



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XVII - TAUBATÉ**

**PLANO DE AÇÃO
REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
RRAS17**

OUTUBRO DE 2014

Maristela Siqueira Macedo de Paula Santos

Diretor Técnico do Departamento Regional de Saúde de Taubaté – DRS XVII

Equipe Técnica– DRS XVII – Taubaté

Colegiados de Gestão Regional:

Alto Vale do Paraíba – RRAS 17

Circuito da Fé e Vale Histórico – RRAS 17

Litoral Norte – RRAS 17

Vale do Paraíba e Região Serrana – RRAS 17

Grupo Condutor Regional– RRAS 17

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE - RRAS17 – TAUBATÉ

1. Introdução	04
1.1. Diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	06
1.2. Objetivos Gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	07
1.3. Objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	07
2. Conceitos	08
3. Metodologia	10
4. Apresentação dos Dados	11
4.1. Condições Geográficas e Demográficas	11
4.2. Perfil Sócio econômico	17
4.3. Perfil de Morbimortalidade	23
5. Indicadores referentes à pessoa com deficiência	34
5.1. População com Deficiência	34
5.2. Componentes da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência	36
5.2.1. Componentes da Atenção Básica	37
5.2.2. Componentes da Atenção especializada	44
5.2.3. Mecanismo de Controle Social	55
5.2.4. Fluxo Atual das Referências Regionais	57
5.2.5. Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	63
6. A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência na RRAS 17	69
6.1. Incentivos Financeiros	70
6.2. Proposta de desenho da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência na RRAS 17	71
6.2.1. Região de Saúde Alto Vale do Paraíba	74
6.2.2. Região de Saúde Litoral Norte	77
6.2.3. Região de Saúde Circuito da Fé e Vale Histórico	79
6.2.4. Região de Saúde Vale do Paraíba e Região Serrana	80
7. Plano de Ação	84
7.1. Componente Atenção Básica	84
7.2. Componente Atenção Especializada	88
7.3. Componente Urgência e Emergência	92
8. Considerações Finais	93

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 – Taubaté

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *um dos compromissos do Governo brasileiro, por intermédio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, é assegurar um País acessível para todas e todos, o que significa reconhecer e realizar os direitos de mais de 24 milhões de brasileiros e brasileiras com deficiência, segundo o IBGE. (BRASILIA, 2012)*

Na busca de garantir atenção à saúde e condições de vida digna a todas as pessoas que apresentam alguma deficiência, na consolidação dos direitos humanos e considerando o contínuo processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS, a política de redes regionalizadas como diretriz de organização e garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A Rede Regional de Assistência à Saúde - RRAS 17 Taubaté, apresenta o **Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência** atendendo aos requisitos legais conforme segue:

- ✓ Decreto Presidencial nº 7.612, DE 17/11/2011 institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite;
- ✓ Portaria MS/GM nº 793, de 24/04/2012, que institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência;
- ✓ Portaria MS/GM nº 835, de 25/04/2012, que institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente de Atenção Especializada;
- ✓ Deliberação CIB nº 61, de 04/09/12 aprova o Termo de Referência para a estruturação do diagnóstico da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência e

- ✓ Deliberação CIB nº 83, de 13/11/2012 aprova segunda parte do Termo de Referência para a estruturação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

Considerando a necessidade de que o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável, intermitente e contínua; o Plano de Ação a seguir foi trabalhado em consonância com a Portaria GM/MS nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para a organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Cabe ressaltar que as RRAS buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território e são caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde, sendo que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

As regiões do Alto Vale do Paraíba e Litoral Norte, em 2000, iniciaram um processo de discussão e reflexão sobre a atenção e acolhimento das pessoas com deficiências na atenção básica e a concepção de implantação de serviços municipais especializados, organizados em modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS e normativas do Ministério da Saúde (MS), incorporando princípios da descentralização e humanização da atenção, com o apoio do Departamento de Fisioterapia e terapia Ocupacional da USP.

Este projeto contou com a participação de representações das Secretarias de Obras, Transportes, Educação, Planejamento, Urbanismo, Lazer e Cultura, Ação Social, Cidadania, Associação de pessoas com deficiência, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Municipais da Pessoa Com Deficiência, Representantes de Familiares, Representantes de Universidades e técnicos de instituições prestadoras de serviços nos diferentes municípios.

Em 2004, o processo foi finalizado e produziu o documento “*Política Regional de Atenção à Saúde e Reabilitação a Pessoa com Deficiência*”, o qual define estratégias e estimula os municípios para a organização e funcionamento de serviços em níveis de complexidade interdependentes e complementares, o qual norteou o trabalho de implantação de políticas municipais de atenção às pessoas com deficiência, a partir de então, resultou ao

longo destes anos em grande avanço na atenção à pessoa com deficiência nos municípios da Região de Saúde.

Considerando as disposições gerais estabelecidas na Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 seguem:

1.1 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).

1.2 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.

1.3 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.

2 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, conforme Deliberação CIB 83 de 14 de novembro de 2012:

- ✓ **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 continua 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;
- ✓ **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 24 de abril de 2012.
- ✓ **Oficina ortopédica:** constitui-se de um serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), conforme Portaria 793, de 24 de abril de 2012.

3 METODOLOGIA

Esse documento foi construído a partir das referências, diretrizes e objetivos da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde; da portaria 835 de 25/04/2012; da deliberação CIB nº 61 de 04 de setembro de 2012 e deliberação CIB nº 83 de 14/11/2012 que tratam do termo de Referência para a Estruturação do Diagnóstico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e também dos instrutivos do Ministério da Saúde.

A estruturação do trabalho foi conduzida a partir da formação do Grupo Condutor Regional e o levantamento do diagnóstico e fechamento do desenho da Rede se deu a partir do Termo de Referência publicado na Deliberação CIB nº 83, de 13/11/2012.

A partir do Termo de Referência para a Estruturação do Diagnóstico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS/SP, primeiramente, foi elaborada a planilha da matriz diagnóstica, preenchida individualmente pelos municípios, após processo de discussão e oficinas de trabalho com os técnicos municipais, gestores e Conselhos Municipais de Saúde, com o objetivo de levantar dados que embasassem o desenho da Rede.

Cada Comissão Intergestores Regional (CIR) elegeu seu grupo condutor que em conjunto com os Assistentes Técnicos e Articuladores da Atenção Básica do DRS e apoiadores, trabalhou no processo de construção de dados regionais, discutindo, planejando, elaborando, bem como provisionando embasamento técnico para os gestores no processo de construção, consolidação e acompanhamento na definição do desenho da Rede na área de abrangência de cada CIR.

O trabalho na CIR do Litoral Norte foi concluído antes dos demais e com orientação e apoio do Grupo Condutor Estadual e DRS XVII – Taubaté as outras CIR avançaram nas discussões e conclusão dos planos de ação.

Após a construção da Rede Regional de Cuidados à Pessoa com Deficiência é objetivo do Grupo Condutor Regional se manter articulado, realizando encontros mensais para acompanhamento, monitoramento e avaliação do processo de reorganização da assistência e gestão do cuidado à Pessoa com Deficiência.

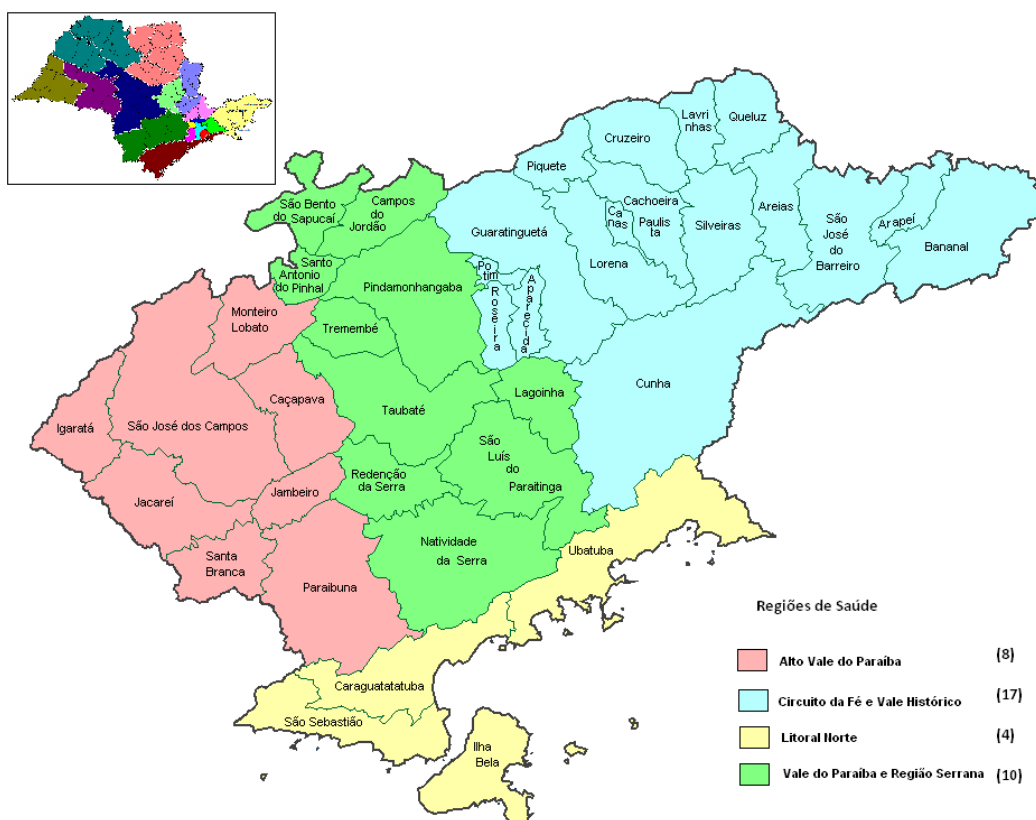
A proposta do projeto foi apresentada e aprovada pelos gestores nas reuniões de CIR do mês de agosto de 2014.

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1 Condições Geográficas e Demográficas

A Região de Saúde

Mapa 01 – RRAS 17 - Taubaté



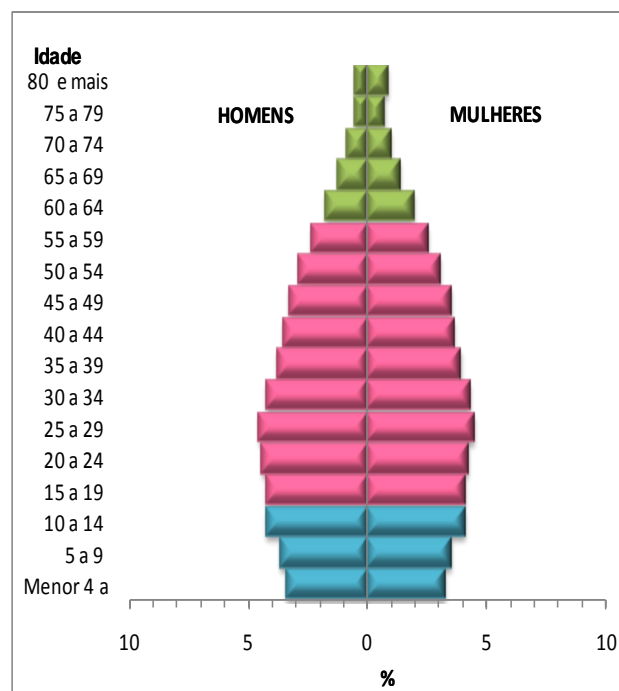
Fonte: DRS XVII – Taubaté

A RRAS 17 Taubaté, localiza-se a leste do estado de São Paulo, sua área de abrangência corresponde aos 39 municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba (RMVP), totalizando uma população de 2.264.594 habitantes (IBGE 2010). É formada por quatro Regiões de Saúde como segue abaixo (Mapa 01):

- ✓ Alto Vale do Paraíba: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos;
- ✓ Litoral Norte: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba;
- ✓ Vale do Paraíba e Região Serrana: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé;
- ✓ Circuito da Fé e Vale Histórico: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá, Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro e Silveiras.

Distribuição da população segundo sexo e faixa etária
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010

POPULAÇÃO 2010 - RRAS 17			
Idade	Masculino	Feminino	Total
Menor 4 anos	76.947	74.322	151.269
5 a 9 anos	82.020	79.435	161.455
10 a 14 anos	96.283	93.068	189.351
15 a 19 anos	96.134	92.613	188.747
20 a 24 anos	99.578	96.745	196.323
25 a 29 anos	102.336	102.174	204.510
30 a 34 anos	96.094	98.203	194.297
35 a 39 anos	85.140	88.015	173.155
40 a 44 anos	79.398	82.783	162.181
45 a 49 anos	72.969	79.343	152.312
50 a 54 anos	64.872	69.725	134.597
55 a 59 anos	53.254	57.012	110.266
60 a 64 anos	40.173	44.065	84.238
65 a 69 anos	27.637	31.405	59.042
70 a 74 anos	19.407	23.077	42.484
75 a 79 anos	12.255	16.580	28.835
80 anos e +	11.827	19.705	31.532
Total	1.116.324	1.148.270	2.264.594



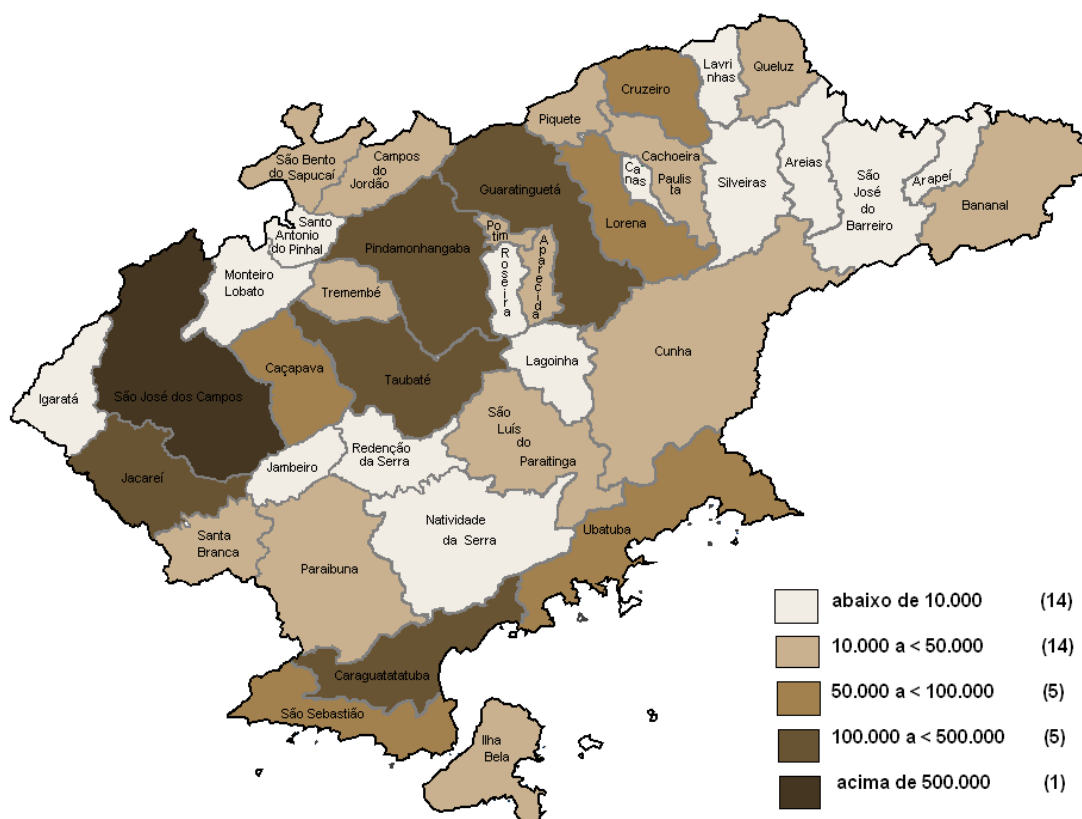
Fonte: SES SP / IBGE - Censos Demográficos

Considerando a pirâmide populacional apresentada, a população está concentrada na faixa etária entre 15 e 49 anos, o que sugere ser uma população economicamente ativa com predomínio de adultos jovens, indicando também uma importante porcentagem de mulheres em idade fértil, sendo que os números de homens e mulheres praticamente se equivalem. Na faixa etária de 60 anos ou mais, observa-se o predomínio de mulheres num percentual de 13%.

Observa-se que as Regiões de Saúde que compõe a RRAS 17 concentram sua população na faixa etária de 10 a 34 anos, sendo que de 10 a 29 anos há maior número de homens e que a partir de 30 anos essa relação se inverte, passando a ter cada vez mais mulheres que homens quanto maior a faixa etária.

Porte Populacional

**Mapa 02 – Distribuição dos municípios segundo Porte Populacional
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010**



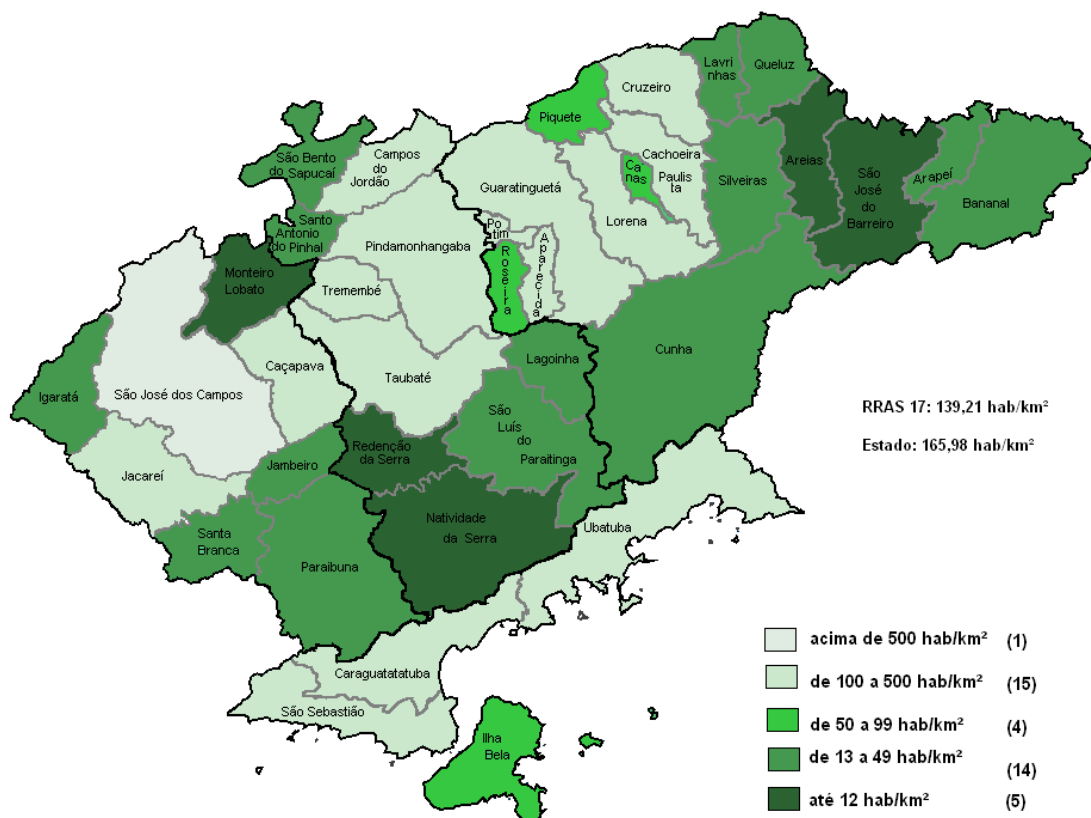
Fonte: SES SP / Censo Populacional 2010 IBGE / DATASUS

A população da RRAS 17 em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 2.264.594 habitantes, que corresponde a 5,4% da população do Estado de São Paulo. Há de se observar na última década, um crescimento de 12% na população da região.

O município de maior população é São José dos Campos com 629.921 habitantes, que faz parte da Região de Saúde do Alto Vale do Paraíba, esta região detém aproximadamente 40% da população da RRAS 17. O município com a menor população Arapeí com 2.493 habitantes localizados na Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico, região que detém 41% de seus municípios com população inferior 10.000 habitantes.

Densidade Demográfica

Mapa 03 – Densidade Demográfica
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010



Fonte: SES SP / Censo Populacional - 2010 - IBGE/DATASUS - Março/2012.

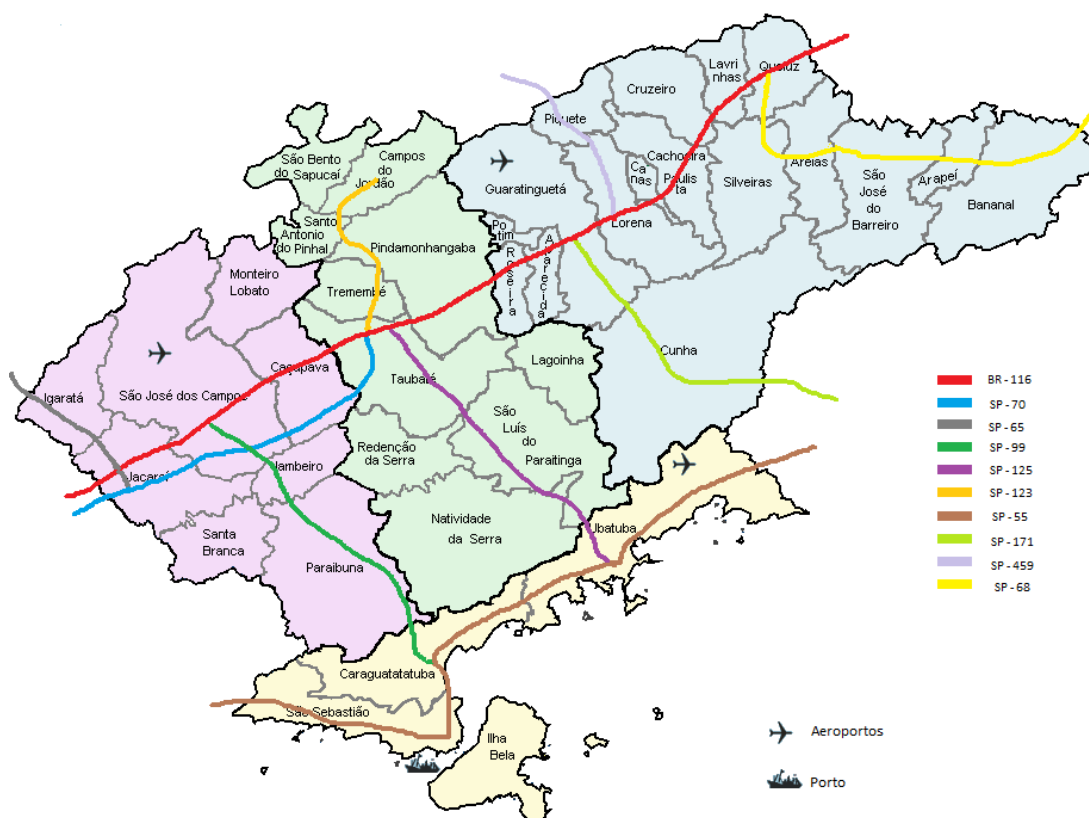
A densidade demográfica da RRAS 17 no ano de 2010 é bastante variada, de 551,59 hab./km² para o município de São José dos Campos a 6,80 hab./km² em São José do Barreiro, conforme Mapa 04. Tendo como média 139,21 hab./km² para a RRAS 17, próximo ao

índice do Estado de São Paulo que é de 165,98 hab./km². A particularidade na região é apresentada pelos municípios de Bananal, São José do Barreiro, Cunha, São Luiz do Paraitinga, Natividade da Serra e Paraibuna, que possuem grande extensão territorial e baixa densidade demográfica.

