de Internações Hospitalares (SIH), o número de internações no SUS no ES totalizou 244.489, na Região Central foram 38.832.

Em 2018 na Região Central foram 28.913 internações de urgência e 4.229 internações eletivas. A proporção de urgência é de 87,2% de todas as internações SUS na Região. As internações de urgência na Região Central correspondem a 15,02% do total de internações de urgência em todo o ES. Dentre as 28.913 internações de urgência desta região, 4.493 internações correspondem a doenças do aparelho circulatório.

Gráfico . Distribuição das internações de urgência e eletivas no ES, no ano de 2018



FONTE: Sistema de Internações Hospitalares (SIH), 2018

MORTALIDADE

No Espírito Santo ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos com um coeficiente de mortalidade geral entre 5,6 e 6,0 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010. A mortalidade proporcional segundo a causa do óbito (CID 10) apresenta as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, seguido das Causas Externas (acidentes, homicídios e suicídios); em terceiro as Neoplasias e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório. Estes quatro capítulos da CID10 concentram 76% do total de óbitos. O gráfico abaixo ilustra as principais causas de óbito registradas no período de 2000 a 2010 na população do Estado.

A taxa de mortalidade hospitalar no ES mantém-se estável em 3,7%, comparando-se o ano de 2018 a 2015, num total de 8.956 óbitos. Na Região Central, a taxa de mortalidade hospitalar é 4,3%, sendo a segunda maior taxa do Estado. Em relação à mortalidade hospitalar, os índices da Região Central de Saúde também são altos em comparação às outras regiões de saúde, conforme podemos observar na tabela abaixo:

Tabela: Mortalidade Hospitalar por grupo CID 10 e por Região de Saúde

Diag CID10 (capit)	Sul	Norte	Central	Metrop	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12,8%	3,5%	11,6%	7,8%	8,5%
II. Neoplasias (tumores)	8,1%	9,2%	7,3%	7,1%	7,3%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4,1%	4,4%	4,7%	3,4%	3,9%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,6%	4,0%	6,6%	4,8%	4,8%
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,2%	3,4%	1,5%	0,1%	0,3%
VI. Doenças do sistema nervoso	3,6%	3,7%	8,0%	3,5%	3,8%
VII. Doenças do olho e anexos	0,0%	100,0%	0,0%	0,1%	0,1%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1,2%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%
IX. Doenças do aparelho circulatório	6,6%	7,1%	4,7%	6,3%	6,2%
X. Doenças do aparelho respiratório	9,1%	5,4%	9,6%	6,2%	7,2%
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,0%	3,7%	3,7%	2,9%	3,1%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,6%	2,6%	2,2%	1,8%	2,1%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,4%	0,5%	1,2%	0,4%	0,4%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,1%	1,7%	3,2%	2,1%	2,2%
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4,3%	1,8%	3,4%	2,9%	3,1%
XVII. Malf cong defor e anomalias cromossômicas	4,8%	0,0%	5,4%	2,7%	3,2%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5,9%	5,5%	9,9%	6,3%	6,7%
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2,0%	1,8%	2,9%	1,8%	1,9%
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,1%	2,5%	0,8%	0,4%	0,6%
Total	4,6%	3,2%	4,3%	3,4%	3,7%

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Mortalidade – SIM, Tabnet, 2018

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas correspondem às principais causas de morte da população do ES, com taxas de 28,5%, 18,8% e 14,1%, respectivamente. As principais causas de mortalidade na Região Central acompanham o perfil do ES, com taxas de 27,9%, 19,1% e 13,2% (doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas). As doenças do aparelho respiratório também ocupam uma importante causa de mortalidade no ES, com 10,1% no ES e 11,5% na Região Central.



A mortalidade por Causas Externas ocupam desde a década de 80 a segunda causa de óbito no Brasil e no Espírito Santo, são exemplos os homicídios, suicídios e acidentes. Em 2010, aparecem como a primeira causa, sendo responsável por 44,8% desse grupo de causa, seguidas pelos acidentes de trânsito (28,49%).

As mortes por neoplasias malignas alternam com as causas externas entre a segunda e a terceira causa de óbito na população do Espírito Santo. Na população maior de 20 anos representou uma incidência de 163,3 óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo masculino e 126,5 no sexo feminino.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. É analisada segundo três subcomponentes de acordo com o período de ocorrência do óbito: neonatal precoce – até 7 dias, neonatal tardia até 28 dias e pós neonatal – de 28 dias até 1 ano de vida.

No Espírito Santo, a mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, com redução de 36% no período de 2000 a 2010, variando entre 18,63 em 2000 e 11,88 em 2010.

Do total de óbitos infantis fetais e de crianças menores de 01 ano, 63,54% foram investigados nas regiões de saúde respectivamente: Centro 36%, Sul 63% e Metropolitana 68,34%.

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido - RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência.

As afecções originadas no período perinatal representam a principal causa de óbito neonatal e infantil no estado, respondendo por 72% das mortes no período neonatal e 57% no período pós neonatal, seguido das malformações congênitas e anomalias cromossômicas que representaram 25% dos óbitos no ano de 2010.

A análise dos óbitos evitáveis em menores de um ano segundo a classificação da Fundação SEADE apresenta-se superior a 90% desde o ano 2000. Dentre as mortes evitáveis sobressaem àquelas decorrentes de adequado controle na gravidez e apesar das altas coberturas de pré-natal, que no ano de 2010 atingiu 65% das gestantes do estado com sete ou mais consultas, e 91% com mais de quatro consultas durante a gestação, não garantiu qualidade.



A mortalidade materna é um indicador importante para avaliação da realidade socioeconômica e da qualidade de vida da população, indicando a necessidade de realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Tem como causas principais as obstétricas diretas, dentre elas as doenças hipertensivas, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto (BRASIL, 2002).

POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

No Espírito Santo, a partir do censo do IBGE – 2010, a população com deficiência segue a mesma tendência nacional: 18,03% da população geral do estado é deficiente visual, em seguida, 7,13% é deficiente físico, 4,81% é deficiente auditivo e, por fim, 1,34% é deficiente mental/intelectual. No quadro abaixo a distribuição por tipo de deficiência na Região Central.

