



# Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

---

## PLANO DE AÇÃO REGIONAL

---

### RRAS 9 - BAURU

---



## Sumário:

<b>1. Apresentação:</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Introdução:</b> .....	<b>8</b>
2.1. Diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	8
2.2. Objetivos Gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:.....	9
2.3. Objetivos específicos da rede de cuidados à pessoa com deficiência: .....	10
<b>3. Conceitos:</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Caracterização da Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 9:</b> .....	<b>13</b>
4.1. Condições Geográficas:.....	13
4.2. Características Demográficas: .....	14
4.3. Indicadores sociais e condições de vida.....	18
4.4. Aspectos Econômicos: .....	21
4.5. Perfil de Morbimortalidade.....	22
<b>5. Indicadores da Pessoa com Deficiência na RRAS 9:</b> .....	<b>28</b>
5.1. Distribuição da população da RRAS 9 por deficiência.....	28
<b>6. Capacidade instalada dos Cuidados da Pessoa com deficiência por componente na RRAS 9:</b> .....	<b>34</b>
6.1. Atenção Básica .....	35
6.1.1. Acessibilidade na Atenção Básica : .....	43
6.1.2. Atenção Domiciliar .....	46
6.2. Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências.....	50
6.3. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.....	57
6.3.1. Número de Leitos de Longa Permanência e/ou Reabilitação por Hospital. ....	59
<b>7. Plano de Ação Regional RRAS 9 – CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIENCIA</b> .....	<b>61</b>
7.1. Serviços da Atenção Especializada após implantação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência, RRAS9	61
7.2. Incentivos financeiros: .....	63
7.3. Ações a serem implantadas ou implementadas por componente da Atenção .....	67
<b>8. Referencias Bibliográficas:</b> .....	<b>73</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
9.1. Atas de aprovação da Rede da Pessoa com deficiência RRAS9 por CIR .....	75



## Lista de Figuras:

Figura 1 – Mapa Físico da Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 9, 2011.....	13
Figura 2 – RRAS 9 segundo distribuição dos municípios por faixas populacionais, 2010. ....	14
Figura 3 - Pirâmide Populacional, RRAS 9, 2010.....	16
Figura4 - Densidade Populacional (hab./km <sup>2</sup> ) segundo divisão por município, RRAS 9, 2010. ....	17
Figura 5-Taxas das principais causas de mortalidade conforme Capítulo CID10 segundo Regiões de Saúde da RRAS 9, 2010 .....	24
Figura 6 -Taxa de internação das dez principais causas por Capítulos do CID – 10, segundo RRAS 9, 2011. ....	26
Figura 7 – Deficiência Visual por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010. ....	31
Figura 8 – Deficiência Auditiva por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010.....	32
Figura 9 – Deficiência Física por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010. ....	33
Figura 10 – Deficiência Intelectual por Região de Saúde, RRAS 9, IBGE 2010. ....	34
Figura 11 – Ações da Atenção Básica, RRAS 9, 2013.....	41
Figura 12 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Bauru, 2013.....	41
Figura 13 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Jau, 2013 .....	42
Figura 14 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Lins, 2013 .....	42
Figura 15 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Polo Cuesta, 2013.....	43
Figura 16 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde do Vale Jurumirim, 2013. ....	43
Figura 17 – Fluxo de Encaminhamento Hemoglobinopatias, segundo doença falciforme RRAS 09, 2013 .....	58



## Lista de Quadros:

Quadro 1 - Número de municípios segundo Região de Saúde e faixa populacional residente, RRAS 9, 2010. . 14	
Quadro 2 - Distribuição populacional segundo faixa etária e sexo, RRAS 9, 2010. .... 15	
Quadro 3 –Densidade Demográfica (hab./km <sup>2</sup> ) segundo Região de Saúde, RRAS 9, 2000 e 2010. .... 17	
Quadro 4 – Número de municípios segundo classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS nos grupos 4 e 5 e Região de Saúde , RRAS 9, Estado de São Paulo, 2010. .... 18	
Quadro 5 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo Região de Saúde e Municípios, Estado de São Paulo, 2010 ..... 19	
Quadro 6 - Produto Interno Bruto - PIB per capita em reais correntes segundo Região de Saúde, RRAS 9, Estado de São Paulo, 2009..... 21	
Quadro 7- Percentual aplicado em saúde do orçamento próprio municipal segundo Região de Bauru, RRAS 9, 2011. .... 21	
Quadro 8–Número de Óbitos e principais causas de mortalidade segundo os Capítulos do CID 10, RRAS 9, 2010. .... 22	
Quadro 9 – Taxas das principais causas de mortalidade conforme Capítulo - CID 10 segundo Região de Saúde da RRAS 9, 2010. .... 23	
Quadro 10–As vinte principais causas específicas de mortalidade segundo agrupamento CID–BR-10, sexo, RRAS 9, 2010. .... 25	
Quadro 11 - Taxa de internação das dez principais causas por Capítulos do CID – 10, segundo RRAS 9, 2011. 26	
Quadro 12–As vinte principais causas específicas de internação por agrupamento CID-BR-10, segundo sexo, RRAS 9, 2011. .... 27	
Quadro 13 – Tipos de deficiência, segundo grau de severidade ,Manual do CENSO IBGE, 2010..... 28	
Quadro 14–População com deficiência, segundo tipos de deficiência da RRAS 9, IBGE2010. .... 29	
Quadro 15–População com deficiência Visual, segundo RRAS 09, IBGE 2010. .... 30	
Quadro 16–População com deficiência Auditiva, segundo RRAS 09, IBGE 2010..... 31	
Quadro 17 – População com Deficiência Física, segundo Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010. .... 32	
Quadro 18 – População com deficiência Física, segundo RRAS 09, IBGE 2010..... 33	
Quadro 19 – Capacidade ambulatorial instalada – UBS Tradicional, ESF, NASF, segundo RRAS 09, 2013 ..... 36	
Quadro 20- Equipes Implantadas de ACS, ESF e ESB com Cobertura Populacional, segundo RRAS 9, julho 2013. .... 36	
QUADRO 21- Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da RRAS 9, 2013..... 37	



<b>Quadro 22- Ações da Atenção Básica em Saúde da Pessoa com Deficiência, RRAS 9, 2013 .....</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 23- Acessibilidade de áreas internas nas Unidades Básicas de Saúde, RRAS9, 2013.....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 24 – Acessibilidade de áreas externas nas Unidades Básicas de Saúde, RRAS 9, 2013.....</b>	<b>45</b>
<b>Quadro 25 – Municípios elegíveis para implantação de EMAD tipo 2, EMAP de 20.000 a 40.000 Hab. segundo Região de Saúde, município. ....</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 26 – Municípios elegíveis para implantação de EMAD tipo 2, EMAP acima de 40.000 Hab. segundo Região de Saúde, município. ....</b>	<b>49</b>
<b>Quadro 27 – Serviços de Reabilitação da Atenção Especializada que atendem as Pessoas com deficiência na RRAS 9 antes da implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, por região de saúde, maio 2014. ....</b>	<b>51</b>
<b>Quadro 28 – Centros de Especialidades Odontológicas implantados nos municípios de abrangência do DRS VI Bauru .....</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 29 – Relação de investimentos existentes dos CEOs elegíveis e para a implantação de novos CEOs. .</b>	<b>54</b>
<b>Quadro 30 – Número de Oficinas Ortopédicas existentes, segundo Região de Saúde, RRAS 9 , 2013. ....</b>	<b>56</b>
<b>Quadro 31 – Pontos de Atenção que realizam Triagem neonatal, RRAS9, 2013.....</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 32 –Leitos de Longa Permanência, segundo Região de Saúde, RRAS 9, 2013. ....</b>	<b>60</b>
<b>Quadro 33 – Serviços da Atenção Especializada após implantação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência, RRAS9, maio 2014 .....</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 34 – Demonstrativo recursos financeiros para implantação da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência e cronograma de execução, por Região de Saúde e serviços, RRAS9, maio 2014. ....</b>	<b>64</b>
<b>Quadro 35 – Consolidado do incentivo financeiro da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência, por região de saúde, RRAS9, maio 2014. ....</b>	<b>66</b>



## 1. Apresentação:

O Pacto pela Saúde/2006 trouxe à tona a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

O conceito de regionalização foi reforçado pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que define Região de Saúde como espaço geográfico contínuo por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O referido Decreto ainda prevê que as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e em seu Artigo 7º estabelece que as Redes de Atenção à Saúde estejam compreendidas no âmbito de uma Região, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Neste sentido a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS orientadas a partir da atenção básica é uma importante estratégia para o aperfeiçoamento do funcionamento das Regiões de Saúde já implantadas no Estado de São Paulo, pois tem o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo o acesso, integralidade e a qualidade da atenção ofertada num determinado território.

No Estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, dentre elas a RRAS 09. A RRAS 09 é composta por 68 municípios da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde – DRS VI Bauru, totalizando uma população de 1.648.320 habitantes.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por



meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Mendes, 2011).

A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (Mendes, 2011).

Embora o conceito de Rede venha sendo largamente utilizado na organização dos sistemas de saúde, ainda se detecta um predomínio da utilização do conceito de Redes de Serviços de Saúde agrupados por níveis hierárquicos segundo a densidade tecnológica dos procedimentos neles desenvolvidos. É assim que se conformam os níveis primários, secundários e terciários de um sistema de saúde.

Considerando a publicação da Portaria GM/MS 793/2012, 24 de abril de 2012, a qual Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para efeito de operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes a esta Rede foi constituído Grupo Condutor Regional do DRS VI, publicado de acordo com Portaria do Diretor, de 16/07/2013 e republicada em 03/02/2014, tendo como representantes:

MEMBROS	INSTITUIÇÃO
Cássia Ap. Rocha Grando de Moraes	Diretora Técnica de Serviços II -DRS VI – CPA
Maria Angela Gori Lima	Diretora Técnica de Serviços I - DRS VI – NORS
Fabiola Leão Soares Yamamoto	Diretora Técnica de Serviços I - DRS VI – NAMR
Regina Márcia M.B.Paula Meira	Articuladora At. Básica - DRS VI
Fátima Maria Padovani	Articuladora At. Básica - DRS VI
Maria Lígia Gerdullo Pin	Representante CIR/CGR BAURU
Jamile Gabriela B. Basseto	Representante CIR/CGR PÓLO CUESTA
Monica Mamede Kestener	Representante CIR/CGR VALE DO JURUMIRIM
Paula Vanessa R. F. Gusman	Representante CIR/CGR JAU
Gilhard Henrique Bortoli	Representante CIR/CGR LINS

Fonte: Portaria da Diretora Técnica de Saúde III, de 03-02-2014



A constituição deste grupo tem por finalidade a estruturação de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua através do Plano de Ação voltado a essa população.

## **2. Introdução:**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, apoiada na Portaria GM/MS 793/2012, busca qualificar a atenção à saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O contínuo processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS, desde sua criação em 1988, caracteriza-se no momento atual, pelo pacto entre os três entes federativos definindo a política de redes regionalizadas como diretriz de organização e garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Os serviços de atenção à população com deficiência no Estado de São Paulo são distribuídos, na sua maioria, de modo irregular e fragmentados, quase sempre à margem dos demais serviços assistenciais e desarticulados entre si, caracterizando isolamento desfavorável para a garantia da universalidade, equidade e integralidade de acesso e assistência e baixa eficiência na produção de resultados. (Brasil, 2011.)

Neste cenário torna-se imperativo, a construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, planejada e articulada, com agregação de novos serviços, financiamento adequado, integração ao conjunto mais abrangente da assistência em saúde e aos demais setores responsáveis por políticas públicas que tenham como objetivo atender a pessoa com deficiência.

### **2.1. Diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:





I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;

II - promoção da equidade;

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

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

X - promoção de estratégias de educação permanente;

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

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

## **2.2. Objetivos Gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:**

São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

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

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



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

### **2.3. Objetivos específicos da rede de cuidados à pessoa com deficiência:**

São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

### **3. Conceitos:**

Para melhor compreensão do processo de construção e estabelecimento do Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa Deficiente, faz se necessário a compreensão de alguns conceitos básicos, que encontram se descritos a seguir:

**Rede de Atenção à Saúde:** "...arranjos organizativos de ações e serviços de



saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (Portaria GM/MS 4279, 30 de dezembro 2010).

**Pessoa com Deficiência:** São consideradas pessoas com deficiência aquelas com incapacidade ou redução da funcionalidade temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (Brasil, 2011), que, em interação com diversas barreiras, têm obstruída sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Brasil, 2011).

**Deficiência Física:** É uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Brasil, 2004).

**Deficiência Intelectual:** É o 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 (Brasil, 2004).

**Deficiência Auditiva:** Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz (Brasil, 2004);



**Deficiência Visual:** Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica (Brasil, 2004).

**Deficiência Múltipla:** Associação de duas ou mais deficiências; e

**Pessoa com Mobilidade Reduzida:** Aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência e tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

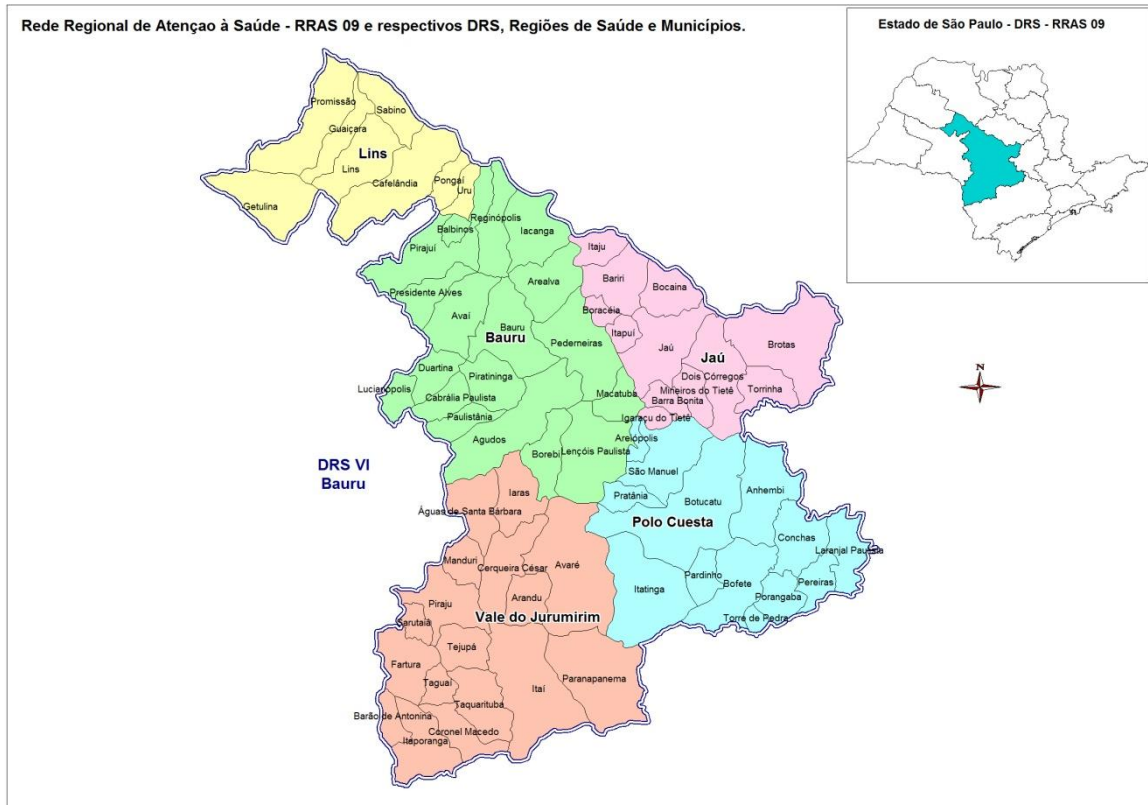
**Pontos de Atenção à Saúde:** “...espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.” (Portaria 4279, dezembro 2010). São exemplos de pontos de atenção à saúde: domicílios, unidades básicas de saúde, unidades especializadas, CAPS, entre outros. Um hospital pode abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório, o pronto socorro, o centro cirúrgico, etc.

**Centro Especializado em Reabilitação:** Serviço de saúde com estrutura e pessoal qualificado para a assistência à pessoa com deficiência, podendo oferecer cuidados para um ou mais tipos de deficiência (CER II, III e IV) de acordo com a normatização estabelecida na Portaria 793, de abril de 2012.