Analisando as modificações na densidade demográfica, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde, entre os anos 2000 e 2010, observamos um significativo aumento nos grandes centros urbanos da região, principalmente nos municípios de Caraguatatuba, Jacareí, Taubaté, São José dos Campos. A exceção se dá no município de Potim, onde o crescimento populacional ocorreu justificado pela construção de duas Penitenciárias no ano de 2002.

Rotas de Comunicação e Vias de Acesso

Mapa 04 – Malha Viária



Fonte: Região Metropolitana do Vale do Paraíba

A rodovia que corta todo o Vale do Paraíba é a BR-116/Via Dutra, que liga São Paulo ao Rio de Janeiro e dá acesso a várias cidades do Vale do Paraíba e às principais estradas que cortam a região. Os maiores municípios como Jacareí, São José dos Campos, Caçapava,

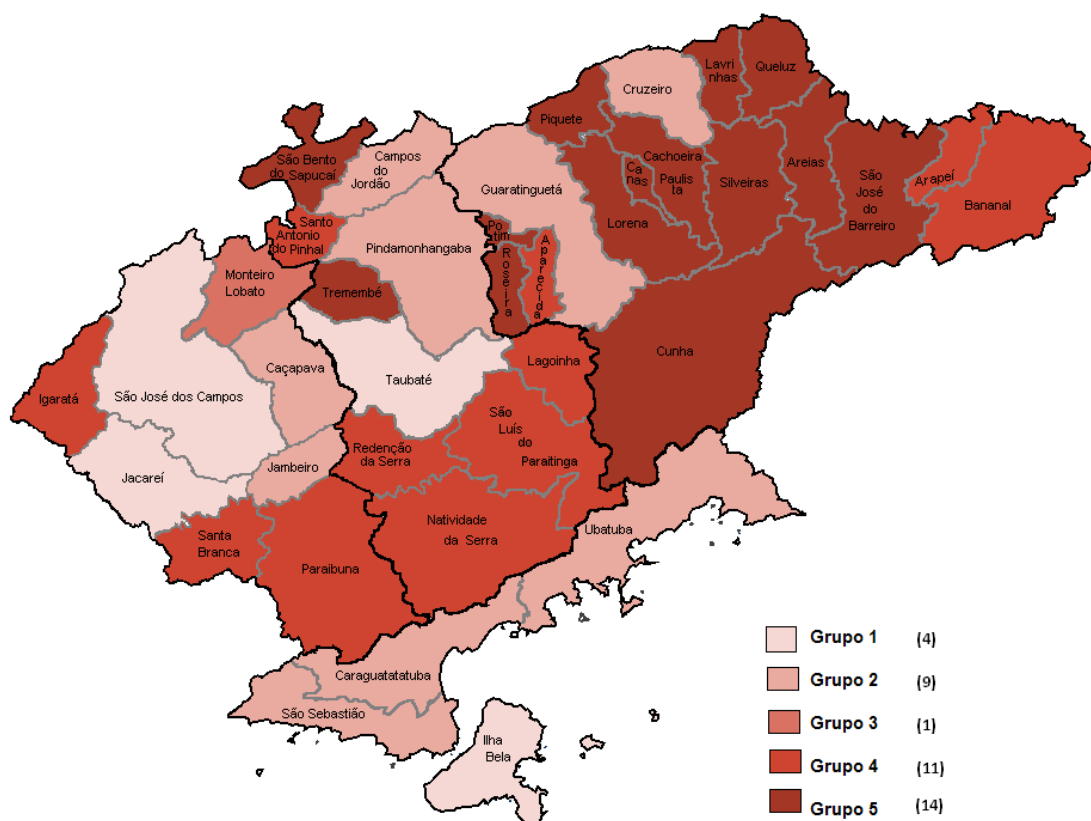
Taubaté, Pindamonhangaba, Guaratinguetá e Lorena situam-se ao longo da rodovia, e para se chegar às demais, no entanto, é necessário utilizar vias secundárias.

A Via Dutra dá acesso a importantes rodovias como Dom Pedro I (SP-65), Tamoios (SP 99), Sistema Ayrton Senna/Carvalho Pinto (SP 070) e Oswaldo Cruz (SP 125).

A BR – 101 Rodovia Doutor Manuel Hipólito Rego é a única via de comunicação entre os municípios do litoral, interligando Ubatuba a São Sebastião, sendo também uma importante via de comunicação das cidades litorâneas, com linhas regulares de ônibus municipais e grande fluxo de bicicletas.

Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS

Mapa 05 – Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010 (base 2008)



Fonte: SES SP/ Fundação SEADE/SP – IPRS de 2010 (base 2008)

Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – 2008, que mede o desempenho dos municípios em relação a indicadores de riqueza municipal, longevidade e escolaridade, destaca-se que 61,5 % da região, compreendida por 25 Municípios, apresentam

IPRS nos grupos 4 e 5 que agregam baixos níveis de riqueza e deficiência nos indicadores sociais, como mostra o mapa 06. As regiões de saúde que detém a maior parte dos municípios citados são Vale do Paraíba e Região Serrana com 70% de seus municípios nessa faixa de indicadores e Circuito da Fé e Vale Histórico com 82,3%.

Os três indicadores ora analisados (PIB, IDH e IPRS) mostram que as Regiões de Saúde que contam com município com menor PIB sofrem influência no desenvolvimento humano, apresentando baixo desempenho nos indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade.

4.2 Perfil Sócio Econômico

A Região Metropolitana do Vale do Paraíba foi criada pela Lei Complementar Estadual 1.166, de 9 de janeiro de 2012, é formada por 39 municípios agrupados em cinco sub-regiões que compreendem os mesmos municípios da RRAS 17. Vale ressaltar que a RRAS 17, conforme apresentado anteriormente, é subdividida em quatro Regiões de Saúde.

A região está estrategicamente situada entre as duas Regiões Metropolitanas mais importantes do país: São Paulo e Rio de Janeiro e forma um quadrilátero entre as cidades de Santos, Campinas, São Paulo e São José dos Campos, chamada Macro MetrÓpole Paulista que abriga dois terços da população paulista. A região concentra 82,7% do PIB estadual e, aproximadamente, 27,7% do nacional.

Representa grande centro urbano estadual apresentando perfil econômico positivo que dispõe de um amplo polo industrial que atua no campo automobilístico, mecânico, aeroespacial, petrolífero, farmacêutico, vidreiro, metalúrgico e químico, polo científico e tecnológico com INPE (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais) e DCTA (Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial) e ainda com seu turismo ecológico e religioso em franca expansão.

Outro setor forte da economia está relacionado ao Turismo Ecológico e Religioso nas Regiões de Saúde Circuito da Fé e Vale Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba e

Região Serrana. Na área de abrangência da CIR do Circuito da Fé e Vale Histórico, a economia está centrada em pequenos espaços de fabricação de artesanato de argila, madeira e barbante com mão de obra informal, além do turismo religioso nas cidades de Aparecida, Cachoeira Paulista e Guaratinguetá com população flutuante estimada de 12.000.000 de romeiros / ano. Na área do Vale do Paraíba e Região Serrana as instâncias turísticas de Campos do Jordão e Santo Antônio do Pinhal no inverno recebem um acréscimo significativo da população que frequenta os festivais de inverno, sendo que o mesmo observa-se em Cunha. No Litoral Norte é durante a temporada de verão que o turismo se fortalece e segundo dados da Polícia Rodoviária a população quadruplica.

A economia é diversificada sendo que a agropecuária desempenha papel importante em vários municípios dessa região. O Vale do Paraíba é o segundo maior polo produtor de leite do país, apesar de ainda sustentar boa parte da população rural dos pequenos municípios. O arroz é um dos mais importantes produtos agrícolas da região, embora outras culturas diversificadas estão sendo experimentadas por alguns produtores nessas várzeas.

Os municípios do Litoral Norte formam uma microrregião com especificidades regionais que os diferenciam dos demais pertencentes à RRAS 17. Possuem característica peculiar com acidentes geográficos e ampla extensão litorânea ocupada por grande migração e expansão imobiliária na década de 70. Os municípios de Caraguatatuba e São Sebastião tiveram também o impacto da indústria petrolífera com a Petrobrás e o Porto e mais recentemente a base de gás.

Em relação à educação, visando à formação para agregar a produção da economia local, o Vale do Paraíba é uma região que conta com várias Escolas Técnicas Estaduais (ETEC) entre outras, presentes nas seguintes cidades: Caçapava, Cachoeira Paulista, Caraguatatuba, Cruzeiro, Guaratinguetá, Jacareí, Lorena, Pindamonhangaba, São José dos Campos, São Sebastião e Taubaté.

Observa-se grande concentração e nas últimas décadas ampliação de instituições de ensino superior privada e pública em São José dos Campos, Guaratinguetá, Lorena, Pindamonhangaba, Taubaté, Jacareí, Roseira, Ubatuba e Cruzeiro.

Como relatado a região de abrangência da RRAS 17 apresenta significativa diversidade socioeconômica. Enquanto uma área é considerada um centro urbano estadual

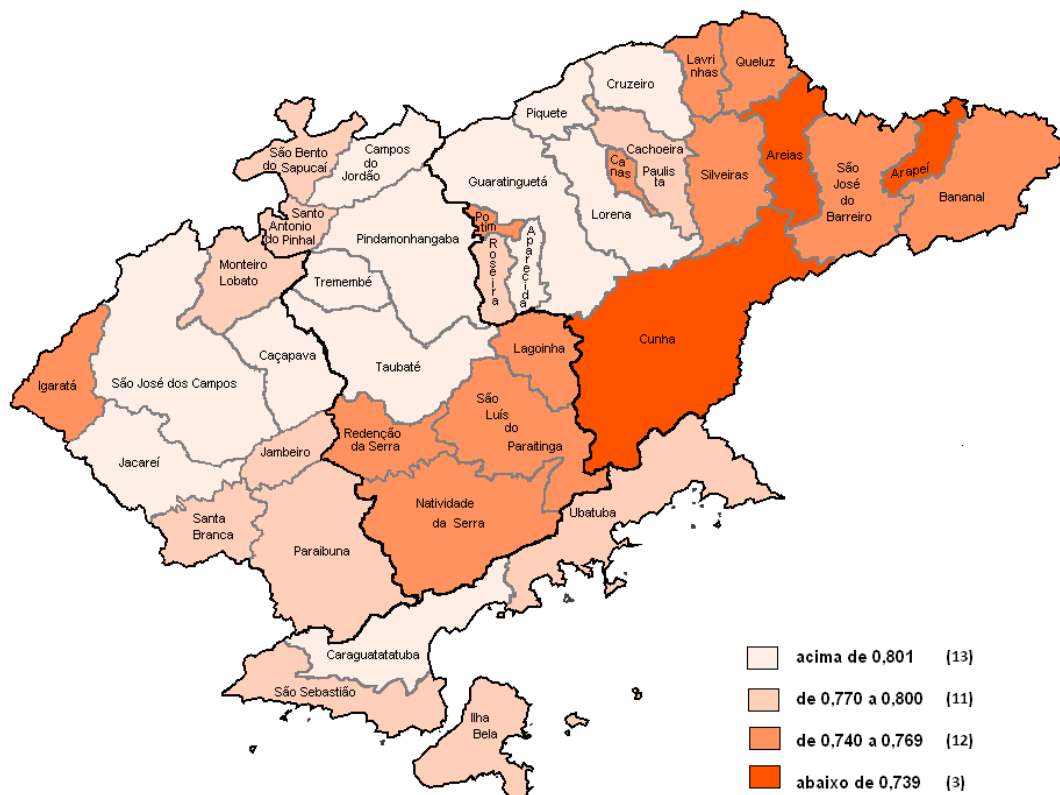
mais desenvolvido que dispõe de um amplo polo industrial, aeroespacial, automobilístico, mecânico e centros de ensino e pesquisa, há outras regiões em que a atividade industrial é relativamente reduzida, os municípios são cidades-dormitório, apresentam concentração econômica modesta e ambiente urbano pobre.

A diversidade socioeconômica apontada no texto é observada em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que analisa renda, grau de escolaridade e nível de saúde, que no Estado de São Paulo é 0,814 (2010).

Observa-se grande variação de resultados na RRAS 17 de acordo com o Mapa 07. Onde 66,6% da região, correspondendo a 26 municípios, apresentam resultados inferiores a 0,800 .

Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

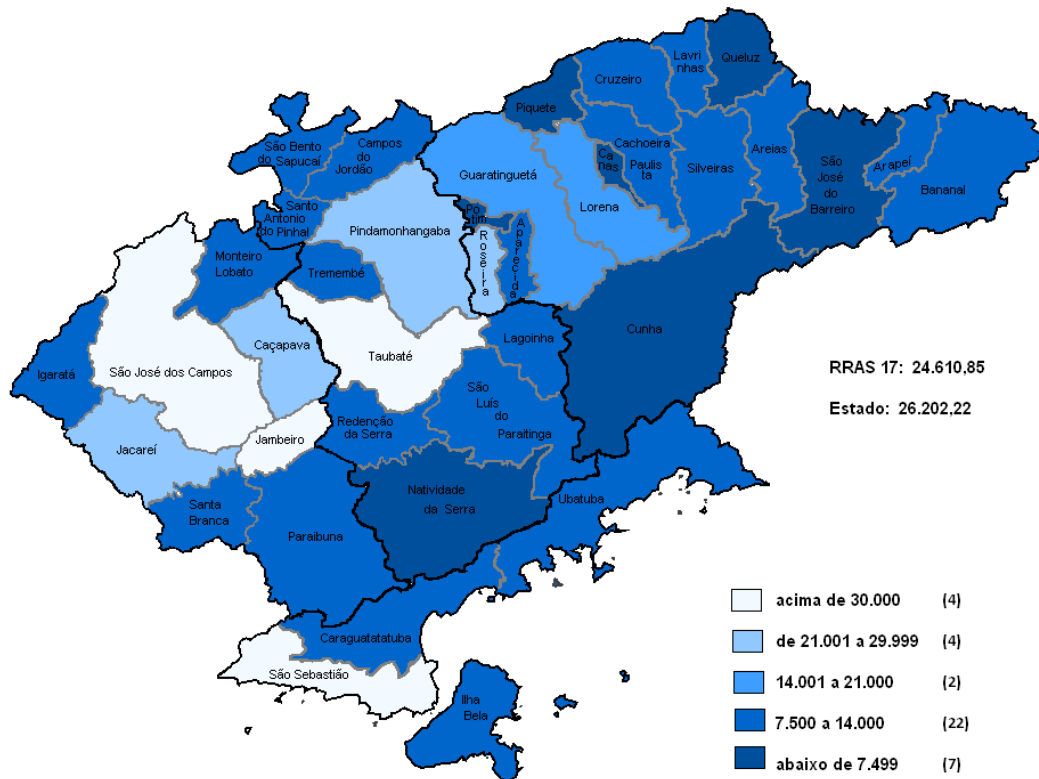
Mapa 06 - Índice de Desenvolvimento Humano
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2000



Fonte: Fundação SEADE

Produto Interno Bruto - PIB

Mapa 07 – PIB per capita
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS17
Período: 2009



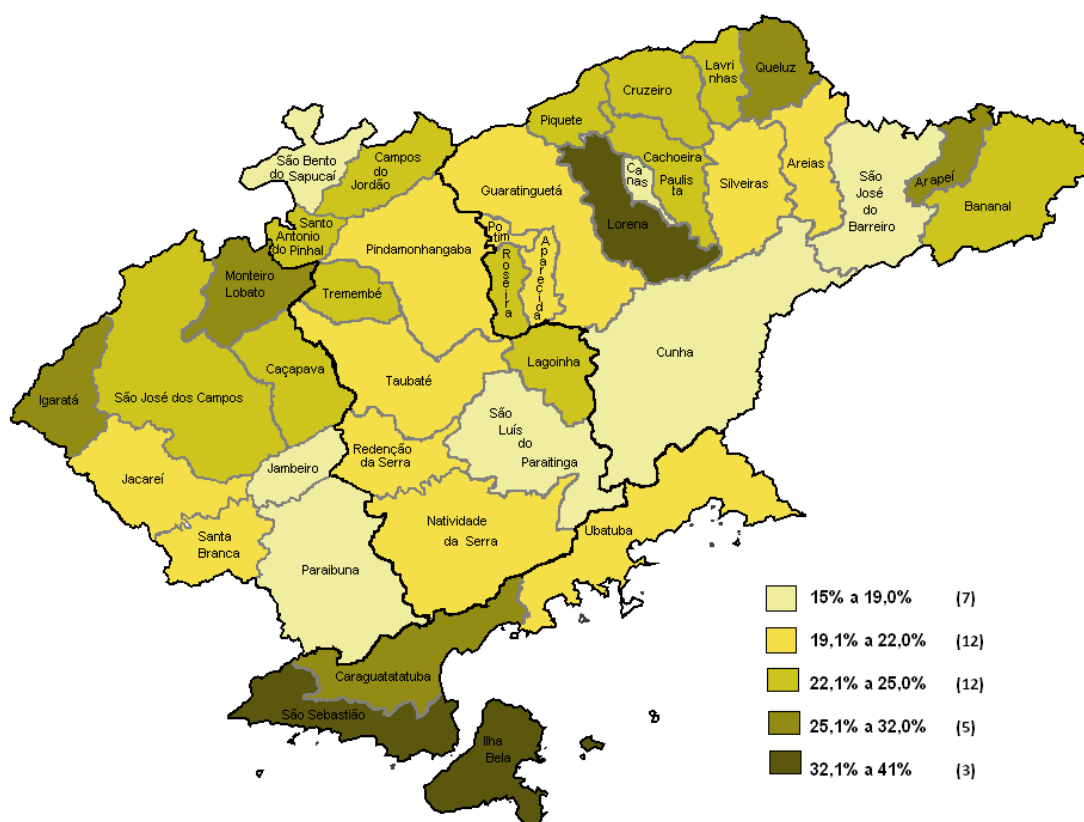
Fonte: SES SP/ SEADE e IBGE (cálculo com base na estimativa populacional para o TCU/IBGE)

Em relação ao Produto Interno Bruto - PIB a região apresenta significativa diversidade em função da organização de geração de renda. O turismo crescente na região seja religioso nas cidades da região do Circuito da Fé e Vale Histórico, ou ecoturismo no Litoral Norte e Vale do Paraíba e Região Serrana, além do próprio do Circuito da Fé e Vale Histórico; para a maioria desses municípios é a principal atividade que impulsiona a economia local, considerando o conjunto de atividades relacionadas, desde a prestação de serviços até a geração de empregos. Ao mesmo tempo em que há polos industriais significativos se comparados ao Estado destacando-se os municípios de São José dos Campos, São Sebastião, Jacareí, Taubaté, Pindamonhangaba e Guaratinguetá. O Estado de São Paulo, em 2009, apurou o valor de R\$26.202,00 (per capita) e na RRAS 17 o valor em 2010 foi de R\$24.610,00 (per capita). O Mapa 08 demonstra a existência de 8 (oito) municípios com valor superior a R\$21.001,00 e 31 (trinta e um) municípios com valores abaixo.

Neste contexto há uma relação bastante importante do PIB com IDH o que deve levar o conjunto de gestores desta região, ao pensar na construção do Mapa da Saúde, buscar estratégias para garantir acesso da população considerando estas desigualdades socioeconômicas.

Aplicação de Recurso Próprio na Saúde

**Mapa 08 - Participação da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2010**

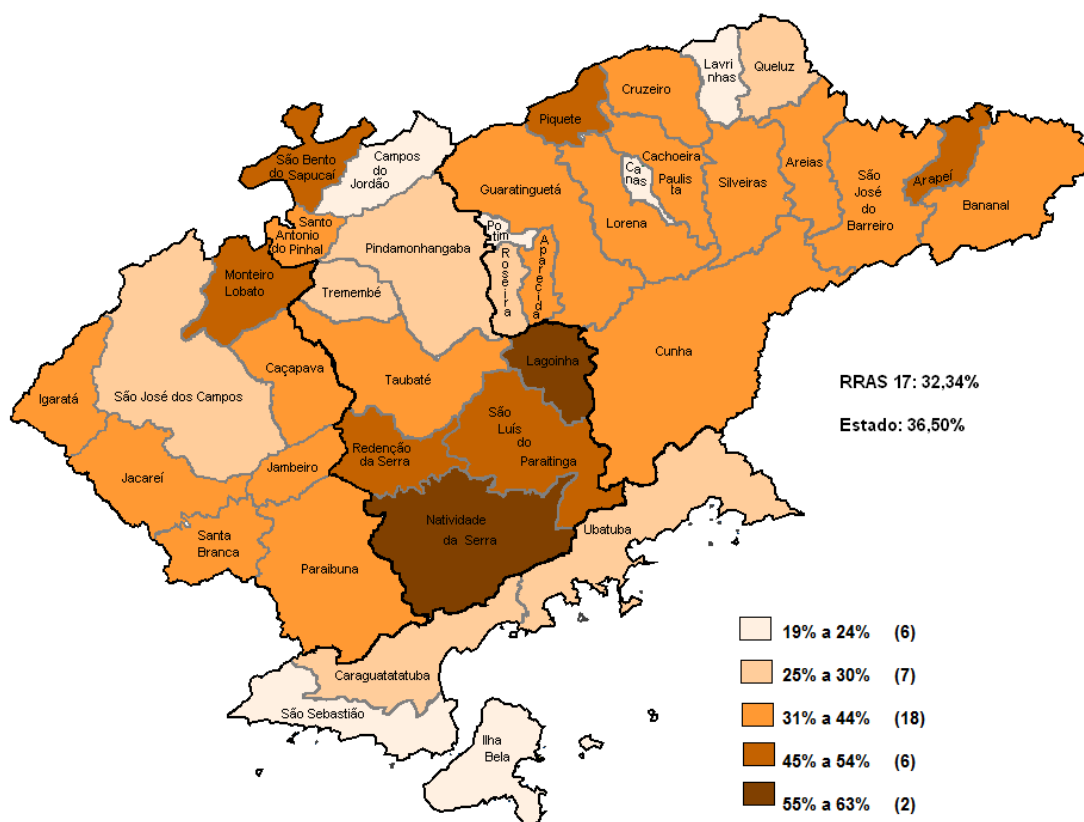


Fonte: Prefeituras Municipais - Tabulação elaborada em 30/maio/2012 - DATASUS/SIOPS

Analisando a RRAS 17, referente à Participação da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a Emenda Constitucional 29/2000, os trinta e nove municípios estão aplicando 15% do tesouro municipal, ou mais, em saúde conforme preconizado. Temos três municípios aplicando acima de 32,1% do tesouro municipal, sendo dois da região do Litoral Norte e um da região do Circuito da Fé e Vale Histórico, conforme Mapa 09.

