

RESOLUÇÃO Nº 004/2022

A Comissão Intergestores Regional da Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo, constituída por meio da Resolução CIB/SUS-ES nº. 219/2012 de 06/08/2012. Em reunião realizada dia 24 de março de 2022, às 9:00 horas, no auditório da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim – SRSCI.

Considerando a Portaria Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012 que institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS que em seu artigo 6º parágrafo 2º trata da Elaboração do desenho regional da rede e em seu parágrafo 4º trata da elaboração de planos municipais de ação da rede

Considerando a Portaria Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012 Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente Atenção Especializada da Atenção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

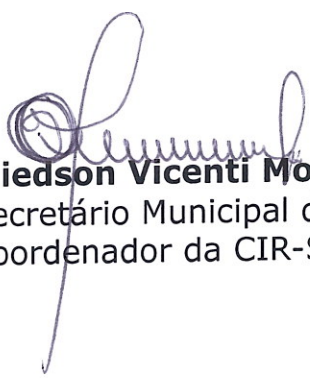
RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o Plano de Ação Regional Sul da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – **CPD SUL**, conforme anexos.

Art.2º - Encaminhar à CIB/SUS-ES para conhecimento e homologação.

Art. 3º - Revogar as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 24 de março de 2022.



Eliedson Vicenti Morini
Secretário Municipal de Mimoso do Sul - ES
Coordenador da CIR-SUL



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Plano de Ação Região Sul da
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
2020-2023

Espírito Santo
2022



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde





JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO

Subsecretário de Estado de Atenção à saúde

Marcio Clayton da Silva

Superintendente Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim – Região Sul

COORDENAÇÃO

Jordana Cristina Santos da Silva

Chefe de Núcleo Especial de Atenção Especializada

Elem Guimarães dos Santos

Simone Luzia Moraes Dorna

Referências Técnicas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Henrique Rezende Tiradentes

Referência Técnica Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA RCPD

Representantes da Superintendência Regional Sul

Titular - Henrique Rezende Tiradentes

Suplente - Bruna Celis Marin Lovatte

Representantes dos Municípios da Região Sul

Alfredo Chaves

Simoni Magri Cominotti

Anchieta

Fernando Márcio Araujo Dutra

Atílio Vivacqua

Adriana Bispo Santos Ferreira

Cachoeiro de Itapemirim

Patricia de D`Agostine Correa

Dores do Rio Preto

Bianca Concolato

Iconha

Ricardo Machado Costa

Itapemirim

Fernanda Nogueira da Silva

Marataizes

Marcela Rodrigues Marques Távora

Mimoso do Sul

Fernanda Inacio Carini Pregioni



Muniz Freire

Silvania Aparecida Paradella

Muqui

Helton da Silva Souza

Presidente Kennedy

Juliana Peçanha Piassi

Vargem Alta

Ana Ignez Cereza

Representantes dos Centros Especializados em Reabilitação

CER APAE Cachoeiro

Titular: Leone da Silva Mendonça

Suplente: Gisele Brito Oliveira

CER PESTALOZZI Mimoso do Sul

Titular: Silvia Fernanda Belot Vivas Acha

Suplente: Samyr Gomes Lima

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

CAPS –Centros de Atenção Psicossocial

CER - Centros Especializados em Reabilitação

CMEV - Centro Médico de Especialidades de Vitória

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CRES – Centro Regional de Especialidades

DIO-ES – Diário de Imprensa Oficial do Espírito Santo

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ES- Estado do Espírito Santo

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ESB- Estratégia de Saúde Bucal

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FEAPAES - Federação das Apaes do Espírito Santo

GEPORAS – Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção à Saúde GEVS –
Gerência de Vigilância em Saúde

GROSS – Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde

GCE – Grupo Condutor Estadual

GT- Grupo de Trabalho

HCP - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

HEAC- Hospital Estadual de Atenção Clínica

HEIMABA – Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves HEINSG – Hospital
Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória

HEJSN – Hospital Estadual Jaime dos Santos Neves

HEVV- Hospital Evangélico de Vila Velha

HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

HSCMV - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICEPI – Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa e Inovação em Saúde

INOVA - Fundação Estadual de Inovação em Saúde

LB I - Lei Brasileira de Inclusão



MAC - Média e Alta Complexidade
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NERCE – Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames
NRECI - Núcleo Regional de Especialidades de Cachoeiro de Itapemirim
NRESM- Núcleo Regional de Especialidades de São Mateus
NEAE – Núcleo Especial de Atenção Especializada
NEPSS – Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde
NEAPRI- Núcleo Especial da Atenção Primária
NERI - Núcleo Especial de Regulação de Internação
NIR - Núcleo Interno de Regulação
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PCD – Pessoa com Deficiência
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Plano Estadual de Saúde
PAPO – Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada
PA – Pronto Atendimento
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
PS – Pronto Socorro
PAR - Plano de Ação das Redes Temáticas
PPA- Plano Plurianual
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PRI – Plano Regional Integrado RAPS – Redes
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RN – Recém nascido
RUE- Rede de Urgência e Emergência
SAO - Serviço de Atendimento aos Ostomizados
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRTN - Serviço de Referência da Triagem Neonatal
SSAS – Subsecretaria do Estado de Assistência à Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SIA- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
TEA - Transtorno de Espectro Autista
TRV - Teste do Reflexo Vermelho
TAN – Triagem Auditiva Neonatal
TN – Triagem Neonatal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UCP - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados
UVV – Universidade Vila Velha

SUMÁRIO

1-	INTRODUÇÃO	11
2-	DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3-	ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS DA RCPD NA REGIÃO SUL DO ES.....	16
4.	CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	17
4.1	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	17
4.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	21
4.3	DISTRIBUIÇÃO DA PCD NA REGIÃO SUL DO ES	24
5.	FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM INTEGRAL NA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	26
6.	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	28
6.1	COMPONENTES DA RCPD	28
6.2	FLUXOS DE ACESSO	33
6.3	FINANCIAMENTO.....	36
6.3.1	CUSTEIO	36
6.3.2	QUANTITATIVO DE PACIENTES/MÊS ATENDIDOS	37
6.3.3	OPERACIONALIZAÇÃO	37
7.	CAPACIDADE ASSISTENCIAL INSTALADA NA REGIÃO SUL DO ES.....	38
7.1	- ATENÇÃO BÁSICA.....	38
7.2	ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	39
7.2.1	REABILITAÇÃO FÍSICA	41
7.2.2	REABILITAÇÃO AUDITIVA	45
7.2.3	REABILITAÇÃO INTELECTUAL	48
7.2.4	REABILITAÇÃO VISUAL.....	51
7.2.5	SERVIÇO DE OSTOMIAS.....	55
7.2.6	SAUDE BUCAL	56
7.3	ATENÇÃO HOSPITALAR	56
7.4	EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	57
7.5	CONCESSÃO/ DISPENSAÇÃO DE OPM, OFICINA ORTOPÉDICA E VEÍCULOS	58
7.5.1	VEÍCULOS ADAPTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	58
7.5.2	CONCESSÃO/DISPENSAÇÃO DE OPM E OFICINAS ORTOPÉDICAS	59
8.	PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA	61
8.2	FASES DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL de TRIAGEM NEONATAL	62
8.3	FLUXO ESTADUAL DA TRIAGEM NEONATAL	63
8.4	TESTE DA ORELHINHA – TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL.....	65
8.5	TESTE DO OLHINHO – TESTE DO REFLEXO VERMELHO	66
8.7	Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas - (Teste do	



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Coraçãozinho)	66
8.8 Teste da Linguinha (Avaliação do frênulo lingual)	67
9. ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID19.....	67
9.1 RECOMENDAÇÕES À REDE DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	68
9.2 ORIENTAÇÕES GERAIS AOS CUIDADORES.....	70
9.3 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇAS RARAS E CUIDADORES.....	73
9.4 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA	73
9.5 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	73
9.6 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	74
9.7 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS SURDOCEGUEIRA.....	74
9.8 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL.....	74
10. PROPOSIÇÕES DA ÁREA TÉCNICA PARA A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – SERVIÇOS QUE DEVERÃO COMPOR A RCPD NA REGIÃO SUL DO ES	77
10.1 AMPLIAÇÃO E HABILITAÇÃO DOS CER JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA MODALIDADE FÍSICA, AUDITIVA, INTELECTUAL E VISUAL	77
10.2 DESAFIOS DA RCPD	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

1- INTRODUÇÃO

Segundo a **Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, ratificada pelo Brasil, em 2008, como Emenda Constitucional considera-se **Pessoa com Deficiência** “ **aquela que têm 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**”.

A deficiência é um fenômeno global, frequentemente associado à pobreza, com impactos políticos, econômicos, culturais e sociais, e implicações para a sociedade como um todo. O Brasil, nos últimos anos, tem avançado na promoção dos direitos das pessoas com deficiência, por meio de políticas públicas que buscam valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidades, promovendo a inclusão social.

Um desses avanços foi a instituição da **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**, pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que no âmbito da Atenção à Saúde aponta que o propósito é a **reabilitação da Pessoa com Deficiência “na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências** (BRASIL, 2009).

O **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**, foi publicado pelo Ministério da Saúde em Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011 e tem como finalidade a promoção, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, dos exercícios plenos e equitativos dos Direitos das Pessoas com Deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (PLANO VIVER SEM LIMITES, 2013).

A atenção integral à saúde implica em assegurar o acesso às ações da Atenção Básica e Especializada, incluindo Reabilitação e Órteses, Próteses e meios auxiliares de locomoção e requer ainda, profissionais capacitados e atualizados em constante educação permanente, sendo a busca pela promoção de qualidade de vida uma constante e isso implica em adotar estratégias e ações individuais e coletivas no âmbito da saúde e de outros setores em ambientes acessíveis e

inclusivos são essenciais para a equiparação de oportunidade e autonomia.

No âmbito da prevenção de deficiências, diversas ações são possíveis e necessárias, tais como a imunização, acompanhamento das gestantes, de recém-nascidos, especialmente de risco, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, de pessoas com diabetes, hipertensão, hanseníase, e também ações intersetoriais para prevenção de acidentes e violências, assim como ações educativas e informativas (BRASIL, 2020).

Por fim, a política ressalta que os mecanismos de informação são essenciais para o acompanhamento e monitoramento do trabalho realizado, sendo indispensável aprimorar os processos de registro e desenvolvimento de indicadores e para tanto a **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)** foi criada pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº793, de 24 de abril de 2012, como desdobramento do Plano Viver sem Limite 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.

Organizar os serviços e equipes de diferentes níveis de atenção em rede favorece o alcance dessas diretrizes e a superação das vulnerabilidades, promovendo qualidade de vida para as pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso implica adotar estratégias e ações individuais e coletivas no âmbito da saúde e também junto a outros setores como Educação, Assistência Social e Direitos Humanos, entre outros, pois ambientes acessíveis e inclusivos são essenciais e apontam para o cuidado em saúde de maneira integralizada e principalmente humanizada.

A **Lei Brasileira de Inclusão (LBI)**, nº 13.146, de 06 de julho de 2015, em seu art. 2º, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. 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.



As **diretrizes da RCPD**, contidas na Portaria Nº 793, apontam para o Cuidado em Saúde das Pessoas com Deficiência: respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia, independência e de liberdade de escolha; equidade; respeito às diferenças; garantia de acesso e qualidade de serviços; atenção humanizada, centrada nas necessidades das pessoas; diversificação de estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, com vistas à inclusão social, autonomia e exercício da cidadania; ênfase em serviços de base territorial e comunitária; participação e controle social dos usuários e familiares; organização de serviços em rede regionalizada; educação permanente; construção de projetos terapêuticos singulares para o cuidado e desenvolvimento de pesquisas.

Nesse sentido, a Secretaria Estadual de Saúde - SESA criou o **Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde- ICEPI**, através da Lei complementar nº 909, de 26 de abril de 2019 e a **Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba**, criada pela Lei Complementar Estadual nº 924, de 17 de outubro de 2019 que integram o SUS como entidade da Administração Pública Indireta.

O Estado do Espírito Santo aderiu à **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em 2012**, a partir da Resolução nº 268/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a instituição do **Grupo Condutor Estadual (GCE)**. Atualmente, em razão do contexto da pandemia e de mudanças na estrutura organizacional da SESA, ocorrida em 11 de março de 2020, conforme decreto 4588-R de 10/ 03/2020, fez-se necessário reorganizar a composição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

No ano de 2021 foi instituído o **Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Região Sul do Espírito Santo** do qual fazem parte representantes da Superintendência representantes dos CERs existentes na região e representantes dos municípios da região cujo os gestores indicaram técnicos para participarem da composição desse grupo

A SESA publicou através da Portaria nº 222-R, de 17 de novembro de 2020 a recomposição do GCE no Estado do Espírito Santo, cuja finalidade é a estruturação de uma rede no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 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 contínua, através do Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.



Em 2020 a SESA construiu uma **Agenda de Resposta Rápida para a Atenção Primária em Saúde no enfrentamento à Covid-19** para organização e reposicionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), que contempla ações para o fortalecimento das atividades realizadas e para pós-pandemia, com o retorno das atividades que tenham sido suspensas.

O projeto de implantação da **Regulação Formativa Territorial** é uma das intervenções previstas no Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023, para responder ao cenário de demandas cotidianas da Saúde associadas a demandas da pandemia de COVID -19 e mais associadas a todas as estratégias de qualificação da APS, como o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS) e de organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e da Atenção Hospitalar. A **Regulação Formativa** é uma mudança no sistema de regulação que a Secretaria está implantando e faz parte de um conjunto de políticas de inovação em saúde proposto pelo governo, denominado “**iNova Saúde**”, que é uma construção de um sistema de saúde mais qualificado e eficiente para os usuário do SUS. Esse projeto de reorganização do Subsistema de Atenção Ambulatorial, tem como finalidade a integração da APS com a AAE da SESA de forma resolutive.

2- DIRETRIZES E OBJETIVOS DO PLANO REGIONAL DE SAÚDE DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

2.1 OBJETIVO GERAL

Este Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo geral desenvolver medidas relacionadas à Promoção, Prevenção, Tratamento, Reabilitação e Vigilância em Saúde através da ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, implantando plenamente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, considerando a importância das ações intersetoriais para o seu pleno desenvolvimento. Sua elaboração é baseada no documento orientador do Ministério da Saúde – **Orientações para atualização/elaboração dos Planos de Ação da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência e no Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual** (BRASIL, 2020).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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. Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
- III. Promover a vinculação das pessoas com deficiência Auditiva, Física, Intelectual, Ostomia e com Múltiplas Deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;
- IV. 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;
- V. Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências;
- VI. Ampliar a oferta de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- VII. Promover mecanismo de formação permanente para profissionais de saúde;
- VIII. Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde das pessoas com deficiência.

3-ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR OS OBJETIVOS DA RCPD NA REGIÃO SUL DO ES

Para alcançar esses objetivos, são propostas as seguintes estratégias:

- a. Promoção, no âmbito da Atenção Primária, da identificação precoce das Deficiências** por meio da atenção qualificada do pré-natal e da atenção integral ao recém-nascido e à criança;
- b. Qualificação da Triagem Neonatal;**
- c. Implantação de estratégias de humanização, acolhimento, estratificação de risco,** baseada na funcionalidade e análise da vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- d. Ampliação do número de Centros Especializados em Reabilitação (CER)** nas diferentes modalidades e das Oficinas Ortopédicas;
- e. Regionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)** por linhas de cuidado (reabilitação física, reabilitação auditiva, reabilitação intelectual e reabilitação visual);
- f. Implantação de protocolos de Regulação Formativa,** centrados na funcionalidade e adoção de critérios de tempo-resposta para toda a rede assistencial, especialmente em relação às condições agudas de maior morbimortalidade - doenças cardiovasculares, neuromusculares e por causas externas;
- g. Desenvolvimento de ações visando ao atendimento às Pessoas com Deficiência na Rede de Saúde Bucal;**
- h. Fortalecimento das ações e estratégias** que visem à atenção à saúde das Pessoas com Deficiência no seu domicílio;
- i. Apoio e orientação das famílias e aos cuidadores** das Pessoas com Deficiência;
- j. Fortalecimento das ações intersetoriais** às Pessoas com Deficiência.

4. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O Espírito Santo, situado na Região Sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população estimada de 4.064.052 habitantes, distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte (IBGE 2020).

O Estado ocupa uma área de 46.098,1 km² e apresenta densidade demográfica de 76,25 hab/km².

A Região Sul que abrange 26 municípios: Alegre; Alfredo Chaves; Anchieta; Apiaca; Atilio Vivacqua; Bom Jesus do Norte; Cachoeiro de Itapemirim; Castelo; Divino de São Lourenço; Dolores do Rio Preto; Guaçuí; Ibitirama; Içara; Irupí; Itapemirim; Lúna; Jerônimo Monteiro; Marataizes; Mimoso do Sul; Muniz Freire; Muqui; Piuma; Presidente Kennedy; Rio Novo do Sul; São José do Calçado; Vargem Alta) com uma população estimada de **682.396** habitantes e uma densidade demográfica de **63 hab/km²**. Na média, **16,5%** dos capixabas habitam em áreas rurais e **83,5%** em áreas urbanas. A taxa de urbanização das cidades capixabas é alta, mas inferior à da região sudeste do país. A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos 2001 e 2010 foi **1,14**, superior à taxa do Brasil - que foi **1,10** no mesmo período. Em termos numéricos, nos últimos 20 anos, a população do Estado do Espírito Santo aumentou **40,7%**: em 1997, eram **2.853.098** habitantes e, atualmente, já são mais de **4 milhões**.

A taxa de fecundidade vem reduzindo a cada 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. Entre 2000 e 2010, **a expectativa de vida das mulheres foi de 79,6 enquanto a dos homens foi de 70,2 anos**. A tendência 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.