#### 4. Caracterização da Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 9:

##### 4.1. Condições Geográficas:

**Figura 1 – Mapa Físico da Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 9, 2011.**



Fonte: CPS\SES\SP, 2011

Foram pactuadas no Estado de São Paulo 17 RRAS e a RRAS 9 está constituída pela área abrangente do DRS VI Bauru, localizada no Centro Oeste do estado, com 68 municípios, cuja população total é de 1.624.623 habitantes (Censo IBGE 2010) e formada por 5 Regiões de Saúde:

1. Região de Saúde de Bauru
2. Região de Saúde de Jaú
3. Região de Saúde de Lins
4. Região de Saúde de Pólo Cuesta
5. Região de Saúde Vale do Jurumirim



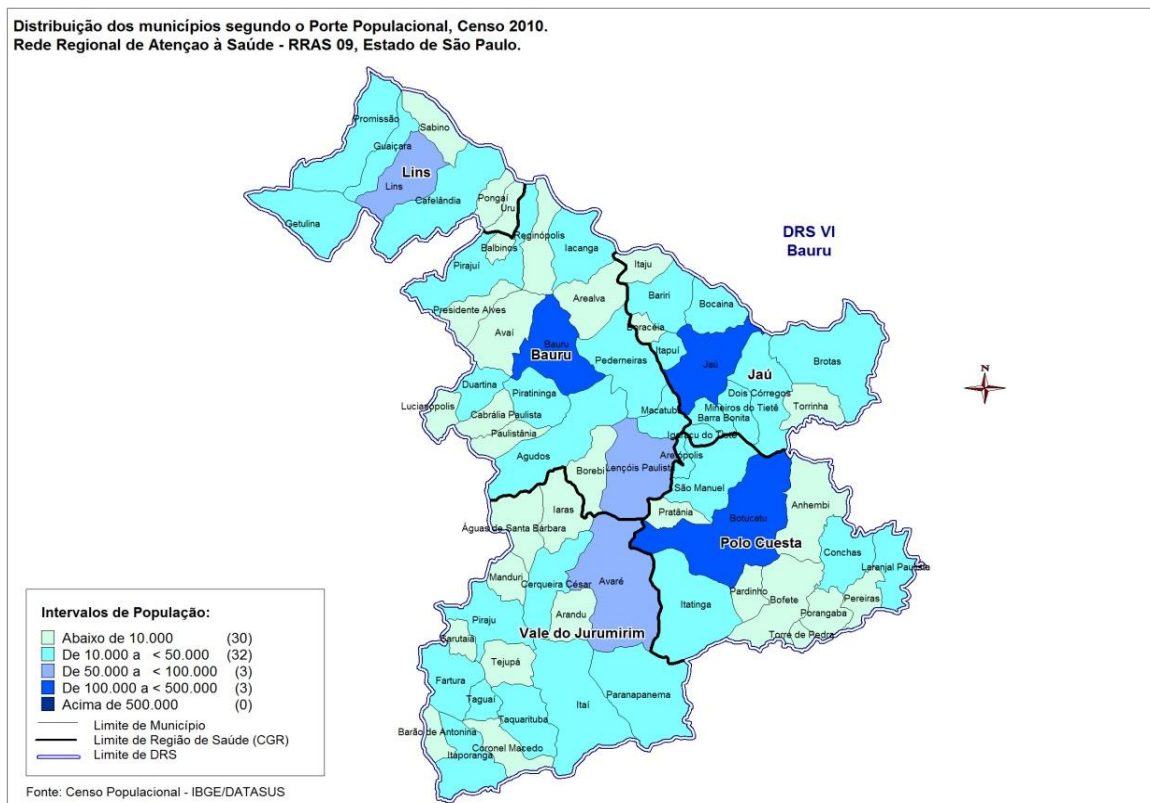
#### 4.2. Características Demográficas:

**Quadro 1 - Número de municípios segundo Região de Saúde e faixa populacional residente, RRAS 9, 2010.**

Região de Saúde	Faixa Populacional			
	< 10 mil	10 a 49 mil	50 a 99 mil	>100 mil a 499 mil
Bauru	9	7	1	1
Jaú	3	8	-	1
Lins	3	4	1	-
PóloCuesta	7	5	-	1
Vale do Jurumirim	8	8	1	-
<b>RRAS 9</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Fonte: Censo IBGE – 2010

**Figura 2 – RRAS 9 segundo distribuição dos municípios por faixas populacionais, 2010.**



Fonte: Censo Populacional – IBGE/DATASUS

Na distribuição populacional da RRAS 9, temos 44,1% com população menor de 10.000 habitantes, 47,1% entre 10.000 a 49.000 habitantes, 4,4% entre 50.000 a 99.000 habitantes e 4,4% maiores de 100.000 habitantes.

Bauru é o município mais populoso com 343.937 habitantes e Uru o menos populoso com 1.251 habitantes.



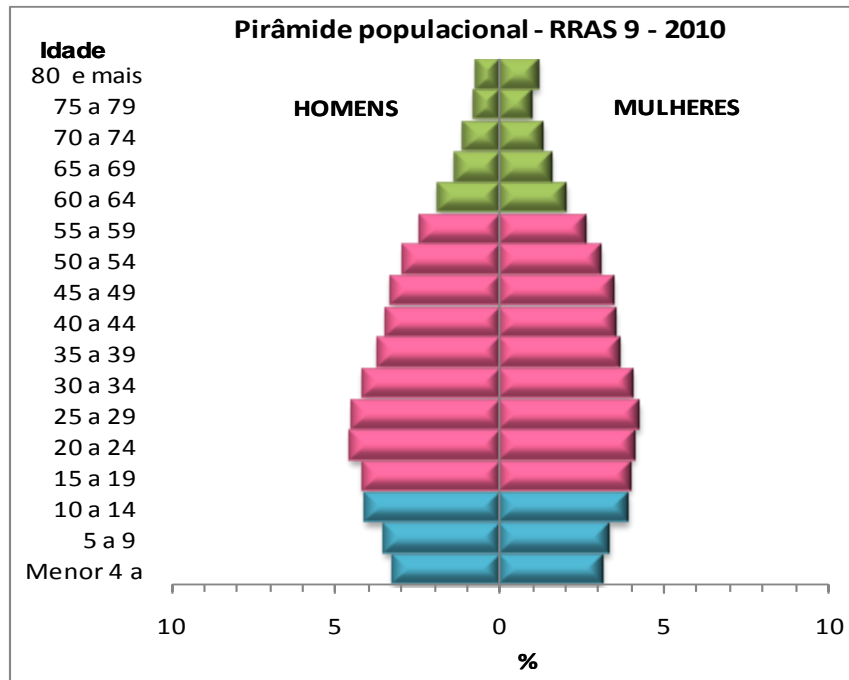
Nos municípios mais populosos da RRAS 9 têm instalados serviços de maior infraestrutura e benefícios sociais, nas áreas de indústria, comércio, educação, prestação de serviços de terceiros e maior urbanização, bem como, onde estão localizados os serviços de saúde de média e alta complexidade de referência.

**Quadro 2 - Distribuição populacional segundo faixa etária e sexo, RRAS 9, 2010.**

Faixa Etária (anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Menor 4	52.641	50.609	103.250
5 a 9	56.707	54.348	111.055
10 a 14	65.866	63.393	129.259
15 a 19	67.695	64.472	132.167
20 a 24	73.808	66.823	140.631
25 a 29	72.843	69.430	142.273
30 a 34	67.627	65.852	133.479
35 a 39	59.824	59.962	119.786
40 a 44	56.025	57.243	113.268
45 a 49	53.505	55.866	109.371
50 a 54	47.556	50.327	97.883
55 a 59	39.219	42.227	81.446
60 a 64	30.397	33.511	63.908
65 a 69	22.284	25.822	48.106
70 a 74	17.297	21.552	38.849
75 a 79	12.276	16.522	28.798
80e mais	11.899	19.195	31.094
<b>RRAS 9</b>	<b>807.469</b>	<b>817.154</b>	<b>1.624.623</b>

Fonte: Censo IBGE - 2010

**Figura 3 - Pirâmide Populacional, RRAS 9, 2010.**



Fonte: Censo IBGE - 2010

A população da RRAS 9 é composta na sua maioria por pessoas do sexo feminino, sendo para o ano de 2010 a proporção de 98,8 homens para cada 100 mulheres.

A pirâmide populacional possui base estreita, alargando-se para o centro e diminuindo de forma gradativa, com maior concentração populacional na faixa etária de 10 a 34 anos, sem diferença expressiva entre sexo masculino e feminino, havendo uma diminuição do sexo masculino a partir dos 55 anos.

A redução progressiva nas taxas de natalidade e mortalidade com consequente aumento na expectativa de vida são diretamente responsáveis pela transição demográfica observada na população da RRAS 9, seguindo padrão populacional do Estado de São Paulo.



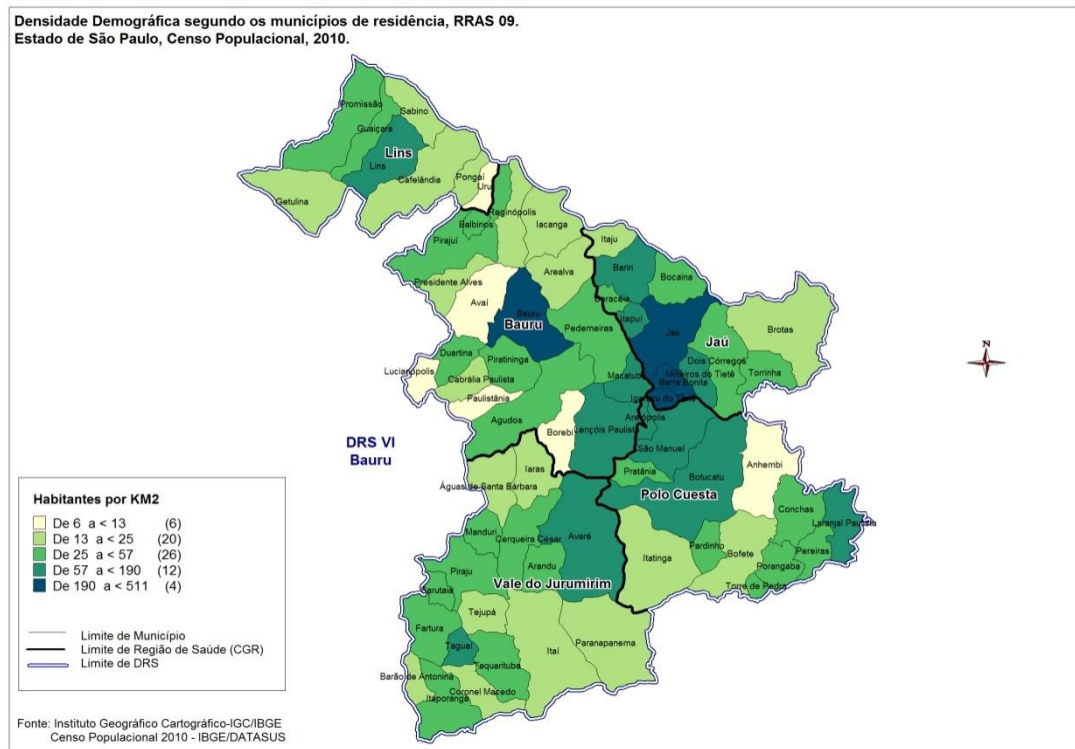


**Quadro 3 – Densidade Demográfica (hab./km<sup>2</sup>) segundo Região de Saúde, RRAS 9, 2000 e 2010.**

Região de Saúde	Área Km <sup>2</sup>	Censo 2000		Censo 2010	
		População	Densidade Demográfica	População	Densidade Demográfica
Bauru	8.300	540.126	65,08	593.319	71,48
Jaú	4.385	286.274	65,28	319.496	72,86
Lins	3.826	142.479	37,24	155.097	40,54
Pólo Cuesta	6.394	243.237	38,04	279.326	43,69
Vale do Jurumirim	8.126	254.948	31,37	277.385	34,14
<b>RRAS 9</b>	<b>31.031</b>	<b>1.467.064</b>	<b>47,28</b>	<b>1.624.623</b>	<b>52,35</b>

Fonte: Censo Populacional - 2000 e 2010 - IBGE/DATASUS - Março/2012

**Figura 4 – Densidade Populacional (hab./km<sup>2</sup>) segundo divisão por município, RRAS 9, 2010.**



Fonte: Instituto Geográfico Cartográfico – IGC/IBGE  
Censo populacional 2010 – IBGE/DATASUS

A densidade demográfica da RRAS 9 é de 52,35 hab./Km<sup>2</sup>. No período de 2000 a 2010, a população cresceu de 1.467.064 habitantes para 1.624.623 habitantes. A população da RRAS 9 concentra-se nas Regiões de Saúde de Bauru e Jaú coincidindo com os caminhos do desenvolvimento econômico.



#### 4.3. Indicadores sociais e condições de vida

**Quadro 4 – Número de municípios segundo classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS nos grupos 4 e 5 e Região de Saúde , RRAS 9, Estado de São Paulo, 2010.**

<b>Região de Saúde</b>	<b>IPRS 4</b>	<b>IPRS 5</b>
Bauru	6	3
Jaú	6	0
Lins	3	2
Pólo Cuesta	7	2
Vale do Jurumirim	8	2
<b>RRAS 9</b>	<b>30</b>	<b>9</b>
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>199</b>	<b>98</b>

Fonte: Fundação SEADE/SP – IPRS de 2012 (base 2010)

Quanto ao Índice Paulista de Responsabilidade Social, o grupo 4 apresenta 44,11% dos municípios da RRAS 9 acima do Estado que apresenta 30,85% e o grupo 5, 13,23%, abaixo do Estado que apresenta 15,19% em 2010.

A Região de Saúde de Bauru possui os melhores indicadores de dimensões do IPRS (50%) e a Região de Saúde de Lins, apresenta baixos indicadores, com 62,5% de seus municípios com 4 e 5, demonstrando na RRAS a heterogeneidade quanto ao desenvolvimento social.

Os municípios melhores classificados possuem características comuns, sendo: maior organização social, infraestrutura econômica e atividades com potenciais mais elevados, e os demais se destacam por terem uma população inferior a 15 mil habitantes, desprovidos de mínima infraestrutura socioeconômica, dificultando o crescimento e desenvolvimento.



**Quadro 5 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo Região de Saúde e Municípios, Estado de São Paulo, 2010**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>IDH</b>
Bauru	Agudos	0,786
	Arealva	0,790
	Avai	0,748
	Balbinos	0,761
	Bauru	0,825
	Borebi	0,746
	Cabralia paulista	0,743
	Duartina	0,775
	Iacanga	0,779
	Lençóis paulista	0,813
	Lucianópolis	0,754
	Macatuba	0,777
	Paulistânia	0,774
	Pederneiras	0,780
	Pirajuí	0,779
	Piratininga	0,797
	Pres. Alves	0,763
Reginópolis	0,763	
Jaú	Bariri	0,802
	Barra bonita	0,820
	Bocaina	0,807
	Boracéia	0,783
	Brotas	0,817
	Dois córregos	0,786
	Igaraçu do Tietê	0,770
	Itajú	0,807
	Itapuí	0,774
	Jaú	0,819
	Mineiros do Tietê	0,788
	Torrinha	0,810
Lins	Cafelândia	0,788
	Getulina	0,770
	Guaíçara	0,778
	Lins	0,827
	Pongaí	0,794
	Promissão	0,817
	Sabino	0,792
	Uru	0,739
Pólo Cuesta	Anhembi	0,768
	Areiópolis	0,745
	Bofete	0,791
	Botucatu	0,822



Região de Saúde	Município	IDH
	Conchas	0,796
	Itatinga	0,759
	Laranjal paulista	0,799
	Pardinho	0,788
	Pereiras	0,777
	Porangaba	0,768
	Pratânia	0,745
	São Manuel	0,809
	Torre de pedra	0,777
Vale do Jurumirim	Águas Santa Barbara	0,824
	Arandu	0,731
	Avaré	0,806
	Barão de antonina	0,706
	Cerqueira César	0,764
	Coronel Macedo	0,711
	Fartura	0,772
	Iaras	0,742
	Itaí	0,728
	Itaporanga	0,709
	Manduri	0,772
	Paranapanema	0,775
	Piraju	0,791
	Sarutaiá	0,719
	Taguaí	0,768
Taquarituba	0,741	
Tejupá	0,704	
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>0,814</b>	

Fonte: IBGE Censo 2010

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, os valores distribuem-se em 3 categorias:

- a. Baixo desenvolvimento humano, quando o IDH for menor que 0,500;
- b. Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800;
- c. Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

Comparado ao Estado/Brasil há índices inferiores. Dos 68 municípios, 13 se classificam como elevado, cujo maior indicador ficou com o município de Lins 0,827. O restante dos municípios têm índice superior a 0,700.



#### 4.4. Aspectos Econômicos:

**Quadro 6 - Produto Interno Bruto - PIB per capita em reais correntes segundo Região de Saúde, RRAS 9, Estado de São Paulo, 2009.**

Região de Saúde	PIB
Bauru	19.466,76
Jaú	13.848,30
Lins	20.387,51
Pólo Cuesta	16.161,97
Vale do Jurumirim	12.180,75
<b>RRAS 9</b>	<b>16.661,14</b>
<b>Estado São Paulo</b>	<b>26.202,22</b>

Fonte:SEADE e IBGE (cálculo com base na estimativa populacional para o TCU/IBGE)

O Produto Interno Bruto – PIB per capita da RRAS 9 é de 16.661,14, destacando-se a Região de Saúde de Lins que detêm o maior PIB da RRAS 9, em razão da maior participação do valor adicionado da indústria, seguido da Região de Saúde de Bauru, em razão das atividades associadas aos serviços e logística.