Índice de Envelhecimento

Mapa 09 – Índice de Envelhecimento
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2010

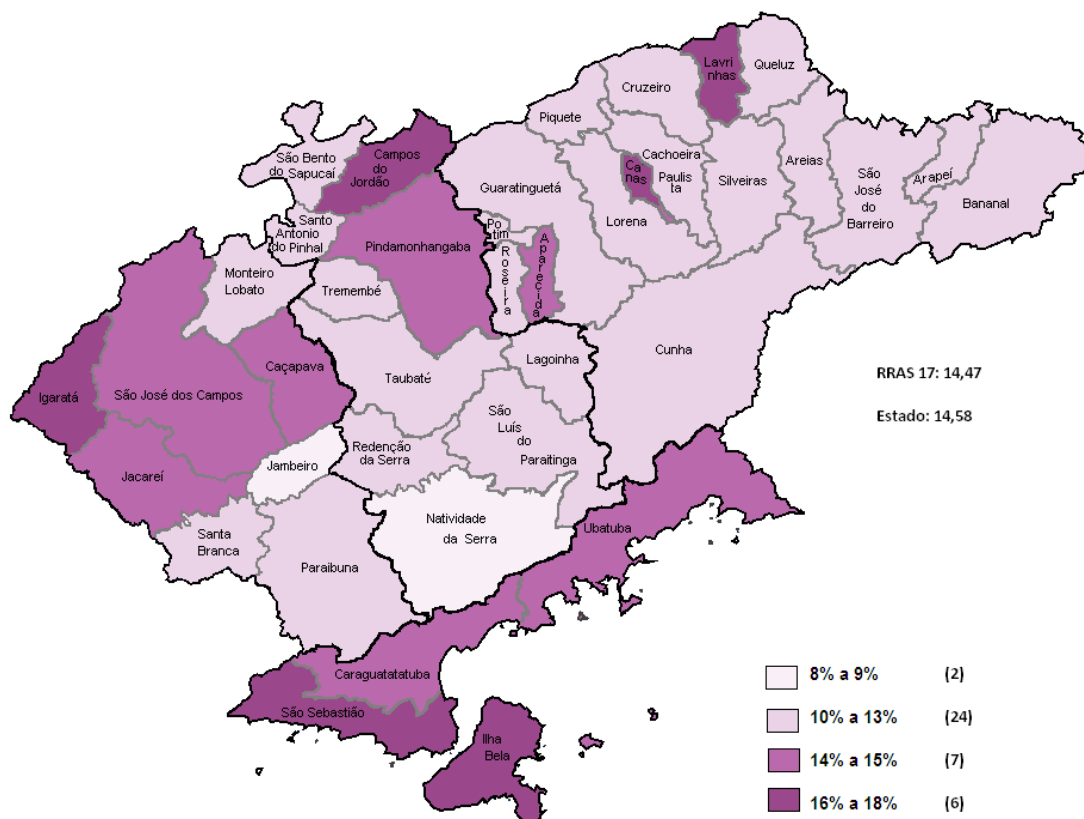


Fonte: SES SP/ Censo e Estimativa Populacional/IBGE - Março/2012.

O Índice de envelhecimento é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem. O Mapa 11 expressa o número de residentes com 65 ou mais por indivíduos de 15 anos ou menos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à política nacional do idoso (Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se o parâmetro de 60 anos ou mais.

Taxa de Natalidade

Mapa 10 - Taxa de Natalidade
Rede Regional de Atenção a Saúde - RRAS 17
Período: 2010



Fonte: SES SP /Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE - Tabwin em abril de 2012

Estimativa Populacional - IBGE/DATASUS

Obs.: Número de Nascidos Vivos por 1000 Habitantes

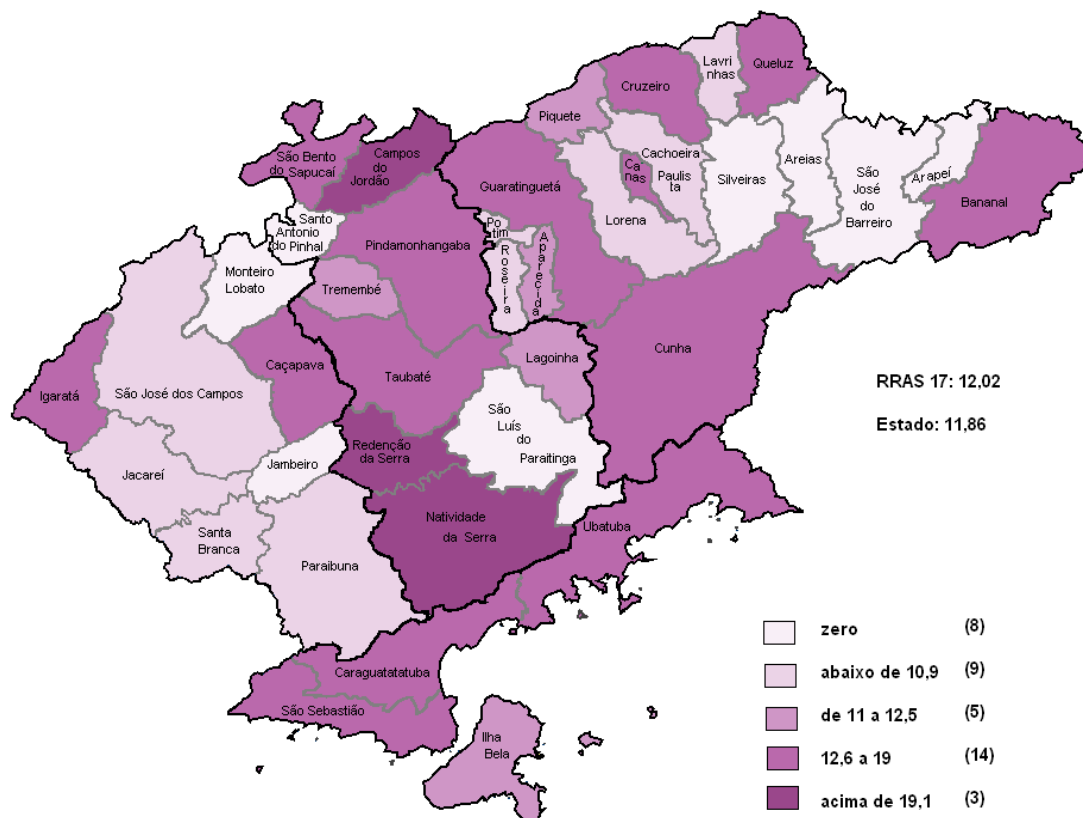
Em análise à taxa de natalidade, no ano de 2010, conforme Mapa 14, observa-se que 66% dos municípios da RRAS 17 apresentam indicadores abaixo do Estado.

4.3 Perfil de Morbimortalidade

A RRAS 17 apresenta um perfil epidemiológico da população compatível com as mudanças sócio econômico que vem ocorrendo nas últimas décadas, com implicações no panorama de saúde de sua população e na organização dos serviços de saúde, o que exige dos gestores públicos especial atenção no planejamento de ações capazes de responder às necessidades locais.

Mortalidade Infantil

Mapa 11 – Taxa de Mortalidade Infantil
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010



Fonte: SES SP/ IBGE - Censos Demográficos

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores utilizado em saúde pública como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno – infantil. É utilizado para analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais e também subsidia o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante. É calculada através da relação do número de óbitos em menores de 1 ano pra cada 1.000 nascidos vivos.

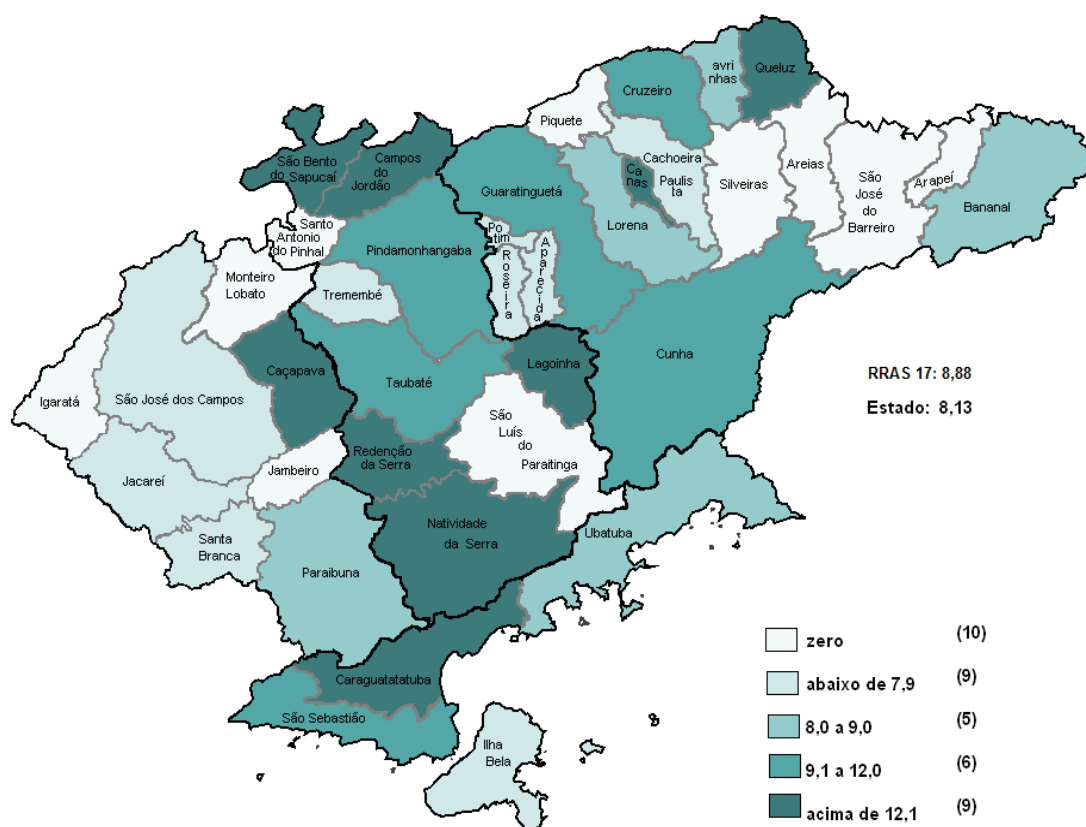
Conforme Mapa 17, observamos 17 municípios com coeficiente de mortalidade infantil acima do indicador da RRAS 17 e do Estado.

A falha no preenchimento das Declarações de Óbito é fator que dificulta a obtenção fidedigna das causas básicas dos óbitos. Observamos uma proporção elevada de

mortes por causas mal definidas na maioria dos municípios da RRAS 17. Também há falhas na completude do preenchimento de variáveis importantes das declarações de óbito, tais como peso ao nascer, idade da mãe, idade gestacional no momento do parto, dentre outras, que exerce grande influência na determinação da morbimortalidade no primeiro ano de vida. Observa-se um grande número de óbitos neonatais, provavelmente evitáveis de crianças com peso ao nascer adequado e sem registro de malformações congênitas letais. As falhas apontadas dificultam a obtenção de indicadores utilizados no direcionamento das políticas públicas de saúde.

Mortalidade Neo Natal

Mapa 12 – Taxa de Mortalidade Neo- Natal
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010



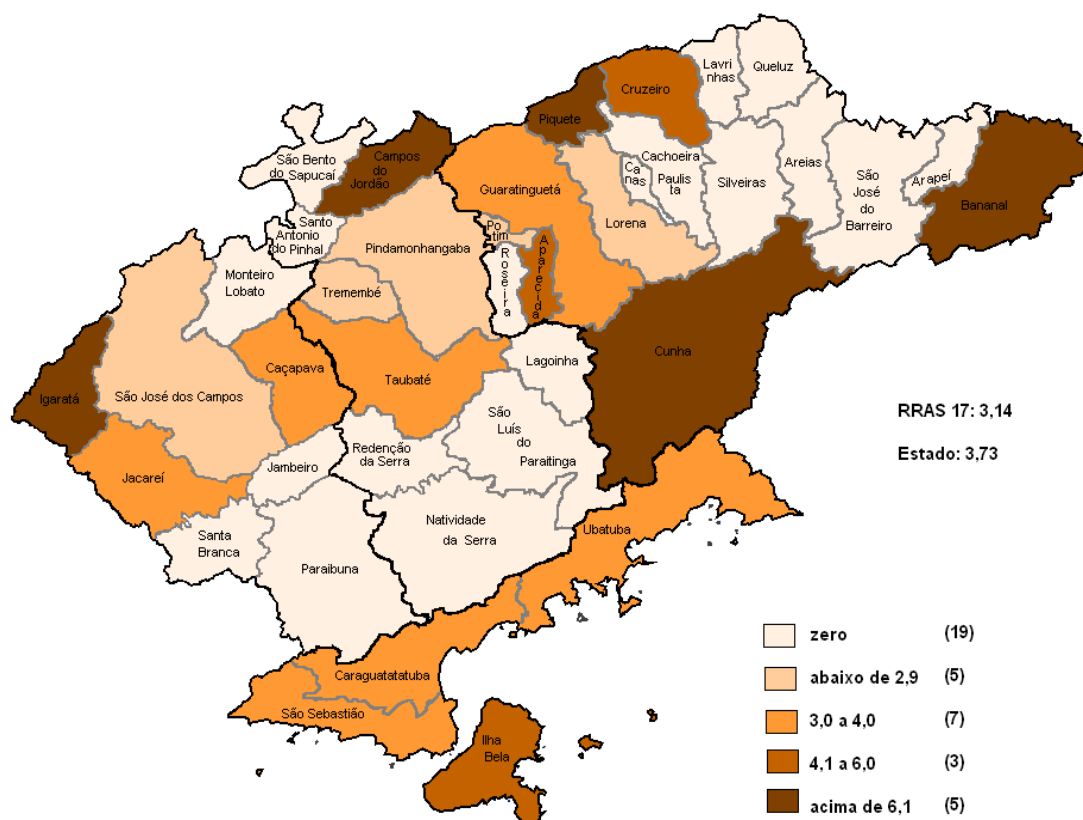
Fonte: SES SP/ IBGE - Censos Demográficos

Os coeficientes de mortalidade neonatal elevados em geral estão relacionados às condições socioeconômicas e de saúde da mãe insatisfatórias, bem como a assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido inadequado.

Conforme mapa 18, observamos 15 municípios com taxa de mortalidade neonatal acima do indicador da RRAS 17 e do Estado.

Mortalidade Pós Neo Natal

Mapa 13 – Taxa de Mortalidade Pós Neo Natal
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2010



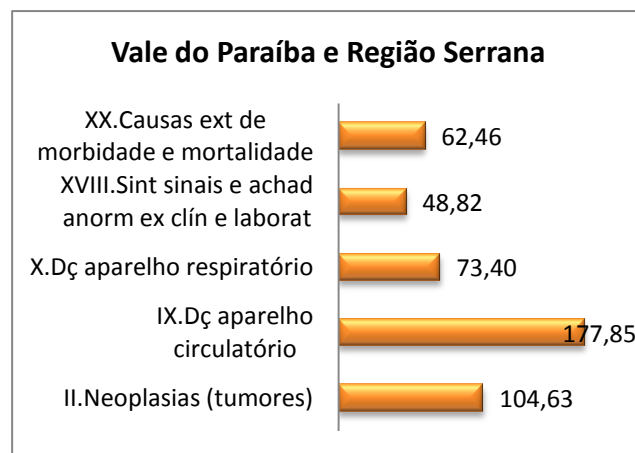
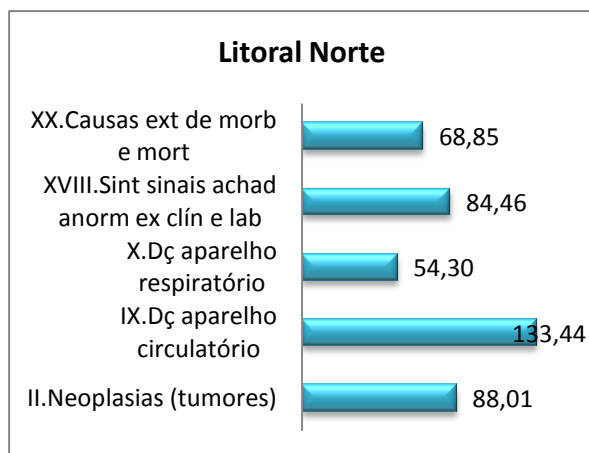
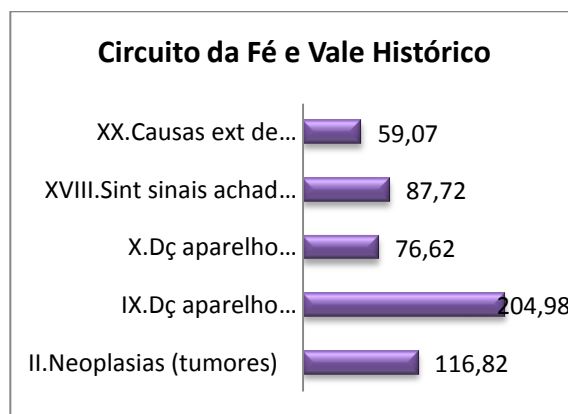
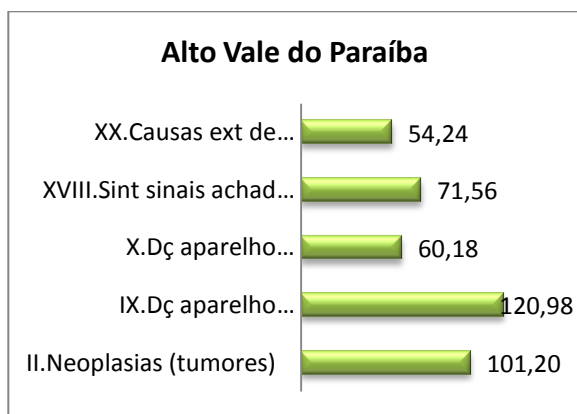
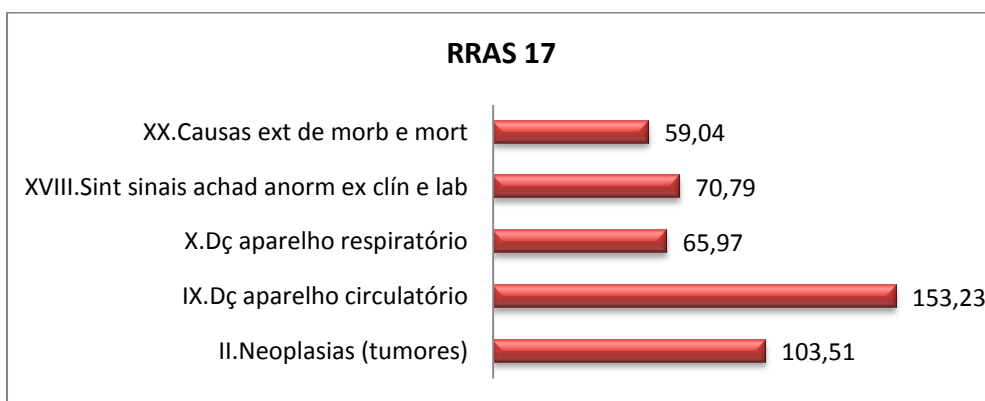
Fonte:SES SP/ IBGE - Censos Demográficos 2010

A mortalidade pós-neonatal elevada está relacionada a fatores ligados às condições socioeconômicas e de saneamento insatisfatórias, além de insuficiente cobertura vacinal e qualidade da utilização de procedimentos básicos de atenção à saúde da criança como a reidratação oportuna e manejo adequado das infecções das vias aéreas.

Conforme Mapa 19, observamos 8 municípios com taxa de mortalidade pós neonatal acima do indicador da RRAS 17 e do Estado.

Principais causas de Mortalidade

**Quadro 02 – Principais causas de mortalidade segundo capítulos do CID 10
Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 17 – Taubaté
Período: 2011**



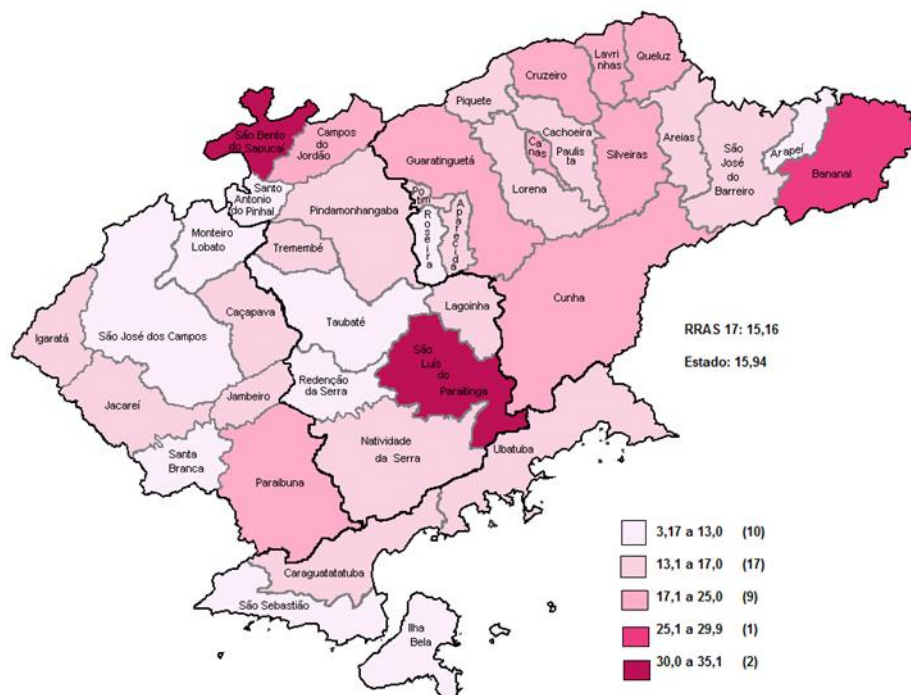
Fonte: SES SP/ Base unificada de óbitos SESSP/FSEADE e População IBGE/DATASUS/Censo

Em 2011 as cinco principais causas de mortalidade por capítulo do CID10, na RRAS 17, estão relacionadas com as Doenças do Aparelho Circulatório (capítulo IX), Neoplasias (Tumores) (capítulo II), Doenças do Aparelho Respiratório (capítulo X), Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratórios não Classificados em Outra Parte (capítulo XVII) e as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (capítulo XX), conforme Gráfico 07, acompanhando o perfil do Estado.

Entre as causas consideradas crônicas, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram responsáveis pelas maiores taxas na região. Já as causas externas (agressões, suicídios, acidentes, inclusive de trânsito) vêm aumentando respectivamente nos últimos anos, as doenças do aparelho respiratório apresentam poucas alterações no período. Temos ainda que considerar um número de óbitos por causas mal definidas em torno de 12% do total de mortes no período.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

**Mapa 14 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2011**



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

O percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAB) é um indicador valioso para monitoramento e avaliação do acesso e qualidade da Atenção Básica.

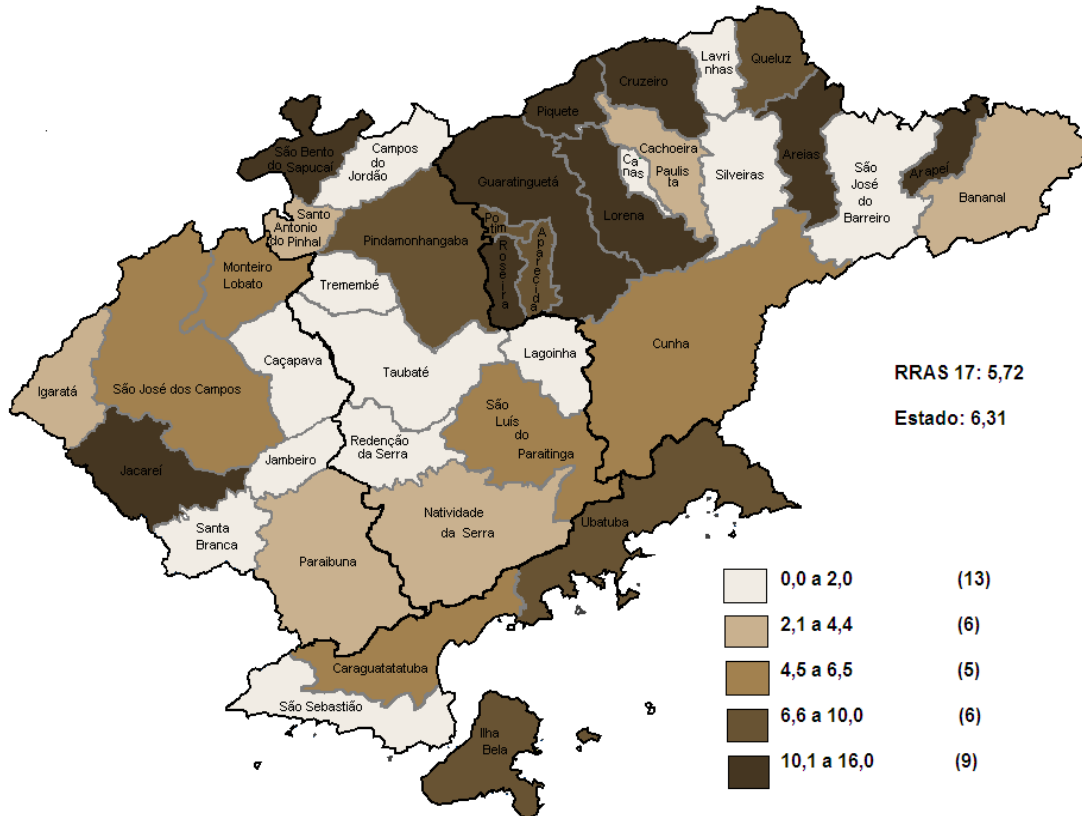
As CSAB representam problemas de saúde para os quais a efetiva ação da Atenção Básica diminui o risco de internação, com atividades centradas no diagnóstico e tratamento precoce das doenças agudas, bem como no controle e acompanhamento das condições crônicas. São exemplos de internações sensíveis: as pneumonias bacterianas, as complicações do diabetes *mellitus*, hipertensão e asma, entre outros.