Esse quadro sugere maior atenção dos gestores que devem atentar às necessidade que surgem no bojo dessa mudança demográfica, em virtude da modificação do perfil epidemiológico, que mostra uma tendência de envelhecimento da população e como resultado desse processo, há a necessidade de adequação tanto na oferta de serviços como nas ações de saúde, principalmente aquelas de promoção e prevenção.



O Censo 2010 – IBGE aponta que a população na Região Sul do Espírito Santo é em sua maioria formada por negros e pardos atingindo mais de **60%** do contingente populacional: brancos **39,3%**; negros **7,2%**; pardos **53,3%** e amarelos ou indígenas **0,2%**. As populações consideradas tradicionais se distribuem em algumas regiões obedecendo aos cursos migratórios da colonização ou sua descendência. As comunidades tradicionais de herança europeia estão presentes, principalmente na região de montanhas, com a presença das etnias italiana, suíça, pomerana, alemã, holandesa e polonesa.

A distribuição rural e urbana imprime uma forma de organização social característica das comunidades e inclusive a possibilidade de acesso aos bens e serviços.

Já as comunidades Quilombolas existentes e distribuídas na Região Sul do Estado são certificadas pela Fundação Palmares estão em território com cobertura da ESF e recebem recursos específicos garantidos pelo Ministério da Saúde.

Municípios com populações quilombolas:

Cachoeiro 420 Habitantes.

Guaçuí 43 Habitantes.

Itapemirim 1091 Habitantes.

Jeronimo Monteiro 290 Habitantes.

Presidente Kennedy 475 Habitantes.

Vargem Alta 167 Habitantes.

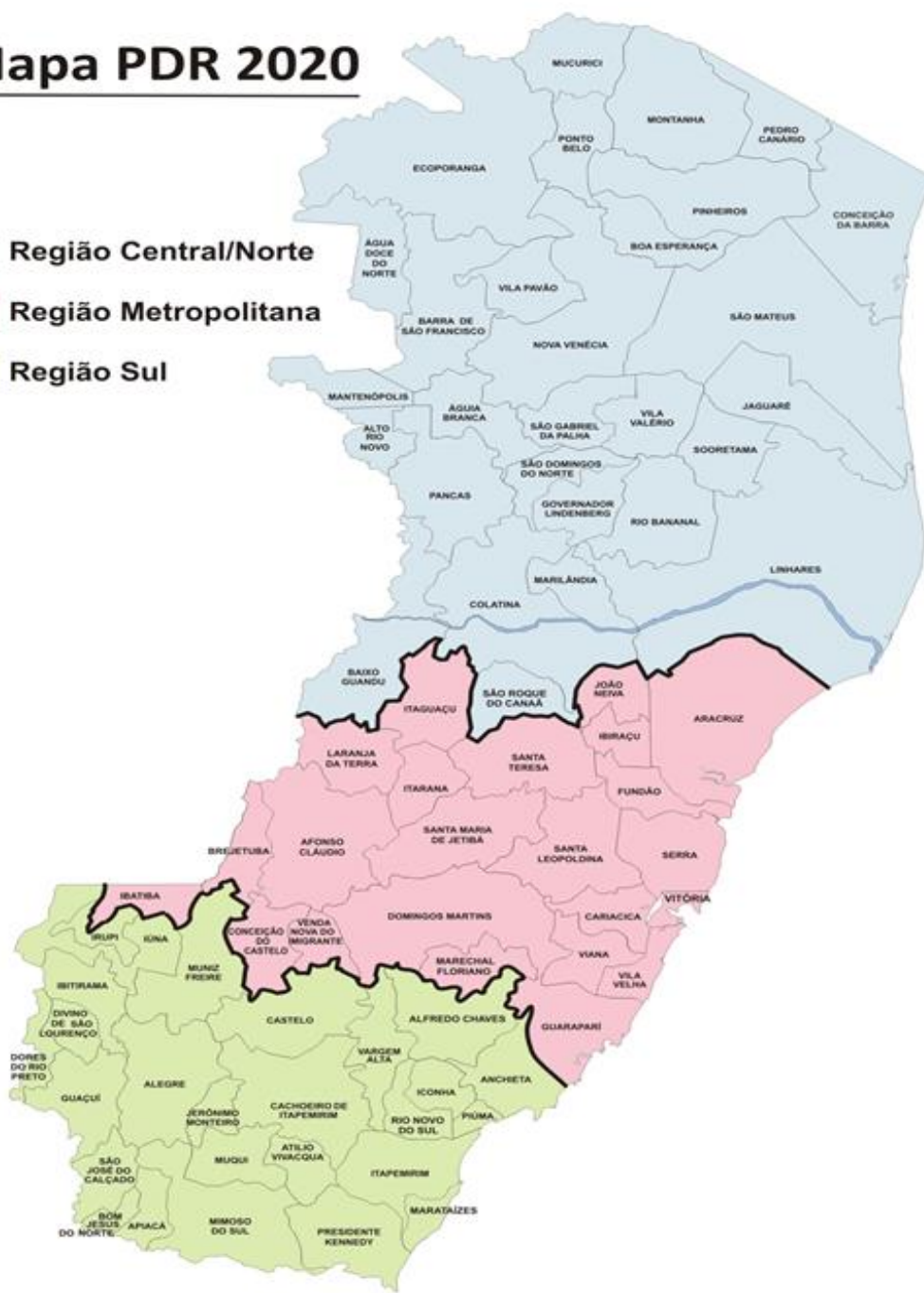
A SESA publicou no Diário de Imprensa Oficial do Espírito Santo - DIO-ES, em 22 de dezembro de 2020, o mapa do novo PDR/2020 instituindo a seguinte divisão territorial no Estado - **03** Regiões de Saúde como segue, Região Central/Norte com 29 municípios; Região Metropolitana com 23 municípios e Região Sul com 26 municípios, conforme Figura 1:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

Mapa PDR 2020

- Região Central/Norte
- Região Metropolitana
- Região Sul



Região	Municípios	População estimada em 2020	Total
Sul			
26 municípios	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dorés 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.	682.396	
Total	Espírito Santo	4.064.052	

Fonte: PDR 2020, SESA.

Tabela 1 – Relação dos municípios conforme novo PDR/2020

Fonte: SESA, 2020 - DIO ES 22/12/2020.

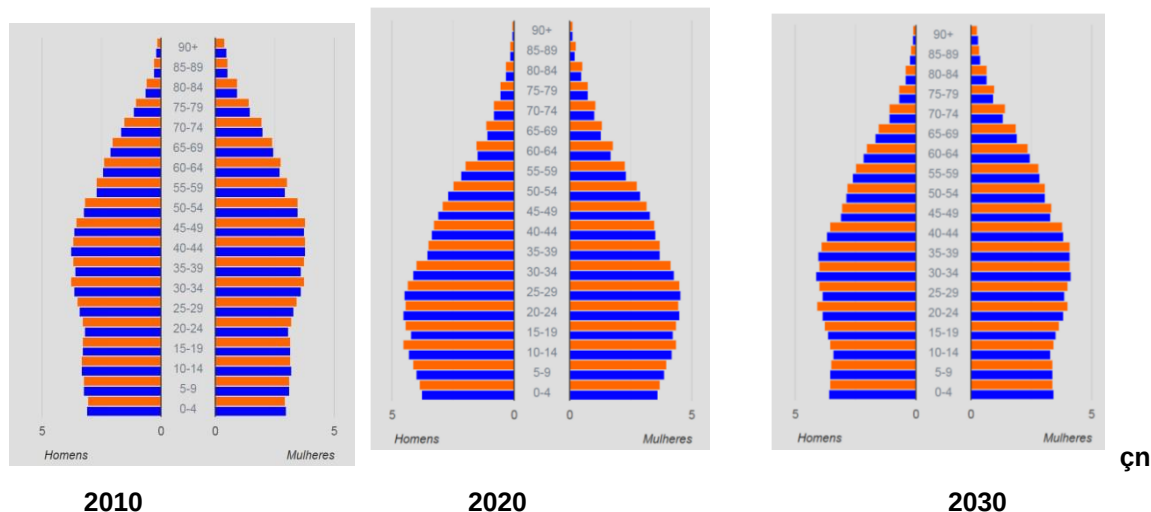
4.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nos últimos anos, importantes mudanças no perfil de saúde/doença da população brasileira e na redução das desigualdades foram observados nos indicadores de saúde entre os Estados da Federação. A queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, e o consequente aumento da expectativa de vida impactou na longevidade da população em anos de vida saudáveis. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) lideram como principal causa de morte, embora com redução nas taxas de mortalidade globais, e nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, porém com aumento nas taxas de mortalidade por diabetes. As violências mataram mais de 168 mil em 2015, e como são plenamente evitáveis, a sua redução constitui-se em um dos grandes desafios para as próximas décadas (SOUZA et.al., 2018).

De 1990 a 2015, a taxa de mortalidade geral do Brasil caiu, enquanto a expectativa de vida ao nascimento aumentou. O aumento observado na expectativa de vida ao nascer resulta de políticas socioeconômicas de distribuição de renda, programas como bolsa família, o aumento de empregos na última década de estudo, e outras políticas que reduziram a desigualdade no país, além dos avanços na cobertura e acesso aos serviços de saúde, a rápida mudança na estrutura etária.

No Espírito Santo, até 2014, a mortalidade por causas externas ocupava o segundo lugar no ranking da mortalidade geral no ano de 2015 passou a ocupar o terceiro lugar no ranking, quando foram ultrapassadas pelas neoplasias. No ano de 2008, **19,80%** dos óbitos ocorridos entre os residentes do estado, **18,11%** em 2013 e em 2018, **14,39 %** foram por causas evitáveis, como homicídios e acidentes de transporte entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2019). A **Figura 2** mostra a pirâmide etária realizada pelo IBGE no Espírito Santo.

Figura 2- Previsão de População Residente no Espírito Santo 2010, 2020, 2030, conforme Faixa Etária



Fonte: Plano de Ação Estadual de Prevenção, Promoção e Atenção em Saúde às Pessoas em Situação de Violência, no Espírito Santo: 2020-2023

As consequências epidemiológicas em função dessa transição demográfica mostram que os determinantes causais continuam sendo componentes inequívocos na determinação do processo de saúde-adoecimento-cuidado, inerente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e as causas externas, sendo sua identificação, um fator primordial para o seu enfrentamento, devendo as ações estratégicas para a prevenção e redução estar baseadas no controle dos fatores de risco.

Embora tenha ocorrido uma queda acentuada na mortalidade por causas externas no Espírito Santo, o percentual de **13,49%** alcançado em 2019, ainda é significativo, por corresponder a **3.286** pessoas que foram a óbitos por causas evitáveis.

Quando analisamos cada agravo dentro das causas externas, houve uma queda bastante expressiva na última década, mas o maior impacto permanece com os homicídios e acidentes de transporte, que juntos responderam por **84,67%** dos óbitos por causas externas em 2009, e em 2019, por **37,74%** dos óbitos.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o cuidado de emergência, a ampliação do serviço pré-hospitalar, ampliação aos cuidados no tratamento de câncer, das doenças cardiovasculares, do calendário vacinal, as ações de promoção e prevenção, as medidas regulatórias no controle do tabaco, a expansão de programas de atividade física e os programas intersetoriais de prevenção de violência foram alguns dos destaques do SUS que contribuíram e resultaram na melhoria dos indicadores analisados nos estudos.

A população jovem brasileira é a que mais sofre influência das causas externas, e os dados mostram que não é diferente na capixaba, pois **78,15%** dos jovens de 15 a 19 anos e **71,04%** da faixa etária de 20 a 29 anos, foram a óbito em 2019 por este agravo, como se observa:

Quadro 2 - Classificação das causas de óbitos, segundo faixa etária de residentes no Espírito Santo, 2019

FX/ETÁRIA	<1 Ano	01 A04	05 A09	10 A14	15A19	20A29	30A39	40A49	50A59	60A69	70A79	80 e+
1º	PERIN 53,03	CE 23,15	CE/NEO 23,08	CE 39,33	CE 78,15	CE 71,04	CE 50,42	CE 25,21	NEO 27,85	DAC 33,10	DAC 35,04	DAC 34,59
2º	M.CONG 26,86	DAR 22,22	DSN 17,95	NEO/DSN 16,85	DSN 4,11	NEO 6,35	NEO 11,63	DAC 22,50	DAC 27,82	NEO 28,58	NEO 22,76	DAR 16,50
3º	DAR 6,59	M.CONG 18,52	DAR 12,82	M.CONG 5,62	NEO 3,34	DAC 3,98	DAC 10,53	NEO 21,18	CE 12,85	DENM 7,82	DAR 11,91	NEO 13,77
4º	CE 5,03	NEO 13,89	DIP 7,69	DAR/DAC/DAD 3,37	DIP/DAC 2,57	DIP 3,88	DIP 6,00	DAD 7,16	DAD 7,37	DAR 7,52	DENM 8,16	DSN 10,07
5º	DIP 2,77	DAC 7,41	M.CONG 5,13	DENM/DAG/DIP 2,25	DAR 2,06	DAR 2,80	DAD 3,88	DIP 6,56	DAR 6,03	CE 6,70	DAD 5,55	DENM 6,12
6º	DAD 1,39	DSN 6,48	DAC/DENM 2,56		DENM 1,54	DSN 2,69	DSN 3,79	DENM 5,11	DENM 5,76	DAD 6,01	CE 4,67	DAG 5,46
7º	DSN/DENM 0,87	DAG/DIP/DENM 1,85			DAG/DAG 0,77	DENM 1,72	DENM 3,42	DAR 3,97	DIP 4,28	DIP 2,68	DSN 3,87	CE 4,87
%	2,37	0,44	0,16	0,37	1,60	3,82	4,45	6,83	11,99	17,91	19,53	30,54
N	577	108	39	89	389	929	1083	1662	2919	4359	4754	7435

Legenda

Doenças do aparelho circulatório	DAC
Neoplasias (tumores)	NEO
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	CE
Doenças do aparelho respiratório	DAR
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	DENM
Doenças do aparelho digestivo	DAD
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	DIP
Doenças do sistema nervoso	DSN
Doenças do aparelho geniturinário	DAG
Algumas afec originadas no período perinatal	PERIN

Fonte: SIM/TABNET extraído em 30.11.2020

Apesar da tendência de declínio da mortalidade infantil no estado do Espírito Santo, o padrão de comportamento da mortalidade neonatal, principalmente a neonatal precoce, denuncia a deficiência do sistema local de saúde. Os óbitos ocorridos em recém-nascidos a termo e com peso adequado tiveram como principais causas evitáveis: as reduzíveis por adequada atenção à gestante e podem estar relacionadas à peregrinação da gestante em busca de assistência ao parto, o que sinaliza necessidade de melhoria do acesso à assistência ao pré-natal e ao parto com qualidade, reforçando a gestão integrada e articulada das linhas de cuidado da gestante e das redes de atenção materno-infantil. Ressalta-se que as mortes infantis são eventos de notificação compulsória e investigação obrigatória nos serviços de saúde, portanto, é necessário o investimento em pessoal qualificado e estrutura dos serviços nos municípios para a realização dessa atividade. É através da investigação dos óbitos que se detecta as possíveis causas que levaram à morte, podendo mudar o cenário futuro, evitando que eventos semelhantes aconteçam novamente. (ESPÍRITO SANTO, 2019)

4.3 DISTRIBUIÇÃO DA PCD NA REGIÃO SUL DO ES

Na Região Sul do Espírito Santo, a população com deficiência segue a tendência nacional, conforme abaixo na Tabela 2: **16,65%** da população da Região é Deficiente Visual; **7,42%** é Deficiente Físico; **5,02%** é Deficiente Auditivo e, por fim, **1,33%** é Deficiente Mental/Intelectual (IBGE, 2011).

Tabela 2 - População PCD no Espírito Santo, conforme população estimada em 2020

Região	População (hab.)	INTELECTUAL /MENTAL		VISUAL		MOTORA		AUDITIVA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central/Norte	971.605	11.212	1,15	147.428	15,17	60.037	6,18	33.549	3,45	252.226	25,96
Metropolitana	2.410.051	26.768	1,11	364.921	15,14	136.803	5,68	93.083	3,86	621.575	25,79
Sul	682.396	9.092	1,33	113.612	16,65	50.616	7,42	34.269	5,02	207.589	30,42

Fonte: IBGE, 2020

Total 1.081.390

No **Quadro 3**, como está distribuída a população de PCD por município da Região Sul do Estado do Espírito Santo, conforme divisão por Regional de Saúde.

