

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**2022-2025**

**Porto Alegre (RS)  
2022**

## AUTORIDADES MUNICIPAIS

SEBASTIÃO MELO  
**Prefeito Municipal**

RICARDO GOMES  
**Vice-Prefeito**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MAURO FETT SPARTA DE SOUZA  
**Secretário Municipal de Saúde**

CARLOS FETT PAIVA NETO  
**Chefe de Gabinete**

VINÍCIUS OLIVEIRA DA SILVA  
**Assessoria Administrativa**

VIVIANE GOULART  
**Assessoria Parlamentar**

KELMA NUNES SOARES  
**Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação**

DÉBORA IARA MORESCO  
**Assessoria Técnica**

LUIZE SCHERER BAINI  
**Assessoria de Comunicação**

VINÍCIUS DE CASTRO GREFF  
**Diretoria de Contratos**

CAROLINE SCHIRMER  
**Diretoria de Atenção Primária à Saúde**

JORGE LUIZ SILVEIRA OSÓRIO  
**Diretoria de Regulação**

FERNANDA FERNANDES  
**Diretoria de Vigilância em Saúde**

ADRIANA NUNES PALTIAN  
**Diretoria do Fundo Municipal de Saúde**

PAULO ROBERTO GUIMARÃES  
**Diretoria Administrativa**

RODRIGO CHIES  
**Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgências**

CINCINATO FERNANDES NETO  
**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**

TATIANA RAZZOLINI BREYER  
**Hospital de Pronto Socorro**

GRAZIELA ROSSONI VIECELI  
**Auditoria Técnica em Saúde**

ROIBISON PORTELA MONTEIRO  
**Ouvidoria do SUS**

TIANA BRUM DE JESUS  
**Conselho Municipal de Saúde**

### **COORDENADORIAS DE SAÚDE**

BÁRBARA CRISTINA DE AZEVEDO LIMA  
**NORTE**

MIRELA BASTIANI PASA  
**SUL**

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO  
**LESTE**

DEISE ROCHA RÉUS  
**OESTE**

## GRUPO DE TRABALHO

Conforme a Portaria Municipal nº 126 de 2 de março de 2022 (processo nº 21.0.000059498-6) compuseram o Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência (GCMCPcD) os seguintes representantes:

| Instituição                       | Titular/Matrícula                              | Suplente/Matrícula                      |
|-----------------------------------|--|---|
| SMS/DAPS                          | Rita Buttes /34987501                          | Elaine Soares/382260                    |
| SMS/ASSEPLA                       | Daniel Ramos /1119575-01                       | Letícia Tonding/420132-02               |
| SMS/ Coord. Atenção Especializada | Raquel Carboneiro dos Santos /464706/4         | Susane Schirmer Mendes Scheid/479760/01 |
| SMS/ Área Téc.da Saúde do Idoso   | Ana Rosaria Sant'Anna /24518.8/3               | João Eduardo Reymunde/1159852           |
| SMS/CASM                          | Ana Carolina Hornos Carneiro /571523.5         | Cristiane Borsatto Stracke/102554.6     |
| CMS                               | Vera Regina Puerari /48273301                  | Tatiane Leal dos Santos                 |
| SMELJ                             | Aline Almeida da Silva Bonatto /1287290        | Fernando Matos Dourado Neto/965136      |
| SMED                              | Elizabeth Sarates Carvalho Trindade /392537/01 | Rosângela Schneider Alves/ 424861/02.   |
| SMDS/CAIS                         | Leonardo de Castro Bastianello /136169402      | Wagner Conceição Anhaia /1304950        |
| FASC                              | Mário Gastão Soares de Lucena /757930          | Sem suplência                           |
| CREFITO- 5                        | Márcia Lazzari Viana                           | Renata Cristina Rocha da Silva          |
| CREFONO                           | Viviane Medeiros Pasqualetto                   | Marlise Christine Simador Godoflite     |
| COMDEPA                           | Nelson Khalil                                  | Luciana Mendina de Souza Martinez       |
| AGADIM                            | Fernanda Vicari dos Santos                     | Solange Felício                         |
| AME                               | Vitória Bernardes                              | Eloyse Caroline Davet                   |
| FENEIS                            | Pâmela Caroline Pereira Garcia                 | Pablo Tavares                           |
| FREDEF                            | Lizete Cristina Cenci                          | Rotechild Santos Prestes                |
| UCERGS                            | Adilso Luis Pimentel Corlassoli                | Leopoldino Subeldia Monteiro            |