As evidências demonstram que a Atenção Básica tem capacidade de resposta às necessidades em saúde da comunidade. A Atenção Básica representa o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, contempla todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outros pontos da rede.

Analisando o Mapa 25 observa-se que a RRAS 17 apresenta um percentual um pouco abaixo da média estadual, porém há uma desigualdade muito grande na distribuição dos percentuais na sua área de abrangência e constata-se que 20 municípios ainda se encontram acima da média estadual e da RRAS.

Internação por Acidente Vascular Cerebral - AVC

Mapa 15 – Taxa de Internação por AVC, faixa etária de 30 a 59 anos
Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 17 – Taubaté
Período: 2010



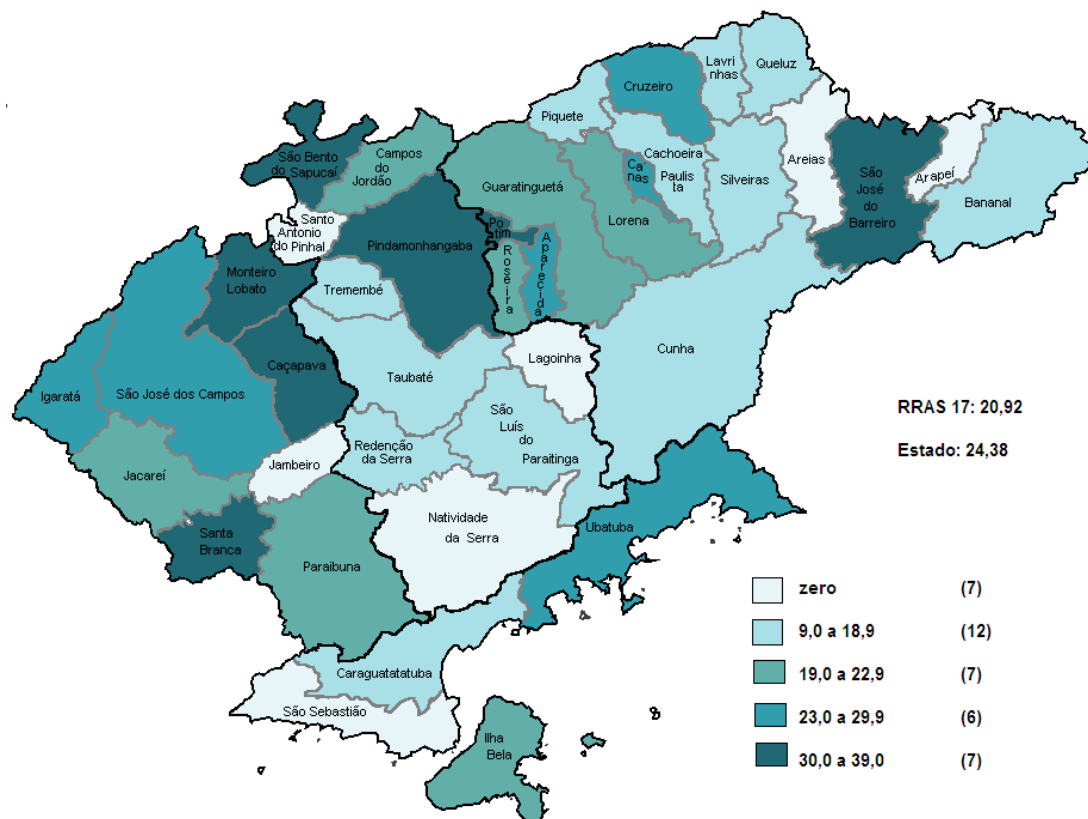
Fonte: SES SP/ Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS – Datasus/Tabwin SESSP – Março/2012 e Estimativa/Censo Populacional – IBGE/DATASUS.

A taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC), obtida calculando-se o número de internações por AVC para cada 10.000 habitantes na faixa etária de 30 a 59 anos, é um indicador que objetiva avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva, que envolve diagnóstico, tratamento, educação para a saúde e a efetividade das ações para população adulta, além de monitorar variações geográficas e temporais na taxa de hospitalização entre indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos, identificando situações que possam merecer atenção especial.

Observando o Mapa 26 que demonstra a RRAS 17 em 2010, temos 9 municípios com taxa superior a 10,1, sendo 7 na Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico, 1 no Vale do Paraíba e Região Serrana e 1 no Alto Vale do Paraíba.

Internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos

**Mapa 16 – Taxa de Internação de Pessoas Idosas (60 anos ou mais) por fratura de fêmur
Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 17 – Taubaté
Período: 2010**



Fonte: SES SP/ Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS – Datasus/Tabwin SESSP – Março/2012 e Estimativa/Censo Populacional – IBGE/Datasus .

A taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur é utilizada para analisar variações geográficas e temporais com o objetivo de desenvolver ações de prevenção e sua análise permitirá avaliar o nível de atenção prestada, fatores de risco e programar medidas de prevenção desse agravo. Essa taxa é obtida através do número de internações hospitalares em pessoas com 60 anos ou mais por fratura de fêmur para cada 10.000 habitantes na mesma faixa etária.

A queda pode ser considerada evento sentinela na saúde da pessoa idosa. Suas causas principais estão relacionadas a fatores intrínsecos, tais como: alterações na visão, audição, equilíbrio, força muscular, uso de medicamentos, doenças cardiovasculares, demências e fatores externos. Uma das principais consequências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente em

mulheres. A prevenção de fratura do fêmur envolve ações de prevenção de quedas e da osteoporose em mulheres.

É importante ressaltar que a queda em pessoas idosas é um fator de risco para perda da independência e, por conseguinte, qualidade de vida. Dentre as causas externas, a queda é a segunda causa de óbitos de pessoas idosas.

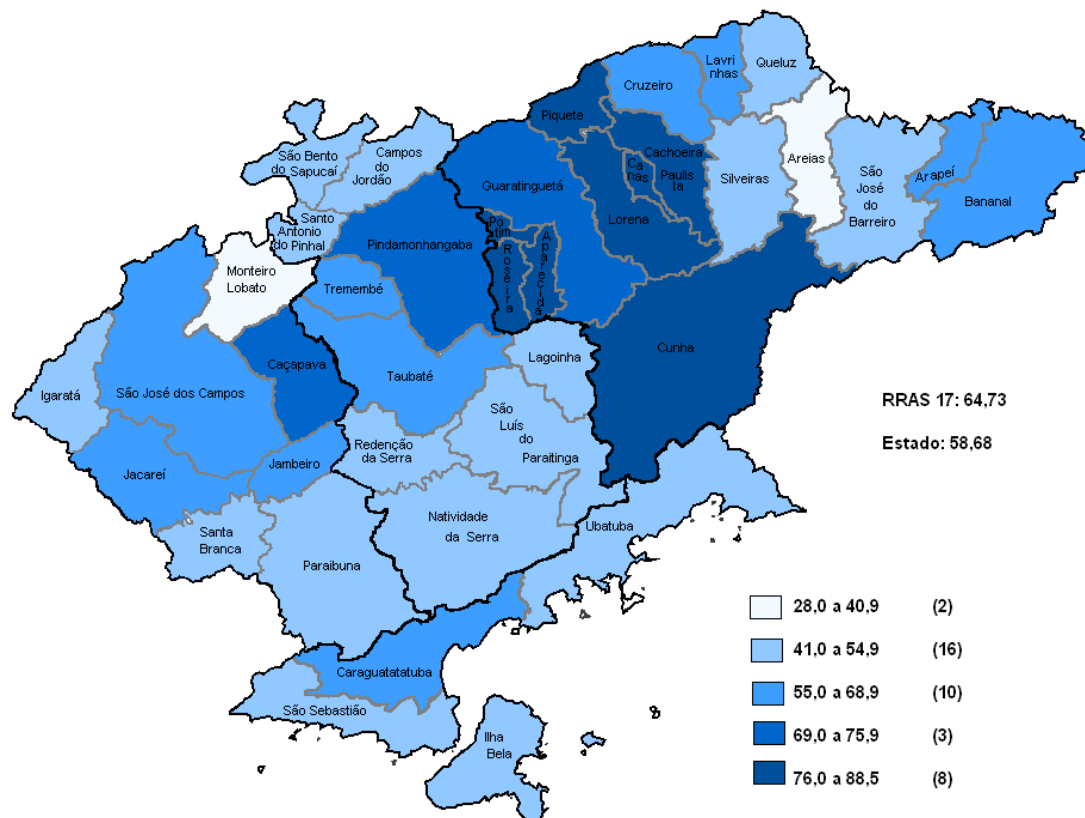
A caderneta de saúde da pessoa idosa induz o profissional de saúde a perguntar se o indivíduo idoso sofreu alguma queda nos últimos seis meses e essa pergunta tem por objetivo exatamente identificar aquela pessoa propensa a cair. Sua identificação antes que aconteça agravo maior à pessoa, a fratura do fêmur é pré-requisito para ações dirigidas à prevenção e promoção da saúde.

Com o envelhecimento da população o setor saúde precisa aprimorar a atenção dada à essa população bem como ofertar um leque maior de serviços que atendam aos possíveis problemas de saúde que venham a aparecer, tais como a utilização de órteses, atenção aos problemas de audição e visão que os afasta do convívio social, o favorecimento de utilização de cadeiras de rodas, ou seja, ações que levem a uma melhor qualidade de vida.

Analisando o Mapa 27 que demonstra a região de saúde da RRAS 17, temos 7 municípios com taxa de internação superior a 30,0, sendo 2 do Vale do Paraíba e Região Serrana, 2 do Circuito da Fé e Vale Histórico e 3 do Alto Vale do Paraíba.

Taxa de Cesariana

Mapa 17 – Taxa de Cesareana
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período:



Fonte: SES SP/ Base Unificada de Nascimentos – Tabwin – SESSP/FSEADE - Março/2012.

O aumento da frequência de parto cesárea não apresenta uma associação positiva com o aumento proporcional dos benefícios, para a mãe e recém-nascido. Comparando o risco de morte materna, segundo o tipo de parto, vários estudos nacionais e internacionais revelam maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas. Deve-se considerar que os partos prematuros por indicação inadequada de cesáreas ou a demora na assistência adequada ao parto que levam à cesáreas de urgência podem acarretar crianças com dificuldades que exigirão dos serviços de saúde maior complexidade na atenção à saúde.

As expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto estão relacionadas à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis. Nesse sentido, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da

assistência sendo que um instrumento educativo de alto potencial, conhecido como *plano de parto* é ainda pouco desenvolvido em nosso meio. Nesse planejamento, profissionais e usuários - gestante ou casal - estabelecem vínculos com o serviço de saúde, para determinar onde e por quem o parto será realizado e conhecer as alternativas possíveis na assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações.

Este indicador deve ser monitorado pelos gestores municipais e estaduais, dada a morbimortalidade materna e fetal/neonatal associada à realização de procedimentos desnecessários.

Ao observar o Mapa 29, verificam-se onze municípios com taxa de cesariana acima de 69%, bem superior à taxa da RRAS 17 e do Estado.

5 INDICADORES REFERENTES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

5.1 População com Deficiência

O censo do IBGE de 2010 aponta que 29,1% (659.932 habitantes) da população da RRAS 17, possui algum tipo de deficiência, seguindo a tendência do Estado de São Paulo com 29,8%.

Considerando que o censo é auto declarável no que se refere a possuir algum tipo de deficiência, inclusive no seu grau de dificuldade, seja visual, auditivo, motor ou intelectual, ponderamos que apenas os percentuais de pessoas que responderam que “não consegue de modo algum” ou “tem grande dificuldade” necessitam de terapias de reabilitação, o que corresponde a 7,2% da população (164.553 habitantes) com deficiência da RRAS 17, conforme tabela abaixo.

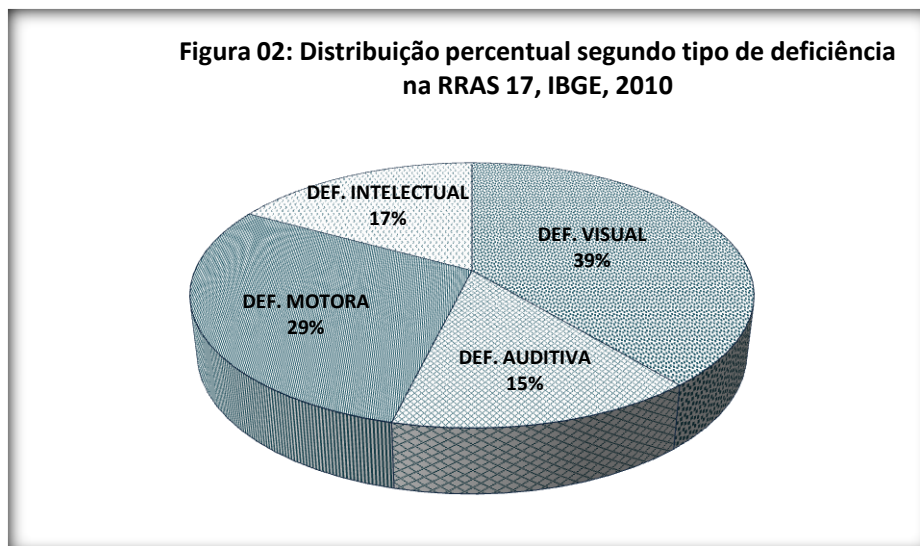
**Quadro 03 – População com Deficiência, por Tipo de Deficiência
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17. Período, 2010**

Região de Saúde	Tipo de Deficiência	Não Consegue de Modo Algum	Grande Dificuldade	Total por deficiências	Total por Região de Saúde
Alto Vale do Paraíba	Visual	3.473	23.998	27.471	68.282
	Auditiva	1.950	8.583	10.533	
	Motora	4.292	14.508	18.800	
	Intelectual	-	-	11.478	
Vale do Paraíba e Região Serrana	Visual	1.670	14.119	15.789	40.923
	Auditiva	961	5.167	6.128	
	Motora	2.294	9.864	12.158	
	Intelectual	-	-	6.848	
Litoral Norte	Visual	624	7.847	8.471	20.667
	Auditiva	473	2.441	2.914	
	Motora	864	5.074	5.938	
	Intelectual	-	-	3.344	
Circuito da Fé e Vale Histórico	Visual	1.219	11.100	12.308	34.681
	Auditiva	875	4.058	4.933	
	Motora	2.233	8.888	11.121	
	Intelectual	-	-	6.319	
RRAS 17				TOTAL	164.553

Fonte: CENSO IBGE 2010

Em análise aos dados da tabela acima, podemos observar que a distribuição do tipo de deficiência é semelhante por Região de Saúde, sendo uma média de 39% de pessoas com deficiência visual, 30% com deficiência motora e 17% com deficiência intelectual e 14% com deficiência auditiva.

Figura 02: Distribuição percentual segundo tipo de deficiência na RRAS 17, IBGE, 2010



5.2 Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

De acordo com a Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes:

- I Atenção Básica;
- II Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e
- III Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A Portaria acima citada define ainda que 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:

- 1 Acessibilidade;
- 2 Comunicação;
- 3 Manejo clínico;
- 4 Medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e
- 5 Medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

5.2.1 Componentes da Atenção Básica

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

- 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;

- IX 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.

No processo histórico de constituição do SUS no Brasil, a Atenção Básica foi desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Sendo assim, é o contato preferencial dos usuários, deve ser a principal porta de entrada em toda Rede e se constituir como o Centro de Comunicação de todos os pontos de atenção.

Apesar de toda diversidade do tipo de atenção oferecida à população em cada município é a partir da Atenção Básica que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organiza, considerando como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e quando houver Atenção Odontológica.

Quando a equipe da atenção básica identifica necessidade de atendimento especializado de reabilitação faz encaminhamento direto ao serviço de reabilitação municipal ou para médicos especialistas que por sua vez encaminham para os serviços de reabilitação.

A região tem aderido aos diferentes programas do Ministério da Saúde para melhoria e requalificação da Atenção Básica, investindo em construções, aquisição de equipamento, material permanente e contratação de recursos humanos, para propiciar acesso e acessibilidade à Pessoa com Deficiência aos serviços de saúde.

Apesar de todo esse conquista o que se observa é a necessidade de investimentos em sensibilizações e capacitações para as equipes técnicas que atuam na atenção básica com foco nos diversos tipos de deficiência.

Conforme documento elaborado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde:

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. (BRASILIA, 2006). A seguir, as tabela da Capacidade Instalada e Recursos Humanos da Atenção Básica da RRAS 17.

Quadro 04 – Capacidade Instalada Atenção Básica
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2014

R.S.	Município	População Censo 2010	Equipe de Saúde da Família	Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal	UBS	NASF	Atendimento Domiciliar
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	84.752	17	7	1	1	-
	Igaratá	8.831	2	2	1	1	-
	Jacareí	211.214	45	10	18	1	3
	Jambeiro	5.349	2	1	1	-	-
	Monteiro Lobato	4.120	2	2	1	1	-
	Paraibuna	17.388	6	3	6	-	-
	Santa Branca	13.763	3	1	2	1	-
	São José dos Campos	629.921	44	-	40	-	-
	Total da R.S.	975.338	121	26	70	5	3
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	35.007	6	4	3	-	-
	Arapeí	2.493	1	1	1	-	-
	Areias	3.696	1	1	1	-	-
	Bananal	10.223	3	2	-	-	-
	Cachoeira Paulista	30.091	9	7	-	1	-
	Canas	4.385	4	2	2	-	-
	Cruzeiro	77.039	5	4	6	-	1
	Cunha	21.866	4	2	2	-	-
	Guaratinguetá	112.072	7	7	8	-	-
	Lavrinhas	6.590	3	-	-	-	-
	Lorena	82.537	10	10	4	-	-
	Piquete	14.107	3	2	1	-	-
	Potim	19.397	5	-	1	-	-
	Queluz	11.309	3	3	1	1	-
	Roseira	9.599	4	4	1	1	-
São José do Barreiro	4.077	2	2	1	-	-	
Silveiras	5.792	3	2	1	-	-	
Total da R.S.	450.280	73	53	33	3	1	
Litoral Norte	Caraguatatuba	100.840	22	10	10	-	-
	Ilhabela	28.196	9	9	8	-	-
	São Sebastião	73.942	22	19	14	-	-
	Ubatuba	78.801	23	17	24	2	-
	Total da R.S.	281.779	76	55	56	2	0
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	47.789	9	9	2	1	-
	Lagoinha	4.841	2	1	1	-	-
	Natividade da Serra	6.678	-	-	1	-	-
	Pindamonhangaba	146.995	21	19	3	-	-
	Redenção da Serra	3.873	1	1	1	-	-
	Santo Antônio do Pinhal	6.486	3	2	6	1	-
	São Bento do Sapucaí	10.468	-	-	1	-	-
	São Luís do Paraitinga	10.397	4	3	1	0	-
	Taubaté	278.686	15	10	35	1	1
	Tremembé	40.984	6	-	1	-	-
	Total da R.S.	557.197	61	45	52	3	1
Total RRAS 17	2.264.594	331	179	211	13	5	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

Quadro 05 - Profissionais que atuam na Atenção Básica
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
Período: 2014

R.S.	Município	Agente Comunitário de Saúde	Agente de Saúde Bucal	Assistente Social	Aux. Cons. Dentário	Cirurgião Dentista	Enfermeiro	Médico
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	67	-	-	7	7	18	24
	Igaratá	13	-	1	2	2	7	9
	Jacareí	161	-	0	24	35	47	106
	Jambeiro	-	-	-	-	-	-	-
	Monteiro Lobato	10	-	2	2	4	7	3
	Paraibuna	45	-	1	9	13	9	16
	Santa Branca	12	2	1	2	3	5	3
	São José dos Campos	141	129	-	67	133	119	131
	Total da R.S.	382	131	5	104	190	194	268
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	43	-	-	8	12	9	28
	Arapeí	7	-	-	0	4	6	6
	Areias	9	-	-	3	3	1	1
	Bananal	12	-	1	3	5	3	3
	Cachoeira Paulista	50	10	2	1	13	9	9
	Canas	7	-	-	3	4	6	7
	Cruzeiro	23	1	-	15	17	11	23
	Cunha	29	-	-	5	8	8	8
	Guaratinguetá	84	15	2	37	55	37	63
	Lavrinhas	15	-	-	0	4	4	5
	Lorena	56	10	3	0	10	15	22
	Piquete	20	-	-	3	4	4	8
	Potim	40	-	1	5	10	8	8
	Queluz	18	-	-	3	3	3	4
	Roseira	24	-	-	5	6	4	4
São José do Barreiro	11	-	-	3	3	2	2	
Silveiras	13	-	-	1	4	3	3	
Total da R.S.	461	36	9	95	165	133	204	
Litoral Norte	Caraguatatuba	152	0	2	31	36	17	33
	Ilhabela	57	2	3	9	10	11	9
	São Sebastião	151	43	24	0	39	49	56
	Ubatuba	147	0	1	14	12	23	23
	Total da R.S.	507	45	30	54	97	100	121
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	63	-	1	8	8	9	9
	Lagoinha	14	1	-	1	-	7	15
	Natividade da Serra	-	-	-	-	-	-	-
	Pindamonhangaba	38	38	-	37	-	37	72
	Redenção da Serra	6	-	-	2	3	4	8
	Santo Antônio do Pinhal	14	-	-	2	2	5	3
	São Bento do Sapucaí	-	-	1	-	-	3	6
	São Luís do Paraitinga	24	-	1	4	5	5	6
	Taubaté	64	-	-	28	-	37	118
	Tremembé	54	-	1	2	8	13	24
	Total da R.S.	239	39	4	47	26	83	189
Total RRAS 17	1589	251	48	300	478	510	782	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

A região apresenta baixa cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF), no entanto com o Programa Mais Médico (PMM) os municípios de maior porte populacional investiram na implantação de um número significativo de ESF.

Em relação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, a RRAS 17 conta com 13 Núcleos já implantados, vale ressaltar que houve uma ampliação de 50% na implantação desse serviço na região, comparada com o final de 2013 quando o Mapa da Saúde foi aprovado, porém existe a necessidade de ampliar esse serviço no intuito de apoiar e aperfeiçoar a assistência à saúde na Atenção Básica. Há previsão para habilitação de NASF nos municípios de Cunha, Caraguatatuba, Ilhabela, Monteiro Lobato e São Sebastião, ainda em 2014.

Segue abaixo planilha demonstrativa da ocupação dos profissionais que atuam no NASF por município.