Quadro 3- Distribuição por tipo de deficiência

Deficiências	Metropolitana	Norte	Sul	Central	Total	Porcentagem
Deficiência visual	341038	71471	114110	107403	634022	18,03%
Deficiência auditiva	89189	20199	30264	29424	169076	4,81%
Deficiência motora	127994	28070	50613	44228	250905	7,13%
Deficiência Mental/intelectual	25580	5186	9092	7456	47314	1,34%

Obs. Porcentagem calculada com base na população total do ES - IBGE 2010: 3.514.952

Fonte: IBGE, Censo 2010

Diante do exposto, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada como desdobramento do Plano Viver sem Limites, pela Portaria GM/MS 793 de 24 de Abril de 2012, e define, em seu escopo, diretrizes e objetivos, como a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, com oferta de cuidados integrais e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, promoção de estratégias e mecanismo de educação permanente, bem como ampliação de oferta de órteses, próteses e meios auxiliares.

CAPACIDADE INSTALADA ASSISTENCIAL

A matriz diagnóstica contemplou a situação dos serviços de saúde ofertados para a Pessoa com Deficiência no estado do Espírito Santo.

ATENÇÃO BÁSICA

A organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Espírito Santo busca fortalecer as relações entre o Estado e os municípios por meio de apoio institucional fomentando ações de qualificação da Gestão e da Assistência, implantando as Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) tem por finalidade apoiar as políticas de saúde que contribuem para melhor atenção à saúde do cidadão, e neste sentido, as políticas básicas, com

compromisso de expansão da estrutura e do fortalecimento dos processos de trabalho na APS, iniciados com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, e impulsionados pelo Projeto Prioritário de Expansão e Fortalecimento da APS, integrante do movimento ES 2025, iniciado em 2007. No que tange a cobertura da Atenção Básica do estado do Espírito Santo na Região Central, em março de 2020, era em torno 84%. Veja quadro abaixo.

Quadro : Cobertura da Atenção Básica do estado do Espírito Santo na Região Central.



Comp etência	Popula ção	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob.	Cob. tura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. tura AB	Nº eSF SB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cob. tura ESFS B	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cob. tura SB AB	Nº ACS Cob	Estim. Pop. Cob. ACS	Cob. tura ACS
jan/20	661.264	172	562.085	85%	580.574	87,79 %	103	341.461	51,63 %	453.749	68,61 %	1.16	615.280	93,04 %
fev/20	661.264	173	555.703	84,03 %	575.302	87%	105	341.270	51,60 %	453.258	68,54 %	1.14	601.781	91%
mar/20	661.264	174	558.734	84,49 %	582.719	88,12 %	106	350.684	53,03 %	464.508	70,24 %	1.15	607.745	91,90 %

Fonte: e-gestor

Segundo dados do Ministério da Saúde, em Outubro de 2019, dos 18 (dezoito) municípios que compõem a Região Central, 10 (dez) deles possuem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 3 (três) municípios têm cobertura de ESF abaixo de 70%, sendo Aracruz e Sooretama os municípios com a cobertura mais baixa. Considerando a cobertura da Atenção Básica (AB), somente Aracruz, Linhares e Sooretama possuem cobertura abaixo de 70%, números que variam no período de tempo.

Tabela : Cobertura de Atenção Básica por Município da Região Central, ano de 2019

Município	População	Nº ESF Implant.	Cob. Pop. ESF	Cob. Pop. ABS
Águia Branca	9.653	3	100%	100%
Alto Rio Novo	7.798	2	88,48%	100%
Aracruz	99.305	16	54%	61,58%
Baixo Guandu	30.862	9	100%	100%
Colatina	121.580	31	87,97%	97,22%
Governador Lindenberg	12.535	5	100%	100%
Ibiraçu	12.365	4	100%	100%
João Neiva	16.614	5	100%	100%
Linhares	170.364	33	66,82%	68,59%
Mantenópolis	15.194	4	84%	84%
Marilândia	12.700	4	100%	100%
Pancas	23.059	8	100%	100%
Rio Bananal	19.009	7	100%	100%
São Domingos Do Norte	8.589	3	100%	100%
São Gabriel da Palha	37.361	8	73,87%	83,19%
São Roque do Canaã	12.318	4	100%	100%
Sooretama	29.449	5	58,58%	58,58%
Vila Valério	14.087	4	97,96%	97,96%

Fonte: e-gestor /MS. ref out/2019

Em 2019, a SESA cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI) e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (PEPSUS).

O Programa de Qualificação da Atenção Primária - QUALIFICA APS - Edital nº 005/2019, a partir do ICEPI, possibilita colaborar com os municípios para desenvolver programas de formação de especialistas e de provimento profissional (neste primeiro momento médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas), profissionais bolsistas, para fixação nas equipes e aumento da cobertura de atenção básica, através de parceria com os municípios que têm como responsabilidade a remuneração dos



profissionais através de bolsas. À competência da SESA, ficará o desenvolvimento de estratégias para favorecer a formação de especialistas e aperfeiçoamento nas áreas e regiões prioritárias para o SUS, no estado do Espírito Santo, priorizando a ampliação de vagas para Atenção Primária/Saúde da Família. A remuneração de bolsa para os Supervisores - Médicos e Tutores - Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas, que irão monitorar as atividades e melhoria da qualidade na atenção, a partir de qualificação, sob responsabilidade da SESA/ICEPI, será uma das formas de colaboração no cofinanciamento da APS.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

De acordo com a Portaria Nº 793/2012, são componentes da Atenção Especializada os serviços de Reabilitação Física, Auditiva, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas deficiências, o qual conta com os seguintes pontos de atenção: Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

REABILITAÇÃO FÍSICA

Entende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de 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).

A estratégia terapêutica a ser utilizada deve-se pautar na individualidade do usuário sendo capaz de dialogar com suas necessidades de saúde, acadêmicas, domésticas e laborais. A participação da família é fundamental no processo de habilitação/reabilitação devendo o profissional de saúde prover todas as informações necessárias para o bom entendimento da condição atual bem como as etapas que compõem a terapêutica construída.

O Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo foi criado em 1979, pelo Decreto nº 1.797, de 22-02-1979, instituído junto à Secretaria de Estado da Cultura e do Bem Estar Social, com o título de Unidade de Reabilitação Física Motora (URFM) e o objetivo de reabilitar pessoas com deficiência física e/ou mental e/ou sensorial, prevenir doenças que levam a deficiência e agravos, proporcionar a integração social à sua clientela, promover pesquisas científicas e aperfeiçoamento na área de reabilitação.