Região Sul	População	População PCD , ESPÍRITO SANTO									
		INTELLECTUAL		VISUAL		MOTORA		AUDITIVA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alegre	29.975	598	1,99	4.783	15,96	3.064	10,22	1.653	5,51	10.098	33,69
Alfredo Chaves	14.636	158	1,08	2.111	14,42	908	6,20	560	3,83	3.737	25,53
Anchieta	29.779	280	0,94	4.024	13,51	1.696	5,70	1.230	4,13	7.230	24,28
Apiacá	7.554	135	1,79	1.237	16,38	585	7,74	340	4,50	2.297	30,41
Atílio Vivácqua	12.105	219	1,81	1.788	14,77	840	6,94	399	3,30	3.246	26,82
Bom Jesus do Norte	9.962	193	1,94	1.806	18,13	743	7,46	403	4,05	3.145	31,57
Cachoeiro de Itapemirim	210.589	2.573	1,22	33.818	16,06	15.023	7,13	9.531	4,53	60.945	28,94
Castelo	37.747	289	0,77	7.718	20,45	2.960	7,84	5.004	13,26	15.971	42,31
Divino de São Lourenço	4.270	65	1,52	853	19,98	324	7,59	538	12,60	1.780	41,69
Dores do Rio Preto	6.771	53	0,78	853	12,60	453	6,69	888	13,11	2.247	33,19
Guaçu	31.122	351	1,13	4.100	13,17	2.111	6,78	1.111	3,57	7.673	24,65
Ibitirama	8.859	135	1,52	1.302	14,70	518	5,85	315	3,56	2.270	25,62
Iconha	13.973	228	1,63	2.435	17,43	961	6,88	538	3,85	4.162	29,79
Irupi	13.526	273	2,02	2.249	16,63	931	6,88	593	4,38	4.046	29,91
Itapemirim	34.656	484	1,40	6.527	18,83	2.502	7,22	1.274	3,68	10.787	31,13
Lúna	29.290	368	1,26	4.566	15,59	1.866	6,37	932	3,18	7.732	26,40
Jerônimo Monteiro	12.265	103	0,84	1.711	13,95	1.021	8,32	609	4,97	3.444	28,08
Marataízes	38.883	468	1,20	6.479	16,66	3.205	8,24	1.626	4,18	11.778	30,29
Mimoso do Sul	26.115	435	1,67	5.245	20,08	2.141	8,20	1.353	5,18	9.174	35,13
Muniz Freire	17.319	258	1,49	4.010	23,15	1.365	7,88	940	5,43	6.573	37,95
Muqui	15.526	224	1,44	2.558	16,48	1.261	8,12	719	4,63	4.762	30,67
Piúma	22.053	271	1,23	3.260	14,78	1.531	6,94	1.002	4,54	6.064	27,50
Presidente Kennedy	11.658	262	2,25	2.387	20,48	1.103	9,46	462	3,96	4.214	36,15
Rio Novo do Sul	11.626	194	1,67	1.632	14,04	866	7,45	603	5,19	3.295	28,34
São José do Calçado	10.546	207	1,96	2.065	19,58	1.117	10,59	607	5,76	3.996	37,89
Vargem Alta	21.591	268	1,24	4.095	18,97	1.521	7,04	1.039	4,81	6.923	32,06

Fonte: IBGE (população estimada em 2020)

Com base nos dados apurados pelo IBGE, contudo, não se pode definir se as deficiências são permanentes, temporárias ou intermitentes, tampouco o seu impacto sobre a funcionalidade, já que os critérios para definição de deficiência adotados pelo IBGE incluíram no **universo de pessoas com deficiência aqueles que se auto indicaram com “alguma”, “grande” ou “total” dificuldade funcional.**

Diante disso, verificou-se que **15,8%** das pessoas com Deficiência Visual tem perda total da visão ou grande dificuldade para enxergar; **28,6%** das pessoas com Deficiência Física têm total ou grande dificuldade para se locomover e **25%** das pessoas com Deficiência Auditiva tem perda auditiva total ou grande dificuldade para ouvir.

Como as deficiências são complexas e dinâmicas, pois têm sua evolução alterada de acordo com o tempo e com as intervenções terapêuticas, o gestor deve ter uma visão elaborada e multidimensional. Por essa razão, para fins deste Plano de Ação, o Estado do Espírito Santo deverá priorizar o atendimento à população que integra o grupo prioritário de atendimento, e que necessitar de reabilitação, visando a diminuição do impacto das deficiências e a preservação ao máximo da funcionalidade dos indivíduos.

5. FUNDAMENTOS PARA ABORDAGEM INTEGRAL NA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O conceito de Reabilitação engloba aspectos que dizem respeito a melhoria da funcionalidade individual e intervenção no ambiente, que 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).

O processo de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência tem por objetivo, segundo a LBI, desenvolver as potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas. Sendo que as estratégias de ações para reabilitação devem ser direcionadas às reais 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 devem ser desenvolvidas por uma lógica de trabalho coletivo e interdisciplinar, pensando o indivíduo em sua complexidade.



Nesse sentido a construção de um **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** para cada indivíduo é de fundamental importância, traduzindo-se num conjunto de condutas terapêuticas articuladas, propostas para um sujeito individual e coletivo e direcionadas às suas necessidades. Trata-se de um processo estratégico e dinâmico que articula usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço na determinação das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado, sendo todos agentes autônomos e protagonistas na construção e manutenção contínua do PTS.

Os serviços de atenção especializada em reabilitação deverão produzir em conjunto com 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 nos diferentes aspectos da vida (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2020).

Outro importante eixo fundamental para a atenção integral à Pessoa com Deficiência é a garantia de acesso ao SUS. O estabelecimento de redes de atenção à saúde, em seus componentes e pontos de atenção, a partir de uma linha de cuidado integral, a implementação de diretrizes e protocolos de atendimento, além da definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários e a criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos são estratégias que visam a qualidade do cuidado (BRASIL, 2020).

O acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2020).

A pessoa com deficiência deve ser atendida prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência que funcione segundo a lógica territorial. Isso exige uma organização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada região de saúde, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação, de modo articulado aos demais

serviços da Atenção Básica, Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2020).

6. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

6.1 COMPONENTES DA RCPD

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 aos pontos de atenção da Atenção Especializada e do Componente Hospitalar e/ou aos serviços de apoio em tempo oportuno. O usuário do sistema deve minimamente encontrar serviços de atenção primária em seu município e de atenção secundária dentro da região ou da macrorregião de saúde a que pertence.

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

I - 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 inicial 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.

II- ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL, VISUAL, OSTOMIA E EM MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS

- Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
- Centros Especializados em Reabilitação (CER), sendo que estes pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixa ou itinerante; e
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, os **Centros Especializados em Reabilitação (CER)** são pontos de atenção ambulatorial especializados 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:

- **CER II:** realiza atendimentos em duas modalidades de reabilitação;
- **CER III:** realiza atendimentos em três modalidades de reabilitação;
- **CER IV:** realiza atendimentos em quatro modalidades de reabilitação.

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.

III- ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É fundamental que haja uma interlocução e integração entre as redes de atenção à saúde (Atenção básica, Especializada e Hospitalar), para a promoção do cuidado integral às Pessoas com Deficiência.

A **Rede de Urgência e Emergência - RUE** se articula com todas as linhas de cuidados dos pacientes e assume o protagonismo na fase aguda da doença, baseada nas diretrizes e nos **princípios do SUS de integralidade, equidade, universalidade, descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação e controle social**. Como o objetivo principal das políticas das redes de atenção à saúde é não fragmentar a assistência, a RUE está presente: na Atenção Primária, com ações de prevenção e promoção de saúde; no transporte do paciente através do SAMU 192; na Regulação que é compreendida como facilitadora de acesso e

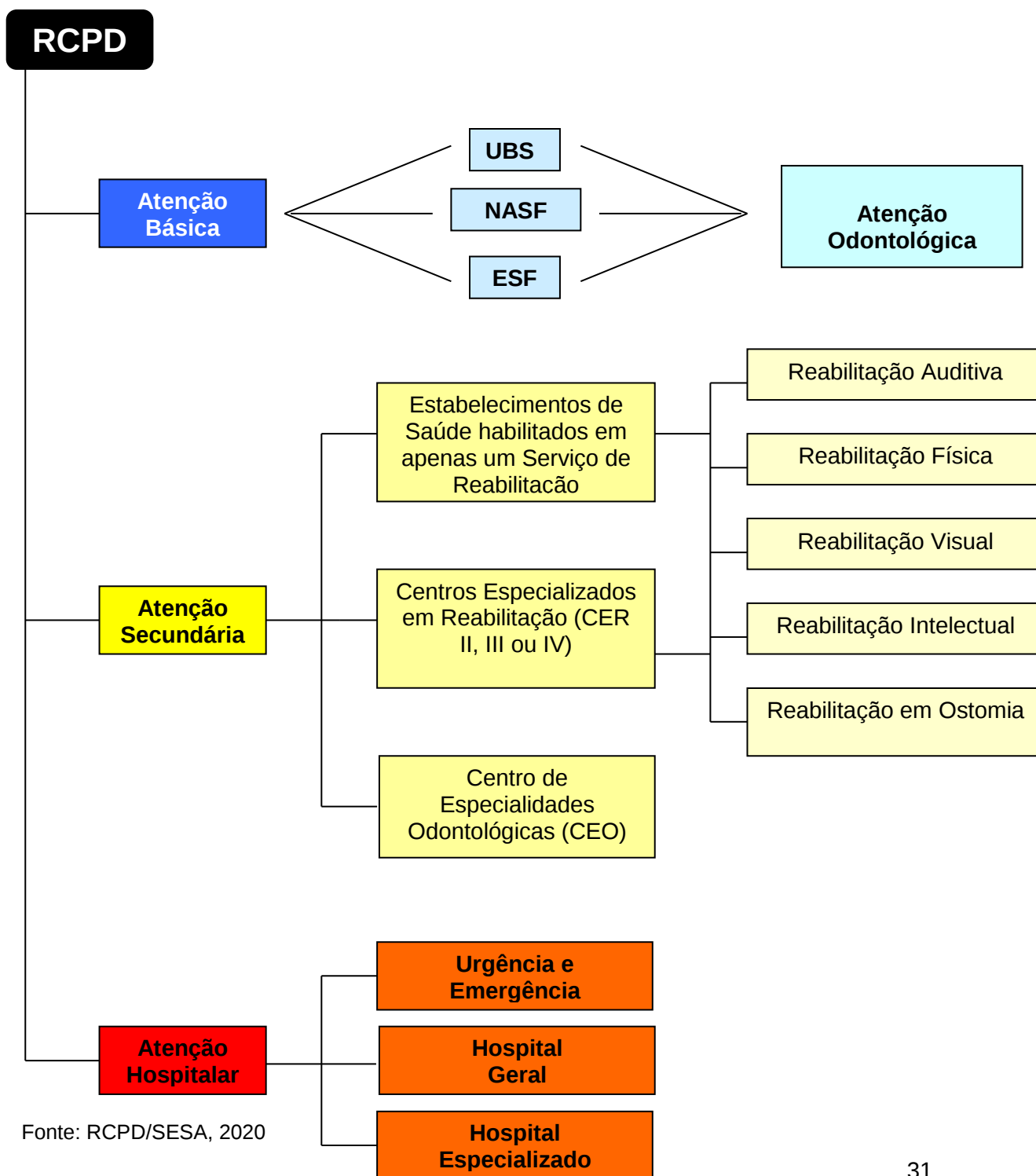


garantidora de equidade (determina o melhor lugar para cada paciente); nos equipamentos de saúde que acolhem e assistem esse paciente nos momentos agudos da doença (PAs, UPAs, PS); e no acompanhamento da recuperação desses pacientes através do Programa “Melhor em Casa”.

Todos os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são 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.

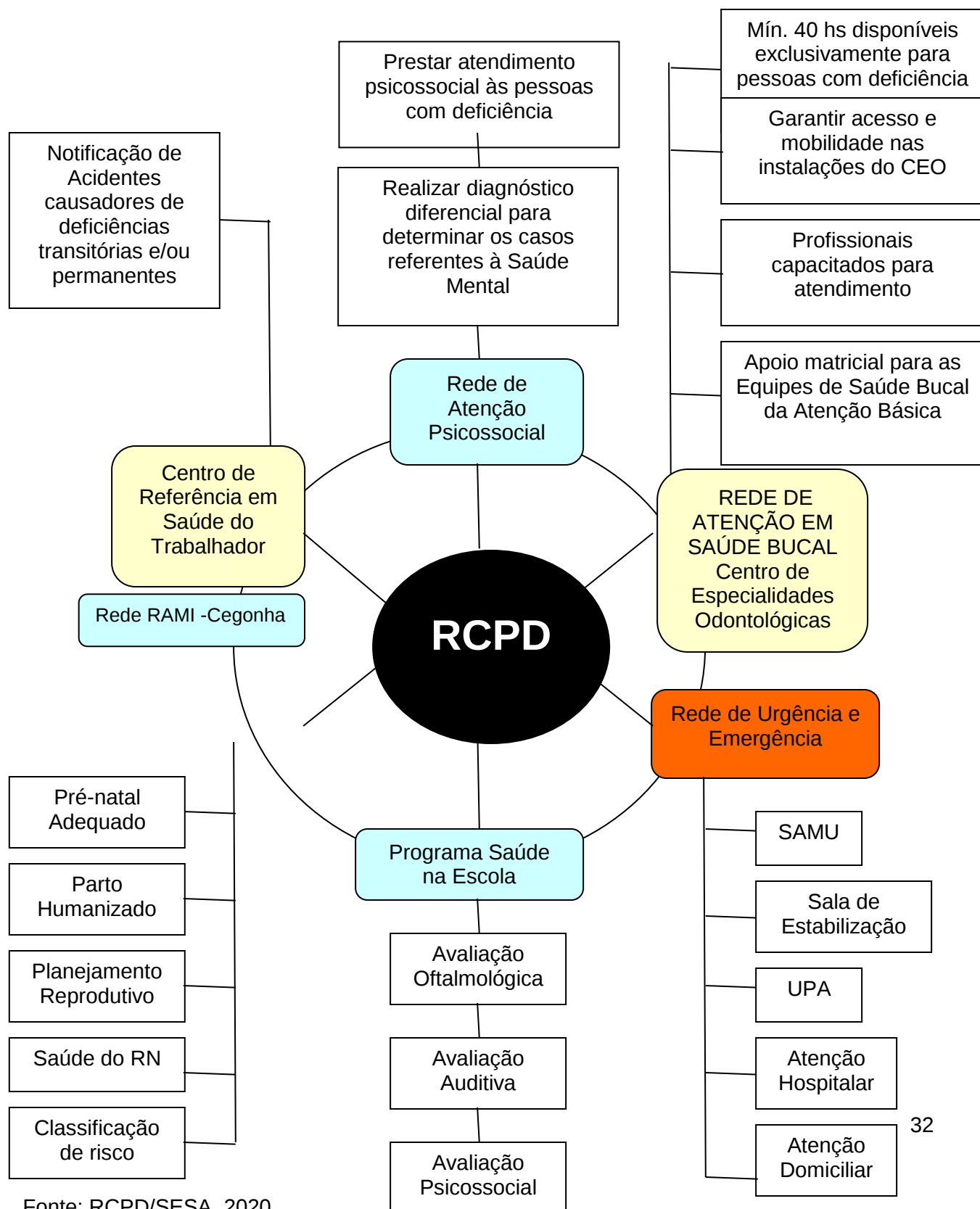
Os fluxogramas a seguir (Figuras 2 e 3) mostram a interação entre os componentes da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência e sua interação com as outras redes de atenção e programas de saúde no Estado do Espírito Santo.

Figura 2- Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Fonte: RCPD/SESA, 2020

Figura 3- Interação das Redes e Programas de Saúde no ES



6.2 FLUXOS DE ACESSO

O processo de implantação do Programa Estadual de Regulação Formativa Territorial como intervenção previsto no Plano Estadual de Saúde 2020-2023 tem como premissa a reorientação da regulação assistencial baseada na oferta/demanda para uma regulação baseada na gestão da clínica e na interação e vínculo entre profissionais e serviços da Atenção Primária, Atenção Especializada e atenção hospitalar, trazendo forte impacto na integração da atenção primária (APS) e atenção especializada, reorganizando o fluxo dos usuários, fazendo vinculação das equipes de APS a médicos especialistas específicos que farão a assistência, segunda opinião e formação individual e coletiva dos médicos da APS a eles vinculados. Esse novo modelo de gestão o processo regulatório da lógica da gestão da oferta e demanda para a regulação com base na gestão da clínica, sustentado por um potente sistema informatizado, com pontos de regulação do acesso nos serviços ambulatoriais e hospitalares (Núcleos internos de Regulação - NIR) e um processo de educação permanente desenvolvido de modo integrado pelos profissionais da assistência e equipes de regulação.

A regionalização pressupõe construir acesso universal, com racionalidade na cobertura territorial e populacional, respondendo as necessidades sociais das populações em seus próprios territórios, mediante modelos de provisão de serviços baseados nas necessidades integrais, e não apenas na oferta inicialmente disponível. Nessa lógica, é fundamental o fortalecimento da APS como ordenadora da Rede de Saúde, aumentando a efetividade da mesma. Faz-se necessário também ampliar o acesso à Atenção Especializada, viabilizando consultas, exames e procedimentos de Atenção Especializada Ambulatorial, fundamentados nas linhas de cuidado, dentro do território, por meio do Núcleo Regional de Especialidades e dos Consórcios Intermunicipais.

A implantação do projeto de Regulação Formativa Territorial e do Programa de Modernização da Gestão Hospitalar, iniciada em 2019, propõe a revisão da Resolução 159/2018, na medida que provocará impacto na gestão e no perfil da rede de serviços, reorientando fluxos assistenciais e eventualmente, redefinindo os limites de territorialização /regionalização do SUS-ES.