A maioria dos municípios depende de transferências do Estado e da União por suas características econômicas. Há predominância da agropecuária, reflorestamento, comércio e prestação de serviços. As Regiões de Saúde que apresentam melhores indicadores são aquelas onde a industrialização e comercialização influencia na geração de riquezas.

**Quadro 7 - Percentual aplicado em saúde do orçamento próprio municipal segundo Região de Bauru, RRAS 9, 2011.**

Região de Saúde	Receita de Impostos e Transferência Constitucionais	Demonstrativo da Receita de Recursos Próprios	Participação em Saúde (%)
Bauru	826.487.530,49	194.874.313,35	23,58
Jaú	401.331.884,10	97.142.956,03	24,21
Lins	226.709.310,64	43.344.336,17	19,12
Pólo Cuesta	388.859.182,18	93.261.936,82	23,98
Vale Jurumirim	294.521.259,93	71.264.366,33	24,20
<b>RRAS 9</b>	<b>2.137.909.167,34</b>	<b>499.887.908,70</b>	<b>23,38</b>

Fonte: Prefeituras Municipais - Tabulação elaborada em 30/maio/2012 - DATASUS/SIOPS



As Regiões de Saúde de maneira geral apresentaram percentual maior ou igual a 19,12%, acima do preconizado pela Emenda Constitucional 29/2000 que indica o compromisso do município no gasto com ações e serviços de no mínimo 15% de suas Receitas de Impostos e Transferência Constitucionais.

Alguns municípios alimentaram o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS tardiamente, Cabrália Paulista (29,80%), Igarapu do Tiete (22,40%), Avaré (23,80%) e Sarutaiá (20,90%).

#### 4.5. Perfil de Morbimortalidade.

#### Quadro 8-Número de Óbitos e principais causas de mortalidade segundo os Capítulos do CID 10, RRAS 9, 2010.

Causas de Mortalidade	Nº de óbitos	Taxa de Mortalidade*
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.481	214,27
II. Neoplasias (tumores)	1.937	119,23
X. Doenças do aparelho respiratório	1.359	83,65
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames de laboratório	1.077	66,29
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	992	61,06
XI. Doenças do aparelho digestivo	691	42,53
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	657	40,44
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	487	29,98
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	350	21,54
VI. Doenças do sistema nervoso	326	20,07
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	155	9,54
V. Transtornos mentais e comportamentais	109	6,71
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	88	5,42
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos hemostáticos	52	3,20
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecidos conjuntivos	36	2,22
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	34	2,09
XV. Gravidez, parto e puerpério	7	0,43
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,06

Nota: População RRAS 9- 1.624.623 hab.

Fonte: Base unificada de óbitos SES/SEADE/SP e População IBGE/DATASUS/Censo - 2010

Nota: \* Taxa de mortalidade por 100.000 hab.

A maior causa de óbitos, no ano de 2010, na RRAS 9 foi relacionada ao aparelho circulatório que significou 29,40% de todos os óbitos, e dentre estas as coronariopatias e patologias cerebrovasculares foram as mais frequentes.

Semelhante a países desenvolvidos, as neoplasias são a segunda causa de mortalidade na população, seguida por patologias respiratórias em terceiro lugar.



Os óbitos por causas mal definidas ocupam o quarto lugar na classificação, indicando deficiência no preenchimento da Declaração de Óbito.

As mortes em consequência de lesões por acidentes automobilísticos, acidentes do trabalho, homicídios e suicídios significaram a quinta causa mais freqüente, reflexo das condições do modo de vida atual, com altos níveis de stress no trabalho, no trânsito e nas relações interpessoais e intrafamiliares.

A longevidade e o estilo de vida com hábitos nocivos são fatores que explicam a alta mortalidade observada na região e no estado.

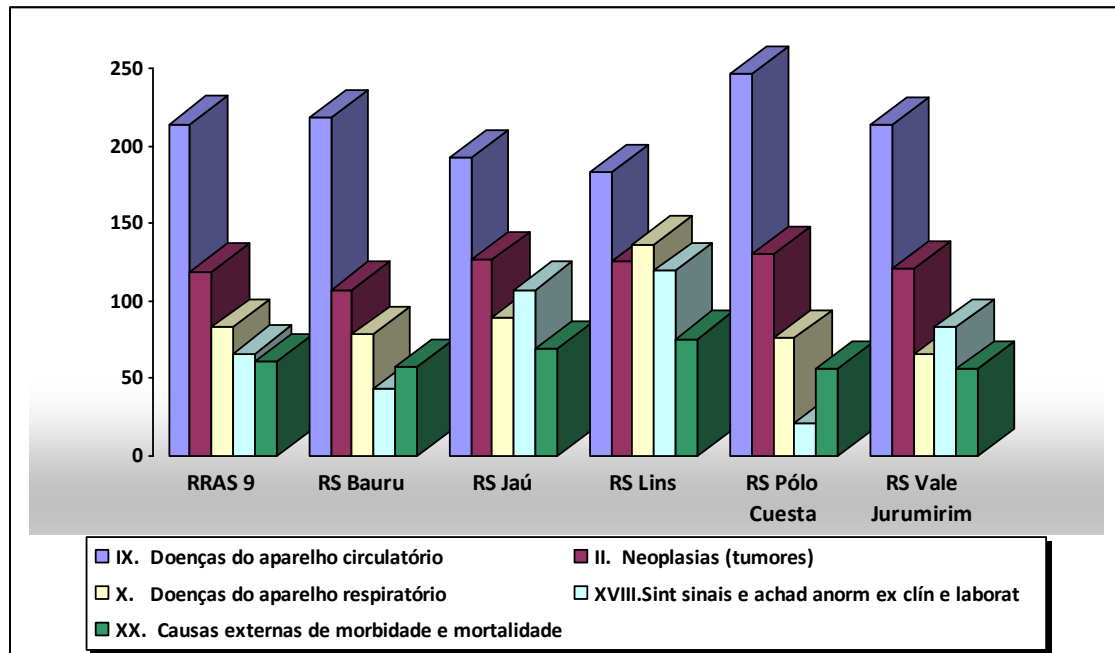
A prioridade no desenvolvimento de programas e projetos para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pode contribuir para a mudança deste panorama.

#### **Quadro 9 – Taxas das principais causas de mortalidade conforme Capítulo - CID 10 segundo Região de Saúde da RRAS 9, 2010.**

<b>Região de Saúde</b>	<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	<b>XVIII. Sintomas e achados normais e laboratoriais</b>	<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>
Bauru	218,77	107,36	78,37	43,48	57,30
Jaú	192,80	127,08	89,83	107,36	69,48
Lins	183,11	125,73	136,69	119,92	75,44
Pólo Cuesta	246,67	130,31	76,25	21,48	56,56
Vale Jurumirim	214,14	120,77	65,61	83,28	55,88
RRAS 9	214,27	119,23	83,65	66,29	61,06

Fonte: Base unificada de óbitos SES/SEADE/SP e População IBGE/DATASUS/Censo

**Figura 5-Taxas das principais causas de mortalidade conforme Capítulo CID10 segundo Regiões de Saúde da RRAS 9, 2010**



Fonte: Base unificada de óbitos SES/SEADE/SP e População IBGE/DATASUS/Censo

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbito nas cinco regiões de saúde, este indicador de mortalidade infere as complicações decorrentes de Hipertensão Arterial.

Das 10 principais patologias, 4 estão no Capítulo IX do CID 10, apesar das variações da posição destas doenças em cada região, elas são comuns e de grande impacto nos indicadores de morbimortalidade.

Os tumores constituem a segunda causa em 4 regiões de saúde, mas em Lins é superada por patologias respiratórias, cuja taxa 136,69 é superior à da RRAS 9.

As Regiões de Saúde de Lins e Jaú tem relevância as causas mal definidas e as externas, enquanto no Vale do Jurumirim, é a quarta causa superando as patologias respiratórias. As Regiões de Saúde de Botucatu e Bauru têm os menores índices de causas mal definidas, evidenciando um avanço na qualidade da classificação das causas de óbito.

As complicações por Pneumonia e doenças crônicas de vias aéreas inferiores constituem causas importantes em todas as regiões. O advento da vacina anti-pneumocócica e da Influenza para faixas etárias específicas e vulneráveis, que foram





priorizadas para interferir neste indicador, mas com a baixa cobertura não houve o impacto esperado.

As complicações decorrentes do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial são os programas de maior investimento na Atenção Básica.

Mesmo com os programas de prevenção existentes para Câncer de Colo Uterino, de Mama e de Boca, ocorreram 403 óbitos por neoplasias na RRAS 9.

As complicações por Acidentes de Transporte estão presentes em 3 das 5 regiões de saúde e totalizaram 366 óbitos, sendo que em 2010, foi a 11<sup>a</sup> causa de mortalidade na RRAS 9.

#### **Quadro 10–As vinte principais causas específicas de mortalidade segundo agrupamento CID–BR-10, sexo, RRAS 9, 2010.**

<b>Causa - CID-BR-10</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
. 068 Doenças isquêmicas do coração	677	391	-	1068
. 070 Doenças cerebrovasculares	530	501	1	1032
. 074 Pneumonia	434	396	-	830
. 069 Outras doenças cardíacas	373	426	-	799
. 103 Rest sint, sin e ach anormclín e laborat	422	317	-	739
. 055 Diabetes Mellitus	211	276	-	487
. 076 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	259	162	-	421
. 052 Restante de neoplasias malignas	216	187	-	403
. 067 Doenças hipertensivas	189	205	-	394
. 102 Morte sem assistência médica	232	147	-	379
. 104 Acidentes de transporte	311	55	-	366
. 080 Doenças do fígado	224	67	-	291
. 082 Rest doenças do aparelho digestivo	140	150	-	290
. 039 Neoplmalig da traquéia,brônquios e pulmões	141	83	-	224
. 007-015 Outras doenças bacterianas	122	89	-	211
. 077 Restantedoenças do aparelho respiratório	94	99	-	193
. 072 Rest doenças do aparelho circulatório	94	79	-	173
. 110 Agressões	143	24	-	167
. 061 Doença de Alzheimer	59	102	-	161
. 035 Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	90	69	-	159

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

É notória a predominância de morte masculina na maioria das causas específicas apresentadas com destaque nas mortes relacionadas às causas externas e doenças do aparelho digestivo.

Salientando que os códigos 102 e 103 aparecem entre as principais causas de óbito da RRAS 9 e que nas Regiões de Saúde de Bauru e Pólo Cuesta onde estão instalados serviços de saúde mais equipados, Serviço de Verificação de Óbito – SVO há melhor qualificação na Declaração de Óbito.



**Quadro 11 - Taxa de internação das dez principais causas por Capítulos do CID - 10, segundo RRAS 9, 2011.**

Causa de internação - Capítulo CID10	Nº internações *	Taxa de Internação população total**	Taxa de Internação população SUS dependente**
XV. Gravidez parto e puerpério	18.468	113,68	151,22
X. Doenças do aparelho respiratório	15.525	95,56	127,12
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.289	81,8	108,81
XI. Doenças do aparelho digestivo	11.356	69,9	92,99
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10.973	67,54	89,85
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	9.807	60,36	80,30
II. Neoplasias (tumores)	8.444	51,98	69,14
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.082	37,44	49,80
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.389	20,86	27,75
V. Transtornos mentais e comportamentais	3.285	20,22	26,90

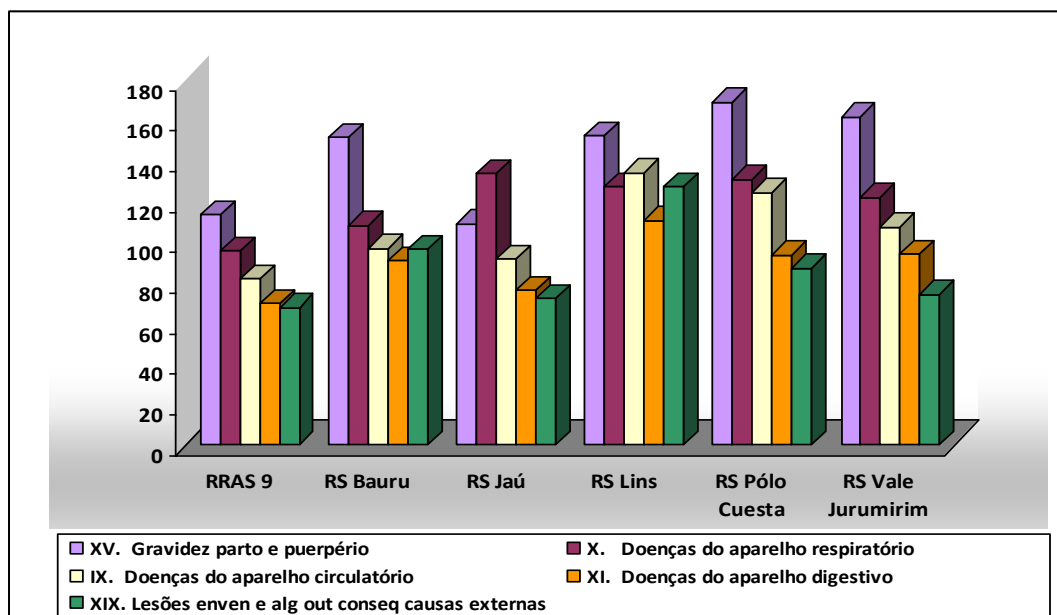
Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo

Nota: (\*) AIH Tipo I (Normal), (\*\*) Por 10 mil habitantes

População IBGE 2010: 1.624.623

População SUS dependente: 1.233.353

**Figura 6 -Taxa de internação das dez principais causas por Capítulos do CID - 10, segundo RRAS 9, 2011.**



Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo

As internações por parto são as causas mais frequentes e esperadas na RRAS 9, exceto na Região de Saúde de Jaú cuja primeira causa em 2011 foi por problemas respiratórios. A segunda causa da RRAS 9 corresponde às internações por patologias respiratórias seguidas das circulatórias, exceto na Região de Saúde de Lins onde estas posições são invertidas.



As patologias por problemas digestivos são a 4ª causa, logo acompanhadas por causas externas, entre as quais, os acidentes automobilísticos se revestem de grande importância devido à frequência, duração das internações, alta mortalidade e morbidade em decorrência de sequelas.

Na Região de Saúde de Bauru as lesões provocadas por causas externas superam as patologias do aparelho digestivo e ocupam a 3ª posição nas internações em 2011, fenômeno semelhante é observado na Região de Saúde de Lins.

**Quadro 12–As vinte principais causas específicas de internação por agrupamento CID-BR-10, segundo sexo, RRAS 9, 2011.**

Diagnóstico CID10 – Categoria	Masculino	Feminino	Total
O80Parto único espontâneo	0	6782	6782
J18 Pneumonia p/microorg NE	3474	2993	6467
O82Parto único p/cesariana	0	3472	3472
I50Insuficiência cardíaca	1429	1463	2892
F20Esquizofrenia	1747	974	2721
N39Outros transtornos do trato urinário	651	1525	2176
J15Pneumonia bacteriana NCOP	876	785	1661
S52Fratura do antebraço	992	496	1488
I20Angina pectoris	814	662	1476
J45Asma	794	607	1401
O68Trab parto e parto complic sofrimento fetal	0	1337	1337
K40Hérnia inguinal	1028	176	1204
S72Fratura do fêmur	569	616	1185
A09Diarréia e gastroenterite originfeccpresum	577	555	1132
S82Fratura da perna inclusive tornozelo	758	358	1116
J44Outrodoenc pulmonares obstrutivas crônicas	557	534	1091
I10Hipertensão essencial	460	624	1084
K81Colecistite	299	770	1069
I64Acidvasccerebr NE como hemorragisquemico	522	521	1043
K92Outras doenças do aparelho digestivo	666	370	1036

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS - Base atualizada até 12/07/2012.

A análise das 5 patologias específicas mais comuns observadas na RRAS 9 e por Regiões de Saúde, confirma o quadro anterior quanto às internações agrupadas por Capítulos: partos e doenças respiratórias (Pneumonias, Asma), seguidas de doenças do aparelho circulatório (Insuficiência Cardíaca, Angina pectoris).

Observa-se a presença comum de problemas urinários (Transtornos do trato urinário) e Causas externas (Fratura do antebraço).

A Esquizofrenia como 5ª causa mais frequente de internações não consta na classificação por Capítulos, mas está entre a 4ª a 6ª maior causa de internação.



Ao analisar a frequência masculina nas internações, elas predominam nas doenças mentais (Esquizofrenia), nas fraturas de membros (antebraço e pernas), doenças do aparelho digestivo e hérnia inguinal, exceto a Região de Saúde do Vale do Juruimir que predomina a pneumonia.

## 5. Indicadores da Pessoa com Deficiência na RRAS 9:

### 5.1. Distribuição da população da RRAS 9 por deficiência.

No Brasil, o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 2010, pesquisou a existência dos tipos de deficiência permanente: visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade, e, também, mental ou intelectual.