Profissionais que atuam no NASF, por município.
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 Taubaté. Período, 2014

Município	Igaratá	Jacareí	Santa Branca	Total da R.S.	Cachoeira Paulista	Queluz	Roseira	Total da R.S.	Ubatuba	Total da R.S.	Campos do Jordão	Taubaté	Total da R.S.	Total RRAS 17
Fisioterapeuta	1	1	-	2	-	-	1	1	4	4	-	-	-	7
Nutricionista	-	1	-	1	1	1	-	2	2	2	1	1	2	7
Médico	-	2	-	2	-	-	-	0	-	0	2	4	6	8
Fonoaudiólogo	1	1	-	2	1	-	-	1	-	0	-	-	0	3
Psicólogo	-	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	2	9
Dentista (Supervisor)	-	1	-	1	-	-	-	0	-	0	-	-	0	1
Educador Físico	-	1	-	1	-	-	1	1	2	2	1	-	1	5
Terapeuta holístico	-	-	-	0	-	-	-	0	1	1	-	-	0	1
Assistente Social	1	-	1	2	-	-	1	1	1	1	1	-	1	5
Psiquiatra	-	-	1	1	-	-	-	0	-	0	-	-	0	1
Farmacêutico	-	-	1	1	1	1	-	2	-	0	-	-	0	3
Enfermeiro	-	-	1	1	-	-	-	0	-	0	-	-	0	1
Oficineiro	-	-	3	3	-	-	-	0	-	0	-	-	0	3
Terapeuta ocupacional	-	-	-	0	-	-	-	0	2	2	-	1	1	3

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde. RRAS - 17

No que se refere a Atenção Domiciliar a portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013, redefine e estabelece as diretrizes e requisitos para criação e habilitação desse tipo de serviço, considera que Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A Atenção Domiciliar se estrutura com ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, de maneira substitutiva ou complementar às já existente, visando tanto a continuidade de cuidados como a garantia de acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência objetivando a qualidade de vida do paciente, sendo assim deve estar integrada às redes de atenção à saúde. Especificamente é considerado um componente da Rede de Atenção às Urgências, no entanto suas ações perpassam todas as Redes de Atenção à Saúde.

Vale ressaltar, que existem serviços de atenção domiciliar com foco na reabilitação, realizados pelos municípios da região, sem que as equipes estejam cadastradas no programa do Ministério da Saúde – Melhor em Casa, como por exemplo, os serviços do município de São José dos Campos e Taubaté.

É importante uma ação tarefa conjunta com os técnicos dos municípios, o Grupo Conduto e os técnicos do DRS para que os gestores compreendam a importância de investir nos pontos de atenção aos CER na região, tais como, Atendimento Domiciliar (que na RRAS são muito restritos), CAPS, NASF, entre outros, pois esses se constituem em elementos potentes e facilitadores na melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas com deficiência.

5.2.2 Componente Atenção Especializada

No que concerne à área de atenção à pessoa com deficiência, os serviços de saúde para esta população, em que pesem os avanços obtidos, ainda são distribuídos, na sua maioria, de modo irregular, fragmentados e desarticulados entre si, com repercussões significativas sobre o desempenho da assistência.

Neste cenário torna-se imperativo, o planejamento, 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. (*Termo de Referência da RCPD- SP parte 2*)

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção:

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

Os estabelecimentos de saúde habilitados anteriormente como Serviço de Reabilitação Nível Intermediário, para atender apenas de deficiência física, estão no município de São José dos Campos e São Sebastião, e passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

As diretrizes do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS conforme segue:

- I Proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;

- II Garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes;
- III Promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e
- IV Adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência;

Cabe ressaltar que a Portaria MS/GM nº 793, de 24/04/2012, que institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência define as regras de funcionamento para os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências:

- I Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em 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;
- 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;
- III Produzir, 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 assistidas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- IV Garantir que a indicação de dispositivos assistidos deve ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;
- 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 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 de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;
- VII Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- VIII Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;
- IX Articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Os Ambulatórios de Especialidades são serviços preparados para fornecer tratamento especializado nas diversas especialidades médicas, DST/AIDS, idoso, adolescente, psiquiatria, mulher, infantil, etc. a pacientes encaminhados pela rede de Atenção Básica para continuidade de tratamento.

A RRAS 17 conta com 90 Ambulatórios de Especialidades, distribuídos conforme quadro abaixo.

**Quadro 06 – Ambulatórios de Especialidades
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**

Região de Saúde	Nº de Ambulatórios
Alto Vale do Paraíba	37
Circuito da Fé e Vale Histórico	21
Litoral Norte	14
Vale do Paraíba e Região Serrana	18
Total da RRAS 17	90

Fonte: SES SP

Atualmente existem 02 Ambulatórios Médicos de Especialidades – AME, que são unidades Estaduais de referência para algumas regiões. Estes serviços estão preparados para oferecer apoio diagnóstico e pequenas cirurgias (AME de Caraguatatuba faz inclusive cirurgias de médio porte).

O AME de São José dos Campos apesar de ter sido idealizado com o intuito de atender a região de abrangência da CIR Alto Vale do Paraíba, na prática hoje se estabelece como referência também para a CIR Vale do Paraíba e Região Serrana e CIR Circuito da Fé e Vale Histórico.

O AME de Caraguatatuba foi idealizado com o intuito de atender a região de abrangência da CIR Litoral Norte, e atende parte da população do município da Natividade da Serra (CIR VPRS) pela facilidade de acesso da população para este serviço.

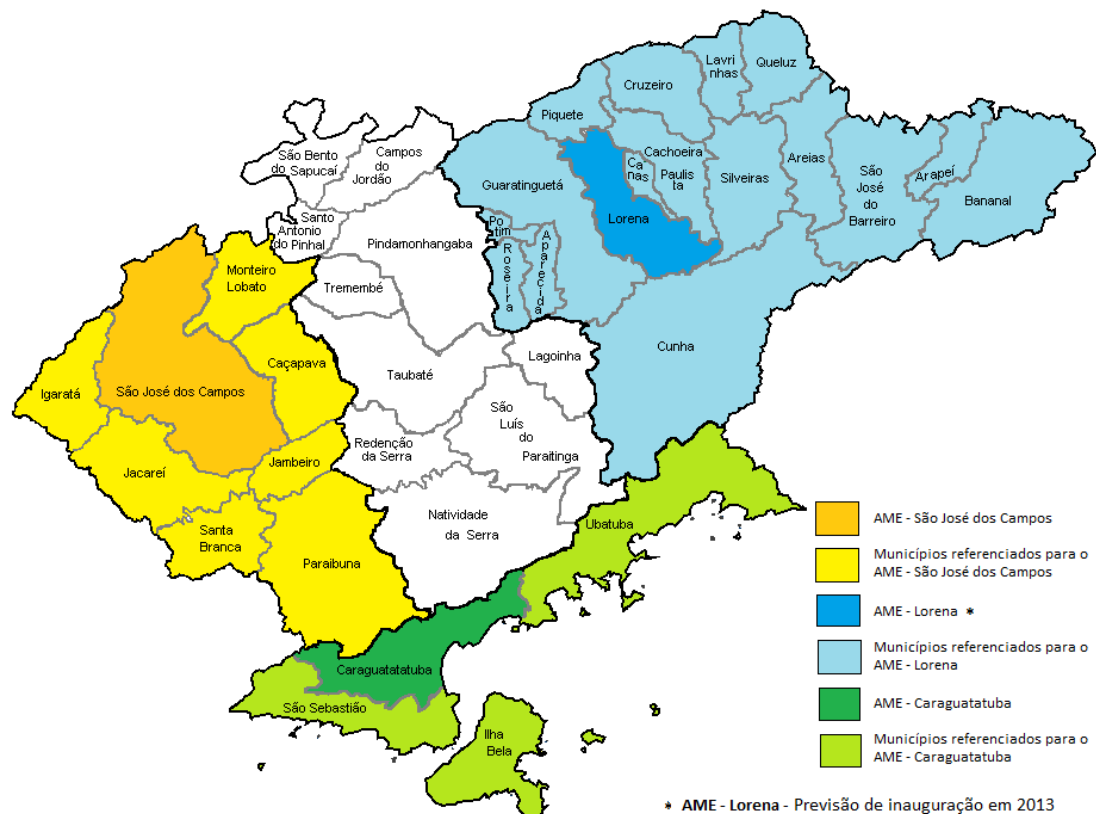
Em Lorena o AME está em fase de término de sua construção e irá atender a CIR Circuito da Fé e Vale Histórico, com provável inauguração ainda em 2014.

A CIR Vale do Paraíba e Região Serrana aprovou o projeto de constituição do AME no município de Taubaté.

Mapa 18 – Ambulatório Médico de Especialidades – AME

Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17

Período: 2014



No que tange aos **Serviços de Reabilitação** na área de abrangência da RRAS 17 estão distribuídos de maneira bastante desigual sem que atenda adequadamente todos os municípios.

A região do Alto Vale do Paraíba e a região do Litoral Norte, com o apoio do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, desencadeou, no início de 2000, um processo de discussão e reflexão sobre a atenção e acolhimento das pessoas com deficiências na atenção básica e a concepção de implantação de serviços municipais especializados, organizados em modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS e normativas do MS, incorporando princípios da descentralização e humanização da atenção. O documento produzido e intitulado “Política Regional de Atenção à Saúde e Reabilitação a Pessoa com

Deficiência” norteou o trabalho de implantação de políticas municipais de atenção às pessoas com deficiência, a partir de então, resultou ao longo destes anos em avanço na atenção à pessoa com deficiência nos municípios das referidas Regiões de Saúde.

A região do Alto Vale do Paraíba possui 06 serviços de reabilitação municipais próprios, sendo 03 Unidades de Reabilitação, no município de São José dos Campos, 01 no município de Caçapava, 01 no município de Jacareí e 01 no município de Paraibuna sendo que o serviço de Paraibuna tem proposta de habilitação como NASF.

Na região do Litoral Norte estão constituídos 03 Centros de Reabilitação, sendo 01 Localizado em Caraguatatuba, 01 em São Sebastião e 01 em Ubatuba. Possui uma equipe de Reabilitação no município de Ilhabela que atende no Centro de Especialidades. O Serviço do município de São Sebastião, localizado no bairro Topolândia (Costa Norte) foi habilitado pelo Ministério da Saúde no nível intermediário. O município possui uma segunda unidade de reabilitação física localizada no bairro Boiçucanga que atende a população residente na Costa Sul.

Em Caraguatatuba o Centro de Reabilitação está localizado na região central do município e mantém duas equipes descentralizadas ao norte e ao sul do município (UBS Massaguaçu e UBS Porto Novo).

O Centro de reabilitação do município de Ubatuba mantém especialidade de fisioterapia na região sul (UBS Maranduba).

No Vale do Paraíba e Região Serrana, o município de Taubaté desenvolve amplo trabalho de inclusão educacional na rede regular de ensino, conta com núcleo especializado em Reabilitação Auditiva e Escola Especial, que atende alunos em idade escolar com deficiência intelectual, visual, física, auditiva e múltiplas deficiências, além de Jovens e Adultos, exclusivo para seus munícipes. Neste mesmo espaço desenvolve um trabalho de educação profissionalizante e inclusão no mercado de trabalho além de ambulatório de habilitação e reabilitação em diversas áreas.

O município de São Bento do Sapucaí conta com associação beneficente com atendimento multiprofissional em diversas áreas. O município de Tremembé compra o serviço de equoterapia para alguns pacientes. Somente os municípios de Taubaté, Campos do Jordão e Pindamonhangaba contam com unidades da APAE, e em Tremembé há o CEEP.

Na Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico, as ações de reabilitação estão diretamente ligadas a Atenção Básica, isso quer dizer que nos municípios onde há totalidade da cobertura, há identificação e mapeamento dos pacientes. Na região não há Centros de Reabilitação, porém todos os municípios possuem serviços de fisioterapia.

Alguns dos **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)** atendem pacientes com deficiência, ou seja, Aparecida, Campos do Jordão, Cruzeiro, Jacareí, Lorena, Pindamonhangaba e Taubaté. Quando possível, os pacientes são tratados nas UBS/ESF com Saúde Bucal. Quando o tratamento ultrapassa a possibilidade da equipe da Atenção Básica ele é referenciado para o CEO, ou do próprio município, ou para o município de sua referencia. As deficiências mais comuns encontradas são distúrbios sensoriais e da comunicação: deficiência auditiva, visual e de fala, deficiência mental, deficiência física, paralisia cerebral, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais: autismo, entre outros. A seguir tabelas demonstrativas da Atenção Especializada na RRAS 17.

Quadro 07: Capacidade Instalada na Atenção Especializada
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté. Período, 2014.

R.S.	Município	Centro de Reabilitação	Reabilitação Física - Nível Intermediário credenciado MS	CAPS (I, II e AD)	Centro de Especialidades Médicas	CEO
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	1	-	2	1	1
	Igaratá	-	-	-	-	-
	Jacareí	1	-	3	1	1
	Jambeiro	-	-	-	-	-
	Monteiro Lobato	-	-	-	-	-
	Paraibuna	1	-	-	-	-
	Santa Branca	-	-	-	-	-
	São José dos Campos	3	1	4	1	-
	Total da R.S.	6	1	9	3	2
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	-	-	-	-	1
	Arapeí	-	-	-	-	-
	Areias	-	-	-	-	-
	Bananal	-	-	-	1	1
	Cachoeira Paulista	-	-	1	1	1
	Canas	-	-	-	-	-
	Cruzeiro	-	-	1	1	1
	Cunha	-	-	1	-	-
	Guaratinguetá	-	-	1	1	1
	Lavrinhas	-	-	-	-	1
	Lorena	-	-	-	-	-
	Piquete	-	-	1	1	2
	Potim	-	-	1	2	2
	Queluz	-	-	-	-	-
	Roseira	-	-	1	-	-
	São José do Barreiro	-	-	-	1	1
	Silveiras	-	-	-	1	-
Total da R.S.	-	-	7	9	11	
Litoral Norte	Caraguatatuba	1	0	1	2	1
	Ilhabela	0	0	1	1	0
	São Sebastião	1	1	2	1	1
	Ubatuba	1	0	1	1	1
	Total da R.S.	3	1	5	5	3
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	-	-	1	1	1
	Lagoinha	-	-	-	-	-
	Natividade da Serra	-	-	-	-	-
	Pindamonhangaba	-	-	2	1	1
	Redenção da Serra	-	-	-	-	-
	Santo Antônio do Pinhal	-	-	-	-	-
	São Bento do Sapucaí	-	-	-	-	-
	São Luís do Paraitinga	-	-	-	-	-
	Taubaté	-	-	3	1	-
	Tremembé	-	-	-	-	-
	Total da R.S.	-	-	6	3	2
Total RRAS 17	9	2	27	20	18	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

Quadro 08: Profissionais que atuam na Atenção Especializada, por Região de Saúde
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté, Período, 2014

R.S.	Município	Acupun- turista	Assist. Social	Educador Físico	C. Den- tista	Enfer- meiro	Fisiotera- peuta	Fonoaudióloga	Médico	Nutricio- nista	Psicó- loga	T. Ocupa- cional
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	-	-	-	8	1	5	2	4	-	1	1
	Igaratá											
	Jacareí	-	1	-	13	-	5	7	4	-	1	1
	Jambeiro											
	Monteiro Lobato											
	Paraibuna	-	-	-	-	-	4	2	-	-	3	1
	Santa Branca											
	São José dos Campos	-	1	-	-	2	9	6	3	1	-	2
	Total da R.S.		2		21	3	23	17	11	1	5	5
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Arapeí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Areias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Bananal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cachoeira Paulista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Canas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cruzeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Cunha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Guaratinguetá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lavrinhas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lorena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Piquete	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Potim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Queluz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Roseira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São José do Barreiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Silveiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total da R.S.												
Litoral Norte	Caraguatatuba	1	1	-	9	1	18	5	1	1	1	3
	Ilhabela	-	2	-	10	1	3	2	5	1	4	2
	São Sebastião	1	1	1	2	1	4	4	3	1	2	2
	Ubatuba	-	-	1	12	1	7	4	-	-	1	1
	Total da R.S.	2	4	2	33	4	32	15	9	3	8	8
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	-	1	1	-	-	-	-	2	1	1	-
	Lagoinha	-	1	-	-	7	1	-	-	-	-	-
	Natividade da Serra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Pindamonhangaba	-	3	1	11	2	8	4	5	0	8	3
	Redenção da Serra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Santo Antônio do Pinhal	-	-	2	5	3	1	-	3	-	1	-
	São Bento do Sapucaí	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-
	São Luís do Paraitinga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taubaté	-	8	3	-	6	14	-	-	3	-	11
	Tremembé	-	1	1	-	-	1	-	-	1	-	1
Total da R.S.		14	8	16	18	26	5	10	5	11	15	
Total RRAS 17	2	33	19	70	25	87	37	30	9	24	28	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

Há na região entidades que são voltadas aos atendimentos especializados às Pessoas com Deficiência Intelectual, Múltipla, do Espectro do Autismo, Auditivo, Visual e Físico. Visam explorar ao máximo as potencialidades dos atendidos, procurando torná-los independentes para as atividades de vida diária, cognitivas, profissionais e o seu melhor rendimento na área pedagógica. Focando o atendimento na busca da interação com pessoas, objetos, e visando uma vida social mais saudável.

As entidades conveniadas com as prefeituras têm como objetivo promover a inclusão social das pessoas com deficiência através de atendimento, atividades sócio educativas e de reabilitação no intuito de promover sua independência e desenvolver suas potencialidades, articular propostas de políticas públicas com os setores públicos e privados e prestar auxílio a seus familiares.

A integração com a sociedade local é feita através das Conferências Municipais, das ações que são desenvolvidas em parcerias o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Tutelar e outros órgãos representativos.

Elencamos no quadro abaixo os serviços municipais existentes. Nem todos possuem Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- CNES, mas registramos a fim de elencar possíveis pontos de atenção e identificar necessidades de credenciamentos, habilitação e/ou adequação aos critérios das portarias a fim de reestruturar o modelo da assistência proposto.

Segue quadro indicativo as entidades da sociedade civil que atuam com a população com deficiências nos municípios de abrangência da RRAS 17.

Quadro 09: Entidades da Sociedade Civil
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté. Período, 2014

R.S.	Município	APAE	Associação para Pessoa com Deficiência	Equoterapia
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	1	Associação Conviver – assistência à pessoa com deficiência intelectual	
	Jacareí	1	1.CEPAC – Associação “Criança Especial” de Pais Companheiros 2. ASPAD – Associação Pais Amigos do Down	
	Monteiro Lobato		1.Associação para Síndrome de Down 2.Assoc. Ágape para educação especial 3.Associação de Apoio ao Deficiente Auditivo	
	Santa Branca		1. CESB – Crianças Especiais de Santa Branca (neurológico,intelectual, motor)	1
	São José dos Campos	1	1.Associação para Síndrome de Down 2.Assoc. Ágape para educação especial 3.Assoc. de Apoio ao Deficiente Auditivo 4.Assoc. Apoio aos fissurados Lábio palatais – AAFLAP 5.Assoc. Edc. Para Crianças Especiais – Bem te Vi 6.Centro de Prevenção e reabilitação de Deficiência da Visão Pró Visão 7.Centro Educacional fonte da Vida 8.Grupo de Apoio ao indivíduo com Autismo e Afins – GAIA 9.Sociedade Holística Humanitária 10.SORRI	
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	1		
	Cachoeira Paulista	1	1	1
	Cruzeiro	1	ABA - Associação Braços Abertos - S/CNES	1
	Cunha	1		
	Guaratinguetá	1	ILA - Instituto Lucas Amoroso - S/CNES	1
	Lorena	1	ADEFIL - CNES Nº 6342949	1
	Roseira	1	1	
Litoral Norte	Caraguatatuba	1	APONEC Associação dos Portadores de Necessidades Especiais de Caraguatatuba	Acalento
	Ilhabela	1	0	0
	São Sebastião	1	ADEF - Associação dos Deficientes Físicos	0
	Ubatuba	1	AUBAE - Associação Ubatuba Eficiente	0
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	1		
	Lagoinha	0	0	0
	Natividade da Serra	0	0	0
	Pindamonhangaba	1	1	0
	Redenção da Serra	0		
	Santo Antonio do Pinhal	1		
	São Bento do Sapucaí	0	1 CEPROCOM -Centro Promocional Comunitário é uma associação beneficente que oferece atendimento psicologico, fisioterapia, pedagogo, fonoaudiologa, natação, equoterapia, desenvolve diversas atividades de reabilitação em crianças carentes do município em parceria com a Prefeitura, empresas e doações da população em geral.	CEPROCON
	Taubaté	1	1. APARTE - Associação dos Paraplégicos de Taubaté; 2. ADV vale - Associação dos Deficientes Visuais do Vale do Paraíba; 3. Instituto São Rafael; 4. Casa São Francisco de Idosos; 5. ASSID - Associação para Síndrome de Down; 6. Associação Sinapse de atendimento às pessoas Autistas	Escola Municipal de Educação Especial, Ensino Infantil e Fundamental Madre Cecília - Desenvolvido no Parque Itaím
	Tremembé	0	1	1

Fonte: SMS - RRAS 17

Quanto ao **Transporte Sanitário** os municípios que compõem a RRAS 17 não tem pactuado o sistema de transporte sanitário, esses possuem veículos coletivos e ambulâncias para transporte de pacientes para consultas, exames e outros procedimentos fora do município de domicílio. Em média são transportados cerca de 35.000 pacientes/mês na RRAS 17.

A Portaria MS/GM nº 793, de 24/04/2012, que institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência prevê que 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. Refere ainda que o transporte sanitário poderá ser utilizado por 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.

O DRS XVII – Taubaté iniciou discussão na CIR do Circuito da Fé e Vale Histórico e na CIR Vale do Paraíba e Região Serrana e se propôs a realizar um estudo sobre transporte sanitário na região, sendo levantados custos, distâncias percorridas com o deslocamento para as devidas referências, tipos de veículos utilizados e necessidades de aquisição de novos veículos.

5.2.3 Mecanismos de Controle Social

Os Conselhos de Saúde tem importante papel como instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS e representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

É reconhecido por todos a relevância dos Conselhos de Saúde na descentralização das ações do SUS, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão.

Segue na tabela abaixo, o mapeamento da região da RRAS 17 referente a existência dos mesmos:

Quadro 10: Mecanismos de Controle Social
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté. Período, 2014.