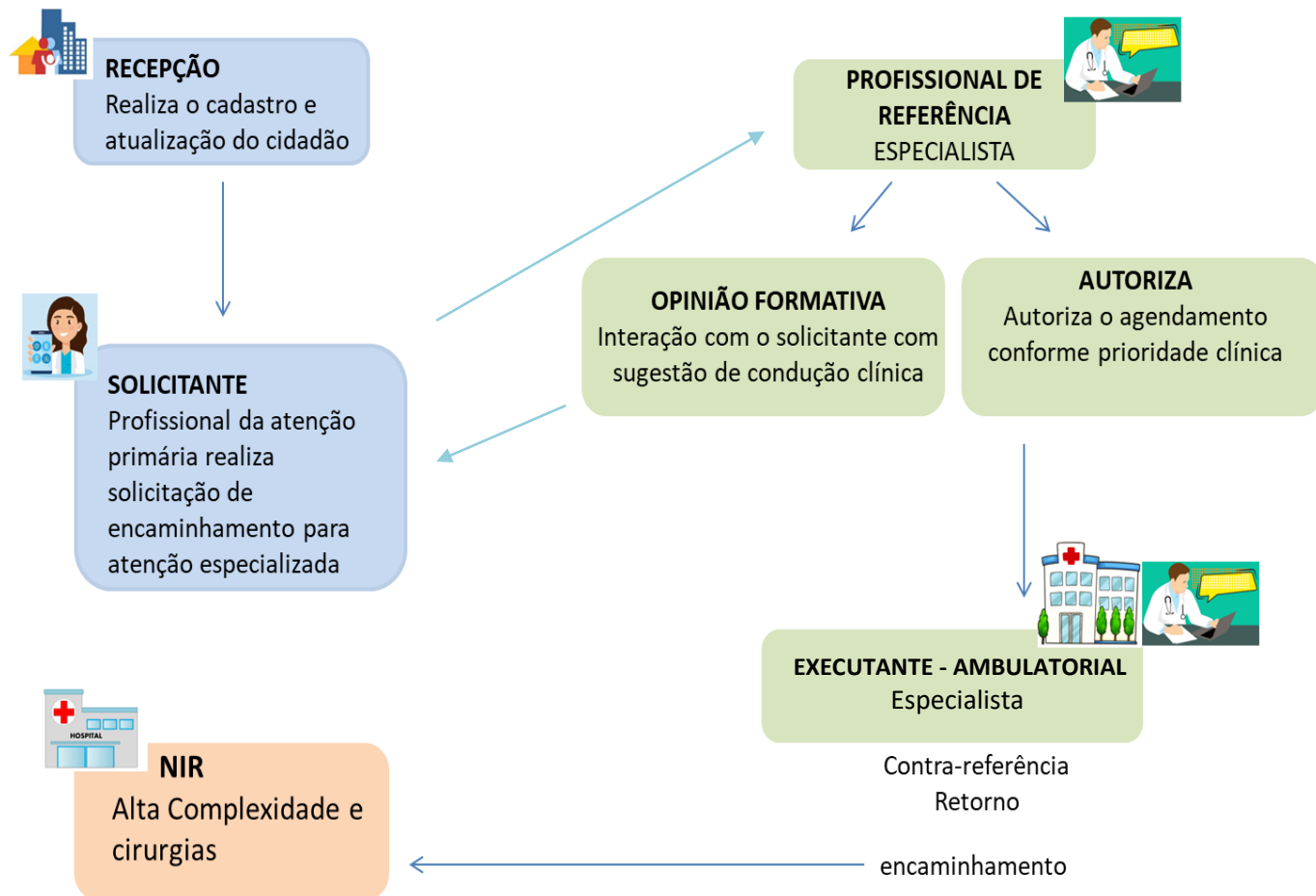
O desenvolvimento do projeto de Regulação Formativa Territorial, já citado, traz forte impacto na integração da APS com a AAE, reorganizando o fluxo dos usuários, fazendo vinculação das equipes de APS a médicos especialistas específicos que farão a assistência, opinião formativa e formação individual e coletiva dos médicos da APS a eles vinculados. No momento, há um grande esforço para superação das filas de consultas e exames inscritas no SISREG, por meio de editais de credenciamento publicados pelas Superintendências Regionais, para que a transição para o modelo de Regulação Formativa Territorial se consolide sem pressões de demanda do atual modelo de regulação.

A implementação do Plano ao longo dos próximos 04 anos, expressa no PES 2020-2023, envolverá um forte movimento de adequação da infraestrutura da rede própria, a reorganização dos seus processos de trabalho com nova estrutura organizacional, modelos múltiplos de gestão dos serviços (administração direta, OSS's, Fundação iNOVA, etc.), perfilização assistencial e nova contratualização, conforme modelagem da rede de atenção e implementação da regulação formativa.

Desde 2019 estão em andamento medidas como a formação de médicos hospitalistas, a implantação dos Núcleos Internos de Regulação – NIR – na rede própria e a elaboração, em parceria com os municípios, de projeto para implantação de equipes internação domiciliar em conformidade com o programa federal “Melhor em Casa”.

A Regulação é, junto com o financiamento, a macrofunção estritamente de competência da gestão pública. A Constituição Federal de 1988 em seus Art. 194 e 197 e a Lei 8080/90 em seus Art. 15 e 16 reafirmam o papel do estado como agente regulador e normatizador, com mecanismo de controle e avaliação. Nesse contexto, regular o acesso com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhoria do acesso. Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, para garantir o melhor cuidado ao indivíduo, essa visão se amplia e a regulação deve ser capaz de garantir o “cuidado certo, no lugar certo, com qualidade, no tempo certo e com o custo adequado.” Abaixo está descrito o novo formato de acesso conforme a regulação formativa.

Figura 4 - Fluxograma de Acesso conforme novo formato da Regulação Formativa



Fonte: Regulação Formativa, 2021

6.3 FINANCIAMENTO

A Portaria 835, de 25 de Abril de 2012, instituiu 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, além de instituir 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 **1000 m²**;
- b) **CER III - R\$ 3.750.000,00** (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de **1500 m²**;
- 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).

6.3.1 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.

6.3.2 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.

6.3.3 OPERACIONALIZAÇÃO

A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases:

I - Diagnóstico e desenho Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

II - Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção;

IV- Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da RCPD.

7. CAPACIDADE ASSISTENCIAL INSTALADA NA REGIÃO SUL DO ES

7.1 - ATENÇÃO BÁSICA

Todo atendimento a Pessoa com Deficiência deve ser iniciado na Atenção Básica, que referenciará para o nível secundário ou terciário apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento. Na Atenção Básica esse atendimento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Quadro 6- Número de Cobertura das UBS/ESF, NASF e das ESB

IBGE	Município	População	Nº ESF	Cobertura ESF	Cobertura AB	Nº ACS Cob.	Cobertura ACS	Equipes de Saúde Bucal	% de cobertura ESB
320020	ALEGRE	30.084	10	91,41%	100%	67	100%	6	48,74
320030	ALFREDO CHAVES	14.601	5	100%	97%	35	100%	4	48,2
320040	ANCHIETA	29.263	12	100%	100%	61	100%	12	41,29
320050	APIACÁ	7.567	3	100%	100%	21	100%	3	30,38
320070	ATILIO VIVACQUA	11.936	6	100%	100%	23	100%	5	49,51
320110	BOM JESUS DO NORTE	9.936	4	100%	69,44%	26	81,02%	0	26,75
320120	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	208.972	53	100%	91%	291	70,99%	15	52,66
320140	CASTELO	37.534	13	95,25%	100%	63	90,38%	8	54,47
320180	DIVINO DE SÃO LOURENÇO	4.304	2	100%	100%	13	100%	0	30,47
320200	DORES DO RIO PRETO	6.749	3	100%	100%	16	100%	1	32,88
320230	GUAÇUÍ	30.867	10	89,09%	100%	61	100%	7	36,57
320255	IBITIRAMA	8.889	4	100%	100%	24	100%	2	72,54
320260	ICONHA	13.860	6	100%	100%	29	100%	4	77,95
320265	IRUPI	13.377	4	82,23%	100%	31	85,97%	4	45,87
320280	ITAPEMIRIM	34.348	10	80,06%	100%	81	100%	3	48,41
320300	IÚNA	29.161	9	98%	94,65%	62	100%	1	48,94
320310	JERÔNIMO MONTEIRO	12.192	4	90,22%	100%	25	100%	1	21,92
320332	MARATAÍZES	38.499	12	85,72%	88,44%	89	100%	9	36,85
320340	MIMOSO DO SUL	26.153	12	100%	100%	70	100%	11	47,05
320370	MUNIZ FREIRE	17.465	8	100%	100%	40	98,77%	2	68,73
320380	MUQUI	15.449	5	89%	100%	31	93,05%	5	42,83
320420	PIÚMA	21.711	8	100%	100%	36	68,86%	4	36,47
320430	PRESIDENTE KENNEDY	11.574	6	100%	100%	28	100%	5	70,03
320440	RIO NOVO DO SUL	11.622	6	100%	100%	30	100%	4	64,19
320480	SÃO JOSÉ DO CALÇADO	10.556	4	100%	0%	27	0%	3	48,3
320503	VARGEM ALTA	21.402	8	100%	100%	51	100%	3	52,58

Fonte: e-gestor Novembro/2021

Quadro 7 – Programa Academia de Saúde na Região Sul no estado do ES, total de polos credenciados

IBGE	UF	Município	CNES	Código tipo de unidade CNES	Portaria de credenciamento
320230	ES	GUAÇUÍ	7704437	74	PORTARIA Nº 1.600, DE 30 DE SETEMBRO DE 2015
320503	ES	VARGEM ALTA	7829310	74	PORTARIA Nº 1.698, DE 22 DE SETEMBRO DE 2016

Fonte: e-Gestor/ Fevereiro-2022

7.2 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:

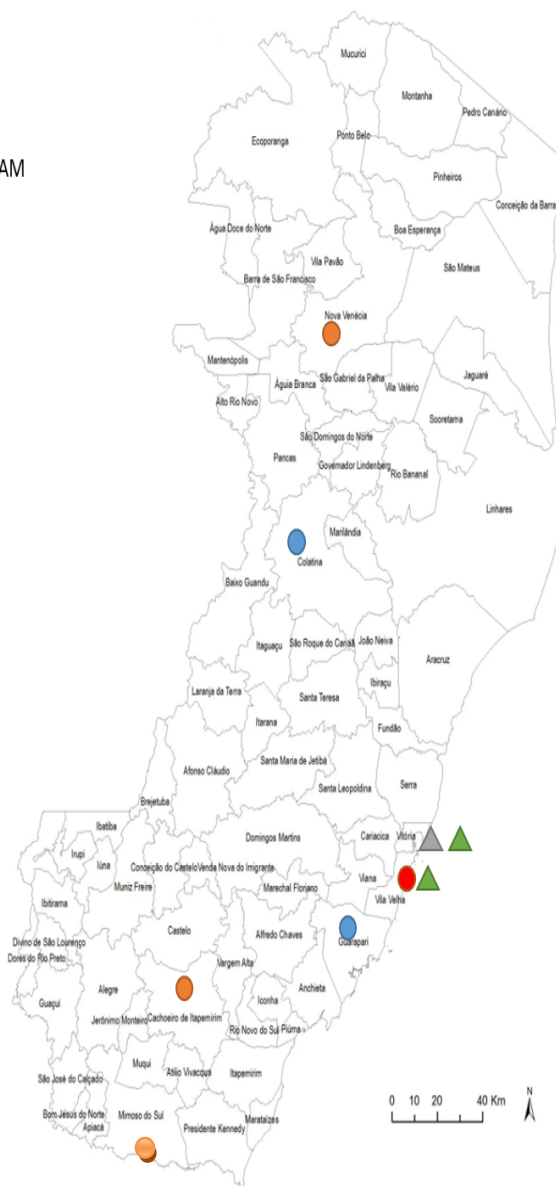
- Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
- Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Figura 5 – Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação no ES

Distribuição Espacial da Rede da Pessoa com Deficiência -RPCD

SERVIÇOS HABILITADOS

- CER II (Auditiva e física)
- CER II (Intelectual e física)
- CER III (Intelectual, auditiva e física)
- ▲ Atenção especializada as pessoas com deficiência auditiva HUCAM
- ▲ Atenção Hospitalar
- CREFES
- HUCAM



Fonte: SESA -2020

O **Quadro 7** mostra a relação dos serviços habilitados nas modalidades de Reabilitação Física, Intelectual, Auditiva e Visual.

MUNICÍPIO	IBGE	REGIÃO DE SAÚDE	ANO DE HABILITAÇÃO	TIPO	MODALIDADE	PORTARIA GM/MS DE HABILITAÇÃO	NOME DO ESTABELECIMENTO	STATUS	ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO	CNES
Cachoeiro de Itapemirim	3201209	Sul	2018	CER II	Física e Intelectual	2600 de 21/08/2018	APAE ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS	Habilitado em 2018	Estadual	9043381
Mimoso do Sul	3203403	Sul	2020	CER II	Física e Intelectual	3531 de 17/12/2020	ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI MIMOSO DO SUL	Habilitado em 2020	Municipal	3969355

FONTE: NEAE/SESA, 2021

Com relação à cada modalidade de Reabilitação, segue a atual organização da RCPD no Sul do ES:

7.2.1 REABILITAÇÃO FÍSICA

Os impedimentos de natureza física podem se caracterizar por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando sob a forma de plegias, paresias, estomia, 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, 2020).

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.

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 no **Plano Terapêutico Singular (PTS)**.

A Região Sul do Espírito Santo é atendida por 03 (três) Centros Especializados em Reabilitação:

- **2 CER tipo II** - a APAE de Cachoeiro de Itapemirim, e a Pestalozzi de Mimoso do Sul.
- **1 CER tipo III** - o Centro Especializado em Reabilitação Pestalozzi de Guarapari Que apesar de estar situado na Região Metropolitana atende aos 26 municípios do Sul na Reabilitação Auditiva e ainda alguns municípios da Região nas modalidades Física e Intelectual.

1) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Cachoeiro de Itapemirim/ES - CER II - APAE de Cachoeiro de Itapemirim

A APAE de Cachoeiro de Itapemirim- CER II é uma associação civil, beneficente, com atuação nas áreas de assistência social, educação, saúde, prevenção, trabalho, profissionalização, defesa e garantia de direitos, esporte, cultura, lazer, estudo, pesquisa e outros, sem fins lucrativos ou econômicos. Abrange os municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibitirama, Irupí, Lúna, Castelo, Vargem Alta, Iconha e Rio Novo do Sul

A APAE de Cachoeiro de Itapemirim foi habilitada como CER II através da Portaria MS Nº 2600, de 21 de agosto de 2018, nas modalidades Física e Intelectual, atendendo a **200** usuários/mês.

Possui uma equipe técnica formada por 05 Fisioterapeutas, 02 Terapeutas Ocupacionais, 06 Fonoaudiólogas, 03 Psicólogas, 02 Assistentes Social, 02 Fisioterapeutas Equoterapeutas, 02 Psicólogas Equoterapeutas; 01 Veterinário Equoterapeuta e 01 Fisioterapeuta Hidroterapeuta

2) Associação Pestalozzi de Guarapari - CER III

A Pestalozzi de Guarapari foi habilitada como CER III pela Portaria MS Nº4343, de 24 de dezembro de 2018, nas modalidades Física, Intelectual e Auditiva, abrangendo alguns dos municípios da Região Sul, tais como: Alfredo Chaves, Anchieta e Piúma, com uma produção mínima mensal de **200** usuário/mês em Reabilitação Física e Intelectual e **150** usuários/mês em Reabilitação Auditiva modalidade na qual é referência para os 26 municípios da Região Sul

Possui uma equipe de 04 Fisioterapeutas, 07 Fonoaudiólogos, 05 Psicólogos, 04 Terapeutas Ocupacionais, 03 Assistente Social, 01 Médico Neurologista, 02 Médicos Ortopedista, 01 Médico Fisiatra, 02 Médico Otorrinolaringologista, 01 Médico Psiquiatra, 01 Médico Pediatra, 02 Enfermeiros, 01 Técnico em Enfermagem, 21 Pedagogos, 03 Psicopedagogo e 01 responsável técnico.

3- Associação Pestalozzi de Mimoso do Sul- CERII

A Pestalozzi de Mimoso do Sul foi habilitada como CER II, pela Portaria MS Nº 3531, de 17 de dezembro de 2020, nas modalidades física e intelectual, abrangendo os seguintes municípios da região Sul Mimoso do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Muqui, Presidente Kennedy, Atílio Vivácqua, Alegre, Guaçuí, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire, Itapemirim, Marataizes e São José do Calçado

. Possui uma equipe de atendimento multiprofissional composta por: Responsável Técnico, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Assistente Social e Médicos nas especialidades de Neurologia e Ortopedia. Baseado no Instrutivo do Ministério da Saúde (versão 2020), o número mínimo de usuários atendidos no serviço serão: reabilitação física - 200 usuários/mês; reabilitação intelectual - 200 usuários/mês. Está em fase de adequação aos critérios exigidos na portaria 835, de 25 de abril de 2012, para repasse dos recursos financeiros, bem como estruturação dos fluxos e protocolos de atendimento na Região.

4-Outros pontos de atenção para Reabilitação Física existentes na Região Sul

Município	Serviço (CNES/Nome)	Tipo de Atendimento	Concessão de OPM	Acesso
Alfredo Chaves	2403234/Unidade Sanitária 3	Fisioterapia motora e respiratória	Não	Encaminhamento APS/Especialista via Regulação Municipal
Anchieta Alfredo Chaves	4044355/Centro de Especialidades Unificadas	Fisioterapia Motora neurológica e ortopédica	Não	Encaminhamento APS/Especialista
Atílio Vivacqua	9400680/ Centro Especializado em Reabilitação	Fisioterapia Neurológica, Trauma-Ortopédico, e Cardio-Respiratória	Não	Encaminhamento APS/Especialista via Regulação Municipal
Cachoeiro de Itapemirim	2547716/CEMURF	Ortopedia, Fisioterapia em doenças neurológicas, neuropediatricas, cardiovasculares, respiratória,. ortopédicas traumato-ortopédica, pré e pós operatorio em geriatria e atendimento a amputados	Não	Encaminhamento APS/Especialista que gera uma guia de ref. e orienta procurar a CEMURF para agendamento.