Fonte: Dopa

Os objetivos do grupo foram: I – Atualização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na cidade de Porto Alegre; II – Avaliação do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência 2016-2021; e III - Elaboração do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência 2022-2025, no período de 03/11/2021 a 30/03/2022.

Agradecemos aos residentes dos Programas de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Saúde Pública da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Saúde Mental Coletiva da UFRGS: Eliesse Pereira Costa, Jaqueline Valente Sá, Natália Silva Pires, Larissa Ardenghi, Leonardo Vargas Wainstein e às estagiárias Raquel de Menezes Rodrigues (Saúde Coletiva/UFRGS), Victória Garbech (Enfermagem/UFRGS) e Luciani Lemos (Odontologia/UFRGS).

Um agradecimento também aos docentes Dário Pasche (Saúde Coletiva/UFRGS) e Adriana Roese Ramos (Enfermagem/UFRGS).

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 1 – Deficiência investigadas pelo Censo 2010, por tipo .....  | 30  |
| Tabela 2 – Dados e-SUS.....  | 31  |
| Tabela 3 – Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental<br>Cruzeiro do Sul, por ano 2020-2019.....                                    | 48  |
| Tabela 4 – Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental<br>IAPI, 2020-2019 .....  | 49  |
| Tabela 5 – Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados<br>pelo SAMU, segundo o perfil das ligações e comparativo, 2020 - 2019 ..... | 51  |
| Tabela 6 – Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados<br>pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos, 2020 2019 .....                | 51  |
| Tabela 7 – Equipes de Atenção Primária à Saúde .....   | 56  |
| Tabela 8 – Distribuição dos usuários estomizados cadastrados no Sistema<br>GUD, por Ambulatório de Especialidades e Distrito Sanitário.....            | 69  |
| Tabela 9 – Serviços de referência para atendimento estomias.....   | 71  |
| Tabela 10 – Quantitativo de encaminhamos à especialidade de PNE e principais<br>agravos, por faixa etária .....  | 78  |
| Tabela 11 – Serviços de referência para entrega de fraldas.....  | 106 |
| Tabela 12 – Repasses de valores para a RCPcD .....   | 123 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |            |
|--|------------|
| <b>Gráfico 1 – População brasileira com e sem deficiência, 2010 .....</b>  | <b>30</b>  |
| <b>Gráfico 2 – Faixa etária das Pessoas com Deficiência em Porto Alegre segundo Censo 2010 .....</b>   | <b>31</b>  |
| <b>Gráfico 3 – Pessoas com deficiência intelectual, segundo escolaridade, Porto Alegre, 2010 .....</b>   | <b>36</b>  |
| <b>Gráfico 4 – População com dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus na cidade de Porto Alegre, 2010 .....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>Gráfico 5 – Pessoas com dificuldade permanente de ouvir, Porto Alegre, 2010 .....</b>   | <b>40</b>  |
| <b>Gráfico 6 – Pessoas com dificuldade permanente de enxergar, Porto Alegre, 2010 .....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>Gráfico 7 – Causas de morte por causas externas em Porto Alegre (2020).....</b>   | <b>112</b> |
| <b>Gráfico 8 – Casos notificados de violência em PcD (2020) .....</b>  | <b>113</b> |
| <b>Gráfico 9 – Casos notificados de violência em PcD, por tipo (2020).....</b>   | <b>113</b> |
| <b>Gráfico 10 – Casos notificados de violência em PcD, por faixa etária (2020)..</b>   | <b>114</b> |
| <b>Gráfico 11 – Casos notificados de violência em PcD, por raça/cor (2020).....</b>  | <b>115</b> |
| <b>Gráfico 12 – Casos notificados de violência em PcD, por Distrito Sanitário (2020) .....</b>   | <b>115</b> |
| <b>Gráfico 13 – Número absoluto de mortes no trânsito por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS.....</b>  | <b>117</b> |
| <b>Gráfico 14 – Percentual de pedestres idosos mortos em sinistros de trânsito em relação ao total de pedestres mortos, por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS .....</b> | <b>118</b> |
| <b>Gráfico 15 – Percentual de motociclistas mortos em sinistros de trânsito em relação ao total de mortos, por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS .....</b>              | <b>118</b> |