No decorrer dos anos passou por diversas transformações organizacionais, administrativas e denominativas e, no dia 5-1-1990, através da Lei 4.317, passou a vincular-se definitivamente à Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo, com autonomia administrativa parcial, voltado para a formação de recursos humanos na área de saúde, como campo prático para o



atendimento, sobretudo à população. Incorporou novas tecnologias, transformando-se num Centro de Referência Estadual desde 2001, conforme a Portaria GM/MS nº 818.

O Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) é referência estadual na prestação de serviços de alta complexidade de Reabilitação Física, Referência Estadual Auditiva (média e alta complexidade), na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e prótese mamária, na realização de Exame de Eletroneuromiografia, e na aplicação de Toxina Botulínica nos casos de Distonias e Espasticidades.

A estrutura organizacional da Instituição é formada por 08 (oito) Unidades de Trabalho administrativas, financeira e clínicas que atendem nas especialidades de Fisiatria, Ortopedia, Cardiologia, Reumatologia, Neurologia Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Urologia, Pediatria, Radiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Musicoterapia, Nutrição, Enfermagem e Educação Física, atendendo usuários advindos das Regiões Norte, Central, Metropolitana e Sul. Atualmente o CREFES conta com 20 (vinte) leitos de medicina física e reabilitação em regime de internação.

Quadro: Serviços Oferecidos Pelo Centro de Reabilitação Física do ES (CREFES)

UNIDADES	
UTI	Leitos
Leitos para reabilitação	20
UTA	
Fisioterapia	2.800
Consulta/Fisiatra	256
Psicologia	150
Musicoterapia	160
Assistência Social	240
UTPO	
Consulta/Ortopedista (concessão de meios de locomoção)	144
Consulta/Fisiatra (amputados)	96
Concessão de meios de locomoção	480
Terapia Ocupacional	160
Psicologia	160
Fisioterapia	320
UTNAI / ADULTO	
Consulta/Fisiatra	184
Consulta/Neurologia	56
Consulta/Urologia	80
Fisioterapia	540
Terapia Ocupacional	540



Psicologia	160
Fonoaudiologia	120
Assistência Social	120

UTNAI / INFANTIL

Consulta/Fisiatria	184
Consulta/Pediatria	160
Fisioterapia	540
Terapia Ocupacional	360
Psicologia	120
Fonoaudiologia	320
Assistência Social	160

EXAMES

Eletroneuromiografia	108
RX	160

AMBULATÓRIO CLÍNICO DE FERIDAS

Consulta/Cirurgião	100
Enfermeiro	100

Fonte: CREFES, 2014.

Quadro: Procedência da demanda para reabilitação no CREFES

2014	1° TRIMESTRE		2° TRIMESTRE		3° TRIMESTRE		
Vila Velha	4171	45,7%	4285	46,1%	5289	48,5%	
Cariacica	1657	18,2%	1777	19,1%	2133	19 %	
Serra	887	9,7%	785	8,4%	856	8%	
Vitoria	605	6,6%	584	6,3%	853	8%	
Viana	142	1,6%	133	1,4%	134	1%	
Norte do estado	913	10 %	923	9 %	299	3%	Metrop 280 3%
Sul do estado	631	6,9 %	657	7,1%	478	4%	Central 461 4%
Outro estado	1	0,0 %	0	0	11	0%	

Fonte: CREFES, 2014.

Quadro: Tempo de Lesão da Demanda para Reabilitação no CREFES

Tempo de lesão	1° TRIMESTRE		2° TRIMESTRE		3° TRIMESTRE	
Até 1 mês	204	2,2%	151	1,6%	192	2%
1 a 3 meses	1027	11,3%	767	8,3%	1089	10%
3 a 6 meses	1457	16%	1248	13,4%	1704	15%
6 a 12 meses	966	10,6%	1794	19,3%	2583	28%

1 a 2 anos	1135	12,4%	813	8,7%	1138	10%
> 2 anos	4334	47,5%	4519	48,6%	4307	39%

Fonte: CREFES, 2014.

OBS:

- I- 50 a 60% dos usuários atendidos no Crefes/CER II nos 3 trimestres de 2014 são crônicos estabilizados;
- II- 65% dos usuários do Crefes/CER II procedem de Vila Velha e Cariacica.

O Centro Especializado em Reabilitação nas modalidades física e intelectual - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Colatina – APAE atende os municípios da região Central - PDR 2011- do Espírito Santo, em um total de 944 (Novecentos e quarenta e quatro) pacientes e alunos, atendendo a pacientes com distúrbio da audição, intelectual e física. Atualmente, está com uma demanda reprimida de 91 pacientes com deficiência intelectual (APAE-COLATINA,2017).

A área de abrangência de atendimento da APAE Colatina é baseada no Plano Diretor de Regionalização de 2011 do Estado do Espírito Santo, dentre os municípios referenciados são: Águia Branca ; Alto Rio Novo ; Aracruz ; Baixo Guandu ; Colatina ;Governador Lindenberg; Ibirapu; João Neiva; Linhares ; Mantenópolis ; Marilândia ;Pancas ;Rio Bananal ;São Domingos do Norte; São Gabriel da Palha ;São Roque do Canaã; Sooretama ; Vila Valério.

Produção do mês de Agosto/2017- CER II APAE- COLATINA

Quadro11: Produção do CERII – APAE Colatina

CÓDIGOS	QUANTIDADE
02.11.07.008-4	4
02.01.01.002-9	10
02.11.07.004-1	10
02.11.07.014-9	55
02.11.07.006-8	89
02.11.07.007-6	89
03.09.05.003-0	287
03.01.04.003-6	296
03.01.01.007-2	659
03.01.01.004-8	2229
03.01.07.007-5	5747

Atendimento	Quantidade de Atendimentos
Consultas Ortopédia	318
Consultas	166
Psiquiatria	

Consultas	42
Neurologia	
Teste da Orelhinha	55
Audiometria	10
Fisioterapia	1559
Equoterapia	529
Hidroterapia	333
Fonoterapia	1399
Terapia Ocupacional	674
Psicologia	912

Fonte: APAE Colatina, 2017

Atualmente a APAE de Colatina, realiza a dispensação dos seguintes itens: Cadeiras de rodas monobloco; Cadeiras de rodas acima de 90 kg; Cadeiras de rodas motorizada, adulto ou infantil; Almofada de assento para prevenção de úlceras de pressão em células de ar.

Todas as consultas médicas fornecidas pela instituição (Ortopedia, Neurologia, Psiquiatria) e o Teste da Orelhinha, são regulados pelo Município de Colatina, através do SISREG. Os demais atendimentos são marcados diretamente na instituição.