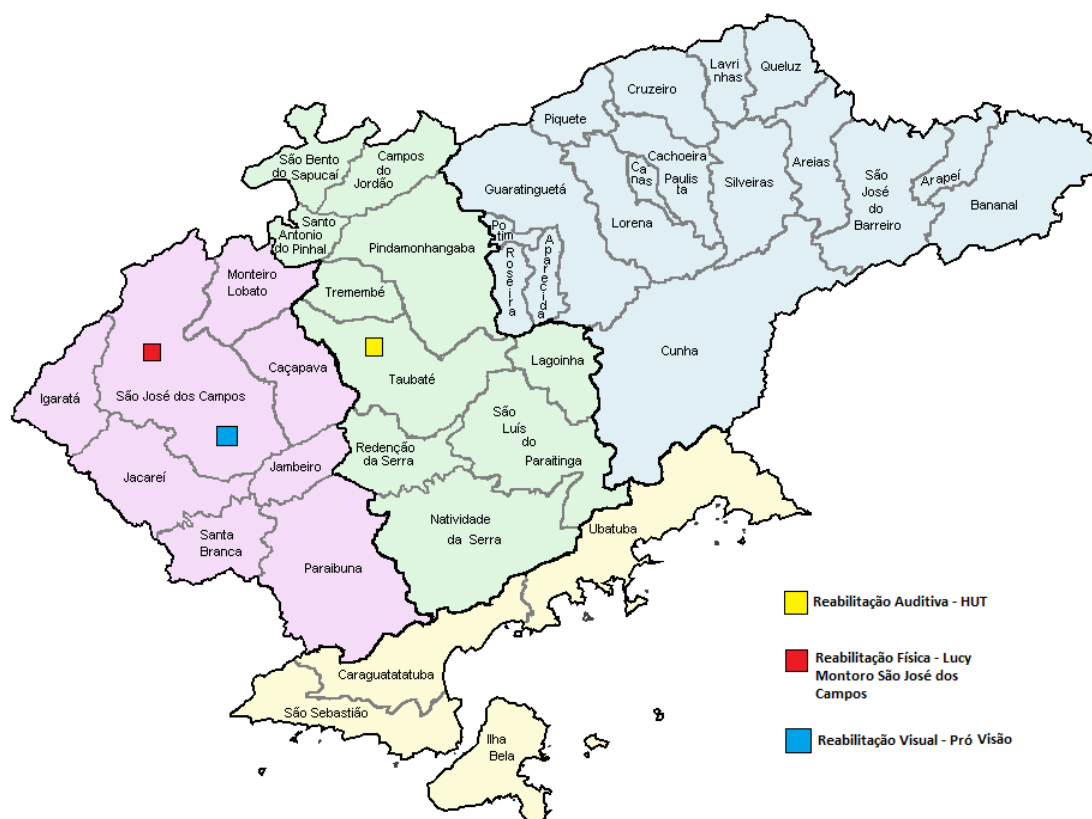
R.S.	Município	Conselho Gestor de Unidade			Conselho de Saúde	Conselho da Pessoa com Deficiência	Conselho da Pessoa Idosa
		UBS	Centro de Reabilitação	Hospitais			
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	-	-	-	X	X	X
	Igaratá	-	-	-	X	-	X
	Jacareí	X	-	-	X	X	X
	Jambeiro	-	-	-	X	-	-
	Monteiro Lobato	-	-	-	X	-	X
	Paraibuna	-	-	-	-	-	-
	Santa Branca	X	-	-	X	X	X
	São José dos Campos	X	X	-	X	X	X
	Total da R.S.	3	1	-	7	4	6
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	-	-	-	X	-	-
	Arapeí	-	-	-	X	-	-
	Areias	-	-	-	X	-	X
	Bananal	-	-	-	X	X	X
	Cachoeira Paulista	-	-	-	X	X	X
	Canas	-	-	-	X	-	-
	Cruzeiro	-	-	-	X	X	X
	Cunha	-	-	-	X	-	X
	Guaratinguetá	-	-	-	X	X	X
	Lavrinhas	-	-	-	X	-	-
	Lorena	-	-	-	X	X	X
	Piquete	-	-	-	X	-	-
	Potim	-	-	-	X	-	-
	Queluz	-	-	-	X	-	X
	Roseira	-	-	-	X	-	-
	São José do Barreiro	-	-	-	X	-	-
	Silveiras	-	-	-	X	-	-
Total da R.S.	-	-	-	17	5	8	
Litoral Norte	Caraguatatuba	X	X	X	X	X	X
	Ilhabela	-	-	-	X	-	X
	São Sebastião	X	X	X	X	-	X
	Ubatuba	-	-	-	X	X	X
	Total da R.S.	2	2	2	4	2	4
Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	-	-	-	X	X	X
	Lagoinha	-	-	-	X	-	-
	Natividade da Serra	X	-	-	X	-	-
	Pindamonhangaba	-	-	-	X	X	X
	Redenção da Serra	X	-	-	X	-	X
	Santo Antônio do Pinhal	-	-	-	X	-	X
	São Bento do Sapucaí	-	-	-	X	-	-
	São Luís do Paraitinga	-	-	-	X	-	-
	Taubaté	-	-	-	X	X	X
	Tremembé	X	-	-	X	-	X
	Total da R.S.	3	-	-	10	3	6
Total RRAS 17	8	3	2	38	14	24	

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

5.2.4 Fluxo Atual das Referências Regionais

Atualmente os serviços de reabilitação na área de abrangência da RRAS 17 estão distribuídos de maneira bastante desigual. O mapa abaixo apresenta as referências regionais de todos os municípios da área de abrangência do DRS XVII – Taubaté, para a atenção especializada em reabilitação, seja Auditiva, Visual ou Motora, nesse caso tanto para reabilitação como para dispensação de OPM.

**Mapa 19– Referências Regionais na Atenção Especializada
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**



Fonte: DRS XVII – Taubaté

A **Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade** oferece atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas e instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco

ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva de forma articulada e integrada com o sistema local regional. O serviço de referência regional está localizado no Hospital Universitário em Taubaté e dispõe de 82/cotas mês para dispensação de aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) para a região. O Hospital também é referência para dispensação de aparelhos de Frequência Modulada Pessoal (FM). A regulação das vagas é realizada pelo DRS XVII – Taubaté, através do sistema da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS. A insuficiência dessas cotas já foi discutida por diversas vezes nas reuniões de CIR, considerando que existe grande demanda reprimida nos municípios o que, em alguns casos, gera como consequência a judicialização dos casos. Os pacientes que necessitam de implante coclear são encaminhados ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP – HRAC Centrinho em Bauru.

O Centro de Reabilitação Lucy Montoro São José dos Campos foi inaugurado em setembro de 2011, com o objetivo de proporcionar tratamento de reabilitação para pacientes com deficiências físicas incapacitantes, motoras e sensório-motoras, para os 39 municípios da área de abrangência da RRAS 17, tanto para atendimento ambulatorial de reabilitação em caráter intensivo como para dispensação de OPM. A regulação das vagas é realizada via DRS através do sistema CROSS, seguindo critérios de elegibilidade estabelecidos pela Rede Lucy Montoro.

O transporte de usuários para o Centro Lucy Montoro e a continuidade do acompanhamento dos pacientes atendidos são de responsabilidade de cada município. Entendemos este ser um nó crítico de impacto no resultado do tratamento, por esse motivo, ações de aproximação e seguimento vêm sendo tomadas pelo DRS com o intuito de melhorar a contra referência, responsabilizando os municípios pela continuidade do tratamento desses pacientes. Acreditamos que a estruturação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência deve favorecer esse fluxo.

Segue abaixo tabela com número de OPM dispensados pelo Lucy Montoro nos anos de 2012 e 2013.

**Quadro 11: Atendimentos Lucy Montoro OPM
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**

OPM	2012	2013
Total de Pacientes Atendidos	603	1.543
Total de Equipamentos fornecidos	1.229	2.240

Fonte: Lucy Montoro São José Campos

O DRS XVII – Taubaté gerencia o número de pacientes contemplados pela dispensação de OPM e aqueles que estão aguardando, através de um sistema de cadastro único desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O Centro de Sistema Estratégico de Gestão é um sistema criado com o objetivo de cadastrar os pacientes com prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, não cirúrgicos e permitir aos gestores e serviços, visualizar e acompanhar os pacientes cadastrados que estão aguardando ou já receberam seus equipamentos. Desde a criação desta ferramenta, no ano de 2010, um total de 2506 pacientes foram contemplados. Segue abaixo número de pacientes aguardando a dispensação de OPM.

**Quadro 12: Número de Pacientes Aguardando OPM
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**

Região de Saúde	Número de pacientes aguardando	Total
Alto Vale do Paraíba	748	1.269
Circuito da Fé e Vale Histórico	138	
Litoral Norte	93	
Vale do Paraíba e Região Serrana	290	

Fonte: Sistema Estratégico de Gestão www.sistema4.saude.sp.gov.br/opm em 08/08/2014

**Quadro 13 - Tempo médio de espera (em meses) para acesso por ação ofertada na Reabilitação.
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté. Período, 2014.**

R.S.	Município	Acolhimento no Serviço	Início do Tratamento	OPM	Aparelhos Auditivos	Bolsas de Ostomias
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	01 mês	02 meses	10 meses	20 meses	03 dias
	São José dos Campos	-	-	6 a 12 meses alguns casos até 24 meses	3 a 4 anos	-
	Monteiro Lobato	-	-	6 a 12 meses, alguns casos até 24 meses	6 a 12 meses	-
	Paraibuna	0	-	6 a 12 meses	12 meses	-
	Igaratá	0	0 a 12 meses	06 meses	12 meses	-
	Santa Branca	0	0 a 12 meses	02 anos	02 anos	-
	Jacareí	0	0 a 12 meses	6 a 12 meses, alguns casos até 24 meses	3 a 4 anos	-
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Arapeí	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Areias	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Bananal	-	-	12 meses	+ 12 meses	Não há lista de espera
	Cachoeira Paulista	-	-	7 meses	7 meses	Não há lista de espera
	Canas	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Cruzeiro	Demanda referenciada	30 dias exceto urgências	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Cunha			6 meses	6 meses	Não há lista de espera
	Guaratinguetá	Demanda referenciada	Aprox. 45dias	12 meses	12 meses	Não há lista de espera
	Lavrinhas	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Lorena	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Piquete	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Potim	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Queluz	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	Roseira	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
	SJ Barreiro	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera
Silveiras	-	-	7 meses a mais	12 meses a mais	Não há lista de espera	
Litoral Norte	C. R. de Caraguatatuba	0	1 a 2 meses	6 a 12 meses	6 meses	0
	Serviço de Reabilitação de Ilhabela	0	1 mês	6 a 12 alguns casos até 24 meses	6 a 12 meses	0
	C. R. São Sebastião Centro - Costa Norte	0	1 a 2 meses	6 a 12 alguns casos até 24 meses	6 meses	0
	C. R. de São Sebastião Costa Sul	2 meses	1 a 2 meses	6 a 12, alguns casos até 24 meses	6 meses	0
	C. R. de Ubatuba	0	1 a 2 meses	6 a 12 meses	6 meses	0
Vale do Paraíba e Região Serrana	Pindamonhangaba	Demanda referenciada	6 meses os crônicos e 1 mês os urgentes	12 meses	18 meses a 36 meses, exceto crianças	Não há demanda reprimida e tempo de espera
	Redenção da Serra			0	2 meses	0
	Santo Antônio do Pinhal	24 meses	2011	5 meses	3 meses	1 mês
	Tremembé	6 meses	6 meses	12 meses	6 meses	N/C

Fonte: Secretarias Municipais de Saúde - RRAS 17

O **Pró Visão - Hospital Oftalmológico e Centro de Reabilitação**, localizado no município de São José dos Campos, seguindo critérios de elegibilidade é referência para os municípios de abrangência da RRAS 17 para reabilitação visual. A reabilitação tem como objetivo a Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência visual que apresenta ou não deficiências associadas, visando ainda, a promoção do convívio sócio familiar. A região no momento, não tem referência formal para dispensação de prótese ocular.

Com relação ao ambulatório de Bloqueios Periféricos - Toxina Botulínica, a Região de Saúde do Alto Vale do Paraíba e a Região de Saúde do Litoral Norte são referenciadas para o Hospital Municipal de São José dos Campos, e a Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico e a Região de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana, são referenciadas para a Casa da Mãe Taubateana no município de Taubaté, embora, este serviço ainda esteja em processo de cadastramento, os pacientes já são regularmente atendidos.

Os **Centros de Especialidades Odontológicas – CEO** são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006. Os CEO deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos mesmos.

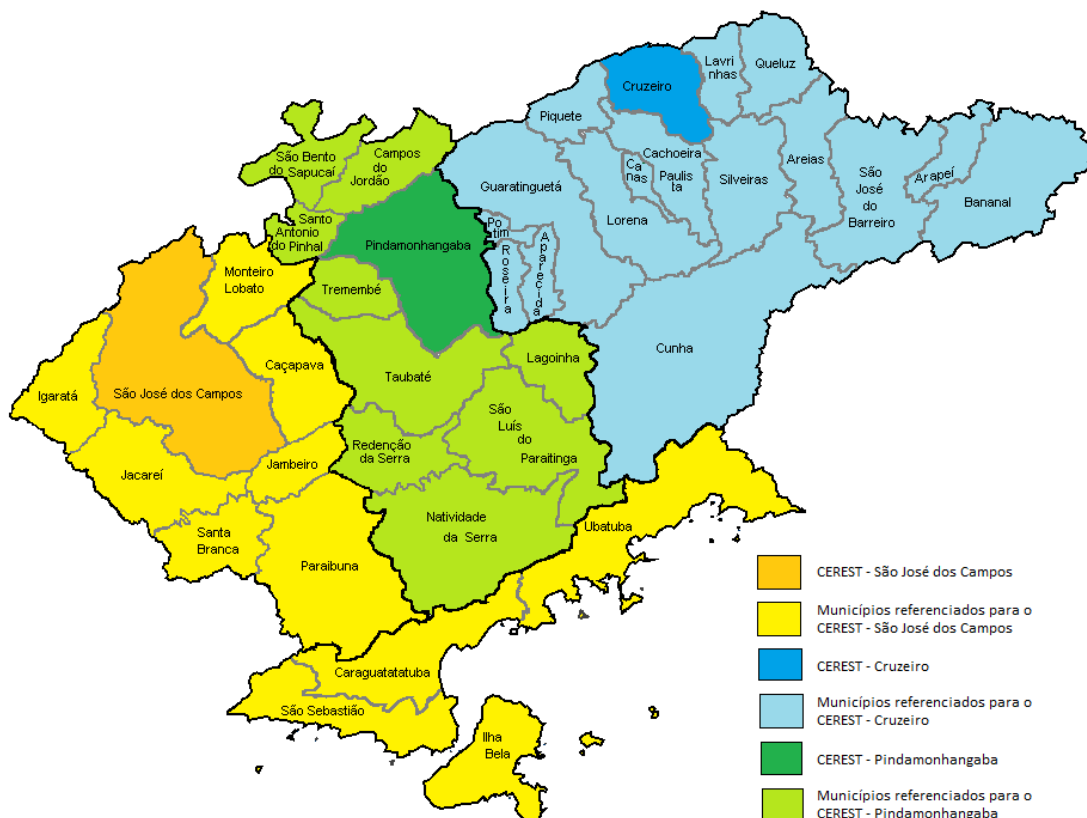
A **Atenção à Pessoa com Ostomia**, desde 2002, ocorre de maneira descentralizada para os municípios, pois até então o atendimento era realizado apenas no Ambulatório Regional de Especialidades do Estado (antigo Centro de Saúde Estadual).

Atualmente os municípios estão estruturados como polos para atendimento integral de seus munícipes e suas respectivas referências são Caçapava, Jacareí, São José dos Campos, Cruzeiro, Guaratinguetá, Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba e Taubaté.

Cada município tem uma forma de organização, observa-se que alguns realizam o atendimento descentralizado na atenção básica e os profissionais informam a necessidade das bolsas de ostomia à enfermeira do Centro de Especialidades e ao receberem o solicitado são responsáveis pelas orientações, acompanhamento e dispensação, outros centralizam seu atendimento nos Centro de Especialidades Médicas ou Centro de Reabilitação.

A RRAS 17 tem 03 **Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST**: São José dos Campos (Alto Vale do Paraíba), Cruzeiro (Circuito da Fé e Vale Histórico) e Pindamonhangaba (Vale do Paraíba e Região Serrana). Cada CEREST é referência para os municípios, conforme mapa abaixo.

**Mapa 20 – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST
Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS 17
Período: 2011**



Fonte: Mapa de Saúde RRAS 17

5.2.5 Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá:

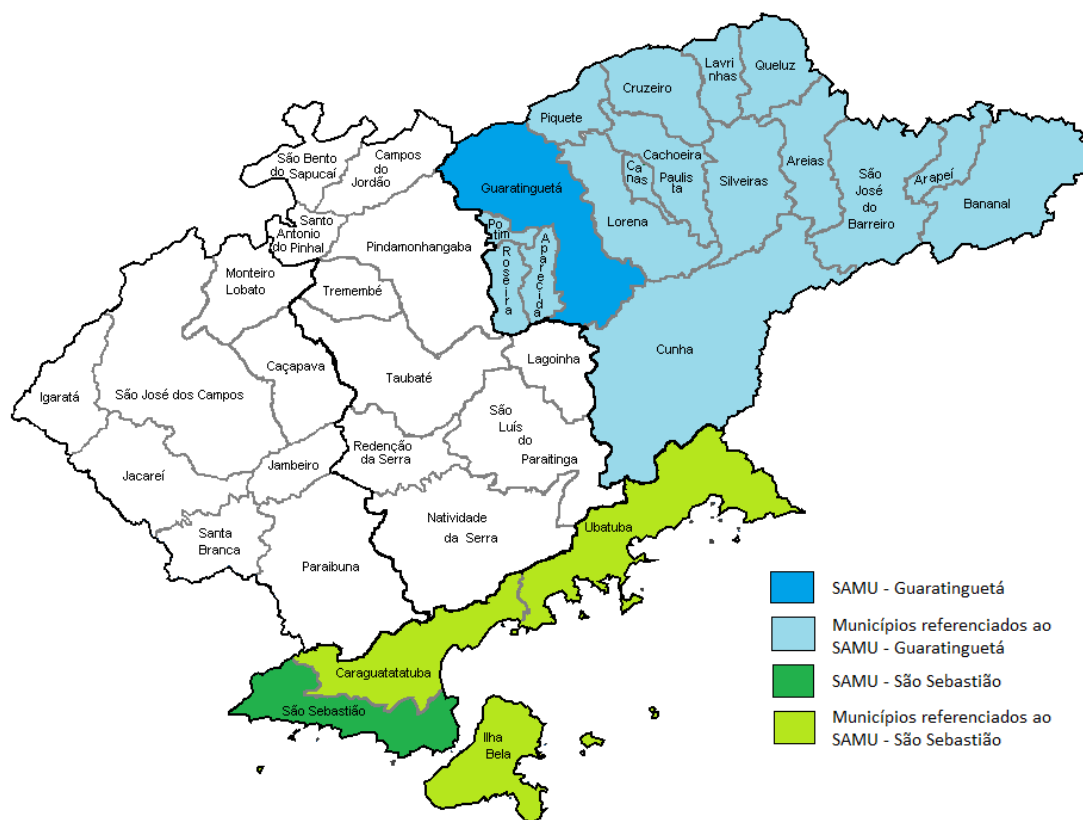
- I Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- II Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- III Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- IV Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e
- V 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.

Das Regiões de Saúde que compõem a RRAS 17, apenas a Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico e a Região de Saúde do Litoral Norte tem Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, o que representa 50% das Regiões cobertas por esse Serviço. Entretanto equivale a 53,8% dos municípios da RRAS 17 e apenas 32,3% de sua população.

As Centrais de Regulação do SAMU estão localizadas nos municípios sede (Guaratinguetá e São Sebastião).

De acordo com a Deliberação CIB 17, de 27 de março de 2012, foi aprovado o SAMU da Região de Saúde do Alto Vale do Paraíba, com sede em São José dos Campos. A Região de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana encontra-se em elaboração do projeto de implantação do SAMU regional. Abaixo segue mapa dos serviços de SAMU na região.

**Mapa 21 – Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU
Rede Regional de Atenção a Saúde - RRAS 17**



Fonte: DRS XVII – Taubaté

**Quadro 14 – Unidades de Pronto Atendimento
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**

Região de Saúde	Nº de Pronto Atendimento
Alto Vale do Paraíba	3
Circuito da Fé e Vale Histórico	1
Litoral Norte	1
Vale do Paraíba e Região Serrana	4
Total da RRAS 17	9

Fonte: SES SP

As Unidades de Pronto Atendimento são estruturas intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Urgência Hospitalares. A RRAS 17 conta com 08 Unidades de Pronto Atendimento, sendo 03 na região do Alto Vale do Paraíba, 01 na região do Circuito da Fé e Vale Histórico, 01 no Litoral Norte, sendo 01 no município de Caraguatatuba e 01 em construção no município de São Sebastião e 04 na região do Vale do Paraíba e Região Serrana.

**Quadro 15 – Unidades de Pronto Socorro
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17**

Região de Saúde	Nº de Pronto Socorro
Alto Vale do Paraíba	6
Circuito da Fé e Vale Histórico	2
Litoral Norte	2
Vale do Paraíba e Região Serrana	3
Total da RRAS 17	13

Fonte: SES SP

A RRAS 17 conta com 13 Unidades de Pronto Socorro sendo 06 na região do Alto Vale do Paraíba, 02 na região do Circuito da Fé e Vale Histórico, 02 na região do Litoral Norte e 03 na Região do Vale do Paraíba e Região Serrana.

Muitos municípios de pequeno porte oferecem um serviço de Atendimento as Urgências sem que os formalizem como Pronto Socorro ou Pronto Atendimento, mas esses serviços impedem que os pacientes sejam transportados desnecessariamente aos serviços de Urgência e Emergência de referência.