**Quadro 13 – Tipos de deficiência, segundo grau de severidade, Manual do CENSO IBGE, 2010.**

Tipo de deficiência	Grau de severidade
<b>Deficiência visual</b>	Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los), de acordo com a seguinte classificação: <ul style="list-style-type: none"><li>• Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar;</li><li>• Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato;</li><li>• Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; ou</li><li>• Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato.</li></ul>
<b>Deficiência auditiva</b>	Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação: <ul style="list-style-type: none"><li>• Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir;</li><li>• Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo;</li><li>• Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; ou</li><li>• Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo.</li></ul>



<b>Deficiência motora</b>	<p>Foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa;</li><li>• Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar;</li><li>• Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; ou</li><li>• Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar</li></ul>
<b>Deficiência mental ou intelectual</b>	<p>Foi pesquisado se a pessoa tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc.</p> <p>A deficiência mental é o retardo no desenvolvimento intelectual e é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar etc. Em geral, a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos de idade. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose.</p>

Fonte: Censo Demográfico 2010. IBGE. ISSN 0104-3145. Pag. 27 - 28.

**Quadro 14–População com deficiência, segundo tipos de deficiência da RRAS 9, IBGE2010.**

Região de Saúde	Tipo de Deficiência	Não consegue	Grande Dificuldade	Soma não consegue e grande dificuldade	Alguma Dificuldade	Total
BAURU	Visual	1 861	14 444	16305	74 111	90 416
	Auditiva	1 213	5 646	6859	21 412	28 271
	Física\Motora	2 753	11 783	14536	24 290	38 826
	Intelectual					2 730
JAU	Visual	1 091	8 941	10032	42 635	52 667
	Auditiva	842	2 720	3562	10 848	14 410
	Física\Motora	1 581	6 437	8018	13 729	21 747
	Intelectual					3 742
LINS	Visual	410	3 791	4201	19 271	23 472
	Auditiva	248	1 553	1801	5 388	7 189
	Física\Motora	616	3 015	3631	7 049	10 680
	Intelectual					2 274



POLO CUESTA	Visual	674	6 810	7484	35 152	42 636
	Auditiva	443	2 591	3034	9 587	12 621
	Física\Motora	1 248	5 762	7010	12 159	19 169
	Intelectual					3 334
VALE DO JURUMIRIM	Visual	739	8 828	9567	39 357	48 924
	Auditiva	502	2 672	3174	9 802	12 976
	Física\Motora	1 214	6 914	8128	13 328	21 456
	Intelectual					4 076
TOTAL RRAS9	<b>Visual</b>	<b>4 775</b>	<b>42 814</b>	<b>47589</b>	<b>210 526</b>	<b>258 115</b>
	<b>Auditiva</b>	<b>3 248</b>	<b>15 182</b>	<b>18430</b>	<b>57 037</b>	<b>75 467</b>
	<b>Física\Motora</b>	<b>7 412</b>	<b>33 911</b>	<b>41323</b>	<b>70 555</b>	<b>111 878</b>
	<b>Intelectual</b>					<b>16 156</b>

Fonte: Censo IBGE, 2010

Na RRAS 9 as pessoas com algum tipo de deficiência correspondem a 28,41% do total da população sendo:

✓ Deficiência visual corresponde a 15,89% da população geral, porém indivíduos com deficiência visual que “não conseguem de forma alguma” e “com grande dificuldade” corresponde a 2,92% da população, e que referiram “com alguma dificuldade visual” corresponde a 12,97% da população geral e 81,56% do total de deficientes visuais.

✓ A deficiência Auditiva com perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz corresponde a 4,64% da população geral.

✓ A deficiência física/motora corresponde a 6,88% da população geral.

✓ A deficiência intelectual corresponde a 0,99% da população geral.

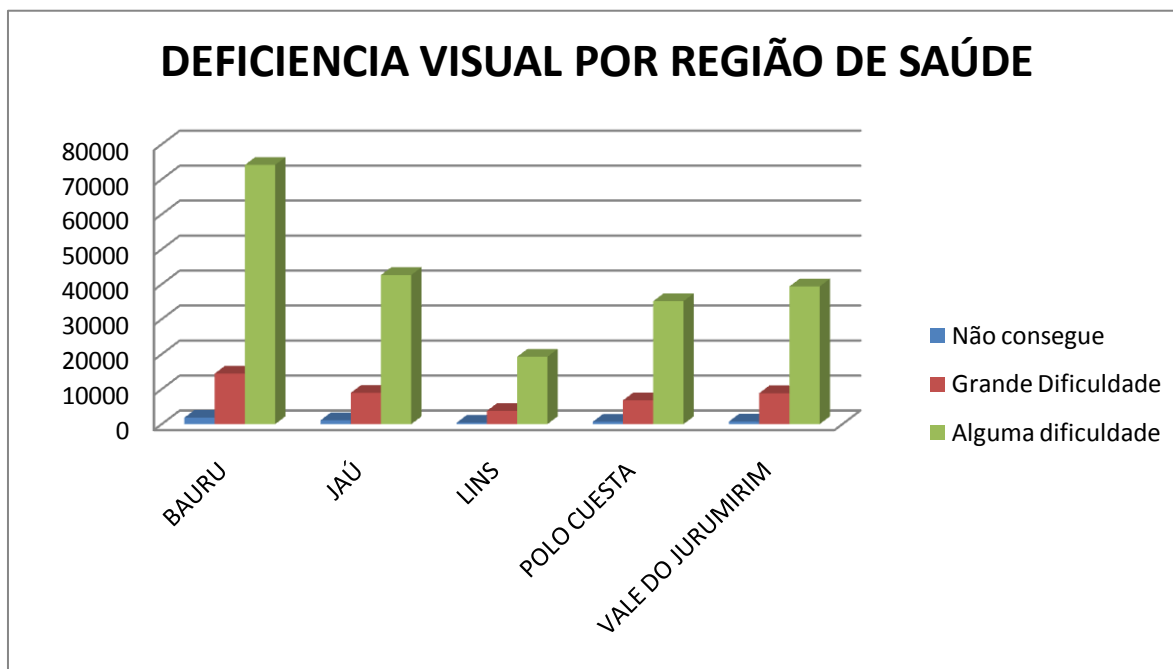
#### Quadro 15–População com deficiência Visual, segundo RRAS 09, IBGE 2010.

Região de Saúde	Não consegue	Grande Dificuldade	Não consegue	Total
Bauru	1 861	14 444	16305	90 416
Jaú	1 091	8 941	10032	52 667
Lins	410	3 791	4201	23 472
Pólo Cuesta	674	6 810	7484	42 636
Vale do Jurumirim	739	8 828	9567	48 924

Fonte: Censo IBGE, 2010



Figura 7 – Deficiência Visual por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010.



Fonte: Censo IBGE, 2010

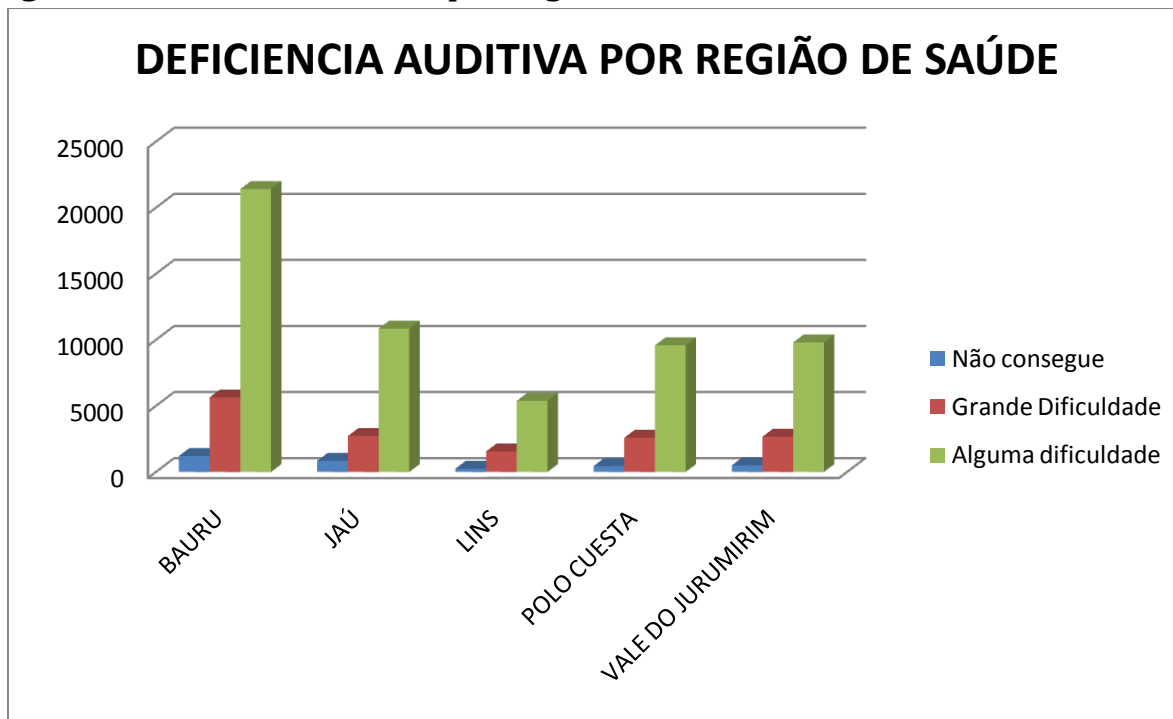
Quadro 16–População com deficiência Auditiva, segundo RRAS 09, IBGE 2010.

Região de Saúde	Não consegue	Grande Dificuldade	Alguma dificuldade
Bauru	1213	5646	21412
Jaú	842	2720	10848
Lins	248	1553	5388
Pólo Cuesta	443	2591	9587
Vale do Jurumirim	502	2672	9802

Fonte: Censo IBGE, 2010



**Figura 8 – Deficiência Auditiva por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010.**



Fonte: Censo IBGE, 2010

**Quadro 17 – População com Deficiência Física, segundo Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010.**

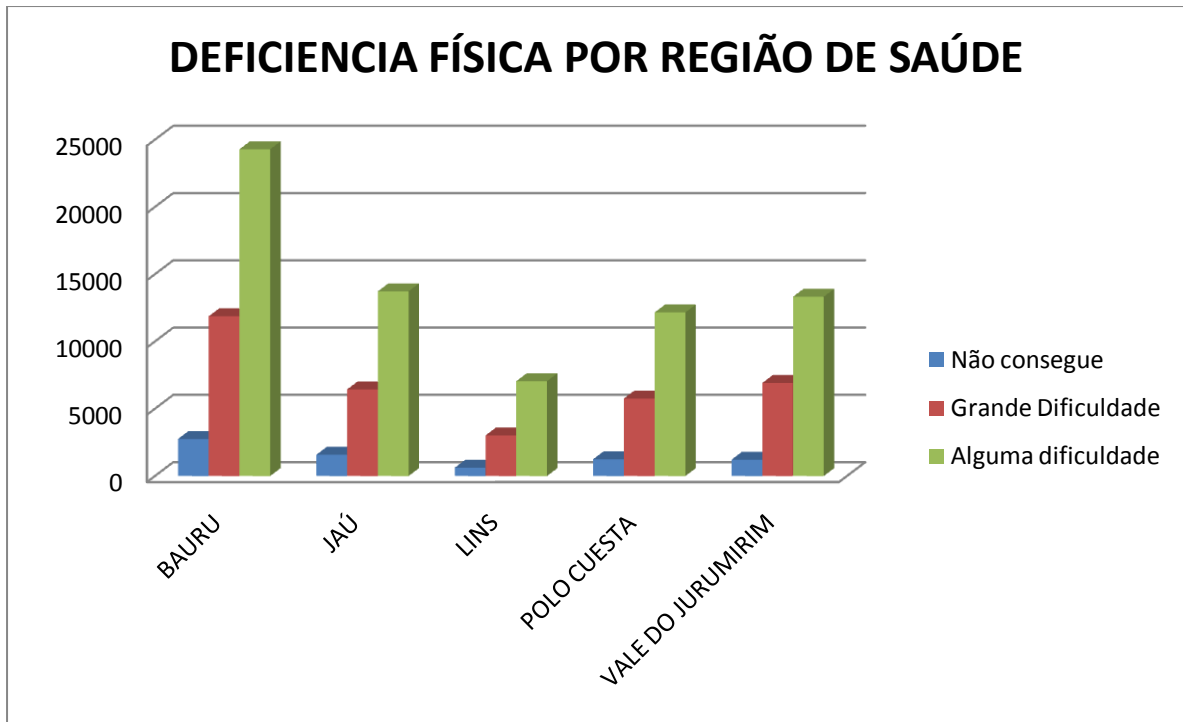
Região de Saúde	Não consegue	Grande Dificuldade	Alguma dificuldade
Bauru	2753	11873	24290
Jaú	1581	6437	13729
Lins	616	3015	7049
Pólo Cuesta	1248	5762	12159
Vale do Jurumirim	1214	6914	13328

Fonte: Censo IBGE, 2010





**Figura 9 – Deficiência Física por Região de Saúde, RRAS 09, IBGE 2010.**



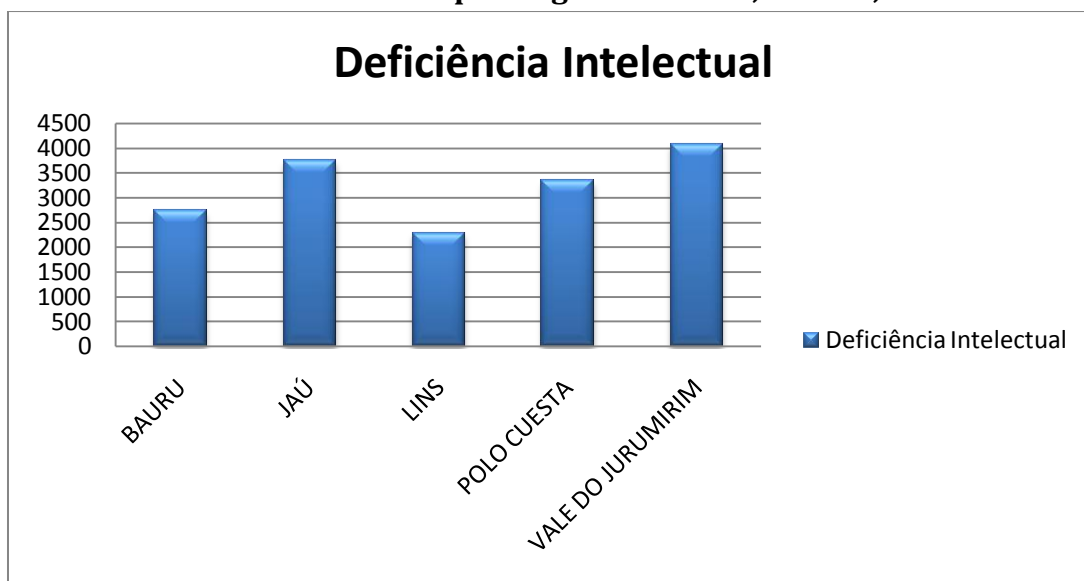
Fonte: Censo IBGE, 2010

**Quadro 18 – População com deficiência Intelectual, segundo RRAS 09, IBGE 2010.**

Região de Saúde	Deficiência Intelectual
Bauru	2730
Jaú	3742
Lins	2274
Pólo Cuesta	3334
Vale do Jurumirim	4076

Fonte: Censo IBGE, 2010

**Figura 10 – Deficiência Intelectual por Região de Saúde, RRAS 9, IBGE 2010.**



Fonte: Censo IBGE, 2010

## **6. Capacidade instalada dos Cuidados da Pessoa com deficiência por componente na RRAS 9:**

Os componentes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência se organizam da seguinte forma:

I - Atenção Básica;

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

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam:

I - acessibilidade;

II - comunicação;

III - manejo clínico;

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.



O Componente da Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com:

- I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e
- II - Atenção odontológica.

### **6.1. Atenção Básica**

A Atenção Básica é atualmente entendida como ponto de partida para a reorganização do Sistema único de Saúde (SUS) em todo o país. A importância estratégica da Atenção Básica (AB) se deve ao seu potencial em transformar em ações os princípios éticos do SUS - universalidade, integralidade e equidade - e desse modo alterar a orientação de todo o sistema de saúde, reorganizando-o de modo coerente com tais princípios.

Conforme Portaria nº 793 GM/MS de 24 de abril de 2012, a Atenção Básica aparece como um dos componentes da Rede à Pessoa com Deficiência e aponta como pontos de atenção à saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica, os quais possuem grande capacidade de impactar nos indicadores de saúde da população, entretanto, no que se refere ao cuidado à pessoa com deficiência, as informações/dados demonstram limitações organizacionais e assistenciais dos municípios.

“A atenção básica deve estar preparada a promover assistência integral à saúde da pessoa com deficiência, pressupondo suas condições específicas, além das já dedicadas a qualquer cidadão. O atendimento prestado à população da área de abrangência orienta as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, iniciado com uma avaliação do seu estado geral de saúde, podendo ser encaminhado a um serviço que ofereça avaliação funcional e de reabilitação, e quando necessário a aquisição de órteses e próteses...”. (A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Brasília, 2006).