O CER tem como papel principal:

- Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias.
- Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada.
- Desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

O fluxo é organizado de forma que, para ser atendido nos Ambulatórios de Especialidades, o paciente deverá primeiramente procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua casa para que um médico (Clínico Geral) avalie seu caso. Caso haja necessidade, o médico fará o encaminhamento para que o mesmo dê continuidade ao tratamento em um dos Ambulatórios de Especialidades da cidade. As vagas estão inseridas no SISREG.

O CER II conta com médico Ortopedista / Neurologista que realiza o atendimento dos pacientes. O Serviço social da instituição recebe toda a documentação do paciente para realizar a triagem. A triagem inicial é realizada por profissionais capacitados, a fim de identificar os critérios de inclusão deste usuário ao serviço. Após a inserção do usuário, a equipe elabora o Plano Terapêutico do mesmo. Este plano direciona os atendimentos necessários para a reabilitação do usuário. Em



seguida, ele passa por avaliações com os profissionais, para que de acordo com as vagas, seja realizada a inclusão do paciente nos horários.

Caso o usuário necessite de algum exame complementar, prescrito pelos médicos do CER II, é respeitado o fluxo de concessão de exames de cada município e/ou da Superintendência Regional de Saúde. O usuário será encaminhado para o seu município de origem, que deve realizar ou agendar. Depois de realizado o exame, o paciente retorna diretamente para o CER II. Após alta do paciente no CER II, o usuário é encaminhado para o seu município de residência, que o encaminhará para o serviço de referência.

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE Colatina é dividida em três setores, sendo eles Educação, Saúde e Assistência Social. É no setor de Serviço Social que se inicia o processo de acompanhamento na entidade, fornecendo as informações e esclarecimentos necessários. Recebemos usuários encaminhados por Instituições de Ensino, Ministério Público, CRAS, Conselho Tutelar, CREAS, Abrigo Institucional, Casa Lar e por demanda espontânea. Por meio do serviço o usuário é acolhido, realiza a escuta da família e elabora-se a anamnese. Assim que iniciam seus atendimentos, o Assistente Social se articula com toda a equipe multiprofissional na defesa e garantia dos seus direitos, com as seguintes ações: estudo social; diagnóstico socioeconômico; visitas domiciliares; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; orientação sociofamiliar; atendimento psicossocial; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização para o exercício da cidadania; trabalho interdisciplinar; elaboração de relatórios e/ou prontuários. Vale ressaltar que as orientações com as famílias são realizadas em constante frequência, por se tratar de demandas espontâneas e também visitas domiciliares agendadas toda semana.

Os principais pontos de atenção para reabilitação física existentes na região central são: CEARA (Municipal) em Aracruz; CREFNEIVA (municipal) em João Neiva; Centro de Fisioterapia de Linhares CEFIL (Habilitado pelo MS) em Linhares; Clínica de Fisioterapia (Municipal) em Mantenópolis; Clínica de Fisioterapia (Municipal) em São Domingos do Norte; Unidade de Reabilitação Física (Municipal) em São Roque do Canaã; Serviço de Fisioterapia na US Sede (Municipal) em Vila Valério; CREFIN (Municipal) em Colatina.

Outros pontos de atenção à pessoa com deficiência por região; na Região Norte os pontos de atenção para reabilitação física e fisioterapia são: Clínica de fisioterapia (municipal) em Barra de São Francisco, atendimento em fisioterapia em Conceição da Barra com apoio do NASF, Centro de Fisioterapia (municipal) em Jaguaré, atendimento em fisioterapia nas unidades de saúde da família de Mucurici, Nova Venécia, Pinheiros e Vila Pavão, Clínica Municipal de Fisioterapia Karla Cristina M Nogueira em São Mateus.

A APAE de Nova Venécia, foi habilitada no ano de 2018, pelo Ministério da Saúde em 2018, nas modalidades intelectual e física e visa atender aos 14 municípios da região a saber: Água Doce do



Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão.

Na Região Sul os pontos para fisioterapia são: Ambulatório Municipal Walter Machado em Aflito Vivacqua, fisioterapia em Alfredo Chaves, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, CEU – Centro de especialidades unificado em Anchieta, Centro municipal de reabilitação física em Cachoeiro de Itapemirim, Centro de Reabilitação Física Dona Gaby em Guaçuí;

A APAE de Cachoeiro de Itapemirim foi habilitada como CER tipo II para as modalidades Intelectual e Física, que visa atender aos 26 municípios a saber: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta.

Por fim, na Região Metropolitana os pontos de atenção são: Centro Municipal de Reabilitação Física em Afonso Cláudio, Unidade de atendimento em fisioterapia em Brejetuba, Centro de Fisioterapia Municipal em Domingos Martins, sala de reabilitação física na Unidade Mista de Laranja da Terra, em Santa Maria de Jetibá, salas de fisioterapia em Marechal Floriano, Clínica de reabilitação municipal em Ibatiba, NAPD (Núcleo de atenção ao portador de deficiência) em Santa Tereza com serviços de reabilitação física.

Além do exposto acima, a região metropolitana conta com a assistência da entidade filantrópica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ES, atendendo uma média de 364 usuários semanalmente, perfazendo um total de 7280 atendimentos /mês na clínica de fisioterapia, nas diversas áreas de reabilitação, como: Reabilitação neurológica adulto e infantil; Estimulação Sensorial; Reabilitação em Traumatologia – ortopedia; Reabilitação Uroginecológica (Saúde da Mulher); Reabilitação Respiratória; Reeducação Postural, Saúde do Atleta, além do serviço de prevenção primária e secundária com os serviços oferecidos na comunidade de Jesus de Nazareth e Unidade Básica de Itararé. Trabalha também a inclusão social da pessoa com deficiência, com o Grupo de Dança Sobre Rodas (Rodopios e Piruetas).

REABILITAÇÃO AUDITIVA

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), os serviços de reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que fazem a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Esses serviços devem realizar ainda o processo de reabilitação auditiva, o que inclui: diagnóstico – consultas e exames audiológicos –, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, são responsáveis pelo acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características



eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI.

O CREFES possui o POLO DE AUDIOLOGIA habilitado pelo Ministério da Saúde como Serviço de atenção de média e alta complexidade em Saúde Auditiva.