Castelo	2311771/ Centro de Atendimento em Fisioterapia (CAF)	Fisioterapia nas áreas: Traumatologia, Reumatologia, Neurologia e Respiratória.	Não	Encaminhamento APS/Especialista
Dores do Rio Preto	2446448/Centro de Fisioterapia	Fisioterapia Ortopédica e Neurológica.	Não	Encaminhamento especialista (Ortopedista).
Guaçu	3919579/ Centro de Reabilitação Física Dona Gabi	Atendimentos Fisioterapia Geral	Não	Encaminhado pela APS/Especialista.
Iconha	SEMUS	Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia	Não	Encaminhamento APS/Especialista via Regulação Municipal
Irupi	2628031/ Policlínica Municipal de Irupi	Fisioterapia Motora, Neurológica - Incluindo desordens do desenvolvimento neuromotor, pacientes com comprometimento cognitivo, distúrbio Neuro-Cinético-funcionais sem complicação sistêmicas; pré e pós operatório nos distúrbio músculo esqueléticas; cuidados paliativos	Não	O agendamento é realizado direto com os profissionais, podendo ser pelo próprio paciente, familiar ou ACS.
Jerônimo Monteiro	Compra de serviços particulares: 792188 9881212 7818734	Atendimentos Fisioterapia Respiratória e Motora Procedimentos: manuais, cinesioterápicos, eletroterápicos	Não	Encaminhamento APS
Marataizes	9142436/Centro De Fisioterapia De Marataizes	Fisioterapia(adulto e infantil) Respiratória, Motora, Neurológica, Pós Operatório, RPG e Assoalho Pélvico	Sim	Encaminhamento especialista.
Mimoso do Sul	3969355/ CER II Da Associação Pestalozzi De Mimoso Do Sul 2447983. - Núcleo De Apoio A Saúde Da Família. 3579862 Compra de serviços particulares	Fonoaudiologia Fisioterapia .	Não	CER II – Encaminhamento APS e hospitais. NASF – Encaminhamento APS

Muniz Freire	2627906/ APAE	Fisioterapia	Sim (Cadeira de roda, muleta)	SUAS e Usuários da Instituição
Presidente Kennedy	UBS's: 9321284; 446588; 3294722; 5334187; 2678926; 9321314 2446596; 2446626; 7540892; 7540884; 2446618; 2548119.	Fisioterapia Motora, Respiratória e RPG, ambulatorial e domiciliar	não	Encaminhamento APS
Rio Novo do Sul	9851259 - Ambulatório Municipal de Rio Novo do Sul	Fisioterapia	Não	Encaminhamento APS via Regulação Municipal
Vargem Alta	3118746/Centro Municipal de Especialidades	Fisioterapia Fonoaudiologia	Não	Encaminhamento APS/Especialista

7.2.2 REABILITAÇÃO AUDITIVA

Entende-se por serviços de Reabilitação Auditiva aqueles que atendem às pessoas com queixa ou confirmação de perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo ou grau. Estes serviços realizam avaliação e diagnóstico da perda auditiva, seleção, concessão e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), bem como a terapia fonoaudiológica com acompanhamento e manutenção dos AASI (BRASIL, 2020).

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.

A Região Sul do Espírito Santo é atendida pelo Centro Especializado em Reabilitação Auditiva do CERIII da Associação Pestalozzi de Guarapari e pelo serviço de atenção hospitalar:

- **Um CER tipo III - a APAE de Guarapari**
- **Um serviço de atenção hospitalar (implante coclear) no HUCAM.**

A Pestalozzi de Guarapari é habilitada como CER III e realiza os seguintes procedimentos na modalidade auditiva:

- Concessão de AASI**
- Terapia Fonoaudiológica,**
- Exames Audiológicos,**
- Consulta com Otorrinolaringologista,**
- Pediatra e Neurologista.**

O Serviço do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes UFES/ES - HUCAM foi habilitado pela portaria 2655, de 29 de dezembro 2016, como serviço de Atenção Hospitalar em Cirurgia de Implante Coclear, atendendo a todo estado. Tipos de atendimentos realizados: avaliação de casos para cirurgia de Implante Coclear (24 pacientes/ano) e acompanhamento de pacientes implantados. Atende cerca de 13 pacientes implantados do Apart Hospital através de uma parceria com a SESA e 4 pacientes novos por semana que são encaminhados pelo CREFES e UVV. Possui uma equipe composta por 4 fonoaudiólogos, 2 médicos Otorrinolaringologista, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 médico neuropediatra e 2 enfermeiros.

Outros serviços de Reabilitação Audiológica da Região:

Município	Serviço (CNES/Nome)	Tipo de Atendimento	ASSI	Acesso
Atilio Vivacqua	6791697/ Ambulatório Municipal Walter Machado	Videolaringoscopia Videolaringoscopia com Estroboscopia Videoendoscopia Nassal Videofibronasfaringoscopia Flexível Remoção de Cerumen de Conduto Auditivo Externo Uni/Bilateral Retirada de Corpo Estranho de ouvido/faringe/nariz Retiradas de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	Não	Encaminhamento APS
Cachoeiro de Itapemirim	2547767/Policlínica Municipal Bolívar de Abreu	Teste de Orelhinha Avaliação audiológica Reabilitação e habilitação com Otorrinolaringologista Obs: Oferta pelo Estado para os exames de BERA e Audiometria	Nao	O paciente é encaminhado pelas UBS ou hospital onde a criança nasceu O agendamento deverá ser realizado por telefone.
Castelo	CNES: 9724214 S. A. Sperandio - Ocupacional Center	Audiometria tonal e focal impedanciometria otoemissoes acusticas	Não	Paciente encaminhado pela regulação municipal
Guaçu	2447029/ Santa Casa de Misericórdia de Guaçu	Teste da orelhinha	Não	Pacientes nascidos no próprio hospital ou residentes no município que tenham nascido em outra maternidade.
Irupi	2628031 / Policlínica Municipal de Irupi	Teste da orelhinha	Não	Agendamento direto pelo usuário
Marataizes	3468720 - Centro de Especialidades Médicas	Consulta Otorrinolaringologia	não	Encaminhado pela APS através do MVSoul
Presidente Kennedy	2446588/Unidade Sede	Teste de Orelhinha	não	Encaminhado pela APS ou Hospital de origem

7.2.3 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 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, no âmbito do projeto terapêutico singular, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.

O Ministério da Saúde, na Portaria MS/GM nº 1635/02, incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais SIA-SUS, procedimentos para o atendimento às pessoas com deficiência intelectual e autismo, que permite o cadastro de Serviço para realizar atendimento por equipe multidisciplinar e multiprofissional utilizando métodos e técnicas específicas.

O Decreto Nº 5296, de 02 de dezembro 2004, define a Deficiência Mental ou Intelectual como:

“funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho”.

Os atendimentos em sua maioria são prestados pelas APAEs e ASSOCIAÇÕES PESTALOZZI do Espírito Santo. No tratamento de Pessoa com Transtorno de Espectro Autista (TEA), segundo as diretrizes e regulamentações do Ministério da Saúde, o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias se faz pelas seguintes redes: **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, instituída pela Portaria Ministerial Nº 3.088/2011; e pela **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)**, instituída na Portaria Ministerial Nº 793/2012, devendo-se considerar que a construção e a execução das políticas públicas são orientadas pelos princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade.

Tanto na RCPD quanto na RAPS, o cuidado com a TEA pode ser realizado desde a Atenção Primária, passando pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, quando necessário, pelos serviços de alta complexidade, como Pronto Socorro e leitos de saúde mental nos hospitais gerais, cabendo a cada nível de atenção uma complexidade e um leque de ações específicas. Assim, Unidades de Saúde, Equipes de Referência em Saúde Mental e CAPS são de âmbito municipal e atendem à população de seus municípios. Já os leitos hospitalares possuem abrangência estadual, atendendo, portanto, a todos os municípios do Estado do Espírito Santo. São ao todo **135** leitos de Saúde Mental, entre leitos em Hospitais Gerais e em Hospitais Psiquiátricos, sendo 10 destinados ao público infanto-juvenil. Na Região Sul Estado do Espírito Santo, são **9** CAPS, **que** no campo da saúde mental e do ponto de vista de uma agenda política, oficializa-se o cuidado às Pessoas Autistas com a publicação da Portaria nº 336/2002, que instituiu o **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)**. A partir de então, o CAPSi passa a ser “o equipamento privilegiado para a atenção à criança com Autismo no âmbito do SUS, embora não seja exclusivo para esse fim”.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 03/2017 e Portaria nº 3.588/2017, os CAPS estão divididos em diversas modalidades, de acordo com o parâmetro populacional da região onde se localizam, atendendo crianças e adolescentes, funcionando de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h e contemplando em seu rol de atendimentos, várias atividades individuais, familiares e coletivas. A indicação destas se faz de acordo com as necessidades identificadas, quando da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente. Na RAPS o acesso ao CAPS é porta aberta, o que significa que o paciente pode acessar por demanda espontânea ou a partir de encaminhamento de outros serviços (ex. escola). Esse cuidado pode e deve ser realizado em todos os pontos de atenção, e deve-se disponibilizar profissionais ou equipes de referência para o cuidado, sendo importante, no caso do acompanhamento de pessoas com TEA, acatar a escolha do usuário por alguém da equipe que ocupe o lugar de técnico de referência. Os serviços da RAPS são preferencialmente de base territorial, ou seja, localizam-se nas comunidades onde as pessoas vivem e buscam desenvolver estratégias de cuidado não excludentes e integradas aos demais recursos da comunidade.

Por mais que não haja evidências científicas capazes de apontar se o TEA é um transtorno mental ou uma deficiência, sabe-se que pessoas com este diagnóstico possuem diferentes graus de Deficiência Intelectual, e na RCPD são atendidas por uma equipe multidisciplinar nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) que tenham reabilitação para Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A Região Sul do Espírito Santo possui **03** (dois) Centros Especializados em Reabilitação habilitados na modalidade de Reabilitação Intelectual:

- **2 CER tipo II** – APAE de Cachoeiro de Itapemirim e Pestalozzi de Mimoso do Sul
- **1 CER tipo III** - a Associação Pestalozzi de Guarapari

Outros pontos de Reabilitação Intelectual existentes na Região Sul do Espírito Santo

Município	Serviço (CNES/Nome)	Tipo de Atendimento	Acesso
Atílio Vivácqua	9400680/ Equipe Técnica de referencia em Saúde Mental	Atendimentos de Psicologia/Psiquiatria: Depressão, Transtorno de comportamento, Transtorno de Ansiedade, Conflitos familiares/amigos, Esquizofrenia, Atendimento aos usuários de drogas e álcool, Transtorno de personalidade, Reações ao Estresse Grave, Transtorno de Alimentação	Encaminhamento APS
Cachoeiro de Itapemirim	9043381/ APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	Atendimentos de Neurologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Equoterapia, Hidroterapia	Sistema MV SOUL
Castelo	7904681/APAE	Atendimento de fisioterapia/hidroterapia, fonoaudiologia, estimulação precoce e atendimento integrado ao Autista	Encaminhamento APS/Especialista. Demanda espontânea
Guaçuí	3981568/ APAE Guaçuí	Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Neurologia, Pediatria	Encaminhado pela APS/Especialista demanda espontânea.
Irupi	0300853/APAE	Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Psicólogo Atendimento pedagógico	Através de matrícula na instituição perante laudo médico.

Marataízes	9396381/ Unidade de Saúde Mental	Neurologia, Psiquiatria, Psicologia	Encaminhamento APS/Especialista
Mimoso do Sul	2447983/ US Dr Lincon Galveas Martins (NASF) 3969355/ Centro de Especialidades Regional - Pestalozzi	Psiquiatria, Psicologia, Terapia ocupacional, Neurologia	NASF - Encaminhamento APS Centro Especialidades - Todo paciente é Sistema MV Soul
Muniz Freire	2627906/APAE	Psicoterapia	Encaminhamento APS
Presidente Kennedy	2446588/Unidade Sede	Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia	Encaminhamento APS
Rio Novo do Sul	9851259/ Ambulatório Municipal	Psiquiatria, Psicólogia, Fonoaudiologia, Neuropediatria, Terapia Ocupacional	Encaminhamento APS via regulação municipal

7.2.4 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 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);

Está em fase de tramitação **a ampliação do CER tipo III – APAE de Colatina** (reabilitação física, intelectual e auditiva) para a modalidade de reabilitação visual, iniciado em 2020, aguardando aprovação do Projeto em em CIR e CIB e pactuação do Grupo Condutor Estadual.

Na Região Sul, os serviços de Oftalmologia e Referências da RCPD em Reabilitação visual se distribuem da seguinte forma:

1) Centro Regional de Especialidades CRE- Cachoeiro, CNES:2569043 vagas disponíveis através do sistema MV Soul:

- Consulta em oftalmologia Adulto;
- Consulta em oftalmologia pediátrica;

2) Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) CNES:2547821 – vagas disponíveis pelo sistema MVSoul:

- Consulta em oftalmologia adulto;
- Consulta em oftalmologia catarata adulto;
- Consulta em oftalmologia catarata adulto;
- Consulta em oftalmologia pterigio adulto;
- Consulta em oftalmologia Retina adulto;
- Consulta em oftalmologia glaucoma adulto;

-Exames agendados diretamente com o prestador

- Mapeamento de Retina
- Campo Visual ou Campimetria
- Topografia de Córnea
- Microscopia Especular
- Gonioscopia
- PAM
- Ultrassonografia Ocular

3) Unidade Rede Cuidar em Guaçu CNES: 9518649 -vagas disponíveis pelo sistema MVSoul:

- Consulta em oftalmologia Adulto;

Outros serviços de Reabilitação Visual na Região:

Município	Serviço (CNES/Nome)	Tipo de Atendimento	Ortése/Prótese Oftalmológica	Acesso
Atílio vivacqua	6791697/ Ambulatório Municipal Walter Machado	Consulta em Oftalmologia	Não	Encaminhamento APS
Irupi	0411787/ Clínica dos Olhos (Dr. Roberta Vieira)	Consultas de oftalmologia Mapeamento de Retina Paquimetria Ceratoscopia OCT Gonioscopia	Não	Encaminhamento APS via regulação municipal
Marataízes	3468720/ Centro de Especialidades Médicas (CEM)	Consulta oftalmologia e exame de refração.	Não	Encaminhado pela APS através do MVSoul
Rio Novo do Sul	9851259/ Ambulatório Municipal	Consulta oftalmologia	Não	Encaminhamento APS via regulação municipal

As consultas especializadas ofertadas pela Secretaria de Saúde nos prestadores localizados na Região Metropolitana, são marcadas através de solicitação realizada por estes prestadores Regionais através do sistema MVSoul. No Caso em que se verifique a necessidade de consulta e ou procedimento especializado, que não dispomos em nossa Região.

São estes os serviços disponíveis:

1) CRE Metropolitano

- Consultas em oftalmologia adulto metropolitana

2) Hospital Evangélico de Vila Velha

-Consulta Oftalmológica adulto Metropolitana

-Consulta Oftalmológica Cornea Metropolitana

-Consulta Oftalmológica Glaucoma Cirurgica Metropolitana

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INJECAO INTRA VITREA METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PTERIGIO METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA CIRURGICA METROPOLITANA

3) HINSG(Hospital Infantil Nossa Senhora da Gloria)

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PEDIATRIA ALTA COMPLEXIDADE METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR METROPOLITANA(0 a 6 meses sondagem via lacrimal)

4) Santa Casa de Vitória:

- Consulta em oftalmologia adulto;

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR METROPOLITANA

5)HUCAM

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PEDIATRIA ALTA COMPLEXIDADE METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA BAIXA VISAO METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CORNEA METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO CIRURGICO METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA CIRURGICO METROPOLITANA

-CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INJECAO INTRA VITREA METROPOLITANA

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 no CRE – Metropolitano, com demais documentos para abertura de processo.

7.2.5 SERVIÇO DE OSTOMIAS

O serviço de atenção às pessoas Ostomizadas realiza o fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

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, com serviço de dispensação de bolsa de colostomia, é realizada nos Serviços instituídos nas quatro Regionais de Saúde .

Atualmente o serviço funciona na Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim.

A retirada de equipamentos ocorre de forma descentralizada para os 26 municípios da Região Sul: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Lúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta

Na alta hospitalar o paciente recebe um laudo padronizado do serviço de atendimento ao ostomizado; de posse desse laudo e dos documentos pessoais do paciente o mesmo ou responsável procura a Unidade Básica de Saúde, onde irá encaminhar essa documentação a Superintendência Regional de Saúde aonde será aberto um processo administrativo e serão liberadas as bolsas de colostomia e onde será agendado o retorno.

O fluxo de atendimento acontece da seguinte forma:

- Após receber alta hospitalar o paciente recebe a orientação da documentação para cadastro do paciente no programa: laudo médico dos ostomizados preenchido, cópia de RG, CPF, CNS, comprovante de residência atualizado;
- Paciente/familiar comparece a Estratégia Saúde da Família do seu município com todos os documentos necessários para o cadastro do paciente;
- O responsável da Unidade da Saúde irá organizar essa documentação e encaminhar à Superintendência Regional de Saúde;
- Após análise do laudo, são fornecidos os materiais e realizado agendamento de retorno;
- Caso seja necessário um acompanhamento da troca da bolsa , é acionado a ESF do município;
- O familiar ou o município informa o setor quanto a óbitos e reversões

7.2.6 SAÚDE BUCAL

No âmbito da Saúde Bucal, a RCPD se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as Pessoas com Deficiência. O atendimento a esse público, inicia-se na Unidade Básica de Saúde (UBS), que nos casos onde não for possível realizar o atendimento devido a complexidade do mesmo esta encaminhará o paciente para o nível secundário (CEO), onde após 3 ou 4 tentativas ainda não consiga prestar o atendimento adequado deverá encaminhar o paciente para o nível terciário(hospitais que realizam este procedimento com sedação). Na nossa região o paciente será referenciado pela UBS para atendimento com Cirurgião Buco Maxilo,para que este após realizar avaliação do paciente possa encaminhá-lo, para Atendimento Odontológico sob sedação no hospital de referência:

- Para crianças de zero a 18 anos - HEIMABA;
- Para adultos acima de 18 anos - Hospital Dório Silva.