Na atenção Hospitalar a RRAS 17 conta com Rede Hospitalar SUS e não SUS nas 4 Regiões de Saúde, conforme quadros abaixo:

Quadro 16 – Hospital por Porte
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17

Região de Saúde	Menos de 50 Leitos	de 51 a 200 Leitos	de 201 a 500 Leitos	Acima de 500 Leitos
Alto Vale do Paraíba	13	13	1	-
Circuito da Fé e Vale Histórico	7	4	1	-
Litoral Norte	1	3	-	-
Vale do Paraíba e Região Serrana	5	5	2	-
RRAS 17	26	25	4	-

Quadro 17 – Levantamento de Leitos Gerais
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17

População SUS dependente
População: **1.440.400** habitantes

População Não SUS
População: **845.109** habitantes

Leito	Parâmetro	Existente	Diferença
Cirúrgico	540	653	113
Clínica Médica	966	947	(19)
Obstétrico	202	362	160
Pediátrico	342	315	(27)
Crônicos	506	1	(505)
Psiquiátricos	551	303	(248)
Reabilitação	170	10	(160)
Total	3.277	2.591	(686)

Leito	Parâmetro	Existente	Diferença
Cirúrgico	317	561	244
Clínica Médica	567	374	(193)
Obstétrico	119	199	80
Pediátrico	201	152	(49)
Crônicos	297	6	(291)
Psiquiátricos	323	74	(249)
Reabilitação	100	1	(99)
Total	1.923	1.367	(556)

Analisando a oferta de leitos SUS de acordo com os parâmetros e os leitos existentes, temos uma necessidade de implantação e/ou ampliação na RRAS 17, e nas Regiões de Saúde, conforme quadro abaixo:

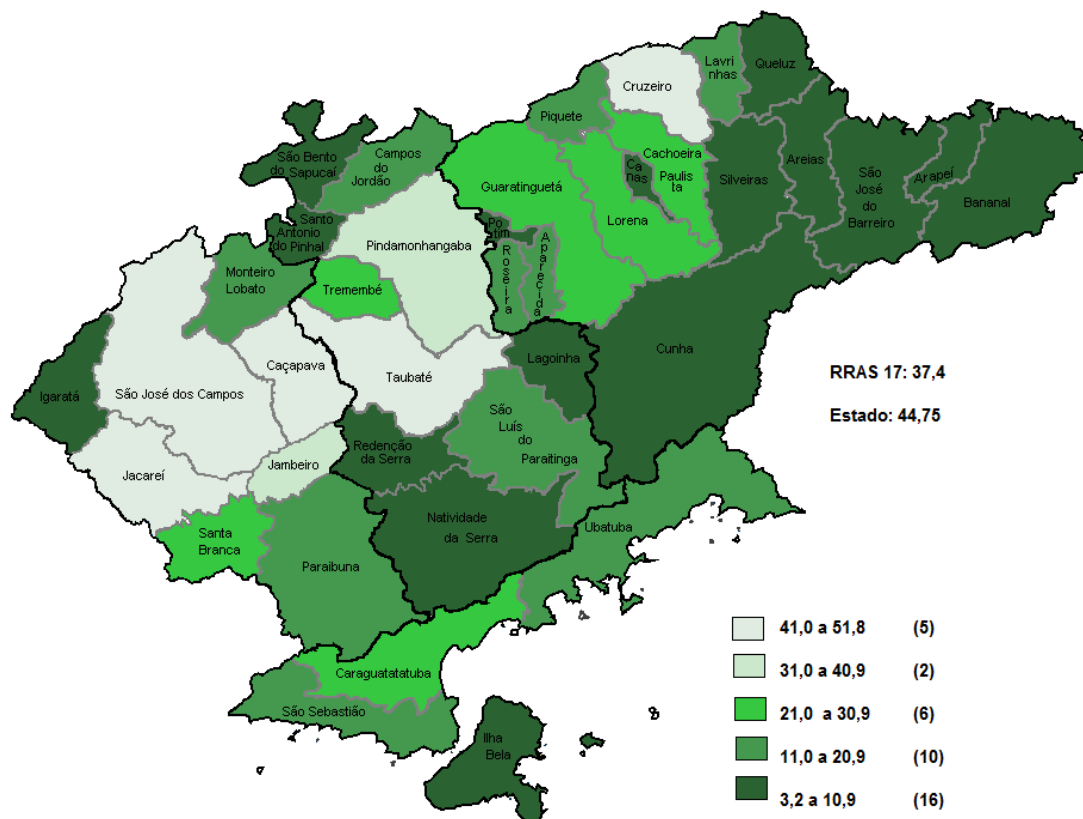
Quadro 18 – Leitos de UTI
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17

RS/ MUNICÍPIO	PRESTADOR	UTI ADULTO		UTI NEONATAL	
		Existente	Credenciado	Existente	Credenciado
RS ALTO VALE DO PARAÍBA		99	45	41	22
Caçapava	FUSAM	10	5	-	-
Jacareí	Hospital São Francisco	10	6	16	8
	Santa Casa de Jacareí	8	8	-	-
São José dos Campos	Hosp. Antoninho da Rocha Marmo	9	0	7	4
	Hospital Pio XII	16	12	-	-
	Santa Casa de São José dos Campos	21	17	8	6
	Hospital Municipal	34	34	10	10
RS CIRCUITO DA FÉ E VALE HISTÓRICO		45	28	22	6
Cruzeiro	Santa Casa de Cruzeiro	10	10	-	-
Guaratinguetá	Hospital Frei Galvão(Guaratinguetá)	15	11	12	6
	Santa Casa de Guaratinguetá	10	7	-	-
Lorena	Santa Casa de Lorena	10	7	10	7
RS LITORAL NORTE		14	7	10	10
Caraguatatuba	Casa de Saúde Stella Maris	6	6	10	10
São Sebastião	Hospital das Clínicas	8	7	-	-
RS VALE DO PARAÍBA E REGIÃO SERRANA		46	43	20	17
Pindamonhangaba	Santa Casa Pindamonhangaba	10	7	10	7
Taubaté	Hospital Universitário	6	6	10	10
	Hospital Regional Vale do Paraíba	30	30	-	-
TOTAL RRAS 17		204	123	93	55

Fonte: SMS da RRAS 17 e CNES

A regulação hospitalar acontece por meio da **Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS** tem entre seus objetivos a equidade do acesso implementada através de ações dinâmicas, executada de forma equânime, ordenada oportuna e racional que congrega ações voltadas para a Regulação do acesso nas áreas hospitalar e ambulatorial.

**Mapa 22 - Percentual de Pessoas Atendidas pela Saúde Suplementar
 Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté
 Período: 2011**



Fonte: SES SP/ SIB/ ANS/MS – 12/2011 – DATASUS/ Tabnet

Notas: O termo “ beneficiário” refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. As informações são atualizadas a cada três meses, possibilitando a correção de competências anteriores.

Analisando o percentual de pessoas atendidas pela saúde suplementar, conforme mapa abaixo a RRAS17 no ano de 2011 contou com 37,4% que é inferior à do Estado de São Paulo que é de 44,75%. Conforme mapa temos apenas 5 municípios com percentual entre 41% a 51,80% da população atendida pela Saúde Suplementar, portanto temos trinta e quatro municípios da RRAS 17 com cobertura inferior a 40% o que demonstra um alto grau de dependência do Sistema Único de Saúde, variando de 60% a 97% da população do município.

6 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA RRAS 17

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas:

- I CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II;
- II CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e
- III CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV.

A proposta é que o atendimento no CER seja realizado de forma articulado com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, por meio de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente.

§ 1º - Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e Múltiplas Deficiências poderão se constituir como referência regional, conforme Plano de Ação Regional pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com o previsto na Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, (Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência);

§ 2º - Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências devem estar articulados, mediante regulação, aos demais pontos da rede de atenção, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. Subseção I Dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas Um Serviço de Reabilitação

6.1 INCENTIVOS FINANCEIROS

De acordo com Portaria GM/MS 835 /12, foram instituídos incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da 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 m²;
- b) CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m²;
- c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²;

II - construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m²;

III - reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);

IV - aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes:

- a) CER II - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- b) CER III - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);
- c) CER IV - até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e

d) Oficina Ortopédica - até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).

V- incentivo financeiro de custeio nos seguintes valores:

a) CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês;

b) CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês;

c) CER IV - R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês;

d) Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês;

e) Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês;

Na RRAS 17, os valores referentes aos incentivos financeiros supramencionados para implantação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência ficam estabelecidos conforme a apresentação a seguir.

6.2 PROPOSTA DE DESENHO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DA RRAS 17

Tendo como diretriz a regionalização dos serviços e a atenção básica como principal porta de entrada do usuário na rede, e ainda como premissa, a garantia do acesso de todas as pessoas com deficiência nos pontos de atenção da linha de cuidado, a proposta de configuração da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência na RRAS 17 Taubaté considerou todos os componentes propostos na Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência nas 04 regiões de saúde.

Na atenção básica os municípios da região da RRAS 17 não diferem das outras regiões do Estado de São Paulo, onde os menores municípios apresentam cobertura maior das Equipes de Saúde da Família. Vale ressaltar que o Programa Mais

Médicos (PMM) vem mudando essa realidade, permitindo que os municípios ampliem sua cobertura na atenção básica pelas ESF.

Outra preocupação é a baixa cobertura de NASF na região, mas precisamos considerar que se são os municípios menores que apresentam maior cobertura, estes também são os que possuem recursos financeiros mais escassos para complementar o gasto com a implantação dos NASF, o que de certa forma justificaria o número reduzido deste equipamento na região.

Porém, a realidade apresentada acima não invalidou que neste ano obtivéssemos aumento de 50% de cobertura de NASF passando a contar com 12 equipes já implantadas e previsão de mais 6 equipes para o final de 2014.

As ações propostas no componente de Atenção Básica buscam, sobretudo, melhorar o acesso e a acessibilidade aos serviços. São ações de articulação, de reorganização dos processos de trabalho, da qualificação do acolhimento e da responsabilização pelo usuário em toda a linha de cuidado.

Para a efetivação destas ações serão utilizados recursos financeiros provenientes de projetos de Educação Permanente; da Humanização; da Rede Cegonha que já foi aprovada para a região, e, também, de outros projetos da Atenção Básica, como Requalifica UBS, Qualis UBS I e II, PMAQ e outros incentivos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde.

É importante ressaltar que no campo dos desafios postos aos usuários com deficiências para acessar o atendimento em saúde, além dos limites de oferta e qualidade do serviço, existem outras dificuldades que necessitam ser observadas. São dificuldades de acesso aos serviços relativos à dimensão geográfica, como distância, custo, transporte e a existência de barreiras arquitetônicas nos equipamentos de saúde.

As especificidades regionais diferenciam as Regiões de Saúde da RRAS 17 como a geografia peculiar com inúmeros acidentes geográficos, alguns municípios com vasta extensão territorial, grande extensão de faixa litorânea e a

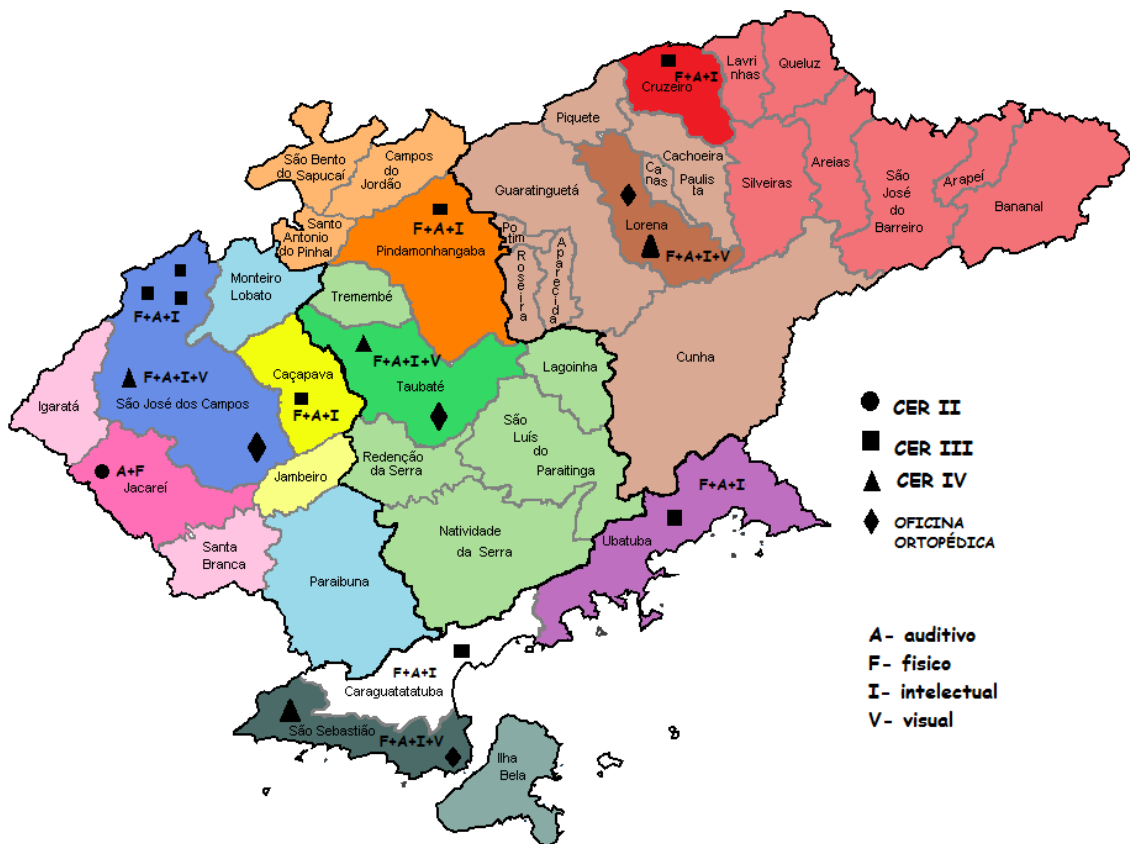
presença de serras, além da inexistência de veículos adaptados em quantidade suficiente para transportar em condições humanitárias os usuários em distâncias e tempos tão longos.

Para fins de dimensionamento da necessidade e localização dos serviços a serem implantados foram utilizados dados populacionais do IBGE 2010, referente à população com deficiência, necessidade de cobertura assistencial, nível de complexidade e distribuição geográfica dos serviços.

Consideramos que o censo é auto declarável no que se refere a possuir algum tipo de deficiência, inclusive no seu grau de dificuldade, seja visual, auditivo, motor ou intelectual, ponderamos que apenas os percentuais de pessoas que responderam que “não consegue de modo algum” ou “tem grande dificuldade” necessitam de terapias de reabilitação.

Seguem as propostas de cada Região de Saúde, devidamente consensuadas em reuniões de CIR. Os serviços de referência regional Hospital Universitário Taubaté – HUT, Lucy Montoro São José dos Campos, Pró- Visão em Taubaté serão pontos de atenção da Rede.

**Mapa 23 – Proposta de Implantação de CER e Oficina Ortopédica
Rede Regional de Atenção a Saúde - RRAS 17**



Fonte: Grupo Condutor Regional – RRAS 17

6.2.1 A Região de Saúde Alto Vale do Paraíba:

A proposta da Região de Saúde do Alto Vale do Paraíba é inicialmente habilitar um CER III (modalidades física, auditiva e intelectual) no município de **Caçapava**, seguido posteriormente da construção desse equipamento, para atendimento de seus municípios e de Jambeiro. Atualmente o município de Caçapava conta com um serviço sob gestão municipal com produção no que tange os serviços

de reabilitação nas áreas pretendidas, conforme dados abaixo referente à média mensal de atendimentos no último semestre de 2013 e primeiro semestre de 2014*:

Tipo de atendimento	Quantidade de profissionais	Número de atendimentos
Enfermagem	2	168
Fisioterapia	5	222
Fonoaudiologia	2	170
Otorrinolaringologia	1	74
Psicologia	1	44
Terapia Ocupacional	2	60**
Total de atendimentos/mês		738

* Fonte: SMS Caçapava

** Dados referentes ao primeiro semestre de 2014

O município de Caçapava aponta que tais investimentos são insuficientes para uma oferta de serviços adequada a população, acarretando demora no atendimento e dificuldades na manutenção e aquisição dos equipamentos necessários para uma assistência de qualidade à PCD.

Pensando na necessidade de manter outros pontos de atenção à PCD além do CER, e levando em consideração a baixa quantidade de instituições e entidades que oferecem assistência nessa área no município, bem como sua baixa capacidade de absorção de demanda, Caçapava mantém uma estrutura de apoio focada na Atenção Básica, com equipe NASF e equipe com 9 fisioterapeutas distribuídos entre os PSF. Além disso, o município conta com um CAPS II e um Ambulatório de Saúde Mental, que também servem de ponto de apoio. Toda essa estrutura já foi pensada de modo a fornecer a base para, futuramente, fortalecermos a assistência à PCD tendo como foco o CER III.

Na área de assistência à pessoa com deficiência auditiva, o Plano de Ação Regional já apontou que a atual referência, o Hospital Universitário de Taubaté, dispõe de cotas quem não atendem toda a região. Com isso, Caçapava apresenta uma demanda reprimida considerável. Um exemplo disso é o tempo de dispensação de aparelhos para deficiência auditiva que ultrapassa os 20 meses. Além disso, a área auditiva é aquela na qual o município apresenta maior dificuldade no que tange a assistência. Mesmo com os esforços municipais, as limitações são importantes tendo

em vista ser uma área que precisa de investimentos altos, onerosos demais para um município de menor porte arcar sozinho. Tais fatores acarretaram na solicitação do município quanto ao credenciamento de um CER na modalidade auditiva.

Referente ao transporte sanitário, Caçapava atualmente não apresenta estrutura capaz de permitir que a demanda das áreas pretendidas seja atendida nos municípios próximos que também solicitaram CER, o que impulsionou o município mais uma vez a requisitar em seu plano de ação um CER III, de modo a garantir a seus munícipes acessibilidade e resolutividade na assistência.

Para **Jacareí** a proposta é reformar e habilitar e reformar a Unidade de Reabilitação Municipal como CER II (modalidades auditiva e física), para atender os municípios de Jacareí, Igaratá e Santa Branca;

O município de **São José dos Campos** propõe a construção de três CER III (modalidades física, auditiva e intelectual) e um CER IV (modalidade física, auditiva, intelectual e visual), para atender também Monteiro Lobato e Paraibuna.

Serão Pontos de Atenção locais da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência a Associação “Criança Especial” de Pais Companheiros – CEPAC em Jacareí para atendimento de pessoas com deficiência intelectual do município e a Associação Crianças Especiais de Santa Branca, para pessoas com deficiência intelectual deste município;

A região de Saúde propõe a construção de uma oficina ortopédica em São José dos Campos, e será referência para todos os municípios compreendidos nesta região.

Os municípios de **Caçapava, Jacareí e São José dos Campos** possuem serviços de reabilitação em funcionamento, porém necessitam de estruturas físicas adequadas, aquisição de materiais permanentes/equipamentos e ajustes nas equipes técnicas para atender todos os pré-requisitos dos instrutivos do Ministério da Saúde, para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Os municípios de **São José dos Campos e Jacareí** assumirão suas demandas de OPM e Prótese Auditiva/FM, tão logo recebam recursos financeiros federais da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência para custeio destes procedimentos. Portanto considera-se que tanto na modalidade física e auditiva mantém-se a pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde - SP de protetização e dispensação de insumos para a ostomia.

As Secretarias Municipais de Saúde da microrregião constituirão as suas Redes de Assistência à Pessoa com Deficiência, estabelecendo fluxos, protocolos, mecanismos de referência e contra referência, avaliação do processo terapêutico e organização dos serviços.

6.2.2 A Região de Saúde do Litoral Norte

A região de Saúde do Litoral Norte fez suas colocações e justificativas para implantação da Rede, considerando que para fins de dimensionamento da necessidade e localização dos serviços foram utilizados dados de populacionais do CENSO 2010. Destacando, porém que esta informação está defasada porque a região teve um crescimento populacional no período 2010-2013 de 9,2%. A população total IBGE 2010 que era 281.779 habitantes está projetada para 305.417 habitantes em 2013.

Foram utilizados os dados populacionais de "*peessoas com grande deficiência ou não conseguem de modo algum*", foi arbitrado que essas pessoas são potenciais usuárias do centro de reabilitação pelo menos uma vez ao ano. O total deste grupo populacional em cada modalidade deficiência foi dividido por 12 meses e o resultado encontrado foi dividido pela media do numero de usuários atendidos na mesma modalidade de reabilitação, conforme recomendado nos instrutivos MS.

Arbitrou se um atendimento pessoa/ano mesmo sabendo que as práticas nos centros de reabilitação em funcionamento na região, bem como alguns instrutivos demonstram que as pessoas em processo de reabilitação são atendidas nos serviços mais de uma vez por ano. Na modalidade Física/ Motora, usuários com ostomias, ou em processo de concessão de OPM, ou com lesões medular grave, permanecem em atendimento por vários meses. Na modalidade auditiva, a recomendação nos instrutivos do MS é que usuários em uso de AASI até 03 anos sejam acompanhadas 04 vezes por ano em ser acompanhados usuários maiores de 03 anos devem ser acompanhados até 02 vezes ao ano.

- ✓ Modalidade Deficiência Visual – Nesta modalidade há na região 8.471 pessoas com grande deficiência ou não conseguem de modo algum, o que seguindo a metodologia adotada comportaria a oferta de 4,7 pontos de atenção especializados. No entanto, a opção da região foi implantar 02 Centros de Reabilitação oferecendo atenção especializada nesta modalidade.
- ✓ Modalidade Auditiva – Nesta modalidade há na região 2.914 pessoas com grande deficiência ou não conseguem de modo algum, o que seguindo a metodologia adotada comportaria a oferta de 1,61 pontos de atenção especializados. A opção da região foi implantar 02 Centros de Reabilitação oferecendo atenção especializada nesta modalidade.
- ✓ Modalidade Física/ Motora – Nesta modalidade há na região 5.938 pessoas com grande deficiência ou não conseguem de modo algum, o que seguindo a metodologia adotada comportaria a oferta de 2,47 pontos de atenção especializados. A opção da região foi implantar 03 centros de reabilitação oferecendo atenção especializada nesta modalidade e manter em São Sebastião, o serviço habilitado em reabilitação intermediários física, habilitado pelo MS, em 05 de setembro de 2012, como Serviço de Reabilitação Física Intermediário (DOU nº 168 – DOE de 05/09/2012 – seção 1 – pg 45 – deliberação CIB 60 de 04/09/2012).
- ✓ Modalidade Intelectual – Nesta modalidade há na região 3.344 pessoas com grande deficiência ou não conseguem de modo algum, o que seguindo a metodologia adotada comportaria a oferta de 1,39 pontos de atenção

especializados. A opção da região foi implantar 03 centros de reabilitação oferecendo atenção especializada nesta modalidade, pois referenciar estes usuários para outros municípios causaria muitos transtornos para os próprios e para os familiares. O deslocamento torna se inviável pelo perfil destes usuários, associados à distância entre os municípios, as condições e tempo de locomoção.

Sendo assim, ficam como propostas a habilitação de um CER III (modalidades física, auditivo e intelectual) no município de **Caraguatatuba** para atendimento de seus munícipes.

Para **São Sebastião** a proposta é manter a habilitação de um Serviço de Reabilitação Nível Intermediário (modalidade física) como referência para Ilhabela, habilitar a modalidade auditiva já existente e a construção de um CER IV (modalidade física, auditiva, intelectual e visual) para onde transferirá a habilitação da auditiva como referência para Ilhabela, nas quatro modalidades e para Caraguatatuba e Ubatuba na modalidade visual.

O município de **Ubatuba** propõe a habilitação imediata em CER II (modalidade física e auditiva) de um serviço já existente, para atendimento de seus munícipes. Solicita recursos para a construção de um CER III (modalidade física, auditiva e intelectual) com a transferência da habilitação para este serviço.

A região propõe a construção de uma oficina ortopédica sediada em **São Sebastião** como referência para os quatro municípios do Litoral Norte.

6.2.3 A Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico

Para a Região de Saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico, pelo princípio da economicidade, coerente com as diretrizes da regionalização e critérios estabelecidos pelas portarias da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, que embora o município de **Lorena** já tenha sido contemplado com um CER III

(modalidades física, auditiva e visual), ficou pactuado pelos gestores a proposta de ampliação para um CER IV (modalidade física, auditiva, intelectual e visual) com oficina ortopédica, como referência para os 17 municípios da abrangência dessa Região de Saúde, com alteração prevista para 2017. Observando as características regionais do Vale Histórico, com sua extensa área territorial e baixa densidade demográfica e coerente com perfil epidemiológico e demandas da região, para o município de **Cruzeiro**, ficou pactuado para 2017 a construção de CER III (modalidade física, auditiva e intelectual).

6.2.4 A Região do Vale do Paraíba e Região Serrana

Para a região de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana a proposta é a construção de um CER IV (modalidade física, auditiva, intelectual e visual) no município de **Taubaté** como referência para Lagoinha, Natividade da Serra, Redenção da Serra, São Luiz do Paraitinga e Tremembé nas quatro modalidades. E referência na modalidade visual para Pindamonhangaba, Campos do Jordão, Santo Antonio do Pinhal e São Bento do Sapucaí; O município de Taubaté propõe a construção de uma oficina ortopédica para 2017, como referência para os municípios deste Colegiado.

A Região de Saúde pactua a construção um CER III (modalidade física, auditiva e intelectual) no município de Pindamonhangaba como referência para Campos do Jordão, Santo Antonio do Pinhal, São Bento do Sapucaí;

Segue Tabela com os pontos de Atenção, propostas de implantação de CER e as respectivas referências. Vale ressaltar que o Quadro 21 representa a proposta final de implantação dos serviços na RRAS 17, considerando que solicitamos inicialmente algumas habilitações para posterior construção dos respectivos CER.