Quadro 12 Serviços de audiologia Contratualizado/mês no CREFES

Procedimento	Quantitativo (Mês)	Quantitativo (ano)
Regulado		
Consulta Especializada em otorrinolaringologista	56	672
Exame audiometria e imitanciometria	84	1008
Exame emissões otoacústica	8	96
Exame PEATE-BERA	4	**** Iniciou em 10/2017

Fonte: Núcleo de Regulação de Consultas e Exames /SESA, 2017

A Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV) é habilitada pelo Ministério da Saúde como Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) realiza os seguintes serviços:

Quadro 13- Serviços da Policlínica UVV

3474151-POLICLINICA DE REFERENCIA UVV LTDA

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Data do Lançamento
2205	CENTRO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA NA ALTA COMPLEXIDADE	Nacional	01/2014	--	SAS 1462	30/12/2013	10/2/2014

Fonte: CNES, 2014

Código: 107 - 005 Serviço: SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA Classificação: Implante coclear



164 - 005	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	Dispensação de OPM auditiva
-----------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------

Quadro: Procedimentos contratualizados Policlínica UVV

Houve contratualização da SESA com a UVV no final de 2018 (convênio com vigência de 2019 a 2020 e atualmente em processo de renovação).

164 - 006	SERVICO DE ORTESES, PROTESES E MAT ESPECIAIS EM REABILITACAO	Manutenção e adaptação de OPM auditiva
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	Reabilitação auditiva
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	Atenção fonoaudiológica
Procedimento Regulado	Quantitativo (Mês)	Quantitativo (ano)
Consulta Especializada em otorrinolaringologista	56	672
Exame audiometria e imitanciométrica	80	960
Exame emissões otoacústica	8	96
Exame PEATE- BERA	4	48

Fonte: Núcleo de Regulação de Consultas e Exames /SESA, 2017

Quadro15-Demanda reprimida em setembro de 2017, em saúde auditiva no Estado do ES.

Procedimento Regulado	Quantitativo /Reprimida
Consulta Especializada em otorrinolaringologista	1410
Exame audiometria e imitanciométrica	593
Exame emissões otoacústica	23
Exame PEATE- BERA	236

Fonte: Núcleo de Regulação de Consultas e Exames /SESA

SERVIÇO DE IMPLANTE COCLEAR NO ESPÍRITO SANTO

O Serviço de Atenção Especializado às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, preconizado pela Portaria GM Nº 2.776, de 18 de Dezembro de 2016, foi habilitado no estado do Espírito Santo em Dezembro de 2017 no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

O tratamento cirúrgico é indicado como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensorio-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva.

São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas indicações serão avaliadas pelos serviços especializados em saúde auditiva (CREFES e policlínica da UVV).

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes que realizaram a cirurgia de Implante Coclear e o acompanhamento é para toda a vida do paciente. Para a garantia do sucesso da cirurgia, é preciso que o paciente compareça ao serviço nos dias agendados e, além disso, façam acompanhamento na região de origem, quando disponível.

O Usuário para ter acesso ao serviço de implante coclear, deverá seguir o seguinte Fluxo de Atenção:

1º: O cidadão com suspeita de problemas auditivos deve procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e solicitar atendimento de otorrinolaringologia.

2º: O profissional da UBS fará as avaliações necessárias e os encaminhamentos que o caso necessitar. Esse encaminhamento é feito pela própria UBS à Central de Regulação de Vagas para os serviços habilitados em saúde auditiva (CREFES ou Policlínica da UVV).

No CREFES e na UVV os pacientes seguirão o fluxo conforme protocolo definido para os pacientes com perfil indicado ao Implante Coclear.

3º: O agendamento para o serviço do HUCAM será realizado via SISREG e a marcação será feita pelos serviços habilitados em saúde auditiva (CREFES ou UVV).

O HUCAM tem contratualizado por mês, 12 consultas ambulatoriais para implante coclear e um total de 144/ ano.

Ainda em relação ao fluxo para atendimento ao neonato com suspeita de deficiência auditiva, após a TAN, a marcação é realizada diretamente para o centro de referência em reabilitação auditiva (CREFES ou UVV) pela assistente social do hospital no momento da alta da criança da maternidade, o objetivo deste fluxo direto é promover uma maior precocidade no atendimento da criança com déficit auditivo, proporcionando uma melhor reabilitação e inclusão social.



SERVIÇOS DE OSTOMIA

O serviço de atenção às pessoas ostomizadas presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades de vida autônoma, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de Reabilitação Física.

A prestação de assistência especializada para pessoas ostomizadas, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS 400, de 16 de novembro de 2009, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

A Atenção à Pessoa Ostomizada no Estado do Espírito Santo se dá por meio de Serviços instituídos nas quatro Regionais de Saúde, funcionando dentro da estrutura dos Centros Regionais de Especialidades.

Buscando a padronização de atendimento, bem como a implantação de fluxos e formulários que norteiem os profissionais que compõem as equipes dos Serviços Regionais no seu processo de trabalho, foi constituída uma Comissão Estadual de Padronização de Fluxos de Atendimento aos Ostomizados do Estado do Espírito Santo – Portaria 325 – S publicada em 24.10.2013 com a finalidade de elaborar uma proposta que contemple este objetivo.

Em relação à cirurgia de reversão em Ostomia a Santa Casa de Misericórdia é, hoje, o local de referência com a quantidade de 4/mês.

SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA E REABILITAÇÃO VISUAL

A reabilitação/habilitação de pessoas com baixa visão e cegueira prevê uma abordagem interdisciplinar e implica no envolvimento direto de profissionais atuando junto à pessoa com deficiência visual e sua família. O oftalmologista na área da baixa visão deve desenvolver trabalho conjunto com equipe de profissionais da área de reabilitação, como, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, profissional de orientação e mobilidade com o objetivo de reabilitar/habilitar a pessoa com deficiência visual com vistas a sua inclusão social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A avaliação oftalmológica da pessoa com deficiência visual nos Serviços de Reabilitação Visual fornece subsídios para o trabalho de habilitação e reabilitação a partir do conhecimento das características da resposta visual. A partir do estudo da função visual, poderão ser indicados e prescritos auxílios ópticos, não ópticos e eletrônicos que promoverão a melhor resolução visual e a



melhora do desempenho nas atividades diárias. Para o profissional da área de reabilitação, os dados da avaliação oftalmológica permitirão reconhecer a real funcionalidade do indivíduo e darão subsídios para as intervenções apropriadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

a) Centro Regional de Especialidades (CRE METROPOLITANO)

- Serviço de diagnóstico em oftalmologia e dispensação de OPM oftalmológica
- Serviço de Oftalmologia: 06 médicos oftalmologistas

As consultas especializadas ofertadas pela Secretaria de saúde no CRE Metropolitano são reguladas seguindo o fluxo comum, inicia pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e encaminhadas para serviços especializados.