A Região Sul do Espírito Santo possui 4 Centros Especializados Odontológicos (CEO) que realizam atendimento aos usuários dos municípios em que estão instalados.

Região Sul:

- 1) CASTELO - CEO tipo I;
- 2) SÃO JOSÉ DO CALÇADO - CEO tipo I;
- 3) CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - CEO tipo I e tipo II

7.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

O componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência conta com a retaguarda de leitos de cuidados prolongados e da Rede de Urgência e Emergência. Prevê a inserção de equipes de reabilitação nesses ambientes, com o objetivo de intervir de maneira imediata nas ocorrências de saúde que possam gerar deficiências bem como para ofertar cuidados especializados a pacientes com deficiências preexistentes.

Segundo a Portaria nº 2.809, de 7 dezembro de 2012, os leitos de cuidados prolongados estão nas Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), em hospitais gerais e/ou especializados ou, ainda, em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Quanto a atenção hospitalar, a RCPD do Estado conta com **5** enfermarias de UCP no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) para cirurgia de Implante Cloclear (24 cirurgias anuais); **2** Hospitais para atendimento à Saúde Bucal - Hospital Dório

Silva e Hospital Estadual Intanfil e Maternidade Alzir Bernardino Alvez (HEIMABA); **20** leitos de internação para reabilitação física no CREFES e os serviços de Urgência e Emergência.

7.4 EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O **Programa Melhor em Casa** é um programa que visa reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar aos pacientes internados nos serviços de urgência, emergência e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e/ou tempo de internação, visando a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Atualmente a atenção domiciliar já é realizado na Estratégia Saúde da Família, mas apenas para os casos de menor complexidade.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) permite ampliar essa atenção, com base em três diferentes modalidades: AD1, responsabilidade da atenção básica, e AD2 e AD3 que é possível com a implantação do Programa Melhor em Casa.

Considerando a Portaria GM Nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e em seu artigo 9º define as condições clínicas dos usuários elegíveis para a modalidade AD 2, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou
- IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

E para a modalidade AD3, as mesmas apresentações acima, porém com necessidade de uso de equipamentos ou de procedimentos especiais.

A distinção de responsabilidades entre os tipos de SAD exige acordos, pactos, fluxos e protocolos de assistência, e que todos os componentes do sistema devem funcionar de maneira articulada, assegurando o cumprimento das ações de sua responsabilidade no momento em que forem acionados.

Em 2020, a SESA apresentou proposta de implantação do Programa Melhor em Casa, como prioridade do governo na área da saúde. Foram selecionados para esta primeira etapa os municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, São Mateus, Serra, Vila Velha e Vitória, que aceitaram a proposta e irão implementar as primeiras dez equipes do programa. Para escolha dos sete municípios, foram levados em consideração aspectos como maior concentração hospitalar, de Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Atendimento municipal, além de serviços como SAMU 192 e/ou similares e Farmácia Cidadã Estadual. O Estado pretende estimular os municípios a fazerem a adesão, garantindo a eles o financiamento até o momento que o Ministério da Saúde fizer o repasse do recurso federal. Além disso, o programa irá gerar economia à gestão municipal e hospitalar.

7.5 CONCESSÃO/ DISPENSAÇÃO DE OPM, OFICINA ORTOPÉDICA E VEÍCULOS

7.5.1 VEÍCULOS ADAPTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, o CER conta com transporte sanitário, por meio de veículo adaptado acessível, destinado às pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencionais ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos.

Doação de Veículos Adaptados para o transporte sanitário de pessoas com deficiência no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, trata-se de uma iniciativa respaldada pelas normativas que instituíram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: Prt. 793/2012) e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: Prt 835/2012), cujos dispositivos estão descritos abaixo:

Prt. 793/2012, Art. 19, § 3º - “O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde”

Prt 835/2012, Art. 6º - “Além do incentivo financeiro de investimento instituído no art. 2º, o Ministério da Saúde poderá destinar aos CER em funcionamento efetivo veículos adaptados para o transporte sanitário, mediante doação, conforme projeto apresentado e aprovado pela Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS”

Nesse sentido, visando ampliar acesso aos serviços de reabilitação à pessoa com deficiência com dificuldade e/ou restrição de mobilidade, por meio de transporte qualificado e adequado, o Ministério da Saúde estabeleceu como uma das estratégias prioritárias, a aquisição e doação de veículos adaptados para transporte sanitário destinados aos Centros Especializados em Reabilitação. Para tanto, estabeleceu como uma das metas do Plano Plurianual - PPA 2016-2019 do Governo Federal a aquisição de veículos adaptados para realização de transporte sanitário das pessoas com impedimentos de mobilidade autônoma, conforme portaria, para todas as regiões do país que vierem a ter Centros Especializados em Reabilitação – CER habilitados pelo Ministério da Saúde.

Considerando este contexto, em 2019, o Ministério da Saúde doou à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo 02 (dois) veículos do tipo furgão adaptado destinados à compor a RCPD no Centro Especializado em Reabilitação - Associação Pestalozzi de Guarapari, CNES 2652730, conforme Termos de Doação nº 340/2019 e 398/2019 e no CER de Cachoeiro de Itapemirim sob o Termo de doação nº 0339/2019. Em 2020, A APAE de Cachoeiro devolveu o veículo, justificando que o município já possuía transporte adaptado para pessoas com deficiência, sendo transferido para o Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo – CREFES em novembro de 2020 pela resolução da CIB nº137, de 23 de novembro de 2020.

7.5.2 CONCESSÃO/DISPENSAÇÃO DE OPM E OFICINAS ORTOPÉDICAS

Com relação ao financiamento federal para aquisição e concessão de OPM, no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, apenas os procedimentos previstos na Portaria GM/MS Nº 1.272, de 25/06/2013, que incluem as cadeiras de rodas e adaptações posturais, são custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação é uma das formas pela qual o Ministério da Saúde repassa recursos federais na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para custeio de procedimentos estratégicos ou novos que vierem a ser criados pelas Políticas/Redes de Atenção à Saúde. Em aspectos gerais o financiamento de procedimentos, via FAEC, tem caráter temporário e o repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais/Estaduais de Saúde ocorre em conformidade com a produção informada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou seja, o repasse dos recursos FAEC não tem valores fixo e depende da produção registrada pelos serviços. Conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.272, de 25/06/2013, após formação de série histórica caberá ao Ministério da Saúde a adoção de medidas para incorporação do recurso FAEC ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) do Distrito Federal, Estados e Municípios referente aos procedimentos constantes na Portaria GM/MS nº 1.272/2013

registrados pelos estabelecimentos de saúde.

Conforme SIGTAP/SUS, os Estabelecimentos de Saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física (código 2201), Centro de Reabilitação Física - Nível Intermediário (Código 2202) e/ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Física (Código 2208) podem registrar bem como faturar os procedimentos previstos na Portaria GM/MS Nº 1.272, de 25/06/2013.

Na Deficiência Física, as instituições podem dispensar diversos equipamentos, dentre eles:

- Cadeira de Rodas Obeso;
- Cadeira de Rodas Monobloco;
- Cadeira de Rodas Motorizada (Adulto/Infantil).

As solicitações de OPM que não estão na listagem acima, são encaminhadas pelos CERs para o serviço de Referência Estadual – CREFES -Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo.

Entende-se como **Tecnologia Assistiva**: qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com limitação, como transporte adaptado, muleta, cão-guia, rebaixamento de guias, banheiros adaptados, perna mecânica, coletes, palmilhas.

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

A Oficina Ortopédica Fixa está habilitada a trabalhar com termoplásticos de alta e baixa temperatura, laminação, com metais e sapataria. É capaz de confeccionar todos os tipos de órteses e próteses (de membros superiores e inferiores, estáticas/rígidas, articuladas e dinâmicas), coletes, palmilhas e calçados adaptados (ortopédicos e para pés neuropáticos) e adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária; além de realizar adequações posturais em cadeiras de rodas, ajustes e manutenção nas OPM e adaptações.

No Estado do Espírito Santo a primeira oficina ortopédica foi habilitada no CREFES pela portaria SAS/MS Nº 563, de 2013.

8. PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA

O **Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)**, criado em 6 de junho de 2001, pela Portaria GM/MS nº 822, é um programa que preconiza os princípios e diretrizes fundamentais do SUS: da universalidade, equidade, integralidade, preservação da autonomia e da igualdade da atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada preferencial no sistema de saúde.

“A **Triagem Neonatal**, chamada de **Triagem Biológica**, é composta pelo teste do pezinho, do olhinho da orelhinha, do coraçãozinho e teste da linguinha sendo um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que estes possam ser tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Além disso, propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o processo de tratamento.

8.1 LEGISLAÇÃO

A Portaria GM/MS Nº 822, de 6 de junho de 2001, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o PNTN, que estabelece ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos e o acompanhamento e tratamento das crianças detectadas nas redes de atenção do SUS. As doenças que integraram o PNTN naquele momento foram: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

A Portaria GM/ MS Nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012, incluiu a triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase no escopo do programa.

A Portaria SAS/MS nº 436, de 08 de outubro de 2001, habilita o estado do Espírito Santo e credenciou a APAE-Vitória como SRTN (Serviço de Referência em Triagem Neonatal) no Estado, na Fase II da Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, para realizar triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias.

A Portaria SAS/MS Nº85, retificada em 09 de abril de 2009, habilitou o estado do Espírito Santo e credenciou a APAE-Vitória como SRTN (Serviço de Referência em Triagem Neonatal) no Estado, na Fase III do Programa Nacional de Triagem Neonatal, para realizar triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias e **fibrose cística**.

A Portaria Nº 489, de 17 de junho de 2014, habilita o estado do Espírito Santo e credenciou a APAE-Vitória como SRTN (Serviço de Referência em Triagem Neonatal) no Estado, na Fase IV de implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, para realizar triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita.

Lei nº 13002 de 20 de junho de 2014, obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.

Portaria Nº 1.940, de 28 de junho de 2018, inclui procedimento de oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica na tabela de procedimento

A Lei nº 14.154 de 26 de maio de 2021, altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que amplia o número de doenças rastreadas no Teste do Pezinho oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei entrará em vigor após decorridos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de sua publicação oficial.

Os testes para o rastreamento de doenças no recém-nascido serão disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), na forma da regulamentação elaborada pelo Ministério da Saúde, com implementação de forma escalonada, de acordo com a seguinte ordem de progressão:

8.2 FASES DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL de TRIAGEM NEONATAL

I - Etapa 1:

- a) fenilcetonúria e outras hiperfenilalaninemias;
- b) hipotireoidismo congênito;
- c) doença falciforme e outras hemoglobinopatias;
- d) fibrose cística;
- e) hiperplasia adrenal congênita;
- f) deficiência de biotinidase;
- g) toxoplasmose congênita;

II - Etapa 2:

- a) galactosemias;
- b) aminoacidopatias;
- c) distúrbios do ciclo da ureia;
- d) distúrbios da betaoxidação dos ácidos graxos;

- III - Etapa 3: doenças lisossômicas;
- IV - Etapa 4: imunodeficiências primárias;
- V - Etapa 5: atrofia muscular espinhal.

8.3 FLUXO ESTADUAL DA TRIAGEM NEONATAL

- **Coleta**

A coleta de sangue para realizar os testes de triagem neonatal deve ser realizada nos formulários para análise de amostras em sangue seco do 3º ao 30º dia de vida, sendo que o período ideal para coleta de sangue é do 3º ao 5º dia de vida, nos postos ou unidades de saúde, que realizam coleta para TAN nos municípios, preferencialmente no dia das “Ações do 5º dia de vida do RN”. Acima do 30º dia de vida pode-se coletar sangue para realizar o exame justificando o motivo.

Em cada município onde há partos, existe no mínimo um posto ou unidade de saúde cadastrado para realizar coleta de sangue para Triagem Neonatal. Quando o RN estiver retido na maternidade ou UTIN, o teste deverá ser realizado no local onde o RN estiver internado e encaminhado à APAE-Vitória para análise. Os resultados são liberados pela APAE-Vitória em média quatro dias após o recebimento e o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente, antes do 30º dia de vida, impedindo ou minimizando a instalação de sequelas e evolução para o óbito.

O resultado do exame normal é devolvido pelo Serviço de Referência da Triagem Neonatal - SRTN da APAE - Vitória ao posto de coleta do município de origem para ser entregue à mãe ou responsável.

- **Exames Alterados**

A assistente social do SRTN (APAE-Vitória), realiza o contato com o posto de coleta do município de origem, comunicando que o exame está alterado e agenda uma consulta para o RN no SRTN no prazo de uma semana, para confirmação diagnóstica, atendimento com equipe multidisciplinar e aconselhamento genético para os pais (facultativo). O resultado do exame é encaminhado ao posto de coleta do município de origem para realizar busca ativa, comunicar a mãe ou responsável sobre o resultado do exame, orientar quanto às providências a serem tomadas e dar os devidos encaminhamentos.

- **Atendimento**

O acompanhamento multidisciplinar e tratamento ambulatorial dos recém nascidos e crianças são realizados no SRTN. O acompanhamento e tratamento ambulatorial dos pacientes adultos é realizado na rede de atendimento do SUS que possui as especialidades, de acordo com as necessidades de atendimento do paciente. As internações e atendimentos de urgência e emergência para os portadores adultos são realizados nos Prontos Atendimentos e hospitais que compõem a Rede Estadual de Saúde do SUS.

Após o primeiro atendimento no SRTN, os RN com Anemia Falciforme e Outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística são encaminhados ao Centro de Referência em Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística- Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória, para dar continuidade ao tratamento e acompanhamento.

O acompanhamento e tratamento ambulatorial dos pacientes adultos com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias é realizado no Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo -HEMOES.

O acompanhamento, tratamento ambulatorial e as internações dos pacientes adultos das pessoas com Fibrose Cística, são realizados no Hospital Dório Silva.

A internação dos pacientes adultos com Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase são realizados no Hospital Dório Silva.

O Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória é o Centro de Referência para as internações e atendimentos pediátricos de urgência e emergência, para todas as patologias que são triadas no Programa.

Os exames que não são disponibilizados no SRTN, são realizados no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e na da Rede de Atendimento Estadual de Saúde do SUS.

A APAE Vitória é o SRTN do Estado, para todas as Fases do PETN.

Os pacientes de todas as patologias triadas no Programa que são acompanhados nos Centros de Referência ou em outros Serviços, devem comparecer a uma consulta anual para avaliação no Serviço de Referência em Triagem Neonatal - APAE-Vitória.

São realizados capacitações anuais para os profissionais que atuam o Programa de Triagem Neonatal para todos os municípios. Em média 4 capacitações ao ano, por Região de Saúde. Sendo o apoio aos municípios realizado por e-mail, telefone e reuniões presenciais, quando necessário.

Todos os RN, crianças e adultos tem o seu acompanhamento na atenção básica dos municípios, onde ocorre a coordenação do cuidado ao paciente, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada.

8.4 TESTE DA ORELHINHA – TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a detecção precoce de déficits auditivos logo nos primeiros meses de vida, permite que intervenções sejam realizadas, levando a maior estimulação da linguagem, integração da criança e a sua família e a sociedade, permitindo assim um melhor desempenho acadêmico no futuro.

Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções em tempo oportuno adequadas à criança e sua família.

Nos **Programas de Detecção Precoce de Déficit Auditivos e Intervenção**, deve-se preconizar a **meta de 1-3-6 meses**, realizando a TAN, por volta de **1** mês de idade, diagnóstico audiológico, por volta de **3** meses de idade e intervenção precoce com **6** meses de idade.

Preferencialmente a TAN deve ser realizada nos primeiros dias de vida, de **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).

Na Região Sul as maternidades que realizam a TAN são: HIFA- Hospital Infantil Francisco de Assis em Cachoeiro de Itapemirim, Maternidade Menino Jesus em Itapemirim e Santa Casa de Guaçuí que realizam os exames EOA e BERA sendo que ainda temos na rede os hospitais de São José do Calçado e a Santa Casa de Castelo que ainda não realizam a TAN

8.5 TESTE DO OLHINHO – TESTE DO REFLEXO VERMELHO

Permite avaliar, já nas primeiras horas de vida, a presença de algumas doenças oculares. 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 os 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. O TRV é rotina obrigatória, por lei, sendo simples e rápido. Se for detectada opacificação (leucocoria, pupila branca), o bebê deve ser encaminhado ao oftalmologista com urgência, e o exame deve ser registrado como “anormal”.

Atualmente os recém-nascidos com teste do olhinho duvidoso ou alterado são encaminhados, via NERCE, aos serviços de referência do Estado (HUCAM e CRE), o que ainda é insuficiente haja vista grande demanda e poucas vagas existentes.

8.6 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) (BRASIL, 2009).

8.7 Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas - (Teste do Coraçãozinho)

Todos os nascidos devem ser submetidos à oximetria pulso entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar, como teste de triagem neonatal “teste do coraçãozinho”. A Oximetria de Pulso (OP) visa à identificação e diagnóstico presuntivo para cardiopatias congênitas críticas. Uma vez detectada qualquer alteração (SpO2 menor que 95%), uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Confirmada a alteração, a ecocardiografia transtorácica deverá ser realizada dentro das 24 horas seguintes.