As Equipes de Saúde da Família, os NASF, as equipes de atenção domiciliar e da atenção básica são elementos potentes e facilitadores na melhoria das condições de vida e saúde das pessoas com deficiência.



**Quadro 19 - Capacidade ambulatorial instalada - UBS Tradicional, ESF, NASF, segundo RRAS 09, 2013.**

Tipo de Equipamento de Saúde		Região de Saúde					
		Bauru	Jaú	Lins	Pólo Cuesta	Vale do Jurumirim	RRAS
UBS	TRADICIONAL	41	34	25	28	30	158
	ESF	44	29	9	34	33	149
	NASF	0	0	1	1	1	3

Fonte: CNES, 2013

A rede de serviços da Atenção Primária da RRAS9 esta constituída com: 158 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS); 149 Unidades de Saúde da Família (USF) e 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na região.

**Quadro 20- Equipes Implantadas de ACS, ESF e ESB com Cobertura Populacional, segundo RRAS 9, julho 2013.**

Região de Saúde	População Total (EM 1º DE JULHO), 2013.	Estratégia de Saúde da Família		Estratégia de Saúde da Família Saúde Bucal Mod. 01		Estratégia Agente Comunitário de Saúde		Estratégia de Saúde da Família - Transitória		Total	
		População Atendida	% cobertura	População Atendida	% cobertura	População Atendida	% cobertura	População atendida	%	População atendida	%
Bauru	625.898	48.597	7,76	102.180	16,33	44.116	7,05	-	-	194.893	31,14
Jaú	338.210	49.044	14,5	47.376	14,01	33.269	9,84	-	-	129.689	38,35
Lins	163.283	6.690	4,1	20.601	12,62	75.920	46,5	-	-	103.211	63,21
Pólo Cuesta	297.677	32.287	10,85	28.732	9,65	13.976	4,7	2.222	0,75	77.217	25,94
Vale do Jurumirim	291.989	42.770	14,65	89.104	30,52	9.815	3,36	-	-	141.689	48,53
<b>RRAS 9</b>	<b>1.717.057</b>	<b>179.388</b>	<b>10,45</b>	<b>287.993</b>	<b>16,77</b>	<b>177.096</b>	<b>10,31</b>	<b>2.222</b>	<b>0,12</b>	<b>646.699</b>	<b>37,66</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, 2013

A organização da Atenção Básica na RRAS 9 é heterogênea como no Estado de São Paulo. Nas Regiões de Saúde da RRAS9 observa-se uma baixa cobertura de ESF, indicando a necessidade de ampliação e organização da Rede de Atenção Básica na região para que a população tenha maior acesso a serviços e procedimentos de qualidade e ainda, a necessidade de investir em educação permanente em saúde, abordando temas como Política Nacional de Atenção Básica e Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência, destacando as atribuições individuais e comuns das equipes.



**QUADRO 21- Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da RRAS 9, 2013.**

CIR/CGR	MUNICÍPIO	NASF	PROFISSIONAIS	CBO	Atividade	Equipe Mínima	Carga Horária	Equipes de Referência
Bauru	Borebi	CNES: 2073447 NASF 3	ANDRE DE MATOS SOUZA	223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	S	20	CNES:2073447 -- Nome:CENTRO DE SAUDE III BOREBI
			LAIS MARTINS BEVILAQUA	22410	PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAUDE	S	40	
			NAIARA MARTINS DO NASCIMENTO	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL	S	20	
Lins	Cafelândia	CNES: 3408035- NASF 2	FERNANDA CARLA MARCOLINO CAMPOS MARQUES	251510	PSICOLOGO CLINICO	S	40	3408035 - UNIDADE DO PSF NUCLEO VILA BELEM CAFELANDIA;3408027 - UNIDADE PSF NUCLEO COHAB E CDHU CAFELANDIA; 5271304 - UNID PROGRAMA SAUDE FAMILIA BACURITI VILA SIMOES CAFELANDIA
			GABRIELA KAIO CASTRO WATANABE	223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	S	30	
			MARTINHO RODRIGUES NETO	224105	AVALIADOR FISICO	N	40	
			PATRICIA QUEIROZ SANTOS RIBEIRO	223710	NUTRICIONISTA	S	40	
			RICARDO FELIPPE MALUF	225124	MEDICO PEDIATRA	S	20	
THAIS CRISTINA DE OLIVEIRA BARBOZA	223905	TERAPEUTA OCUPACIONAL	S	30				
Pólo Cuesta	Pereiras	CNES: 7448686- NASF 2	JOAO PAULO JOSE MANSUR	225133	MEDICO PSIQUIATRA	S	20	2056356 - UNIDADE PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA CENTRAL; 2048450 - UNIDADE PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA VILA PARQUE DOS SONHOS; 2091119 - UNIDADE PROGRAMA DA SAUDE DA FAMILIA ESTACAO
			LILIANE PASCHOAL FOLTRAN	223710	NUTRICIONISTA	S	30	
			MICHELI DE JESUS DA SILVA	223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	S	40	
			ROSCELIA DA COSTA DOMINGOS	251605	ASSISTENTE SOCIAL	S	30	
	Botucatu	CNES: 2055414 NASF 1	ALICE MARIA DE OLIVEIRA PINTO	223405	FARMACEUTICO	S	40	3004392 - USF PARQUE MARAJOARA BOTUCATU;3003329 - USF JARDIM AEROPORTO BOTUCATU; 3004414 - USF VITORIANA BOTUCATU;3956156 - USF JARDIM PEABIRU BOTUCATU;6990193 - USF COHAB IV BOTUCATU
			LEANDRO GARCIA ALVARADO	223405	FARMACEUTICO	N	40	
			LETICIA LAZARA MACHADO CAMPANER	223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	S	30	
			LUCIANA MARIA FIORETTO	223710	NUTRICIONISTA	N	40	
			LUCIANE BRAGA NOGUEIRA	251605	ASSISTENTE SOCIAL	S	30	
			MARIA APARECIDA SOARES ALBANO	251510	PSICOLOGO CLINICO	S	40	
			MARIELI DOSSO DE MORAES	225250	MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA	S	20	
			REGINA CELIA CALLILE DE PAULA	251510	PSICOLOGO CLINICO	S	30	
			REINALDO CESAR DALANESI	224105	AVALIADOR FISICO	N	40	
			TRICIA MARIA FEITOSA FLORIPES	251605	ASSISTENTE SOCIAL	S	30	
			ADRIANO PIGHINELLI CAVALLANTE	223405	FARMACEUTICO	S	40	
			ANA CAROLINA PIRAGINO MAZZEI	251510	PSICOLOGO CLINICO	S	40	
			FERNANDA BOLLINI E SILVA	223605	FISIOTERAPEUTA GERAL	S	30	



			UTA GERAL			VITORIANA BOTUCATU;3956156 - USF JARDIM PEABIRU BOTUCATU;6990193 - USF COHAB IV BOTUCATU
ISABEL CRISTINA FRANCO SALEM	225250		MEDICO GINECOLOGI STA E OBSTETRA	S	20	
KELEN CRISTINA PACCOLA LARINI	224105		AVALIADOR FISICO	N	40	
LUCILIA CANESIN BASILE	223405		FARMACEUTI CO	N	40	
MARCIO PINHEIRO MACHADO	251510		PSICOLOGO CLINICO	N	10	
MARIA CECILIA PINHEIRO DOS SANTOS	251605		ASSISTENTE SOCIAL	N	10	
MEIRE TERESINHA DE CASES	411005		AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL	N	0	
MONA MACEDO LUCENA	251510		PSICOLOGO CLINICO	N	40	
MONICA MAZZINI SILVA	223710		NUTRICIONIS TA	S	40	
SANDRA CRISTINA LEITE COLACO	251605		ASSISTENTE SOCIAL	S	40	
TIAGO ROCHA PINTO	251510		PSICOLOGO CLINICO	S	40	

Fonte: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp); em 14/05/2014 as 11:18 minutos

Considerando a baixa cobertura de NASF na RRAS9, torna-se importante incentivar a criação de equipes de NASF na RRAS 9, implementando o atendimento da equipe multiprofissional e interdisciplinar deste modelo de atenção, proporcionando um cuidado ampliado e integral voltado para educação, prevenção e promoção da saúde do ser humano.

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, tomando como base a Portaria 793 GM/MS de 24 de abril de 2012, prioriza as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;



V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Considerando as ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, foi elaborado pelo Grupo Condutor Regional da Atenção a Pessoa com Deficiência um questionário e enviado aos 68 municípios da abrangência da RRAS 9 , com o intuito de levar aos gestores municipais de saúde o conhecimento das referidas ações, bem como, a identificação da execução ou não destas ações na Rede Básica , sendo obtido o seguinte consolidado de informações:



**Quadro 22- Ações da Atenção Básica em Saúde da Pessoa com Deficiência, RRS 9, 2013**

Item	Ações da Atenção Básica para Atenção a pessoa com Deficiência	REALIZA	NÃO REALIZA	NÃO INFORMADO
1	Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância	51	5	11
2	Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte as famílias conforme as necessidades	52	5	10
3	Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas	23	34	10
4	Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência	10	47	10
5	Utiliza o Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência	20	36	10
6	Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida das pessoas com deficiência	22	35	10
7	Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência	23	34	10
8	Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar	46	11	10
9	Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência	51	6	10
10	Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar as especificidades das pessoa com deficiência	23	34	10

FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

As ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; uso do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; e apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência, são as

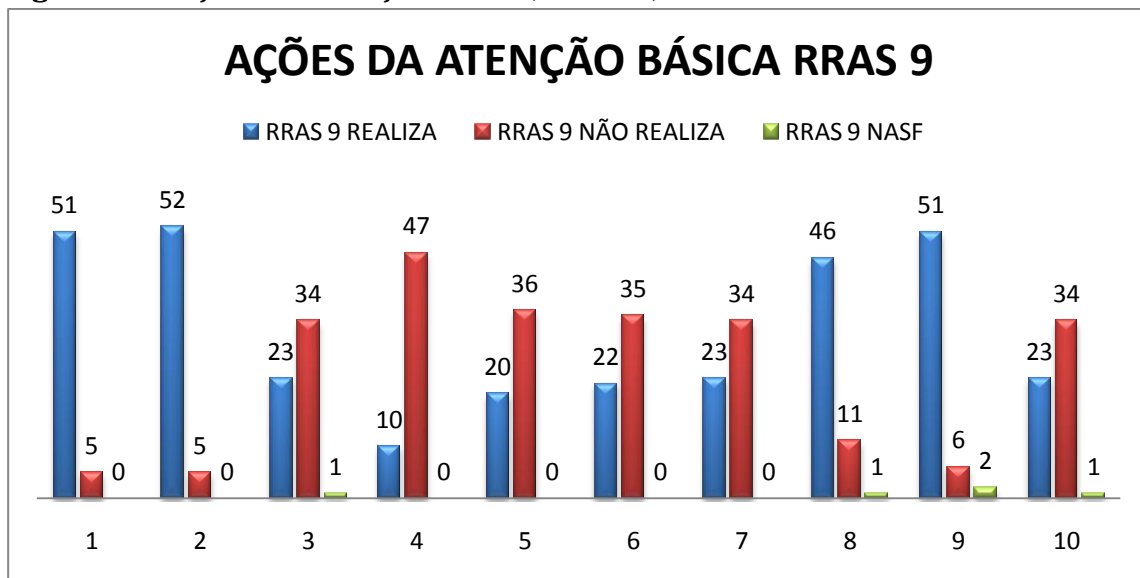




que não são realizadas pela maioria dos municípios da RRAS9 e merecem atenção especial no Plano de Ação.

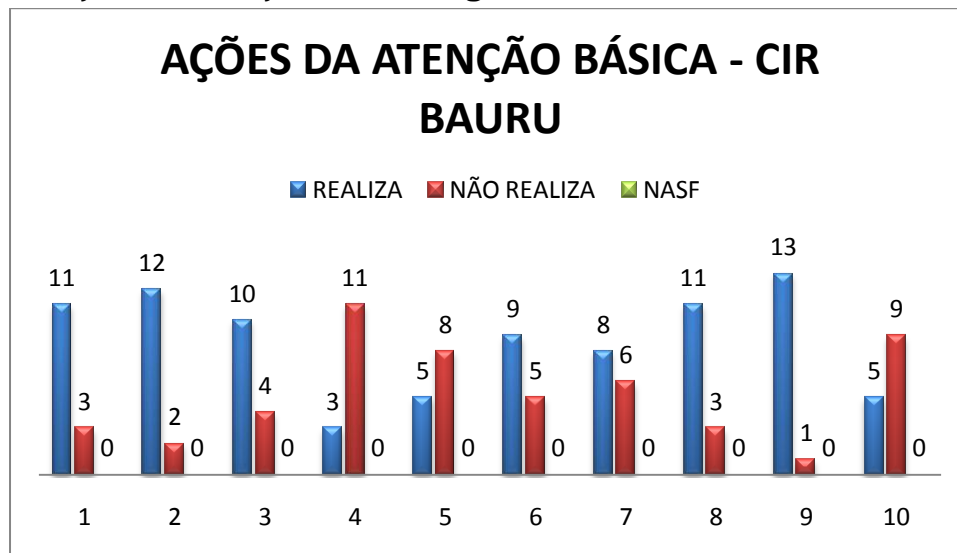
Os gráficos a seguir demonstram as ações da atenção básica em saúde da pessoa com deficiência por Região de Saúde:

**Figura 11 - Ações da Atenção Básica, RRAS 9, 2013.**



Fonte: Secretários Municipais de Saúde; 2013.

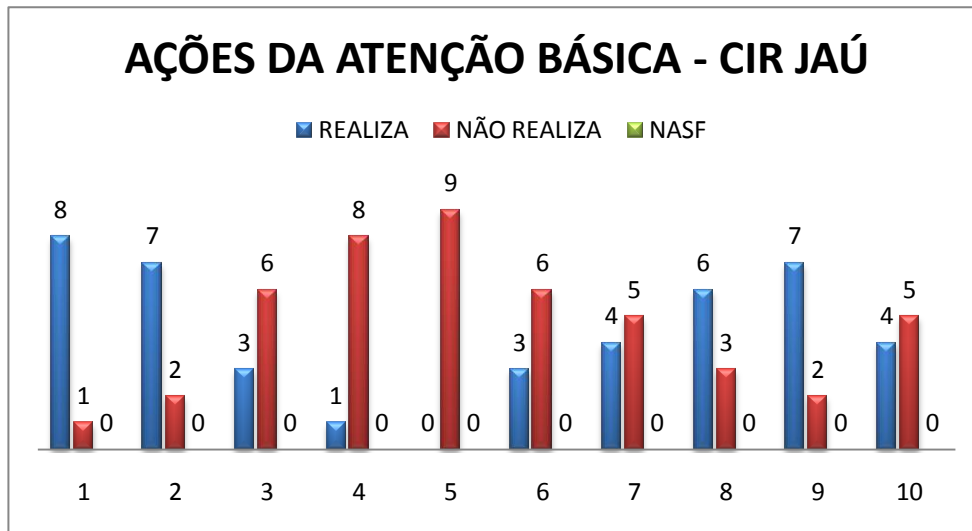
**Figura 12 - Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Bauru, 2013**



FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

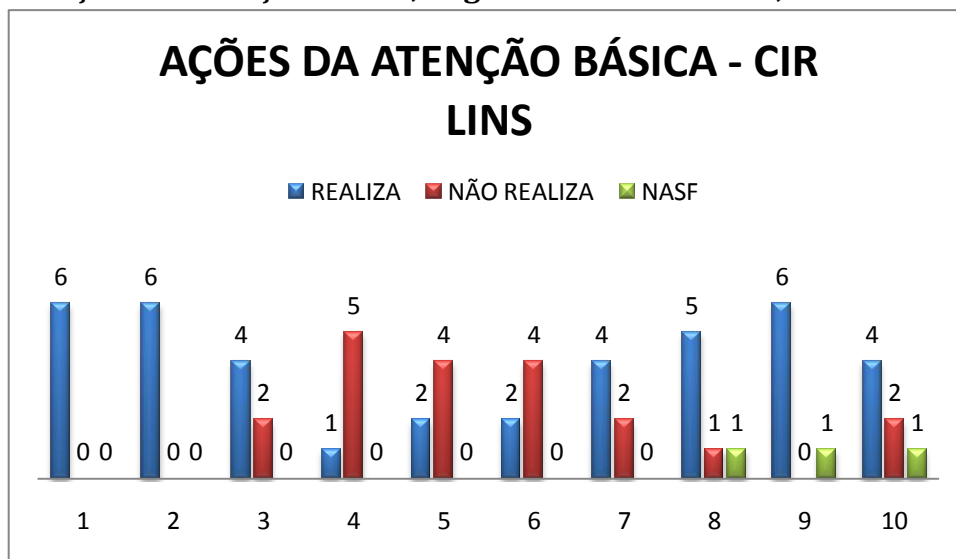


Figura 13 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Jau, 2013



FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

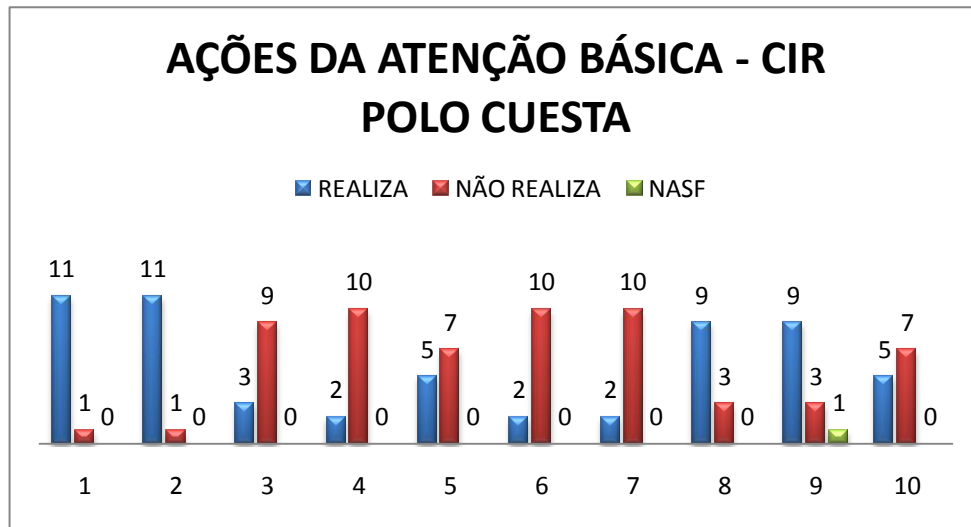
Figura 14 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Lins, 2013



FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

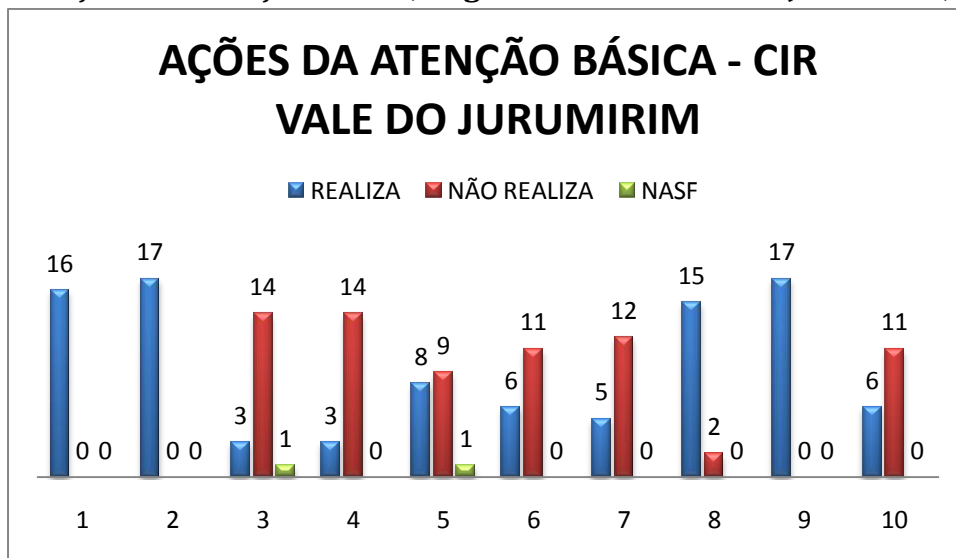


Figura 15 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde de Polo Cuesta, 2013.



FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

Figura 16 – Ações da Atenção Básica, Região de Saúde do Vale Jurumirim, 2013.



FONTE: Secretários Municipais de Saúde; RAS 9 2013.

#### 6.1.1. Acessibilidade na Atenção Básica:

O termo Acessibilidade de acordo com o Decreto nº 5.296/2004, que regulamenta as Leis nº 10.048/2000 e a Lei nº 10.098/2000 que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência e estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade, e dá outras providências, significa:



Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida. Essas pessoas devem ter seu direito ao acesso assegurado, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

As medidas para a implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística incluirão a identificação e eliminação de obstáculos e barreiras nos edifícios, rodovias, meios de transporte, inclusive nas escolas, serviços de saúde, residências, instalações médicas e locais de trabalho entre outros.

Não constava nos instrutivos de organização da Rede da Pessoa com Deficiência, informações quanto a acessibilidade interna e externa das Unidades de Saúde, diante de tal fato, o Grupo Condutor Regional para realizar o diagnóstico de como se encontra a Acessibilidade nos municípios da RRAS 9, utilizou como base o Manual de Estrutura Física das UBS/ESF, reeditado em 2008 pela SAS/MS, elaborando uma planilha de acessibilidade interna e outra externa, que após respondida pelos gestores apresentou os seguintes resultados:

**Quadro 23- Acessibilidade de áreas internas nas Unidades Básicas de Saúde, RRAS9, 2013.**

Acessibilidade – ÁREAS INTERNAS	Sim (adequada)	Não (não adequada)
1-Circulação horizontal e acessos: nas edificações e equipamentos urbanos todas as entradas e rotas de interligações as principais funções do edifício devem ser acessíveis	115	51
2-Desníveis: desníveis que possuem altura de 5mm até 15mm devem ser tratados em forma de rampa, com inclinação máxima de 50%, e devem ser sinalizadas	91	79
3- Catracas: ao menos 1 catraca do conjunto de acesso deve ser acessível	2	28
4-Portas: as portas, inclusive as dos elevadores, devem ter um vão livre mínimo de 0,8m e altura mínima de 2,10m; as maçanetas devem estar a uma altura de 0,9-1,10 m	100	44
5-Corrimãos: devem ser instalados em ambos os lados das rampas e escadas, em duas alturas: 0,92m e 0,70m do piso (medido da face superior até o piso); e devem ter largura entre 3cm e 4,5cm.	36	87
6-Sinalização: as sinalizações táteis de alerta deve ser instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento em rampas e escadas, com cores contrastantes com o piso e largura entre 0,25 e 0,6 m; todo degrau deve ser sinalizado	21	121
7-Rampas: inclinações superiores a 5% devem obedecer as recomendações da ABNT	81	69
8-Sanitários: deve haver pelo menos 1 banheiro adaptado, por sexo, em cada pavimento; sua entrada deve ser independente dos coletivos obedecendo as normas de acessibilidade da ABNT	76	85
9- Mobiliários internos: Devem ser acessíveis, garantindo as áreas de	64	93



aproximação, manobras e faixas de alcance manual, visual e auditivo.		
10- Informação e sinalização: Devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora. Devem auto explicativas e legíveis para todos e devem ser localizadas de forma a identificar as funções e serviços disponibilizados nos ambientes. Nas edificações deverão ser sinalizados os elementos essenciais, tais como: acesso, recepção, portas, circulação horizontal e vertical, sanitários e rotas de fuga.	38	121
11- Atendimento prioritário: Compreende ao tratamento diferenciado e imediato as pessoas com deficiências e às pessoas como mobilidade reduzida	150	8

FONTE: Grupo Condutor Regional da Pessoa com Deficiência – RRAS9

### Quadro 24 – Acessibilidade de áreas externas nas Unidades Básicas de Saúde, RRAS 9, 2013.

Acessibilidade – ÁREAS EXTERNAS	Sim (adequada)	Não (não adequada)
1- Calçadas: não deve apresentar desnível, ter faixa de circulação de 1,50-1,20 m e ser livre de barreiras	131	35
2- Balizamento: deve ser feito com muros divisórios entre a área pública e os lotes, ou por diferenciação do material existente entre a faixa definida para circulação dos pedestres e as áreas internas dos lotes	132	49
3- travessia: deve ser livre de quaisquer tipos de equipamentos ou mobiliário para garantir a circulação e sinalização tátil de alerta e tátil direcional para pessoas cegas ou de baixa visão	114	93
4-Semáforos: onde estiver grande volume de tráfego ou pessoas com deficiência visual, deve emitir sinal sonoro de 50dBa e 60dBa, internamente e não estridente	4	79
5-Plataforma para embarque e desembarque/ abrigo de ônibus: deve ser previstos assentos fixos para descanso e espaço para pessoa em cadeira de rodas (não devendo interferir na faixa livre de circulação), ponto de ônibus elevado deve ter identificação (piso tátil) entre o ponto e o leito carroçável	27	102
6-Estacionamento com vagas específicas com espaço adicional de circulação para o uso da cadeira de rodas, deverá ter: 2% do total de vagas para deficientes físicos, 1 vaga para veículos que transporte pessoas com deficiência física ou visual e 5%	80	98
7 - Postes devem ter 0,8m ( largura mínima da transposição);	115	63
8- Orelhões e lixeiras deve garantir a aproximação segura e o uso por pessoa com deficiência física, visual, intelectual, auditiva, entre outras, sinalizados com piso tátil de alerta entre 0,6 e 2,1m de altura do piso acabado e projetado com 0,6m em toda a dimensão;	69	118
9- Caixa de inspeção deve ser nivelada ao piso da calçada;	135	44
10- Vegetação altura de 2,1m os que estiverem abaixo deve sinalizados ou protegidos por guias de balizamento ( muitas dessas em volta da vegetação não deve interferir no fluxo);	61	90
11- Acesso à veículos nos lotes assegurada a continuidade do passeio público	99	68

FONTE: Grupo Condutor Regional da Pessoa com Deficiência – RRAS9

Observa-se que a maior parte das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família que responderam os questionários não apresenta acessibilidade interna adequada para a Pessoa com Deficiência como apresentada no documento “Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde” baseado no Manual de Estrutura Física das UBS/ESF, reeditado em 2008 pela SAS/MS. Quanto a acessibilidade externa foi considerado a área ao redor das



Unidades Básicas de Saúde e dos que responderam os questionários, observa-se que a maioria apresentam acessibilidade externa adequada.

### **6.1.2. Atenção Domiciliar:**

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro e habilitação dos serviços. Um dos eixos centrais da atenção domiciliar é a “desospitalização” que proporciona agilidade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminuem os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência, em especial, os idosos; oferece suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador, que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

Pela sua organização, a atenção básica se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar. Juntamente com a AB e apesar de estar inserida na Rede de Urgência e Emergência temos a Atenção Domiciliar como uma importante ferramenta na Rede da Pessoa com Deficiência. A Atenção Domiciliar (SAD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é de fundamental



importância para a qualificação da Atenção Primária, tendo em vista a Política Nacional de Atenção Básica, observa-se que a cobertura de Estratégias Saúde da Família necessita de ampliação de cobertura populacional e de equipamentos de saúde.



**Quadro 25 – Municípios elegíveis para implantação de EMAD tipo 2, EMAP de 20.000 a 40.000 Hab. segundo Região de Saúde, município.**

CIR	Municípios	População total 2012	Unidade/instituição	SAD para Atendimento AD 2 e AD3							Implantação	
				EMAD Nº Equipes	Habil. /Não Hab /não implan.	Equipe mínima somatória carga horária/semanal	EMAP Nº Equipe	Habil. /Não Hab /não implan.	Equipe mínima somatória carga horária/semanal	Valor Custeio estimado	2014	2015
Bauru	Agudos	34.833		1	Não Hab	Enfermeira 40h/s , Clínico Geral 40h/s, Técnico Enfermagem 120h /s ), Fisioterapeuta ou Assistente Social 30h/s		Não Hab	3 profissionais de nível superior totalizando 90 h/s ( Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogos, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e ocupacional)	R\$ 50.000,00	X	
	Pirajuí	23098		1	Não Hab		1	Não Hab		R\$ 56.000,00	X	
Jau	Bariri	32102		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Barra Bonita	35210		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Brotas	21987		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Dois Córregos	25100		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Igaraçu Tiete	23475		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
Lins	Promissão	36364		1	Não Hab		1	Não Hab		R\$ 56.000,00	X	
Pólo Cuesta	São Manuel	38614		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
Vale Jurumirim	Itaí	24.457		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Piraju	28.563		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Taquarituba	22.338		1	Não Hab			Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
<b>Total</b>		<b>346.141</b>		<b>12</b>			<b>2</b>		<b>R\$ 612.000,00</b>			

Fonte: Grupo Conductor Regional RUE/RRAS9 – dezembro/2013





**Quadro 26 – Municípios elegíveis para implantação de EMAD tipo 2, EMAP acima de 40.000 Hab. segundo Região de Saúde, município.**

CIR	Municípios	População total 2012	Unidade/ instituição	SAD para Atendimento AD 2 e AD3							2014	2015
				EMAD Nº Equipetes	Habil. /Não Hab /não implan.	Equipe mínima somatória carga horária/semanal	EMAP Nº Equipetes	Habil. /Não Hab /não implan.	Equipe mínima somatória carga horária/semanal	Valor estimado		
Bauru	Bauru		Promai	1	Implantada	Enfermeira 40h/s , Clínico Geral 40h/s, Técnico Enfermagem120h/s ), Fisioterapeuta ou Assistente Social 30h/s	1	Não Hab	3 profissionais de nível superior totalizando 90 h/s ( Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogos, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional)	R\$ 156.000,00	X	
			Núcleo de Saúde Beija Flor	1	Hab / não implan.			Não Hab			X	
			UBS Bela Vista	1	Hab / não implan.			Não Hab			X	
	Lençóis Paulista			1	Não Hab		0	Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
	Pederneiras			1	Não Hab		0	Não Hab		R\$ 50.000,00	X	
Jau	Jau			1	Não Hab	1	Não Hab	R\$ 50.000,00	X			
Lins	Lins	71.432	Promid Lins	1	Implantada	Enfermeira 40h/s(1), Clínico Geral 20h/s (2), Técnico Enfermagem 40h/s(3), Fisioterapeuta 30h/s (3), Assistente Social 30h/s (1)	1	Implantada	R\$ 50.000,00	X		
Pólo Cuesta	Botucatu			1	Hab / não implan.	Enfermeira 40h/s , Clínico Geral 40h/s, Técnico Enfermagem120h/s ), Fisioterapeuta ou Assistente Social 30h/s	1	Não Hab	R\$ 256.000,00	X		
				1	Hab / não implan.			Não Hab		X		
				1	Hab / não implan.			Não Hab		X		
				1	Hab / não implan.			Não Hab		X		
Vale Jurumirim	Avaré			1	Não Hab	1	Não Hab	R\$ 50.000,00	X			
<b>Total</b>		<b>71.432</b>		<b>11</b>			<b>4</b>		<b>R\$ 662.000,00</b>			

Fonte: Grupo Condutor Regional RUE/RRAS9 – dezembro/2013 atualizada em maio 2014



## **6.2. Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências**

O atendimento especializado em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências, de acordo com a Portaria GM/MS 793/12 serão feito por estabelecimentos de saúde habilitados em:

a) Centro Especializado em Reabilitação (CER) – ponto de atenção ambulatorial com no mínimo dois serviços de reabilitação (física, intelectual, visual, auditiva) realizando diagnóstico, tratamento e concessão de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência especializada para a rede de atenção à saúde. O atendimento ou a atenção no Centro Especializado de Reabilitação é realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. O Centro Especializado de Reabilitação pode constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. Os Centros Especializados de Reabilitação terão as seguintes modalidades:

- CER II: atende pessoas com deficiência em pelo menos duas modalidades de reabilitação.
- CER III: atende pessoas com deficiência em pelo menos três modalidades de reabilitação.
- CER IV: atende pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação.

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. Serão usuários do transporte sanitário, pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos.



A Oficina Ortopédica faz parte do sistema de apoio da rede de Atenção à Saúde e é um serviço de dispensação e manutenção de órteses e próteses. Desenvolve ações de confecção, adaptação, personalização e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Este serviço deverá estar articulado e vinculado a um estabelecimento de saúde habilitado no serviço de Reabilitação Física, podendo ser fixas ou itinerantes e visa ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

Atualmente os serviços existentes que atendem as pessoas com deficiência na atenção especializada e suas referências são:

**Quadro 27 – Serviços de Reabilitação da Atenção Especializada que atendem as Pessoas com deficiência na RRAS 9 antes da implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, por região de saúde, maio 2014.**

Região de Saúde	Referencia	FLUXO ATUAL						
		Especialidade						OFICINA ORTOPEIDICA
		Auditiva		fisica		Visual	Intelectual	
BAURU	1a. Referencia	FOB Bauru (menos Bauru)	SORRI BAURU (Mun Bauru)	APAE BAURU	SORRI BAURU	APAE BAURU	APAE BAURU / SORRI BAURU	SORRI - APAE BAURU
	2a. Referencia	HRAC (Menos Bauru)	FOB (mun Bauru)					
JAU	1a. Referencia	HRAC		SORRI BAURU				SORRI
	2a. Referencia							LUCY MONTORO JAU
LINS	1a. Referencia	HRAC		APAE BAURU				APAE BAURU
	2a. Referencia							LUCY MONTORO JAU
POLO CUESTA	1a. Referencia	HC BOTUCATU		HC BOTUCATU				HC BOTUCATU
	2a. Referencia	HRAC						LUCY MONTORO JAU
VALE DO JURUMIRIM	1a. Referencia	HC BOTUCATU		HC BOTUCATU				HC BOTUCATU
	2a. Referencia	HRAC						LUCY MONTORO JAU

FONTE: Grupo Condutor Regional da Pessoa com Deficiência – RRAS9



Os Centros de Especialidade Odontológica – CEO são instituições que prestam assistências referenciadas de atendimento odontológico provenientes da Atenção Básica.

A Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012 define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO que estão classificados em portes e por tipo 1,2 e 3 sendo caracterizado para cada tipo uma meta de produção vinculado ao recebimento mensal do custeio.

Os Centros de Especialidade Odontológica – CEO que forem incorporados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terão o objetivo de garantir a referência e contra-referência para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica no atendimento a pessoas com deficiência e para tanto, deverão disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoa com deficiência e o atendimento deve ser de forma referenciada.

Todos os Centros de especialidades Odontológicas – CEO são elegíveis para a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência (RCPD)

Nos quadros a seguir (Quadros 1 e 2) estão descritos os CEO estabelecidos na área de abrangência da RRAS 09, bem como os investimentos relacionados aos CEO já implantados, elegíveis para a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência e os novos investimentos que são possíveis tendo em vista a implementação de CEO em alguns dos municípios da área de abrangência desta RRAS, respectivamente.



**Quadro 28 – Centros de Especialidades Odontológicas implantados nos municípios de abrangência do DRS VI Bauru**

Cod. IBGE	Municípios	CNES	Tipo de CEO	PORTARIA						Investimento			ATENDE DEFICIENTE?
				CRENCIAMENTO	Tipo Assistência		ANTECIPAÇÃO	CRENCIAMENTO direto	Portaria CEO RCPD - Rede Cuidado Pessoa Deficiente	Custeio CUSTEIO MENSAL	ADICIONAL CEO ADERIDO A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)	HABILITADO P/ ATENDER BRASIL SEM LIMITES	
3915182	AVARÉ	3915182	2	GM/MS 1993 25/08/06		Municipal	GM/MS 1867 11/10/05	-	-	R\$ 11.000,00	-	NÃO	SIM
2785617	BARIRI		1	GM/MS 224 12/02/08	Regional		GM/MS 2477 13/10/06	-	-	R\$ 8.250,00	-	NÃO	SIM
7137613	BARRA BONITA	7137613	1	GM/MS 833 14/05/13		Municipal	GM/MS 3137 26/12/11	-	-	R\$ 8.250,00	-	NÃO	SIM
5318572	BAURU	5318572	2	GM/MS 925 03/05/07		Municipal	1993 GM 25/08/06	-	GM/MS 1.247 6/6/2014	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	SIM	SIM
2046296	BOTUCATU		2	-		Municipal	-	GM/MS 680 30/03/06	-	R\$ 11.000,00	-	NÃO	SIM
7049196	IGARAÇU DO TIETÊ	7049196	1	GM/MS 2.370 18/10/12		Municipal	GM/MS 3137 26/12/11	-	-	R\$ 8.250,00	-	NÃO	SIM
3730190	JAÚ	3730190	2	-	Regional		-	GM/MS 117 19/01/06	-	R\$ 11.000,00	-	NÃO	SIM
5847508	LINS	5847508	1	GM/MS 2376 07/10/09	Regional		GM/MS 2937 20/11/06	-	GM/MS 120 22/01/2014	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	NÃO	SIM
6036627	MACATUBA	6036627	1	GM/MS 2376 07/10/09		Municipal	GM/MS 2477 13/10/06	-	-	R\$ 8.250,00	-	NÃO	SIM
2790335	PEDERNEIRAS	2790335	2	GM/MS 462 06/03/06		Municipal	GM/MS 1652 15/09/05	-	-	R\$ 11.000,00	-	NÃO	SIM
5330319	PIRAJU	5330319	2	GM/MS 87 16/01/06		Municipal	GM/MS 1064 04/07/05	-	GM/MS 3.080 27/12/12	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	SIM	SIM

Fonte: Área Técnica de Saúde Bucal /DRS VI – Bauru RRAS 09



### Quadro 29 - Relação de investimentos existentes dos CEOs elegíveis e para a implantação de novos CEOs.

Região de Saúde	Municípios	Tipo de CEO	Investimentos existentes			Investimentos Novos	
			Custeio MENSAL	Adicional CEO aderido a rede de cuidados à pessoa com deficiência (rcpd)	Habilitado p/ atender Brasil sem limites	Tipo de CEO	Custeio MENSAL
Bauru	BAURU	2	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	SIM		
	LENÇOIS PAULISTA					1	R\$ 8.250,00
	MACATUBA	1	R\$ 8.250,00	-	NÃO		
	PEDERNEIRAS	2	R\$ 11.000,00	-	NÃO		
	PIRAJUI					1	R\$ 8.250,00
Jau	BARIRI	1	R\$ 8.250,00	-	NÃO		
	BARRA BONITA	1	R\$ 8.250,00	-	NÃO		
	IGARAÇU DO TIETÊ	1	R\$ 8.250,00	-	NÃO		
	JAÚ	2	R\$ 11.000,00	-	NÃO		
Lins	LINS	1	R\$ 8.250,00	R\$ 1.650,00	SIM		
	PROMISSÃO					1	R\$ 8.250,00
Pólo Cuesta	BOTUCATU	2	R\$ 11.000,00	-	NÃO		
	LARANJAL PAULISTA					1	R\$ 8.250,00
	SÃO MANUEL					1	R\$ 8.250,00
Vale Jurumirim	AVARÉ	2	R\$ 11.000,00	-	NÃO		
	PIRAJU	2	R\$ 11.000,00	R\$ 2.200,00	SIM		
Total			R\$ 107.250,00	R\$ 6.050,00			R\$ 41.250,00

FONTE: Grupo Conductor Regional da Pessoa com Deficiência - RRS 9

As pessoas portadoras de deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade e de coordenação motora geral. Em muitos casos, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, serem autônomas e independentes. Nesta situação, é considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência.

A Oficina Ortopédica é considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência e constitui-se em serviço de dispensação, de



confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

A escassez deste equipamento na RRAS 9 e a demanda apresentada, levou o Grupo Condutor Regional das Pessoas com Deficiência a propor a implantação de mais 04 Oficinas ortopédicas evitando assim o atendimento segmentado e não integral as pessoas com deficiência. Dentre as Oficina existentes, contamos com a Oficina de dispensação de OPM da Rede Lucy Montoro no município de Jau que é referência para os 68 municípios e com a implantação das Oficinas ortopédicas da SORRI e APAE BAURU que atende a Região Saúde Bauru, a Rede Lucy Montoro ficou como referência para as demais Regiões de Saúde RRAS9.

Atualmente o convenio da Rede Lucy Montoro com a Secretaria de Estado da Saúde estabelece a dispensação de 123 órteses, próteses e meios de locomoção mensal.



**Quadro 30 – Número de Oficinas Ortopédicas existentes, segundo Região de Saúde, RRAS 9 , 2013.**

REGIÃO DE SAUDE	MUNICIPIO	SERVIÇO	ESFERA ADM	habilitação/projeto	Proposta de implantação	CUSTO – construção e equipamentos
Bauru	Bauru	Instituto Lauro Souza Lima	Estadual – especializado em Hanseníase	Realiza OP de MMII do joelho para baixo		
		APAE BAURU	Municipal	Portaria GM585 29-05-2013		
		SORRI BAURU	Municipal	Portaria GM585 29-05-2013		
Jau	Jau	REDE LUCY MONTORO - Santa Casa Jau	Estadual	Convenio		
		APAE de Jau	Municipal			R\$ 250.000,00 construção R\$ 350.000,00 equipamentos
Pólo Cuesta	Botucatu	APAE SÃO MANUEL OU BOTUCATU	Municipal			R\$ 250.000,00 construção R\$ 350.000,00 equipamentos
Vale do Jurumirim	Avaré	CER II de Avaré	Municipal			R\$ 250.000,00 construção R\$ 350.000,00 equipamentos
	Taquarituba	APAE DE Taquarituba	Municipal			R\$ 250.000,00 construção R\$ 350.000,00 equipamentos

FONTE: Grupo Condutor Regional da Pessoa com Deficiência – RRAS 9





### 6.3. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

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

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

**Quadro 31 - Pontos de Atenção que realizam Triagem neonatal, RRAS9, 2013.**

RRAS 09					
Região de Saúde	Ponto Atenção a Saúde para TN	TRIAGEM NEONATAL			
		ORELHINHA	PEZINHO	OLHINHO	CARDIO
Bauru	HOSP.	2	7	7	3
	AB	0	58	0	0
	Referencia para exame	1	1	1	1
Jau	HOSP.	3	1	4	2
	AB	0	46	0	0
	Referencia para exame	0	0	0	0
Lins	HOSP.	1	0	4	2
	AB	0	13	0	0
	Referencia para exame	0	0	0	0
Polo Cuesta	HOSP.	3	2	4	3
	AB	0	44	0	0
	Referencia para exame	0	0	0	0
Vale Jurumirim	HOSP.	3	2	8	6
	AB	0	27	0	0
	Referencia para exame	0	0	0	0
RRAS 09	HOSP.	12	12	27	16
	AB	0	188	0	0
	Referencia para exame	1	1	1	1

FONTE: Grupo Conductor Regional da Pessoa com Deficiência – RRAS 9,2013

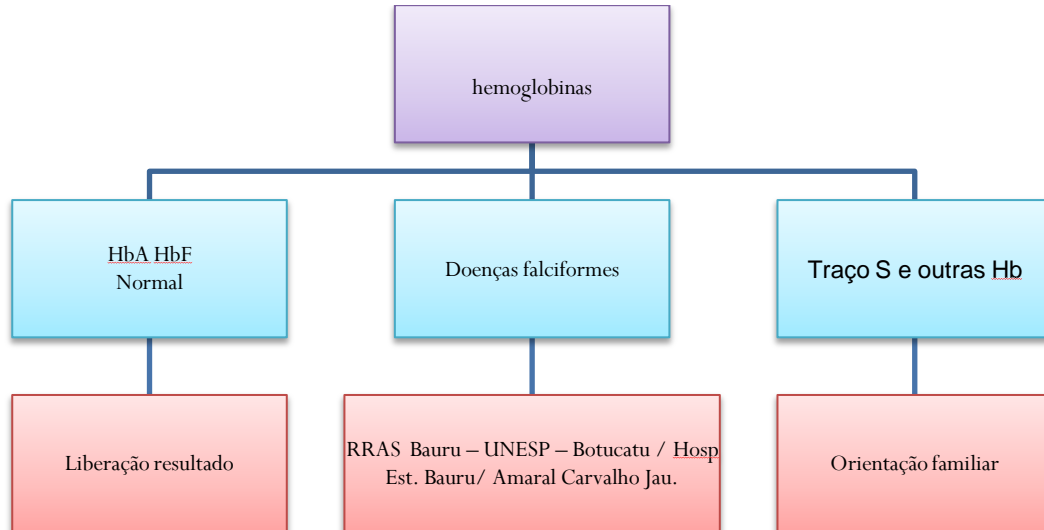


O Brasil tem diferentes origens raciais e com diversificados graus de miscigenação nas diversas Regiões de Saúde. Entre as diferentes hemoglobinopatias hereditárias presente na população brasileira, sobressai-se a anemia falciforme. Segundo Ministério da Saúde (inquérito em 1996) revelou a presença de 5.509 pacientes cadastrados no país. A doença distribui-se heterogeneamente, sendo mais freqüente onde a proporção da raça negra é maior, por este fato ser predominante entre pretos e pardos.

O diagnóstico é feito pela triagem neonatal, para diagnóstico das seguintes doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística e hemoglobinopatias, entre elas a doença falciforme.

Na região da RRAS9 , o laboratório de referência é o Serviço Regional de Triagem Neonatal- CIPOI da UNICAMP, os casos confirmados são encaminhados ao ambulatório de Hematologia do HC de Botucatu, do Hospital.Amaral Carvalho e Hospital Estadual Bauru em conformidade com Fluxo apresentado abaixo.

**Figura 17 - Fluxo de Encaminhamento Hemoglobinopatias, segundo doença falciforme RRAS 09, 2013**



Fonte: Apresentação – Maura M. Fukujima Goto  
GIADI – Grupo Interdisciplinar de Avaliação do Desenvolvimento Infantil



### **6.3.1. Número de Leitos de Longa Permanência e/ou Reabilitação por Hospital.**

Os leitos de cuidados prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, ou seja usuários com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar, potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Os leitos cuidados prolongados dentre as funções definidas para a sua implantação está a reabilitação do usuário, de forma parcial ou total, e possibilitando a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o restabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas seqüelas; incentivando e apoiando a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; acompanhando o usuário em situação de dependência por meio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio.

Na área de abrangência DRS VI, não temos cadastro de leitos de cuidados prolongados, mas no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da RRS 9, foram contemplados um total de 174 leitos novos de retaguarda a cuidados prolongados distribuídos como se segue nas 05 Regiões de Saúde :



**Quadro 32 -Leitos de Longa Permanência, segundo Região de Saúde, RRAS 9,  
2013.**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Município</b>	<b>Instituição</b>	<b>Quantidade leitos novos</b>	<b>TOTAL</b>
Bauru	Agudos	Associação do Hospital de Agudos	15	60
	Lençóis Paulista	Hospital N. S. da Piedade	15	
	Duartina	Santa Casa de Duartina	15	
	Pederneiras	Santa Casa de Pederneiras	15	
	Pirajuí	Santa Casa de Pirajuí	15	
Jaú	Bariri	Santa Casa de Bariri	16	36
	Jau	Santa Casa de Jau	20	
Lins	Lins	Cais Clemente Ferreira	17	17
Pólo Cuesta	Botucatu	Hospital das Clínicas	15	30
	São Manuel	Irmandade da Casa Pia São Vicente de Paula	15	
Vale do Jurumirim	Avaré	Santa Casa de Avaré	16	31
	Piraju	Hospital de Piraju	15	
<b>RRAS 9</b>				<b>174</b>

Fonte: Grupo Conductor Regional RUE/RRAS9 – dezembro/2013



## 7. Plano de Ação Regional RRAS 9 – CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIENCIA

### 7.1. Serviços da Atenção Especializada após implantação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência, RRAS9

**Quadro 33 – Serviços da Atenção Especializada após implantação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência, RRAS9, maio 2014.**

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	SERVIÇO	SERVIÇOS						CEO	REGIÃO DE SAÚDE DE REFÊRENCIA (relacionar municípios)	
			REABILITAÇÃO					OFICINA ORTOPEDICA			
			ESPECILIDADE	TIPO							
				SR	CER II	7.	CER IV				
POLO CUESTA	BOTUCATU	HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNESP BOTUCATU	FÍSICA	X						RS POLO CUESTA E VALE JURUMIRIM	
			AUDITIVA	X						RS POLO CUESTA E VALE JURUMIRIM - 1a referencia	
		APAE BOTUCATU	FÍSICA		X			X		RS POLO CUESTA ( menos Areiópolis, Pratania e São Manoel)	
			INTELECTUAL		X					RS POLO CUESTA	
			OFICINA ORTOPEDICA							RS POLO CUESTA	
		SÃO MANUEL	APAE SÃO MANOEL	FÍSICA		X			X		RS POLO CUESTA ( Areiopolis, Pratania e São Manoel)
	VISUAL				X					RS POLO CUESTA	
	OFICINA ORTOPEDICA									RS POLO CUESTA	
	BAURU	BAURU	APAE BAURU	FÍSICA			X		X		RS BAURU
				VISUAL			X				RS BAURU
INTELECTUAL						X				RS BAURU	
OFICINA ORTOPEDICA											
SORRI BAURU		FÍSICA			X		X		RS BAURU		
		AUDITIVA			X				MUN BAURU (1a referencia)		



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS VI BAURU  
REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE - RRAS9

			INTELECTUAL			X			RS BAURU
			OFICINA ORTOPEDICA						
		INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA (**)	FÍSICA	X			X		RRAS 9
		HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DE BAURU	AUDITIVA	X					RS JAU, RS LINS e outros DRS - 1a. Referencia RS POLO CUESTA, RS VALE JURUMIRIM, RS BAURU (menos Bauru)- 2a. Referencia
		FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU	AUDITIVA	X					RS BAURU - 1a referencia (menos Bauru) e MUN BAURU (2a referencia)
		HOSPITAL ESTADUAL BAURU	FÍSICA		X		X		RS JAU, RS LINS
			VISUAL		x				RS JAU, RS LINS
			OFICINA ORTOPEDICA						RS JAU, RS LINS
VALE DO JURUMIRIM	AVARE	Centro Especializado Reabilitação de Avaré	FÍSICA		X		X		RS VALE JURUMIRIM
			VISUAL		X				RS VALE JURUMIRIM,
			OFICINA ORTOPEDICA						RS VALE JURUMIRIM
	TAQUARITUBA	APAE TAQUARITUBA	FÍSICA		X		X		RS VALE JURUMIRIM
			INTELECTUAL		X				RS VALE JURUMIRIM
			OFICINA ORTOPEDICA						RS VALE JURUMIRIM
PIRAJU	CEO PIRAJU	CEO					X	PIRAJU	
JAU	JAU	APAE JAU	FÍSICA		X		X		RS JAU
			INTELECTUAL		X				RS JAU
			OFICINA ORTOPEDICA						RS JAU

\*\* ILSL: referencia para hanseniose e a oficina é especifica para hanseniose, referencia RRAS9

FONTE: Grupo Conductor Regional da Pessoa com Deficiência - RRAS 9, 2013



## 7.2. Incentivos financeiros:

De acordo com Portaria GM/MS 835 /12, foram instituídos incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de oficina ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, da seguinte forma:

I - construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER):

a) CER II -- R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m<sup>2</sup>;

b) CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m<sup>2</sup>;

c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m<sup>2</sup>;

II - construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m<sup>2</sup>;

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).