Programa de Órtese e Prótese Oftalmológica: O paciente deve passar por consulta com um oftalmologista do Sistema Único de Saúde (SUS), que emitirá a receita. Esta deve ser entregue na sede do Programa de Órtese e Prótese (CRE – Metropolitano) com demais documentos para abertura de processo.

b) Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV) – Hospital Geral beneficente sem fins lucrativos

Quadro - Consultas oftalmológicas contratualizadas no ano de 2014

Subgrupo	Forma Organizacional	Quant./mês
03 – Tratamento Clínico (Outras Especialidades)	05 – Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão	3.750
05 – Cirurgia do aparelho da visão	03 – Corpo vítreo, retina, coróide e esclera (geral)	104
	03 -0045 – Corpo vítreo, retina, coróide e esclera – Fotocoagulação a laser	1
	03 – 0193 – Corpo vítreo, retina, coróide e esclera – Pan-fotocoagulação	50
	04 – Cavidade Orbitaria e Globo Ocular	1
	05- Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino	131

Fonte: Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV)

HUCAM

Setor de Baixa Visão

50% das vagas disponibilizadas são agendadas via SISREG e 50% marcação local.

REABILITAÇÃO INTELECTUAL



Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), a deficiência intelectual é considerada como um estado de desenvolvimento incompleto ou estagnado, resultando em dificuldades no processo de aprendizagem, de entendimento, nos aspectos mnemônicos e no uso de recursos aprendidos frente a situações do cotidiano.

A deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, que vão desde condições sindrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, dentre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem.

Criar ferramentas tecnológicas eficazes para ajudar as pessoas desta população é uma tarefa desafiadora. Estudos anteriores mostraram que, embora os indivíduos com alterações cognitivas tenham maior incapacidade funcional do que indivíduos com outros tipos de deficiências, eles usam o menor número de auxílios tecnológicos. Estudos sugerem que isto é devido, pelo menos em parte, à falta de tecnologia concebida para esta população. O objetivo de aumentar a cognição é menos concreto do que atenuar outros tipos de deficiência, como a visão ou a mobilidade, porque os mecanismos cognitivos utilizados pelas pessoas para atingir seus objetivos variam entre os indivíduos e ao longo do tempo. Habilidades cognitivas variam muito, mesmo entre indivíduos diagnosticados com o mesmo tipo de deficiência. Cada indivíduo tem um conjunto único de habilidades, e uma ferramenta tecnológica eficaz deve corresponder às necessidades do indivíduo, a fim de aumentar suas habilidades.

Deste modo, os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro do Autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade. Os atendimentos são prestados pela APAE e Pestalozzi do Espírito Santo.

SAÚDE BUCAL

No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) e, frente à impossibilidade de atendimento ambulatorial, será encaminhado para o nível terciário (atendimento hospitalar) os casos que necessitam do atendimento odontológico sob sedação.

TRIAGEM NEONATAL

Composta dos testes do pezinho, do olhinho e da orelhinha, visam detecção precoce de várias patologias.



Teste da orelhinha – Triagem auditiva Neonatal

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames. No caso de nascimentos que ocorram em domicílio, fora do ambiente hospitalar, ou em maternidades sem triagem auditiva, a realização do teste deverá ocorrer no primeiro mês de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O fluxo para atendimento ao neonato com suspeita de deficiência auditiva, após a TAN, a marcação é realizada diretamente para o centro de referência em reabilitação auditiva (CREFES ou UVV) pela assistente social do próprio hospital (maternidade) no momento da alta da criança da maternidade, o objetivo deste fluxo direto é promover uma maior precocidade no atendimento da criança com déficit auditivo, proporcionando uma melhor reabilitação e inclusão social.

TESTE DO OLHINHO – TESTE DO REFLEXO VERMELHO

Permite avaliar, já nas primeiras horas de vida, a presença de algumas doenças oculares, realizado na maternidade. Uma fonte de luz sai de um aparelho chamado oftalmoscópio e é observado o reflexo que vem das pupilas. Quando a retina é atingida por essa luz, os olhos saudáveis refletem tons de vermelho, laranja ou amarelo. Em algumas doenças, não é possível observar o reflexo ou sua qualidade é ruim, esbranquiçada. A comparação dos reflexos dos dois olhos também fornece informações importantes, como diferenças de grau entre olhos ou o estrabismo. O teste do olhinho previne e diagnostica doenças como a retinopatia da prematuridade, catarata congênita, glaucoma, retinoblastoma, infecções, traumas de parto e a cegueira.

Teste do Pezinho

Exame feito a partir de sangue coletado do calcanhar do bebê e que permite identificar doenças graves, como: o hipotireoidismo congênito (glândula tireóide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), a fenilcetonúria (doença do metabolismo) e as hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue – traço falcêmico e doença falciforme) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009); exame este realizado na APAE-Vitória.

PROPOSIÇÕES PARA A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ao levar em consideração que 18,03% da população do ES possui algum tipo de deficiência visual, torna-se indispensável uma rede de serviços envolvendo a prevenção, assistência e reabilitação.

Serviços de Reabilitação



Quanto aos Serviços de Ostomia, a portaria nº 400/2009 preconiza que estes serviços estejam vinculados aos Centros de Reabilitação Física. Hoje, no estado, os serviços funcionam nas quatro regiões de saúde, porém vinculados aos Centros de Especialidades, estando em desconformidade com a legislação. É necessário reordenamento destes serviços com adequação da estrutura física e de Recursos Humanos.

Atualmente o Serviço de Ostomia, está funcionando, com uma equipe composta por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente social e Psicólogo no CRE metropolitano, onde é realizado a dispensação de bolsas, cuidados e orientação à pessoa ostomizada.

O Espírito Santo possui um Centro de Alta complexidade em reabilitação física e os diversos municípios das regiões de saúde do estado possuem serviços de reabilitação e fisioterapia, em curto prazo, podemos pensar como proposta a construção de uma linha de cuidados ou diretrizes para a reabilitação física, incluindo capacitações para as equipes municipais a fim de otimizar o atendimento ao usuário, podendo este, ser atendido próximo à sua residência e ser referenciado para o CREFES nos casos mais complexos e graves.