8.8 Teste da Linguinha (Avaliação do frênulo lingual)

A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido. A literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico (“padrão ouro”) para a identificação da anquiloglossia, e vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil. A anquiloglossia tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação.

9. ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a Doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia em 11 de março de 2020. Desde então várias medidas têm sido tomadas pelo Ministério da Saúde para controle, contenção dos riscos e agravos decorrentes desse novo vírus.

A Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020 declarou em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19).

Além da elaboração da Agenda de Resposta Rápida para a Atenção Primária em Saúde no enfrentamento à Covid-19 para organização e reposicionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), outras medidas foram adotadas pela SESA, no contexto da pandemia. No site da SESA encontra-se uma série de videoaulas, produzidas por referências técnicas de vários setores e que englobam informações que vão desde orientações sobre as portas de entrada, o acolhimento e classificação de risco, a organização das transferências, as visitas domiciliares, a organização do monitoramento domiciliar a ações estratégicas.

Dentre as medidas adotadas durante a pandemia, pode-se citar:

- O Decreto Estadual nº 4593-R, de 13 de março de 2020, que declarou estado de emergência em saúde pública no Estado do Espírito Santo e estabeleceu medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (COVID-19);
- O Decreto nº 4604-R, de 19 de março 2020, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19);
- A Portaria nº 060-R, em 07 de abril de 2020, que aprova as Notas Técnicas COVID-19, da Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde (GEPORAS) da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SSAS)
-

Publicação da Nota Técnica COVID-19 nº 10/2020 - SESA/SSAS/GEPORAS/ NEAE/RCPD, que trata sobre as orientações e recomendações relativas ao Coronavírus (Covid-19) para os serviços que compõem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e as entidades filantrópicas que oferecem atendimento em saúde às Pessoas com Deficiência (PCD), a seguir:

Considerando as orientações já repassadas às APAE e coirmãs pela Federação das Apaes do Espírito Santo - FEAPAES, que visam organizar a atenção às pessoas com deficiência intelectual e múltipla no ES, em conformidade com as diretrizes das autoridades sanitárias do Estado, tem-se que:

- É necessário assegurar o atendimento prioritário às pessoas com deficiência, garantindo a prioridade nos atendimentos em todas as instituições e serviços de atendimento ao público, sejam elas de natureza pública ou privada.
- É imprescindível considerar a pessoa com deficiência vulnerável, dado o estado de emergência em saúde pública, adotando medidas para sua proteção, seguindo os preceitos do direito à vida.

9.1 RECOMENDAÇÕES À REDE DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Os serviços de saúde, sejam de natureza pública ou filantrópica que prestam atendimento à pessoa com deficiência, observem as determinações da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, bem como as orientações específicas do Poder Executivo local;
- Os serviços de reabilitação não suspendam nenhum atendimento sem a pactuação com as autoridades competentes, sejam elas Municipais ou Estaduais;
- Os serviços de reabilitação, por meio da sua equipe multiprofissional, definam estratégias de

acompanhamento dos usuários, conforme avaliação clínica individual;

- Os serviços de reabilitação deverão identificar o público de risco e orientá-los ao isolamento, conforme recomendações dos protocolos estaduais e do Ministério da Saúde, sempre que o isolamento se constituir como essencial para preservação da vida do usuário;
- Os serviços de reabilitação, quando autorizados, venham a suspender os atendimentos presenciais como medida preventiva à Covid-19, devem criar estratégias de classificação de risco e de acompanhamento dos pacientes de forma remota, por teleatendimento, garantindo a assistência;
- Todos os usuários acompanhados pelos serviços de reabilitação, mesmo que não dependam do atendimento presencial enquanto durarem as medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (COVID-19), sejam acompanhados pela equipe multidisciplinar dos serviços, por meios tecnológicos;
- O acompanhamento dos usuários seja feito de forma presencial quando esse atendimento constituir-se como essencial para garantia do bem-estar do usuário e da preservação dos ganhos com a reabilitação, salvaguardadas as medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (COVID-19) e a preservação da vida do usuário;
- Os serviços de reabilitação estabeleçam protocolos ou restrições para acesso aos pacientes que necessitem de atendimento presencial, evitando aglomerações e minimizando o risco de transmissão ou contágio;
- Os usuários que estiverem no programa de estimulação precoce não sejam desligados do acompanhamento no serviço especializado através de encaminhamento aos serviços de atenção primária em saúde;
- Os serviços de reabilitação garantam a continuidade do atendimento presencial aos usuários quando forem suspensas as medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (COVID-19), evitando a perda das vagas pelo usuário por faltas nesse período;
- Os serviços de reabilitação orientem cuidadores/familiares sobre medidas de manutenção do processo de reabilitação em domicílio;
- Os serviços de reabilitação ofereçam retaguarda para atendimento aos usuários pós internações originadas pelo COVID-19 que gerem déficits de funcionalidade;
- Todos os profissionais dos serviços de reabilitação utilizem os equipamentos de proteção individuais (EPI's), em conformidade com os protocolos clínicos existentes, bem como adotem medidas que visem a prevenção do contágio pelo COVID-19.

Publicação da Nota técnica Nº 14/2020 que trata das recomendações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (COVID-19) para Atenção à Pessoa com Deficiência durante a pandemia do Covid-19 a seguir:

Ser uma pessoa com deficiência não significa que o usuário tenha maior vulnerabilidade ao Coronavírus. Porém, ele vai ser se enquadrar no grupo de risco se tiver:

- Restrições respiratórias
- Dificuldades nos cuidados pessoais
- Condições autoimunes
- Acima de 60 anos
- Doenças associadas como diabetes, hipertensão arterial, doenças do coração, pulmão e rim, doenças neurológicas
- Em tratamento de câncer

Se porventura a pessoa com deficiência chegar até a unidade de saúde:

- Priorizar o atendimento
- Classificar a gravidade da síndrome gripal
- Resolver a demanda o mais rápido possível para que possa deixar a unidade de saúde
- Em casos de maior gravidade, transferir para o serviço de urgência ou hospitalar de referência
- Entregar medicamento com distanciamento preconizado na fila de espera
- Realizar as orientações de medidas protetivas e checar o entendimento do usuário e do familiar.

O atendimento à Pessoa com Deficiência deve seguir o fluxo geral durante a pandemia por COVID19, contudo, é importante considerar que o Estatuto da Pessoa com Deficiência determina **prioridade no acesso da pessoa com deficiência**, já que as PCD são parte do Grupo Prioritário para atendimento e que deve ser mantida pelas equipes de saúde durante o acolhimento no serviço de saúde.

9.2 ORIENTAÇÕES GERAIS AOS CUIDADORES

O que fazer em caso de suspeita?

- Encaminhar a pessoa com suspeita de infecção pelo novo coronavírus para a unidade de referência para monitoramento, diagnóstico e confirmação do caso;
- As pessoas com suspeita de infecção pelo novo coronavírus devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificadas na triagem até sua chegada ao local de isolamento na unidade de referência, o que deve ocorrer o mais rápido possível;
- Todos os cuidadores que estiverem envolvidos no transporte/locomoção da pessoa com deficiência deverão utilizar máscara cirúrgica durante todo o deslocamento até chegar à unidade

de referência. Se houver necessidade de realizar procedimentos, atentar para o uso dos EPI adequados;

- Realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização;
- Garantir a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;
- Limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte. A desinfecção pode ser feita com álcool 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim,
- No serviço de referência, sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito, será realizada a coleta de duas amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou swabs combinado (nasal/oral) ou amostra de secreção respiratória inferior (escarro, lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). As amostras coletadas serão encaminhadas para o laboratório, conforme fluxo estabelecido.

O que fazer quando algum caso for confirmado?

Isolamento domiciliar:

- Acomodar a pessoa com infecção pelo COVID-19 em um quarto individual, que seja bem ventilado, ou seja, manter janelas e portas abertas;
- Limitar a movimentação da pessoa em isolamento domiciliar e minimizar ao máximo o compartilhamento de espaço (por exemplo, cozinha, banheiro). Se atentar à ventilação adequada dos espaços compartilhados;
- Manter os membros da família em cômodos separados, todavia se isso não for possível, manter uma distância de pelo menos 2 metros da pessoa doente (exemplo, dormir em cama separada);
- Limitar o número de cuidadores da pessoa em isolamento domiciliar, sendo ideal atribuir a função de cuidador a apenas uma pessoa, que esteja com boas condições de saúde, sem patologias crônicas associadas ou imunocomprometidas;
- Permitir visitas somente quando a pessoa em isolamento domiciliar estiver completamente sem sinais e sintomas;
- Realizar higiene adequada das mãos, com água e sabão, respeitando os cinco momentos de higienização:

1 – antes de contato com a pessoa;

2 – antes da realização de procedimento;

3 - após risco de exposição a fluidos biológicos;

4 - após contato com a pessoa;

5 - após contato com áreas próximas à pessoa, mesmo que não tenha

tocado a pessoa, cuidando direta ou indiretamente da pessoa;

Enxugar as mãos preferencialmente com toalha de papel. Se não disponível, enxugar com toalha de pano limpa e substituí-la quando ela estiver molhada;

- Utilizar máscara cirúrgica:

A pessoa em isolamento domiciliar: *permanecer o maior tempo possível com a máscara. Aqueles que não toleram a máscara, devem realizar rigorosamente a higiene respiratória, ou seja, cobrir a boca e nariz ao tossir ou espirrar com a parte de dentro do cotovelo, ou utilizando lenço descartável, e descartar adequadamente os materiais usados para a higiene respiratória.*

O cuidador/familiar: *utilizar máscara cirúrgica bem ajustada, que cubra adequadamente a boca e nariz, quando estiver no mesmo quarto que a pessoa em isolamento domiciliar.*

- Alertar que as máscaras não podem ser tocadas e/ou manuseadas durante o uso, e orientar a troca da máscara, quando esta estiver molhada ou suja;
- Evitar o contato direto com fluidos corporais, principalmente orais ou secreções respiratórias e fezes;
- Usar luvas descartáveis e máscara ao fornecer cuidados orais, respiratórios e na manipulação de fezes, urina e resíduos. Não se esquecendo de, impreterivelmente, realizar a higiene das mãos antes e depois de remover as luvas e a máscara;
- Utilizar roupas de cama e utensílios próprios para a pessoa em isolamento domiciliar, sem compartilhá-los. Estes itens deverão ser limpos com água e sabão após o uso e poderão ser reutilizados, ao invés de descartados;
- Limpar e desinfetar diariamente as superfícies tocadas com maior frequência e também toda área ocupada pela pessoa em isolamento domiciliar (exemplo, mesa de cabeceira, quadros de cama e demais móveis do quarto). Os produtos ideais para a realização da limpeza são sabão ou detergente doméstico e para desinfecção utilizar hipoclorito de sódio a 0,5%;
- Colocar a roupa contaminada em uma bolsa de roupa ou saco plástico separada das roupas dos outros integrantes da casa. Não agitar a roupa contaminada. Evitar contato da pele com a roupa e demais materiais contaminados. Lavar as roupas, roupas de cama e banho da pessoa em isolamento domiciliar utilizando água e sabão em pó, podendo ser lavadas na máquina de uso doméstico comum, e bem secadas.
- O cuidador deverá descartar as luvas, máscaras e outros resíduos gerados durante o cuidado com a pessoa em isolamento domiciliar, em lixeira com tampa no próprio quarto, não devendo reutilizar os equipamentos.

- Orientar todas as pessoas com infecção pelo COVID-19 que receberam alta durante os primeiros sete dias do início do quadro, que a presença de qualquer sintoma ou sinal de alerta de complicações, independente de febre, deverá ser informado à equipe de APS.

9.3 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DOENÇAS RARAS E CUIDADORES

- Pessoas que apresentem **baixa imunidade** ou que tomem remédios imunossupressores devem tomar cuidado especial, isolando-se o máximo que puder;
- Doentes crônicos não podem descuidar dos **tratamentos em andamento**
- Caso utilize medicamento de uso contínuo, procurar a unidade de saúde para buscar uma **receita com validade ampliada**, principalmente no período de outono e inverno. Isso reduz o trânsito desnecessário nas unidades de saúde e farmácias;
- Pessoas que utilizam **ventilação mecânica** e traqueostomizadas precisam cuidar muito bem da higienização dos equipamentos;
- Suspender idas a clínicas de reabilitação.

9.4 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

- Pessoas com lesões medulares podem ter dificuldade respiratória e enquadrarem-se no grupo de risco;
- Limpe objetos que toca com frequência, incluindo o aro de impulsão de cadeira de rodas, o joystick, as órteses e próteses e os meios de locomoção como bengalas, muletas e andadores;
- Suspender idas a clínicas de reabilitação enquanto durar a suspensão dos atendimentos eletivos;
- Buscar orientação com o profissional de referência sobre como manter alguns exercícios em casa;
- Solicitar apoio de familiar para manutenção dos exercícios.

9.5 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

- O tato é um sentido muito explorado, por isso lave as mãos com frequência e principalmente após tocar em mapas táteis, corrimãos, maçanetas, entre outros;
- O tato é um sentido muito explorado, por isso a pessoa deve lavar as mãos com frequência e principalmente após tocar em mapas táteis, corrimãos, maçanetas, entre outros, e utilize álcool em gel 70%;
- Limpar objetos que são tocados com frequência, incluindo a bengala longa, com água e sabão e com álcool 70%;
- Ao receber ajuda, procure segurar no ombro evitando tocar nas mãos ou cotovelo de quem irá te guiar, uma vez que a recomendação é de que ao tossir ou espirrar, as pessoas o façam no meio

do braço.

9.6 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- Se a pessoa se comunica por meio da Libras deve tentar **não tocar seu rosto** durante a conversação, especialmente se as mãos não estiverem limpas

9.7 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS SURDOCEGUEIRA

- Pessoas que se comunicam usando contato físico devem higienizar as mãos e antebraços. Ex.: Tadoma e Libras Tátil

9.8 ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS/CUIDADORES DE PESSOAS DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

- Podem ter dificuldade de compreender as recomendações;
- Podem necessitar de maior supervisão;
- Precisam redobrar o cuidado com a higiene pessoal;
- Pessoas com Síndrome de Down podem ter uma incidência maior de disfunções da imunidade, cardiopatias congênitas e doenças respiratórias, portanto, devem ser consideradas grupo de risco.

A Secretaria da Saúde publicou no Diário Oficial, a Portaria Nº 155-R, que estabelece o **reagendamento das consultas e exames ambulatoriais e cirurgias eletivas** ofertados pelos serviços próprios e contratualizados pela Sesa, seguindo as recomendações para aplicação de medidas de segurança aos pacientes e colaboradores e profissionais de saúde.

Os procedimentos haviam sido suspensos pela Portaria Nº 038-R, de 20 de março, com base na Nota Técnica 06/2020 da Anvisa, em decorrência do enfrentamento da emergência de saúde pública causada pelo novo Coronavírus (Covid-19). No entanto, cirurgias oncológicas, cardiovasculares e de urgência e emergência continuavam a ser realizadas.

Os serviços serão retomados, conforme estabelecido na nova Nota Técnica Covid-19 Nº 66/2020. O processo de reagendamento será desenvolvido em três etapas progressivas.

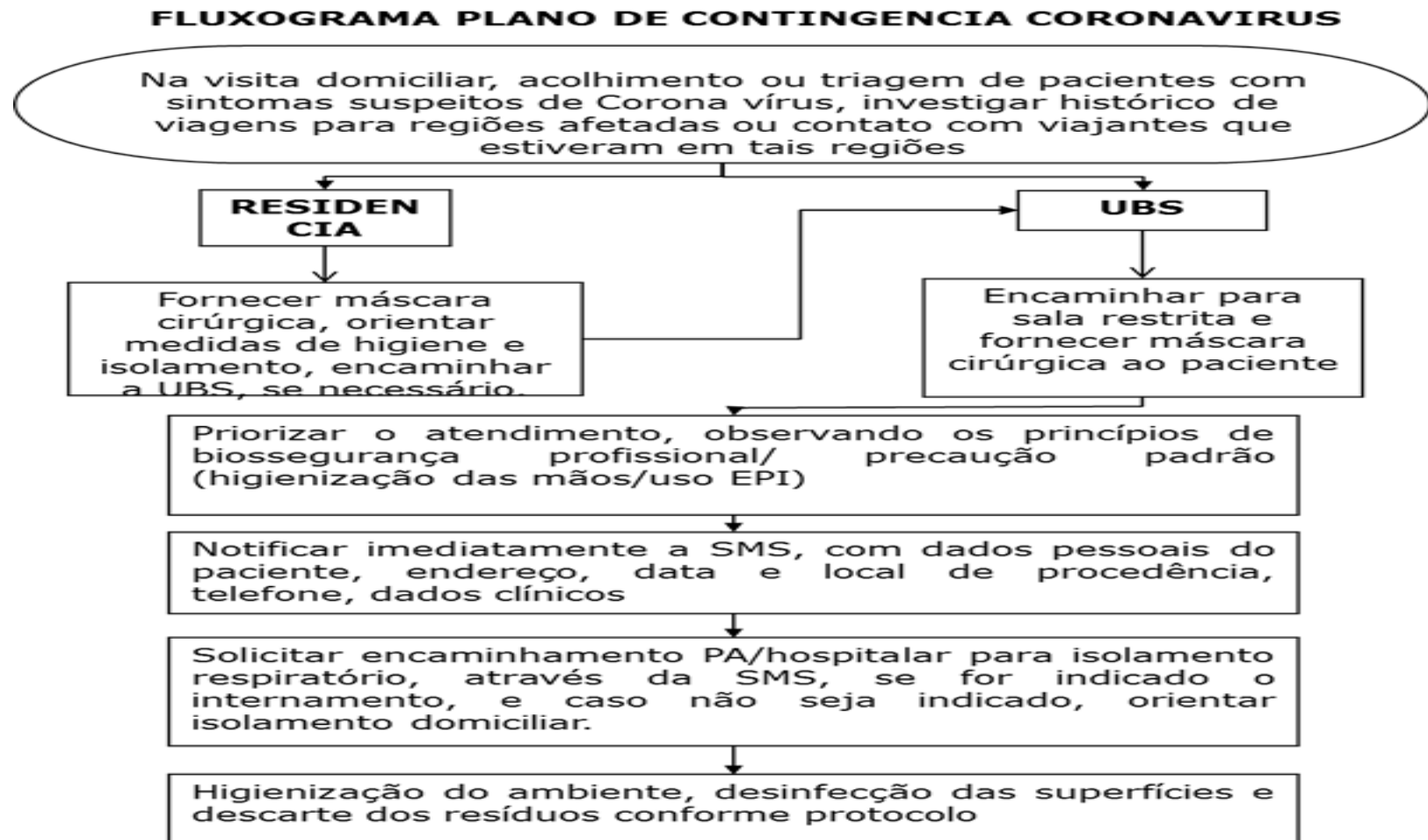
- 1) Oferta de 30% da capacidade anterior, constatada pela série histórica e contratualizada na rede complementar;
- 2) Oferta de 70% constatada pela série histórica contratualizada na rede complementar;
- 3) Oferta de 100%, voltando aos níveis da série histórica contratualizada na rede complementar.