Quadro 20 - Pontos de Atenção da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté

R.S.	Município Sede	Pontos de Atenção	CNES	Modalidade	Referência para
Alto Vale do Paraíba	Jacareí	CEPAC	6959504	intelectual	Jacareí
	Santa Branca	CESB	7455763	intelectual	Santa Branca
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	APAE	5833817	Intelectual e Físico	Aparecida
	Cunha	APAE	6898173	Intelectual e Físico	Cunha
	Cachoeira Paulista	APAE	7371306	Intelectual e Físico	Cachoeira Paulista
	Roseira	APAE	5958210	Intelectual e Físico	Roseira
	Guaratinguetá	APAE	568281	Intelectual e Físico	Guaratinguetá
	Cruzeiro	APAE	7516444	Intelectual e Físico	Cruzeiro
	Lorena	Adefil	6342949	Físico e Auditivo	Lorena
Litoral Norte	São Sebastião	Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário	2766051	Físico	Serviço hoje no centro será transferido para a Costa Sul São Sebastião
Vale do Paraíba e Região Serrana	Pindamonhangaba	APAE	2755076	Intelectual e Físico	Pindamonhangaba
RRAS 17	São José dos Campos	Hospital Argia PRÓ VISÃO	2085577	Visual	RRAS 17
	São José dos Campos	LUCY MONTORO	6889549	Físico/OPM	RRAS 17
	Taubaté	Hospital Universitário	2749319	Auditivo	RRAS 17

Quadro 21 - PROPOSTA FINAL DE IMPLANTAÇÃO DE CER COM RESPECTIVA REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 17 - Taubaté, 2014.

R.S.	Município Sede	Tipo de CER	Modalidade	Referência para
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	CER III	Físico	Caçapava e Jambeiro
			Auditivo	
			Intelectual	
	Jacareí	CER II	Físico /Ostomia	Jacareí, Igaratá e Santa Branca
			Auditivo	
	São José dos Campos	CER IV	Auditivo	São José dos Campos – região central
			Físico /Ostomia	
			Intelectual	
			Visual	
		CER III SUL	Auditivo	São José dos Campos – região sul e Paraibuna
			Físico	
			Intelectual	
		CER III LESTE	Auditivo	São José dos Campos – região leste
			Físico	
Intelectual				
CER III NORTE	Auditivo	São José dos Campos – região norte, Monteiro Lobato		
	Físico			
	Intelectual			
OFICINA ORTOPÉDICA			Municípios do Alto Vale do Paraíba	
Circuito da Fé e Vale Histórico	Lorena	CER IV	Físico	Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira
			Auditivo	
			Intelectual	
			Visual	
	OFICINA ORTOPÉDICA			Municípios do Circuito da Fé e Vale Histórico
Cruzeiro	CER III	Físico	Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, São José do Barreiro, Silveiras, Queluz	
		Auditivo		
		Intelectual		
Litoral Norte	Caraguatatuba	CER III	Auditivo	Caraguatatuba
			Físico	
			Intelectual	
	São Sebastião	CER IV	Auditivo*	São Sebastião e Ilhabela
			Físico	
			Intelectual	
			Visual	
OFICINA ORTOPÉDICA			Municípios do Litoral Norte	
Ubatuba	CER III	Auditivo	Ubatuba	
		Físico *		
		Intelectual		
Vale do Paraíba e Região Serrana	Pindamonhangaba	CER III	Físico	Pindamonhangaba, Campos do Jordão, Santo Antonio do Pinhal e São Bento do Sapucaí.
			Auditivo	
			Intelectual	
	Taubaté	CER IV	Físico	Taubaté, Natividade da Serra, Lagoinha, Redenção da Serra, São Luiz do Paraitinga e Tremembé
			Auditivo	
			Intelectual	
			Visual	
OFICINA ORTOPÉDICA			Municípios do Vale do Paraíba e Região Serrana	

Fonte: Grupo Condutor Regional - RRAS 17 - * Serviços em funcionamento a serem habilitados imediatamente

**Demonstrativo de Recursos Financeiros para Implantação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
Rede Regional de Atenção a Saúde - RRAS 17**

R.S.	Município Sede	Tipo de CER	Modalidade	Proposta	CNES	CNPJ	Recurso Financeiro								
							Custeio	Escalona mento	Construção	Escalona mento	Reforma e Ampliação	Escalona mento	Equipamentos	Escalona mento	
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	CER III	Físico, Auditivo e Intelectual	habilitação imediata	-	-	200.000,00	2015	3.750.000,00	2016			1.500.000,00	2016	
	Jacareí	CER II	Físico e Auditivo	habilitação imediata	2084937 Ref. SIM	466941390001-83	140.000,00	2015			500.000,00	2015	1.000.000,00	2015	
	São José dos Campos	CER IV	Físico, Auditivo, Intelectual e Visual	-	-	-	345.000,00	2016	5.000.000,00	2016			2.000.000,00	2016	
		CER III SUL	Físico, Auditivo e Intelectual	-	-	-	200.000,00	2016	3.750.000,00	2016			1.500.000,00	2016	
		CER III LESTE	Físico, Auditivo e Intelectual	-	-	-	200.000,00	2017	3.750.000,00	2017			1.500.000,00	2017	
		CER III NORTE	Físico, Auditivo e Intelectual	-	-	-	200.000,00	2018	3.750.000,00	2018			1.500.000,00	2018	
		OFICINA ORTOPÉDICA		-	-	-	-	54.000,00	2017	250.000,00	2017			350.000,00	2017
	Total por RS							1.339.000,00		20.250.000,00		500.000,00		9.350.000,00	
Circuito da Fé e Vale Histórico	Lorena	CER III	Físico, Auditivo e Visual	habilitação imediata	-	-	200.000,00	2015	3.750.000,00	recebeu 1ª parcela			1.500.000,00	2015	
		CER IV	Alterar habilitação e incluir intelectual					2016		2016				2016	
		OFICINA ORTOPÉDICA		-	-	-	-	54.000,00	2016	250.000,00	2016			350.000,00	2016
	Cruzeiro	CER III	Físico, Auditivo e Visual	-	-	-	200.000,00	2017	3.750.000,00	2017			1.500.000,00	2017	
	Total por RS							454.000,00		7.750.000,00				3.350.000,00	
Litoral Norte	Caraguatatuba	CER III	Físico, Auditivo e Intelectual	habilitação imediata	2065185	14009808/0001-44	200.000,00	2014/2015	-	-	-	-	1.000.000,00	2015	
	São Sebastião	Reabilitação Física – Nível Intermediário	Físico, Auditivo* e Intelectual	Habilitado	2766051	46482832/0001-92	57.000,00	Deliberação CIB 60/2012							
		CER IV	Físico, Auditivo, Intelectual e Visual	Habilitar auditivo		46482832/0001-92	345.000,00	2015/2016	5.000.000,00	2016/2017			2.000.000,00	2015/2016	
		OFICINA ORTOPÉDICA					46482832/0001-92	54.000,00	2015/2016	250.000,00	2015/2016			350.000,00	2015/2016
	Ubatuba	* CER II	Físico e Auditivo	habilitação imediata	2702592	46482857/0001-96	140.000,00	2014/2015						2014/2015	
		CER III	Físico, Auditivo e Intelectual		2702592	46482857/0001-96	200.000,00	2016	3.750.000,00	2015/2016			1.500.000,00	2014/2015	
Total por RS							996.000,00		9.000.000,00				3.850.000,00		
Vale do Paraíba e Região Serrana	Pindamonhangaba	CER III	Físico, Auditivo e Intelectual	-	-	-	200.000,00	2017			1.000.000,00	2016	1.000.000,00	2016	
	Taubaté	CER IV	Físico, Auditivo, Intelectual e Visual	-	-	-	200.000,00	2015	3.750.000,00	2015			1.500.000,00	2015	
		OFICINA ORTOPÉDICA		-	-	-	-	54.000,00	2017	250.000,00	2017			350.000,00	2017
		Total por RS							454.000,00		4.000.000,00		1.000.000,00		2.850.000,00
Total RRAS 17							3.243.000,00		41.000.000,00		1.500.000,00		19.400.000,00		

* Serviços em funcionamento a serem habilitados imediatamente. Após a construção e implantação de CER será solicitado desabilitação neste tipo e solicitado nova habilitação.

Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Os leitos de Cuidados Prolongados à Pessoa com Deficiência devem estar organizados para dar retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, na forma de Unidade de Internação em Cuidados Prolongados em Hospital Geral, com equipe multiprofissional de reabilitação qualificada para a realização do atendimento.

No componente Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência a **proposta da região é destinar** leitos de reabilitação nos hospitais gerais de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião, Ubatuba e São José dos Campos com equipes de reabilitação qualificadas para a realização do atendimento.

As ações priorizadas no plano buscam de forma articulada e pactuada entre todos os interessados, ampliar o acesso e qualificar a assistência através da implantação de novos serviços, reorganização do processo de trabalho, qualificação dos profissionais e pessoas envolvidas.

7 PLANO DE AÇÃO

7.1 Componente Atenção Básica

Ação 1 - Realizar Ações Preventivas e Educativas para a População em Geral.

Atividade	Objetivo	Metas			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Realizar Campanha de Prevenção de Acidentes Domésticos	Reduzir o numero de acidentes domésticos	X	X	X	Nº de campanhas realizadas
Realizar Campanha de Prevenção de Acidentes de Trânsito	Reduzir o número de traumas causados por acidentes de trânsito	X	X	X	Nº de campanhas realizadas e mudanças dos indicadores de morbi mortalidade e sequelas.
Realizar levantamento dos locais de maior incidência de acidentes de trânsito.	Reduzir o número de traumas causados por acidentes de trânsito.	X	X	X	Numero de ocorrência de traumas por acidentes de trânsito x universo de acidentes.

Realizar de prevenção de doenças crônicas degenerativas-diabetes, hipertensão e glaucoma.	Reduzir a incidência de sequelas decorrentes das patologias	X	X	X	Acompanhamento dos registros de ocorrência por atendimento em tempo ideal x sequelas resultantes
Realizar eventos do tipo oficinas, rodas de conversa, palestras, para lideranças e pessoas da comunidade.	Sensibilizar comunidade em geral.	X	X	X	Numero de eventos realizados
Compartilhar experiências exitosas em prevenção de acidentes de outras regiões/municípios.	Criar condições para replicar na região/município	X	X	X	Nº de experiências compartilhadas que foram implantadas.
Articulações intersetoriais para implementação de projetos comuns de prevenção de acidentes em geral	Reduzir o número de traumas causados por acidentes em geral.	X	X	X	Numero de ocorrências dos indicadores
Acompanhamento compartilhado das gestantes entre hospital/maternidade e atenção básica.	Garantir acesso, acompanhamento imediato ao recém-nascido com alterações nos exames do pezinho, orelhinha e olho.	X	X	X	Tempo de espera para acesso no serviço de reabilitação

Ação 2 - Incentivo e Desenvolvimento de Programas Articulados que Promovam a Acessibilidades, Inclusão e a Qualidade de Vida das Pessoas com Deficiência.

Atividade	Objetivo	Metas			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Realizar levantamento (censo) relativos às PcD no âmbito do município	Conhecer e analisar o perfil epidemiológico e de morbidade da PcD nos territórios		X		Censo completado
Monitorar e avaliar os dados de acidentes de trânsito	Propor ações de redução dos acidentes	X	X	X	Redução de acidentes de trânsito
Mapear a necessidade de investimento em acessibilidade e ambiência das Unidades de saúde.	Promover acessibilidades da PcD em todas as unidades de saúde	X	X	X	Numero de Unidade de saúde em conformidade com as normas de acessibilidades

Apoiar e orientar, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar.	Adequação do ambiente escolar do ponto de vista físico, funcional e técnico às especificidades das PcD.	X	X	X	Nº de eventos de apoio/orientação realizados
--	---	---	---	---	--

Ação 3 - Realizar Ações Preventivas e Educativas para População em condições de Risco para Deficiências e Processos incapacitantes.

Atividade	Objetivo	Metas			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Implantar projetos de educação permanentes e capacitações para equipes que atuam na atenção básica.	Qualificação contínua do cuidado		X	X	Nº de projetos executados
Implantar protocolos de detecção precoce de sinais e sintomas na atenção básica	Identificar precocemente deficiências temporárias ou permanentes.	X	X	X	Protocolo implantado
Realizar eventos do tipo: oficinas, rodas de conversa, seminários, palestras para os profissionais de saúde e cuidadores.	Sensibilizar profissionais e cuidadores.	X	X	X	Nº de eventos realizados
Implantar vigilância e monitoramento na atenção básica para os recém-nascidos de risco até 02 anos.	Identificar precocemente deficiências temporárias ou permanentes.	X	X	X	Nº de crianças de risco com acompanhamento do desenvolvimento até os 02 anos.
Implantar vigilância e monitoramento nos territórios de para ocorrências de acidentes, quedas e violências domésticas.	Propiciar acesso em tempo oportuno das pessoas ao tratamento de reabilitação.	X	X	X	Nº de notificações encaminhadas aos serviços de reabilitação
Realizar visitas domiciliares para todas gestantes e bebês de maior risco e vulnerabilidade.	Identificar precocemente deficiências temporárias ou permanentes	X	X	X	Nº de visitas previstas x visitas realizadas

Implantar fluxo de informação entre as maternidades e as secretarias municipais de saúde para cuidado dos recém-nascidos com alteração nos exames obrigatórios na triagem neonatal	Garantir acesso e cuidado imediato ao recém-nascido com alterações nos exames do pezinho, orelhinha e olhinho.	X	X	X	Tempo de espera para acesso nos serviços de realização
Acolher e instrumentalizar grupos de familiares e cuidadores das PcD.	Apoiar e orientar as famílias/acompanhantes e cuidadores		X	X	Nº de famílias/cuidadores orientados
Fomentar a participação de PcD/familiares nos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.	Construir processos de cuidados compartilhados		X	X	Nº de pessoas com deficiência/ familiares participantes dos Conselhos

Ação 4 - Qualificar a Gestão do Cuidado da PcD na Atenção Básica

Atividade	Objetivo	Metas			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Implantar atendimentos em diferentes modalidades de terapias alternativas.	Oportunizar possibilidades terapêuticas utilizando os recursos naturais da região			X	Terapias alternativas implantadas
Uniformizar protocolos clínicos- assistenciais e administrativos únicos para as Redes de Atenção á saúde	Implantar estratégias de acolhimento e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.		X		Protocolo implantado
Capacitar a equipe multiprofissional sobre processos de trabalho e responsabilidades do SUS, com especial atenção para o conceito de responsabilização sobre o usuário da unidade.	Manter o vínculo da PcD com a equipe da AB enquanto estiver em atendimento em outros pontos de atenção da rede		X		Numero de profissionais treinados
Qualificar processos de acolhimento dos usuários nos serviços.	Humanizar os processos de acolhimento		X		Numero de funcionários treinados

Capacitar equipes da Atenção Básica em especial, agentes comunitários de saúde quanto aos cuidados das PCD.	Qualificar o atendimento	X	X	X	Numero de funcionários treinados
Implantar programas de prevenção de agravos para pessoas com doenças crônicas que tem potencial para evoluir com sequelas.	Estimular o auto cuidado e evitar a evolução para possíveis deficiências.	X	X	X	Nº de programas implantados

Ação 5 - Fortalecer ações de matriciamento para discussão e execução de projetos terapêuticos singulares.

Atividade	Objetivo	Metas			Indicador de Avaliação
		2014	2015	2016	
Habilitar NASF com profissionais de reabilitação na equipe.	Possibilitar apoio técnico para as equipes da atenção básica		X		Nº de NASF habilitados
Realizar visitas domiciliares o mais precocemente possível pelas equipes dos NASF.	Reforçar orientações e verificar dificuldades familiares e ou pessoais.		X		Nº de vistas realizadas

7.2 Componente Atenção Especializada

Ação 1 – Qualificar e habilitar as Unidade de Reabilitação e implantar os CER conforme previsto na tabela acima.

Ação 2 - Garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes.

Atividade	Objetivo	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Fomentar a participação de usuários, familiares e cuidadores nos Conselhos Gestores das Unidades em todos os pontos de atenção da Rede	Desenvolver atitudes de corresponsabilidades e parcerias na resolução dos problemas.	X	X	X	Nº de conselhos com participação de Pcd/familiares ou cuidadores

de PcD e nos Conselhos Municipais.					
Estimular a participação dos profissionais dos CER nos Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos de Pessoas com Deficiência e outros afins.	Construir práticas de cogestão entre a administração, profissionais da reabilitação e usuários.	X	X	X	Nº de conselhos com participação de profissionais
Produzir material informativo acessível	Facilitar o acesso às orientações	X	X	X	Material produzido

Ação 3 – Qualificar a gestão do cuidado da PcD no componente atenção especializada.

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Descentralizar recursos financeiros para os municípios adquirirem de aparelhos auditivos.	Ampliar o acesso de PcD auditiva à aparelhos auditivos	X	X	X	Nº de aparelhos fornecidos
Implantar serviço de atendimento domiciliar por profissionais dos serviços de reabilitação	Atendimento às pessoas acamadas com grandes dificuldades para deslocamentos até os serviços	X	X	X	Visitas domiciliares realizadas
Implantar processos de educação permanente e qualificação da equipe multiprofissional de reabilitação.	Manter equipes qualificadas para atendimento com qualidade às PcD	X	X	X	Projetos implantados
Implantar política regional de incentivo aos profissionais que atuam nos CER	Valorizar a força de trabalho		X	X	
Implantar programa de reabilitação para PcD residentes nas áreas rurais	Ampliar o acesso das pessoas com PcD			X	Nº de programas implantados
Aprimorar/Implantar o Serviço de Estimulação precoce de bebês de 0 a 36 meses que a atenção básica/maternidade detectarem algum atraso no desenvolvimento.	Garantir tratamento em tempo oportuno	X	X	X	

Implantar protocolos de transferência de cuidados.		X		X	
Implantar protocolos de alta dos CER	Ampliar a oferta de vagas	X	X	X	Altas dadas
Implantar protocolos disponíveis de avaliação e intervenção em todas as áreas da reabilitação	Uniformizar a atenção em todos os serviços da região	X			Protocolos implantados
Produzir material educativo e informativo					
Estruturar a linha de cuidado da pessoa ostomizada	Qualificar a atenção e o cuidado à pessoa ostomizada		X		Linha de cuidado estruturada

Ação 4 - Qualificação do sistema de gestão da informação

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Implantar/adequar um sistema de informação efetivo que possibilite a identificação do perfil e acompanhamento da PcD em todos os pontos de atenção da rede.	Subsidiar a tomada de decisões para a melhoria na gestão do cuidado			X	Sistema em funcionamento
Adquirir equipamentos de informática para os ambientes e salas de atendimento.	Possibilitar a implantação de sistema de informação e monitoramento da gestão do cuidado da PcD.		X		Nº de ambientes com equipamentos de informática
Instituir reuniões/oficinas ordinárias do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com os Grupos Condutores: da Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência e da RAPS.	Estabelecer diálogo, articulando e integrando as ações e atividades previstas nas diferentes redes.	X	X	X	Nº de encontros realizados

Ação 5 - Implantação de sistema de regulação de acesso em todos os pontos de atenção da rede.

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Construir e pactuar na RS fluxos e protocolos de acesso em todos os	Ampliar o acesso regulado e articulado entre os	X	X		Protocolos implantados

componentes da rede	pontos de atenção da rede de PcD				
Regular todos os procedimentos realizados na rede de PcD	Garantir acesso a todas as pessoas com deficiência em todos os pontos de atenção da rede de PcD	X	X		Nº de Procedimentos regulados

Ação 6- Implantação de transporte adaptado.

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Implantar projetos de educação permanentes e capacitações para equipes que atuam nos Serviços de Transportes Municipais	Oferecer transporte seguro e humanizado		X	X	Projetos executados
Garantir a doação de transporte adaptado, pelo MS, a todos os CER implantados.	Implantar transporte adequado às necessidades das PcD.	X	X		Veículos entregues

Ação 7 - Apoiar as organizações existentes de PcD nos municípios e incentivar a criação de outras com o objetivo de conquistar a efetiva integração deste segmento da população no acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e nas atividades sociais em geral.

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Ampliar, integrar e/ou articular com instituições parceiras a implementação de projetos e atividades culturais, esportivas e sociais voltadas às PcD.	Fortalecer vínculos com a sociedade civil	X	X	X	Projetos desenvolvidos em parcerias
Organizar e/ou participar da organização de painéis, oficinas, debates para discussão e orientação da PcD nos seus direitos.	Gerar possibilidades de maior grau de autonomia	X	X	X	Nº de eventos realizados
Implantar Colegiados Gestores em todos os CER.	Construir processos de gestão compartilhada		X		Nº de colegiados gestores implantados
Instituir e formalizar fóruns inter setoriais nos territórios	Desenvolver estratégias articuladas na atenção e cuidado				

	das pessoas com deficiência em vulnerabilidade				
--	--	--	--	--	--

7.3 Componente de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

Ação 1 - Qualificar a assistência de atenção Pré Hospitalar e Hospitalar da PcD.

Atividade	Objetivos	METAS			Indicador de Avaliação
		2015	2016	2017	
Implantar projetos de educação permanentes e capacitações para equipes que atuam no SAMU, unidades de pronto atendimento e prontos socorros municipais.	Adequar protocolos e rotinas de acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgências e emergências.		X	X	Nº de projetos executados
Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré - deficiência.	Garantir o acesso da pessoa em tempo e cuidado adequado		X	X	Nº de profissionais de reabilitação contratados
Adequar as instalações dos hospitais gerais para atendimento em saúde bucal	Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas sob sedação ou anestesia geral.		X	X	Hospitais com espaços adequados.
Implantar leitos hospitalares de reabilitação nos hospitais gerais da região	Garantir o acesso e qualificar a atenção da PcD em unidades hospitalares.			X	Nº de leitos de reabilitação habilitados na região
Estabelecer e/ou ampliar serviços de alta complexidade	Ampliar o acesso aos cuidados, principalmente para implantar coclear, lábio leporino e fenda palatal.				

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Possibilitar e ou facilitar o acesso a pessoas com deficiência no sistema de saúde envolve a implantação e implementação do SUS de maneira geral assim como de políticas específicas que devem levar em conta os fenômenos que dependem de uma política articulada com outros setores, como as relativas à prevenção de deficiências, concessão de equipamentos e ajudas técnicas, adequação de prédios e edifícios antigos como também a vigilância das condições de acessibilidade universal para novos edifícios de saúde.

Com o objetivo de evitar a perpetuação de uma condição de exclusão de amplos continentes de usuários dos serviços de saúde, vários gestores municipais da região vêm investindo recursos próprios na organização e manutenção de serviços especializados, assegurando minimamente às pessoas com deficiência física e auditiva o acesso a processos de reabilitação.

A instituição da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência pelo Ministério da Saúde, com a previsão de aporte de recursos para investimento e custeio dos pontos de atenção especializados trouxe um alento às equipes técnicas e uma expectativa de que poderão investir na qualificação do atendimento já ofertado e ampliar o atendimento às modalidades que não havia oferta de serviço ou oferta insuficiente no atendimento.

No desenho da rede hora apresentado foi considerado a importância das ações na atenção básica para detecção precoce de deficiências e ordenadora do cuidado, sendo a principal porta de entrada do usuário na rede, se responsabilizando de forma compartilhada pelo projeto terapêutico singular. Ações de prevenção de acidentes, já realizadas em todos os municípios, serão implementados.

O proposto é que as ações elencadas no plano de ação sejam desenvolvidas de maneira articulada entre os pontos de atenção, com as

representações dos movimentos dos direitos das pessoas com deficiência, com sociedade civil local e com participação efetiva dos usuários e/ou familiares nos processos e nos projetos de reabilitação singulares.

Considerando que a rede proposta para a RRAS 17 prevê a construção de prédios próprios e que o processo de construção não se efetivará antes do final 2015 habilitar, ainda em 2014, os serviços de reabilitação municipais propostos nas modalidades que estão atendendo é de suma importância, pois os recursos previstos para os custeio destes serviços propiciarão de imediato a efetivação de várias ações previstas e o fortalecimentos da política regional de atenção à pessoa com deficiência.

No processo de construção do presente projeto de rede foram se pactuando acordos e parcerias que serão solidificados na continuidade do processo. O grupo permanece como grupo técnico condutor regional acompanhando, monitorando e avaliando o processo de implantação e implementação da rede.