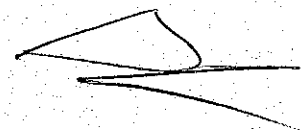
O estado do Espírito Santo, por meio do Programa de Órteses e Próteses Oftalmológicas, faz apenas dispensação destes materiais. O recurso financeiro deste programa é estadual e compete ao Centro Regional de Especialidades Metropolitano (CRE-Metropolitano). Não há, no ES, serviço de reabilitação visual conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, temos **potencialidade** de ter este serviço no Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), que passará de CER II para III, recebendo, desta forma, recurso conforme portaria nº 835 de 2012 para atender à população do ES. Além disso, o Programa de Órteses e Próteses oftalmológicas passará a integrar ao CER III e à equipe de referência estadual para reabilitação visual.

Para suprir a inexistência de serviços ligados ao estado que ofereçam Reabilitação Intelectual, as Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) possuem profissionais que fazem atendimentos em reabilitação intelectual e de transtornos do espectro do autismo com possibilidade de ser referência para os municípios da região.

METAS DO GRUPO CONDUTOR:

Implantar o Grupo Condutor Regional de Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nas 4 regiões de saúde.

Estabelecer o CREFES como um Centro de Referência em Atendimento em Neurológico com inclusão de novas tecnologias e capacitação dos profissionais para um atendimento de excelência



As instituições credenciadas, ou habilitadas, deverão se comprometer com a capacitação técnica dos seus profissionais, devendo os profissionais possuir especialidade comprovada na área de atuação, prezando sempre pela qualidade de assistência ao usuário.

Reestruturar o Serviço de Atenção às Pessoas Ostromizadas nas quatro regiões garantido o acesso e atenção conforme previsto no manual de Orientação aos Serviços de Ostromizados da SESA. Qualificar as equipes de APS para a orientação e cuidados aos pacientes Ostromizados.

Descentralizar o serviço de reabilitação audiológica.

Descentralizar o serviço de dispensação de Órtese e Prótese objetivando atender as demais regiões.

Inclusão na contratualização da SESA, na rede própria, o atendimento hospitalar odontológico aos pacientes com necessidades especiais.

Garantir o atendimento odontológico hospitalar para pessoas com necessidades especiais que necessitam de sedação. Sendo que, o CEO, deverá referenciar caso necessário, para atendimento hospitalar sob sedação. Nos municípios que não possuem CEO, estes pacientes devem ser referenciados da atenção básica após no mínimo 3 tentativas de atendimento ambulatorial para a regulação municipal com a guia de referencia e contra referencia preenchida e esta fará o encaminhamento para o terceiro nível, nível hospitalar onde será atendido sob sedação.

Credenciamento das Pestalozzi para o atendimento dos Transtornos Intelectuais e Transtornos do Espectro Autista (TEA). Previsão: 2018

Implantação do Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA previsão: 2018

Inclusão da equipe de reabilitação na atenção primária (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia). Previsão: 2018.

Contratualizar o Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA) de Cachoeiro de Itapemirim, na modalidade de Reabilitação auditiva, serviço de alta complexidade em protetização auditiva, junto a SESA/ES.

Estabelecer o CREFES como um Centro de Referência em Atendimento em Neurológico com inclusão de novas tecnologias e capacitação dos profissionais para um atendimento de excelência

PROPOSTA DE SERVIÇOS A SEREM HABILITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1)Habilitação da APAE Vitória ES como CER tipo II nas modalidades Intelectual e Visual, minimizando o vazio assistencial nestas áreas na região metropolitana.

Previsão: final de 2017/ início de 2018, essa proposta está em processo de reavaliação por parte da instituição.



2)Habilitação da APAE de Nova Venécia como CER tipo II nas Modalidades Intelectual e Física minimizando o vazio assistencial na região Norte. Existe estudo sobre ampliação para CER III, com inclusão da reabilitação auditiva.

Ressaltando que a habilitação na modalidade física pode incluir novas tecnologias que surgirem fazendo parte da reabilitação física como o caso do THERASUIT, que nada mais é que um método, uma técnica de trabalho fisioterapêutico associado a uma órtese dinâmica. O THERASUIT não é um procedimento incluído na tabela SIGTAP e não consta na lista de procedimentos que o CER deve ofertar obrigatoriamente. A oferta de therasuit pela equipe do CER deve considerar a análise do impacto dessa oferta sobre as vagas e aos profissionais de terapia ocupacional ou fisioterapia, com vistas a duração da sessão. TOs com formação adequada também podem realizar o THERASUIT não é apenas uma técnica fisioterapêutica.

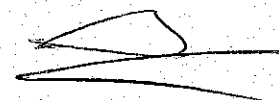
3)Habilitação da APAE de Cachoeiro de Itapemirim como CER Tipo II nas modalidades Intelectual e Física, minimizando o vazio assistencial da região Sul. Proposta de aumentar o atendimento de 190 pacientes para 400 pacientes/mês. Ressaltando que a habilitação na modalidade física inclui novas tecnologias que surgirem fazendo parte da reabilitação física como o caso do THERASUIT, que nada mais é que um método, uma técnica de trabalho fisioterapêutico associado a uma órtese dinâmica. Ressaltando que a habilitação na modalidade física inclui novas tecnologias que surgirem fazendo parte da reabilitação física como o caso do THERASUIT, que nada mais é que um método, uma técnica de trabalho fisioterapêutico associado a uma órtese dinâmica. Ficando portanto impedido de credenciamento em separado para a utilização de novas tecnologias pois elas farão parte do credenciamento existente.

Previsão: final de 2017/ início de 2018

4) Existe possibilidade de Habilitação como CER da Clínica de Fisioterapia da entidade filantrópica Escola Superior de Ciências da Santa casa de Misericórdia de Vitória ES (EMESCAM) com potencialidade para as modalidades Intelectual, Física (em qualquer modalidade, como estimulação sensorial precoce, Therasuit etc.), Visual, Auditiva além de Construção, equipamento e habilitação da oficina Ortopédica ,minimizando a insuficiente assistência destes procedimentos no Estado do ES.

Ressaltando que a habilitação na modalidade física inclui novas tecnologias que surgirem fazendo parte da reabilitação física como o caso do THERASUIT, que nada mais é que um método, uma técnica de trabalho fisioterapêutico associado a uma órtese dinâmica. Ficando portanto impedido de credenciamento em separado para a utilização de novas tecnologias pois elas farão parte do credenciamento existente.