“As etapas serão implementadas conforme avaliações de indicadores, critérios e protocolos, considerando a possibilidade de manutenção ou nova interrupção dos serviços em cenário epidemiológico desfavorável. O monitoramento das etapas e avaliação quanto à interrupção dos serviços,

seguirá sendo realizado e modificado de acordo com a necessidade.

Os serviços de saúde credenciados pela Sesa, como clínicas e hospitais filantrópicos, deverão informar, no prazo de sete dias, a partir da publicação da portaria, um plano operativo relacionado ao desenvolvimento das etapas, com as especialidades e agendas de consultas e exames ambulatoriais. A previsão é que os serviços comecem no final do mês de agosto. O cidadão que aguarda procedimento será comunicado do agendamento pelo município de origem, conforme sistema de regulação ambulatorial.

Figura 9 - Fluxograma do Plano de Contingência Coronavírus



10. PROPOSIÇÕES DA ÁREA TÉCNICA PARA A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – SERVIÇOS QUE DEVERÃO COMPOR A RCPD NA REGIÃO SUL DO ES

10.1 AMPLIAÇÃO E HABILITAÇÃO DOS CER JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA MODALIDADE FÍSICA, AUDITIVA, INTELLECTUAL E VISUAL

As habilitações para custeio de CER no âmbito da RCPD são analisadas pelo sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde SAIPS. Os serviços que solicitarem habilitação deverão estar com dados cadastrados no CNES atualizados e atender as adequações das portarias de consolidação.

O **Quadro 15** apresenta uma planilha de escalonamento com ordem de prioridade das ações de custeio (habilitação de CER e Oficina Ortopédica) e investimento (reforma, construção, ampliação, equipamentos) para implantação e/ou ampliação da RCPD na Região Sul ES.

município	IBGE	Ano	Objeto	Prioridade	tipo	modalidade	Valor	Nome	CNES	Esfera da gestão responsável pelo serviço	Natureza Jurídica	Esfera da gestão responsável pelo aporte financeiro
Cachoeiro de Itapemirim	3201209	2022	Ampliação	1º	CER III	Auditiva	R\$1.000.000,00	APAE	9043381	Municipal	Associação Privada	Estado
IÚNA	320300	2022	Habilitação	2º	CER II	Física e Intelectual	R\$1.000.000,00	APAE	2650371	Municipal	Associação Privada	Município
Mimoso do Sul	3203403	2023	Ampliação	3º	CER III	Auditiva	R\$1.000.000,00	Pestalozzi	3969355	Municipal	Associação Privada	Município
À definir		2023	Habilitação	4º	Oficina Ortopédica		R\$350.000,00	À definir				

10.2 DESAFIOS DA RCPD

Para a qualificação dos CER existentes, faz-se necessário redefinir os protocolos de acesso de modo que fiquem mais homogêneos entre os serviços e tendo, preferencialmente, a funcionalidade como critério de estratificação de risco.

Além disso, faz-se necessário criar o acesso ao CER a partir do componente hospitalar, especialmente para a reabilitação física e a reabilitação auditiva, de modo que o processo de reabilitação se dê em tempo oportuno, no qual as intervenções das equipes possam produzir os melhores resultados e o maior ganho de funcionalidade e autonomia. Também será importante definir os protocolos de cuidado, bem como os protocolos de acesso a determinadas tecnologias disponíveis (como os leitos no CER II do CREFES e a aplicação de toxina botulínica) e os protocolos de alta da reabilitação. O processo de regulação formativa está sendo implantado em todo o Estado, com a presença dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais e serviços especializados, a fim de promover o acesso e manejo adequado para cada usuário do SUS.

Observa-se que a RCPD no ES ainda é muito embrionária, e há um desconhecimento da proposta de trabalho e atuação dos CER como componentes da rede. Os processos e fluxos regulatórios ainda são frágeis e dependem de articulações e pactuações regionais que estão sendo construídas junto a referência Estadual. A implantação do Grupo Condutor Regional em 2021 tem contribuído para que a rede seja implementada na Região Sul no ES.

Quanto a **Reabilitação Física**, há necessidade de capacitações para as equipes regionais e municipais, a fim de otimizar o atendimento ao usuário, podendo este, ser atendido próximo à sua residência e ser referenciado para os CER do território e nos casos mais complexos e graves, para o CREFES, da região metropolitana, que é o único componente da atenção especializada próprio da SESA. A proposta é que os CER atuem ainda como matriciadores do cuidado no território, capacitando e desenvolvendo ações conjuntas com a atenção primária e os outros serviços da rede de atenção à saúde. Além disso, já está em discussão um estudo de viabilidade técnica financeira para a criação de novos serviços regionais estaduais para assistir às demandas judiciais específicas relacionadas a aplicação de terapias de alta tecnologia como TheraSuits®/PediaSuit®/Adeli Suit® e Análise do Comportamento Aplicado (ABA). Para tal, faz-se imprescindível a construção de um protocolo estadual com indicações e contra indicações para realizar as terapias em questão, sendo necessária capacitação das equipes de reabilitação dos serviços com a proposição de uma Residência multiprofissional em reabilitação física em parceria com o ICEPi.

Com relação a **Reabilitação Auditiva** observa-se que há um déficit importante na atenção e oferta de serviços nessa modalidade no Sul do ES, que ainda produz um volume de pessoas aguardando para serem atendidas, havendo necessidade da habilitação de novos serviços e realização da TAN em todas as maternidades do ES, com qualificação dos fluxos de acesso e dos protocolos clínicos e regionalização dos serviços para que a reabilitação auditiva ocorra em tempo oportuno do tratamento. Segundo dados do NERCE/SESA, o Estado tem uma demanda reprimida de 2046 pacientes para audiometria, 491 para realização do BERA e 906 para audiologia. Com o descredenciamento do Serviço da Policlínica da UVV, em dezembro de 2020, essa demanda aumentou ainda mais. Diante desta crescente demanda faz necessário ampliar a oferta e da capacidade assistencial no ES, **com fortalecimento da rede própria da SESA** (o CER II – CREFES) e dos serviços já habilitados pelo Ministério da Saúde como CER na modalidade auditiva (CER III – Guarapari e de Colatina), com vistas a regionalização para facilitar o acesso dos usuários do SUS a RCPD. Já está em elaboração a proposta de ampliação da capacidade instalada do CREFES e do termo aditivo ao convênio entre SESA e Pestalozzi de Guarapari para ampliar a capacidade assistencial na modalidade de Reabilitação Auditiva no ES. Além disso, já está na planilha de pleitos da rede a proposta de ampliação do CER II de Nova Venécia e do CER II de Cachoeiro para a modalidade auditiva que tratá impactos positivos para cobrir o vazio assistencial nas Regiões Central/Norte e Sul para atendimento às pessoas com Deficiência Auditiva.

Vale ressaltar que a SESA, em parceria com as Superintendências Regionais de Saúde e entidades filantrópicas, tem buscado ampliar o número de CER habilitados nas diferentes modalidades de reabilitação, de modo a viabilizar a regionalização dos componentes da Atenção Especializada da RCPD, o que vai contribuir para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com deficiência e para o fortalecimento dessa rede de atenção no Estado. Essa perspectiva está em consonância com o estabelecido no Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023

Como não há parâmetros nacionais para dimensionamento dos serviços da rede, a RCPD no ES iniciou um processo de construção de indicadores para melhoria do monitoramento das ações junto às Regionais de Saúde e aos CER habilitados. Nesse sentido os desafios que se apresentam são:

- ✓ Fluxo da **triagem neonatal** em atualização e adequação – parceria com Rede Materno-infantil-REMI;
- ✓ Adequação dos Serviços de Atenção aos Ostomizados de acordo com o Manual dos Serviços de Atenção aos Ostomizados da SESA;
- ✓ Ampliação da capacidade instalada para cobrir os vazios assistenciais, principalmente os das Regiões Central/Norte e Sul.
- ✓ Proposição de capacitação e monitoramento dos serviços dos CER e para os gestores municipais sobre a RCPD;

- ✓ Construção das linhas de cuidado para cada modalidade 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 três 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 seus recursos humanos.

No **âmbito da Reabilitação Visual** o Estado do Espírito Santo, por meio do Programa de Órteses e Próteses Oftalmológicas, faz apenas a dispensação destes materiais. O recurso financeiro deste programa é estadual e compete ao Centro Regional de Especialidades Metropolitano (CRE-Metropolitano). Pois não há, no ES, serviço de Reabilitação Visual como CER, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, há potencialidade desse serviço no CER III de Colatina que passará a CER IV para atendimento a toda a população do ES. A proposta já foi elaborada pelo CER III de Colatina e está em fase de pactuação em CIR e CIB e, posteriormente, anuência no Grupo Condutor Estadual.

São desafios na área de reabilitação visual:

- ✓ Fluxo da triagem neonatal (já mencionado acima): ampliação e adequação dos serviços já existentes e contratualização de novos serviços para atendimento dos recém-nascidos que apresentarem alteração visual no Teste do Reflexo Vermelho (TRV), bem como continuação no tratamento e acompanhamento intersetorial necessários _vide quadro 14;
- ✓ Fluxograma de atendimento aos recém-nascidos prematuros: ampliação e adequação dos serviços já existentes e contratualização de novos serviços para atendimento dos recém-nascidos prematuros, bem como continuação no tratamento e acompanhamento intersetorial necessários _vide quadro 14;
- ✓ Estruturação dos serviços de Reabilitação Visual no Estado do Espírito Santo a serem habilitados a partir do plano de ação;
- ✓ Construção da linha de cuidado para a modalidade de Reabilitação Visual;
- ✓ Consolidar junto a APS a promoção e prevenção contra agravos na gestação que possam levar a prematuridade e/ou condições oculares adversas nos recém-nascidos (ex: infecções TORCH, etc).

Outro ponto importante a ser destacado é a baixa capacidade instalada de serviços ligados ao estado que ofereçam **Reabilitação Intelectual**, principalmente no cuidado as pessoas com TEA. Porém, a área técnica da RCPD no ES tem feito articulações com a Federação das APAES e Pestalozzis buscando os serviços que tem perfil, estrutura e equipe preparada para serem habilitados como CER, buscando a territorialização dos serviços e atendimento regionalizado na modalidade Reabilitação Intelectual.

Quanto as ações intersetoriais, está em fase de elaboração um plano de ação conjunto entre Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Direitos Humanos e Secretaria de Saúde, com o objetivo de traçar ações integradas do Cuidado à Pessoa com Deficiência. Além disso, há a participação ativa das referências da RCPD no Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência e no Grupo Gestor Estadual do Programa BPC na Escola, com reuniões mensais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: A SAÚDE DA CRIANÇA MENOR DE 10 ANOS**, Secretaria Estadual de Saúde. 1. Ed. Vitória, 2019. Disponível em <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/boletim%20epidemiol%C3%B3gico.pdf> acessado em 02.12.20.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 16p.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020. 124p.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 72p.
- 6- DEFICIÊNCIA, Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência : SDH-PR/SNPD, 2013. 92 p. 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.
- 7- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>

- 8- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dicas em Saúde**: Teste do Pezinho. 2009. Acesso em: 08 de Jun 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/180_teste_pezinho.html
- 9- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2012/2015**. Vitória, 2012.
- 10- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2020/2023**. Vitória, 2020.
- 11- SOUZA, et. al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1737-1750, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81
- 12- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.

Propostas da RCPD para a Região Sul do Espírito Santo

-Articular junto com o setor de Saude Bucal da SESA a criação de novos serviços de Atenção Odontológica Especializada nos territórios Municipais tendo como objetivo atender o paciente o mais próximo possível de sua residencia. Buscando tambem uma melhora no fluxo de encaminhamento.

-Articular junto aos Gestores Municipais visando a criação e ou ampliação dos serviços de Reabilitação (Física, Auditiva, Intelectual) no território Municipal tendo como objetivo atender o paciente o mais próximo possível de sua residência. Buscando tambem uma melhora no fluxo de referência e contra referência para os pacientes que necessitarem de tratamento em algum dos Centros Especializados em Reabilitação

-Articular junto aos serviços implantados na região visando indentificar serviços com interesse em serem habilitados como Oficina Ortopédica

- Articular junto aos serviços implantados na região visando indentificar serviços com interesse em ser habilitado para Reabilitação Visual

- Promover Capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica afim de uma melhor indentificação dos pacientes que necessitam de atendimento em qualquer uma das areas de Reabilitação(Física; Intelectual; Auditiva e Visual) com uma melhor qualificação dos encaminhamentos

-Trabalhar para que os serviços de Ostomia, que hoje estão vinculados aos Centros de Especialidades. Passem a ser vinculados aos Centros de Reabilitação existentes para que este serviço funcione em conformidade com a legislação. Mas para isto é necessário o reordenamento destes serviços com adequação da estrutura física e seus recursos humanos.

Propostas incluídas por solicitação da CIR Sul

-Articular junto a SESA para implantação na Região Sul de serviço de referência para Saude Auditiva Ambulatorial e Hospitalar com Oferta de procedimentos cirurgicos e Implante Coclear.

-Articular junto com o setor de Saude Bucal da SESA a implantação de serviço na Região Sul para realizar atendimento Odontológico sob sedação(hospital que disponha de centro cirurgico e UTI).

RESOLUÇÃO Nº 053/2021

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 12 de maio de 2021, às 14 horas, por web conferência.

Considerando a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, Art. 6º §2º trata da elaboração do desenho regional da Rede e em seu § 4º trata da elaboração de planos municipais de ação da rede, Art. 8º, §3º refere-se à instituição de Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

RESOLVE:

Art.1º - Homologar a Resolução nº.005/2021 da CIR SUL, que aprova a Composição **do Grupo Condutor** da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Sul – **RCPD SUL** e a indicação do servidor, **Henrique Rezende Tiradentes**, como Coordenador da referida Rede, conforme anexo I.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 13 de maio de 2021.


NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

RESOLUÇÃO Nº 053/2021 - CONTINUAÇÃO

**RESOLUÇÃO 005/2021 - CIR SUL - ANEXO I - GRUPO CONDUTOR
REGIONAL DA RCPD SUL**

REPRESENTANTES DA SRSCI	
SETOR/SRSCI	Nome
SRSCI/COORDENADOR	Henrique Rezende Tiradentes
SRSCI/suplente	Bruna Celis Marin Lovatte
REPRESENTANTES DOS CER	
CERII APAE Cachoeiro	Leone da Silva Mendonça
CERII Pestalozzi Mimoso	Silvia Fernanda Belot Vivas Acha
REPRESENTANTES DOS MUNICÍPIOS	
Alfredo Chaves	Simoni Magri Cominotti
Anchieta	Fernando Márcio Araujo Dutra
Atílio Vivácqua	Adriana Bispo Santos Ferreira
Bom Jesus do Norte	Maurício do Carmo Lorete
Cachoeiro de Itapemirim	Patrícia de D`Agostine Correa
Dores do Rio Preto	Bianca Concolato
Iconha	Andressa Poloni Anholeti
Itapemirim	Fernanda Nogueira da Silva
Maratáizes	Kamile Verdan Ribeiro
Mimoso do Sul	Carla Novaes Rodrigues
Muniz Freire	Silvanea Aparecida Paradella
Muqui	Helton da Silva Souza
Presidente Kennedy	Juliana Peçanha Piassi
Vargem Alta	Ana Ignez Cereza

gx

RESOLUÇÃO Nº 065/2022

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria Nº 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 20 de abril de 2022, às 10 horas, por web conferência.

Considerando a Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 que institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS que em seu artigo 6º parágrafo 2º trata da Elaboração do desenho regional da rede e em seu parágrafo 4º trata da elaboração de planos municipais de ação da rede

Considerando a Portaria Nº 835, de 25 de abril de 2012, que institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente Atenção Especializada da Atenção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Resolução nº004/2022 – CIR Sul, que aprova o Plano de Ação Regional Sul da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência– **CPD SUL**

Art.2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória (ES), 26 de abril de 2022.

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde
Presidente da CIB/SUS-ES

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

SECRETARIO DE ESTADO

SESA - SESA - GOVES

assinado em 26/04/2022 12:43:24 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 26/04/2022 12:43:24 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por MARIA DO SOCORRO RODRIGUES LOPES FERNANDES (CHEFE NUCLEO QCE-05 - CIB - SESA - GOVES)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-DJ4VW1>