Na RRAS 9, os valores referentes aos incentivos financeiros supra mencionados para implantação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência ficam estabelecidos conforme quadros a seguir:



**Quadro 34 – Demonstrativo recursos financeiros para implantação da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência e cronograma de execução, por Região de Saúde e serviços, RRAS9, maio 2014.**

RREGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	SERVIÇO	CNES	CNPJ	Recursos financeiros								
					CUSTEIO	ESCALONAMENTO	CONSTRUÇÃO	ESCALONAMENTO	REFORMA E AMPLIAÇÃO	ESCALONAMENTO	EQUIPAMENTOS	ESCALONAMENTO	
BOTUCATU	BOTUCATU	HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNESP BOTUCATU	2748223	12.474.705.000.120									
		APAE BOTUCATU	5708079	4.298.446.000.103	140.000,00	2º sem 2014			1.000.000,00	1º sem 2015	1.000.000,00	1º sem 2015	
					54.000,00	2º sem 2014	250.000,00	2º sem 2014			350.000,00	2º sem 2014	
	SÃO MANUEL	APAE SÃO MANOEL	6074863	45.838.265.000.100	140.000,00	2º sem 2014			1.000.000,00	1º sem 2015	1.000.000,00	1º sem 2015	
					54.000,00	2º sem 2014	250.000,00	2º sem 2014			350.000,00	2º sem 2014	
BAURU	BAURU	APAE BAURU	2789825	45.032.745.000.170	200.000,00								
					54.000,00								
		SORRI BAURU	2791862	47.641.907.000.101	200.000,00								
					54.000,00								
		HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS DE BAURU	2790564	63.025.530.008.270									
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU	2790521	63.025.530.002.905											
HOSPITAL	2790602	46.374.500.014.810	140.000,00	2º sem	2.500.000,00	1º sem				1.000.000,00	1º sem		





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS VI BAURU  
 REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE - RRAS9

		ESTADUAL BAURU			2014	0	2015				2015	
					2º sem 2014		1º sem 2015			350.000,00	1º sem 2015	
VALE DO JURUMIRIM	AVARE	Centro Especializado Reabilitação de Avaré			54.000,00		250.000,00					
					140.000,00	2º sem 2015	APROVADO PORTARIA 3183-13	2º sem 2015		1.000.000,00	2º sem 2015	
			54.000,00	2º sem 2015	250.000,00	2º sem 2015			350.000,00	2º sem 2015		
	TAQUARITU BA	APAE TAQUARITUBA	3754839	50.345.842.000.153	140.000,00	2º sem 2014						
					54.000,00	2º sem 2014	250.000,00	2º sem 2014		350.000,00	2º sem 2014	
	PIRAJU	CEO PIRAJU	5330319		2.200,00							
JAU	JAU	APAE JAU	2789841	50.756.329.000.155	140.000,00	2º sem 2014			1.000.000,00	1º sem 2015	1.000.000,00	1º sem 2015
					54.000,00	2º sem 2014	250.000,00	2º sem 2014			350.000,00	2º sem 2014

\*\* ILSL: referencia para hanseníase e a oficina é especifica para hanseníase , referencia RRAS9

\*\* HEB - referencia para toxina botulínica RRAS9

FONTE: Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência RRAS9, 2013



**Quadro 35 – Consolidado do incentivo financeiro da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência, por região de saúde, RRAS9, maio 2014.**

Região de saúde	Recursos financeiros				TOTAL GERAL
	CUSTEIO	CONSTRUÇÃO	REFORMA E AMPLIAÇÃO	EQUIPAMENTOS	
POLO CUESTA	R\$ 388.000,00	R\$ 500.000,00	R\$ 2.000.000,00	R\$ 2.700.000,00	R\$ 5.588.000,00
VALE DO JURUMIRIM	R\$ 390.200,00	R\$ 500.000,00		R\$ 1.700.000,00	R\$ 2.590.200,00
BAURU	R\$ 702.000,00	R\$ 2.750.000,00		R\$ 1.350.000,00	R\$ 4.802.000,00
JAU	R\$ 194.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 1.350.000,00	R\$ 2.794.000,00
<b>TOTAL RRAS</b>	<b>R\$ 1.674.200,00</b>	<b>R\$ 4.000.000,00</b>	<b>R\$ 3.000.000,00</b>	<b>R\$ 7.100.000,00</b>	<b>R\$ 15.774.200,00</b>

FONTE: Grupo Conductor Regional da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência RRAS9, 2013



### 7.3. Ações a serem implantadas ou implementadas por componente da Atenção

A partir do diagnóstico realizado e considerando a importância do acesso e permanência das pessoas com deficiência nos diversos serviços e ações oferecidas, seguem ações a serem implantadas ou implementadas em cada componente:

#### - ATENÇÃO BÁSICA:

Ações a serem implantadas e/ou implementadas na ATENÇÃO BÁSICA da Rede da Pessoa com Deficiência da RRAS 9 Bauru:

Ações esperadas	Plano de ação para alcance do esperado	Responsáveis
• Tornar acessíveis as unidades de saúde quanto à estrutura física, de comunicação;	Levantar necessidades de adequação das UBS quanto à acessibilidade e estudar cronograma para adequação;	SMS
• Fortalecer as ações voltadas à prevenção de deficiências, promoção e atenção à saúde das pessoas com deficiência na atenção básica,	Incluir nas capacitações da atenção básica, informações sobre prevenção de deficiências as quais possibilitem a identificação precoce e encaminhamento para intervenção oportuna;	SMS e/ou DRS VI
• Articular os serviços de saúde da atenção básica e especializada para ampliação da potencialidade e resolubilidade em cada território, visando continuidade no cuidado em saúde;	Implantar protocolos de encaminhamento para CER e adotar o mecanismo de referência e contrarreferência	SMS e CER; CIR
• Ampliar e aprimorar o fornecimento e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses ortopédicas, auditivas e visuais compreendidos como parte do processo de reabilitação e não dissociado dos atendimentos terapêuticos	o fornecimento e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses ortopédicas, auditivas e visuais compreendidos como parte do processo de reabilitação e não dissociado dos atendimentos terapêuticos, deverá ser definido em conjunto profissionais da AB e CER	SMS e CER
• Fortalecer os processos de educação permanente dos profissionais de reabilitação desta Rede de Cuidados, com vistas ao aprimoramento da assistência;	Capacitar os profissionais da Atenção básica nas ações de saúde à pessoa com deficiência, utilizando os espaços do NEP H de cada Região de Saúde	SMS e/ou DRS VI, CER
• Utilizar a Política Nacional de Humanização como estratégia de educação permanente para todos os	implantar o Projeto Terapêutico Singular nas unidades básicas de saúde como mecanismo de acompanhamento e	SMS



profissionais da saúde com vias a garantir a efetivação da relação entre os serviços e programas a partir dos conceitos de equipe de referência, apoio matricial e projeto terapêutico singular;	monitoramento dos atendimentos.	
<ul style="list-style-type: none"><li>Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões;</li></ul>	Implementar os serviços na Atenção Básica com elaboração de fluxos, protocolos e ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência	SMS e/ou DRS VI
<ul style="list-style-type: none"><li>Implementar e consolidar estratégias para ampliar e qualificar a detecção precoce de deficiências e a intervenção oportuna;</li></ul>	Implantar o protocolo de avaliação contínua dos usuários das unidades básicas de saúde quanto a deficiências que deverão ser elaborados em parceria como os CER	SMS e CER
<ul style="list-style-type: none"><li>Fortalecer estratégias de articulação intersetorial para o cuidado das Pessoas com Deficiência e a inclusão nos diversos setores da sociedade (educação, trabalho, lazer, esportes, cultura)</li></ul>	Elaborar planos de ação municipal de atenção a pessoa com deficiência em parceria com os conselhos municipais das diferentes secretarias (Planejamento; Obras; Mobilidade urbana; Educação; Cultura; CRAS e CREAS, ONG e outros.)	secretarias (Saúde, Planejamento; Obras; Mobilidade urbana; Educação; Cultura; CRAS e CREAS, ONG e outros
<ul style="list-style-type: none"><li>Acolher as pessoas com deficiência, rompendo assim com a maior barreira enfrentada por este segmento da população: as barreiras atitudinais;</li></ul>	Acolhimento humanizado nas unidades municipais de saúde, seguindo os Manuais e Políticas de Humanização do MS	SMS
<ul style="list-style-type: none"><li>Atender necessidades gerais de saúde das pessoas com e sem deficiência, como pré-natal, vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimentos odontológicos e articular com outros serviços de forma que a atenção básica seja a ordenadora da rede de atenção à saúde;</li></ul>	Inserir as pessoas com deficiência nos diferentes grupos de orientação existentes nas unidades de saúde municipais, evitando o estigma da deficiência através de palestras e trabalhos em sala de espera	SMS
<ul style="list-style-type: none"><li>Realizar atendimento ginecológico e, na ausência de estrutura/ recursos adequados, prever referência para este atendimento, enquanto as adequações são</li></ul>		



realizadas;		
•Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com a pessoa com deficiência, família e equipamentos do território, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde, inclusão social e qualidade de vida das pessoas que residem ou circulam no território;	Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados objetivando o cuidado das pessoas com deficiência em diversas situações, como risco, violência, sofrimento mental ou deficiências/limitações funcionais decorrentes das condições crônicas e processo de envelhecimento;	SMS
•Acompanhar as Pessoas com Deficiência em suas necessidades específicas de reabilitação, realizando ações articuladas e complementares às desenvolvidas pela AB e CER	Acompanhar pessoas com deficiência que passaram por processo de reabilitação e retomar os atendimentos terapêuticos especializados, sempre que necessário, oferecendo transporte sanitário	SMS e CER
•Articular com equipes do Melhor em Casa e serviços especializados em reabilitação, sempre que necessário;	Definir junto as equipes do Melhor em Casa o atendimento as pessoas com deficiência	SMS
• Promover espaços de articulação intersetorial para que os projetos terapêuticos singulares das pessoas com deficiência sejam estabelecidos junto a outras áreas - como educação, esporte, lazer e trabalho – tendo em vista sua participação e inclusão social, educacional e no mercado de trabalho;	Planejar junto com os CER de referencia fórum de debates quanto a inclusão e reabilitação social	SMS e CER



**- ATENÇÃO ESPECIALIZADA:**

Ações a serem implantadas e/ou implementadas na ATENÇÃO ESPECIALIZADA da Rede da Pessoa com Deficiência da RRAS 9 Bauru:

<b>Ações esperadas</b>	<b>Plano de ação para alcance do esperado</b>	<b>Responsáveis</b>
I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo;	Estabelecer encontros entre coordenadorias de saúde, supervisões de saúde de cada região e diretores dos hospitais, visando à integração de serviços e criação de fluxos que atendam às pessoas com deficiência, de acordo com as necessidades de cada região, estabelecendo um protocolo de referência e contra referência que contemple de forma adequada a assistência a essa população;	DRS VI, CIR e CER
II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;	Implantar mecanismo de orientações para os usuários, familiares e acompanhantes através de palestras, conversas em salas de espera, cartilhas, campanhas educativas nas Unidades de Saúde, estabelecendo se necessário parcerias com outros órgãos da administração pública	DRS VI , CIR e SMS
III – produzir em equipe e, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;	Desenvolver Projeto Terapêutico Singular à atenção básica para o acolhimento, ações de reabilitação, apoio às famílias e articulação no território, tendo como foco a participação das pessoas com deficiência nos diversos locais da comunidade, a inclusão social, educacional e no mercado de trabalho.	DRS VI, CIR e CER
IV - garantir os dispositivos assistivos sejam criteriosamente indicados, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo seu uso seguro e eficiente;	Capacitar e atualizar a equipe dos CER de forma contínua e permanente	DRS VI - NEP H e CER, SMS
V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de	Implantar atendimento compartilhado entre AB e CER, os quais elaborarão o Projeto Terapêutico Singular definindo junto com o usuário e família, as ações de reinserção e reabilitação social.	SMS -AB E CER



redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;		
VI - estabelecer fluxos e práticas contínuas de cuidado à saúde, coordenadas e articuladas entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;	implantar mecanismos de monitoramento dos fluxos estabelecidos, bem como das práticas de cuidado à saúde	DRS VI e CIR , SMS
VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Supervisão de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;	Apresentação dos CER em reuniões de CIR do plano de atuação e matriciamento dos atendimentos realizados pela AB, com estratégias de continuidade do cuidado.	DRS VI e CIR

**- ATENÇÃO HOSPITALAR E URGENCIA /EMERGENCIA:**

Ações a serem implantadas e/ou implementadas na ATENÇÃO HOSPITALAR E URGENCIA/EMERGENCIA da Rede da Pessoa com

Deficiência da RRAS 9 Bauru

<b>Ações esperadas</b>	<b>Plano de ação para alcance do esperado</b>	<b>Responsáveis</b>
- responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;	1) Implantar estratégias de acolhimento e de classificação de risco 2) Realizar cursos, aulas e palestras que favoreçam o acolhimento das pessoas com deficiência junto a profissionais da atenção hospitalar e de urgência e emergência	DRS VI , CIR
- instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;	Implantar protocolos de atenção as pessoas com deficiência para que a equipe dos serviços de Urgência e Emergência se responsabilizem com o cuidado da pessoas independente da condição física e intelectual.	SMS, DRS VI
- ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação	Implantar ou adequar os leitos em Hospital Geral ou Especializado, os quais devem atender as necessidades das	HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS ,



hospitalar;	peças com deficiência de cada Região de Saúde, de acordo com os manuais de ambiência e acessibilidade da PCD e ANVISA	DRS VI
- ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e	Inserir nos Complexos Reguladores os pontos de atenção as Pessoas com Deficiência	SMS, DRS VI, CIR
- ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim	Adequar e ampliar o atendimento nas urgências e emergências odontológicas; ampliar os CEO e firmar fluxo de atendimento em centros cirúrgicos para as pessoas com deficiência	SMS





## 8. Referencias Bibliográficas:

BRASIL, Decreto nº 7.612, de 18 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem, Casa Civil, D.O.U. de 18 de novembro de 2011, Imprensa Nacional Nº 221– Seção 1 - p.12.

BRASIL, Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. **Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências, Casa Civil,** Publicado Diário Oficial da União - D.O.U. de 03 de dezembro de 2004, Imprensa Nacional – Seção 1 - p.5, 2004.

BRASIL, Portaria nº 793 GM/MS de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Casa Civil, D.O.U. de 25 de abril de 2012, Imprensa Nacional - Nº 80 – Seção 1 - p.94.

Brasil, Portaria 835 de 25 de abril de 2012. **Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Publicado Diário Oficial da União - DOU de 26/04/12 p.50 – seção 1 nº 81, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2006. 16 p. - Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA – IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 08 de maio. 2014, 17h31min.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. ISSN 0104-3145. Censo demogr., Rio de Janeiro, p.1-215, 2010 Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 08 de maio. 2014, 17h31min.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.



BRASIL, Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 - **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa**, publicado Diário Oficial União – DOU de 29/06/11 p. 1 – seção 1 nº 123, 2011.

São Paulo, CIB 61 de 04 de setembro de 2012. **Aprova o Termo de Referência para a Estruturação do Diagnóstico da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no SUS/SP**, publicado Diário Oficial Estado - DOE de 05/09/12 p.45 – seção 1 nº 168, 2012.

São Paulo, CIB 83 de 14 de novembro de 2012. **Aprova a segunda parte do Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no SUS/SP, conforme Anexo I**, publicado Diário Oficial Estado - DOE de 15/11/12 p. 34 – seção 1 nº 216, 2012.

MENDES, E. V. – As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

MENDES, E. V. – Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde sem Limites - Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Versão atualizada e publicada em 10 de abril de 2013 site: <http://.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia>, 2013. Acesso em: 26/03/2013, 18h13min.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde, Coordenação de Acessibilidade da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas co Deficiência/ Secretaria Nacional de Direitos Humanos/ Presidência da República <http://.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia>, 2013. Acesso em: 26/03/2013, 18h13min.



## **9. ANEXOS**

### **9.1. Atas de aprovação da Rede da Pessoa com deficiência RRAS9 por CIR**