Previsão: 2018



5) Estabelecer o CREFES como um Centro de Referência em Atendimento em Neurológico com inclusão de novas tecnologias e capacitação dos profissionais para um atendimento de excelência

As instituições credenciadas, ou habilitadas, deverão se comprometer com a capacitação técnica dos seus profissionais, devendo os profissionais possuir especialidade comprovada na área de atuação, prezando sempre pela qualidade de assistência ao usuário.

6) Diante da necessidade do estado em serviços de reabilitação auditiva, pois temos apenas dois serviços habilitados e os mesmos se encontram na região metropolitana, o que dificulta a reabilitação das pessoas com deficiência auditiva, que muitas vezes chegam tardiamente ao serviço devido à espera, prejudicando sua adaptação e reabilitação, solicitamos a habilitação da APAE de Colatina como CER tipo III incluindo a Reabilitação auditiva .

7) O ES possui para atender todas as pessoas com deficiência do estado, apenas uma oficina de órtese e prótese portanto solicitamos recursos financeiros para a Construção, equipamento e habilitação da Oficina Ortopédica APAE de Colatina, que atenderá a região central do estado, assim como recursos financeiros para a Construção, equipamento e habilitação da Oficina Ortopédica APAE de Cachoeiro de Itapemirim, que atenderá a regional Sul assim como recursos financeiros para a Construção, equipamento e habilitação da Oficina Ortopédica APAE de Nova Venécia que atenderá a regional Norte.

8) Visando ampliar e qualificar a rede de cuidados a pessoa com deficiência, solicitamos a Habilitação da APAE de Cachoeiro do Itapemirim como CER Tipo III assim como a APAE de Nova Venécia como CER tipo III.

9) Habilitar novos serviços de dispensação de Oficina ortopédica (Cachoeiro do Itapemirim/ Colatina/ Nova Venécia) objetivando atender as demais regiões do estado, ampliando a rede de cuidados a pessoa com deficiência.

10) Habilitar a Associação Pestalozzi de Guarapari como CER tipo III nas modalidades física, auditiva e intelectual atualmente com capacidade de atendimento de 900 pacientes/mês de 10.000 atendimentos/procedimentos/mês.

11) Solicitamos a habilitação da APAE de Guarapari como CER II nas modalidades de reabilitação Física e Intelectual .

12) Solicitar a habilitação da Associação Pestalozzi de Linhares como CER tipo II nas modalidades intelectual e física.



13) Solicitar a habilitação da APAE de Aracruz como CER tipo II nas modalidades intelectual e física.

13) Solicitamos recursos materiais e equipamentos para a APAE de Domingos Martins, visto ser um serviço que atende a região serrana da regional metropolitana.

Ressaltando que a habilitação na modalidade física inclui novas tecnologias que surgirem fazendo parte da reabilitação física como o caso do THERASUIT, que nada mais é que um método, uma técnica de trabalho fisioterapeutico associado a uma órtese dinâmica. Ficando portanto impedido de credenciamento em separado para a utilização de novas tecnologias pois elas farão parte do credenciamento existente.

TABELA PROPOSIÇÕES DE HABILITAÇÃO JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

SOLICITAÇÃO	SERVIÇO	CNES
Habilitação CER TIPO III (Física, Intelectual e auditiva).	APAE DE COLATINA	3845443
Construir e equipar oficina ortopédica	APAE DE COLATINA	3845443
Habilitação CER TIPO III	APAE DE CAHOEIRO	9043381
Construir e equipar oficina ortopédica	APAE DE CAHOEIRO	9043381
Equipar serviço Domingo Martins	APAE DOMINGO MARTINS	6075916
Habilitação CER TIPO III	APAE DE NOVA VENÉCIA	9268650
Construir e equipar oficina ortopédica	APAE DE NOVA VENÉCIA	9268650
Habilitação CER TIPO II (Física, Intelectual) .	APAE DE GUARAPARI	2357941
Habilitação CER TIPO III (Física, Intelectual e auditiva) .	PESTALOZZI DE GUARAPARI	2652730
Habilitação CER TIPO II (Física, Intelectual).	PESTALOZZI DE LINHARES	5692768
Habilitação CER TIPO II (Física, Intelectual).	APAE DE ARACRUZ	2770261



Ampliação e equipamento de CREFES
Oficina ortopédica

2709023

NOVA PROPOSTA PARA A REGIÃO CENTRAL ATÉ 2021

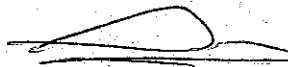
APAE COLATINA – Reabilitação Intelectual e transtornos do espectro do autismo / Reabilitação Física

4 (QUATRO) CER II - CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NA REGIÃO, SENDO 1 (UM) CER IV.

1 (UMA) OFICINA ORTOPÉDICA NA REGIÃO



OBJETIVOS	DESCRIÇÃO DA META	META				LINHA DE BASE - PARÂMETRO 2018	INDICADORES	OBSERVAÇÕES
		2020	2021	2022	2023			
Estruturar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em todas as regiões de saúde	01 Centro Especializado de Reabilitação (CER) IV implantado por região de saúde	1	1	1	1	0	Cobertura de CER Física nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Intelectual nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Visual nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Auditiva nas regiões de saúde	
	20 serviços habilitados como Centros Especializados de Reabilitação (CER) tipo II ou CER tipo III nas 04 regiões de saúde	3	5	7	5	25%	Cobertura de CER Física nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Intelectual nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Visual nas regiões de saúde	
							Cobertura de CER Auditiva nas regiões de saúde	



01 Oficina Ortopédica implantada por região e em conformidade com a Portaria GM/MS nº 793/2012	0	1	1	1	1	25%	Cobertura de Oficina Ortopédica nas regiões de saúde	Existe 01 oficina ortopédica no CREFES. Adequar a Oficina Ortopédica do CREFES (Região Metropolitana) à Portaria GM/MS nº 793/2012
100% das maternidades vinculadas à Rede Materno Infantil com oferta de Triagem Auditiva Neonatal	3	3	3	3	3	50%	Cobertura de triagem auditiva neonatal	Atualmente, 13 maternidades realizam a TAN. Todas as 25 deveriam realizar.

Fonte: Oficinas do PES (2020/2023)



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dicas em Saúde: Teste do Pezinho. 2009. Acesso em: 08 de Jun 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/180_teste_pezinho.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Atenção Básica. Acesso em Agosto,2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde 2012/2015. Vitória, 2012.