## LISTA DE FIGURAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários, Regiões do Orçamento Participativo e Bairros de Porto Alegre/RS .....</b> | <b>35</b> |
| <b>Figura 2 – Mapa de vagas da Saúde Mental para Adultos (1<sup>as</sup> consultas / mês) .....</b>                    | <b>46</b> |
| <b>Figura 3 – Mapa de vagas da Saúde Mental da infância e adolescência (1<sup>as</sup> consultas / mês) .....</b>      | <b>47</b> |
| <b>Figura 4 – Fluxo de encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial.....</b>                                 | <b>79</b> |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 – Indicador de pelo menos uma das deficiências investigadas por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2010 .....  | 34  |
| Quadro 2 – Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais .....  | 47  |
| Quadro 3 – Serviços de Reabilitação Física – não habilitados pelo MS.....  | 65  |
| Quadro 4 – Ambulatório pós-Covid-19 .....  | 65  |
| Quadro 5 – Reabilitação Física – Fonoaudiologia.....   | 66  |
| Quadro 6 – Serviços Especializados em uma modalidade de Reabilitação.....  | 72  |
| Quadro 7 – Centros Especializados em Reabilitação – CER II.....  | 74  |
| Quadro 8 – Hospitais de Porto Alegre por localização de Distrito Sanitário .....   | 81  |
| Quadro 9 – Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).....  | 83  |
| Quadro 10 – Composição de EMAD e EMAP por SAD .....  | 86  |
| Quadro 11 – Fluxos da Triagem Auditiva em Porto Alegre .....   | 95  |
| Quadro 12 – Fluxos da Triagem Visual em Porto Alegre .....   | 96  |
| Quadro 13 – CID secundário para dispensação de fraldas .....   | 106 |
| Quadro 14 – Distribuição das 10 primeiras causas de internação por categoria da CID-10 relacionadas ao capítulo XIX - Lesões envenenamento e outras consequências das causas externas, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS..... | 109 |
| Quadro 15 – Distribuição das 10 primeiras causas de óbito por categoria da CID-10 relacionadas às Causas Externas, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS.....   | 109 |
| Quadro 16 – Distribuição dos tipos de quedas que causam óbito na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS.....  | 110 |
| Quadro 17 – Situação dos prédios próprios, cedidos/conveniados e locados segundo critérios de acessibilidade.....  | 119 |
| Quadro 18 – OPM'S Meios Auxiliares de Locomoção.....   | 150 |
| Quadro 19 – OPMs Ortopédicas.....  | 150 |
| Quadro 20 – OPM's Substituição/Troca em órteses/próteses.....  | 152 |
| Quadro 21 – OPM's Aparelhos Auditivos.....   | 152 |
| Quadro 22 – OPM's Oftálmicas .....   | 153 |
| Quadro 23 – OPM's em Gastreenterologia (Viabilizada via sistema GUD).....  | 153 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|             |   |
|-------------|---|
| AACD        | Associação de Assistência à Criança Deficiente              |
| ACS         | Agente Comunitário de Saúde                                 |
| AD          | Atenção Domiciliar  |
| AE          | Ambulatório de Especialidades                               |
| APS         | Atenção Primária à Saúde                                    |
| ASSECOM     | Assessoria de Comunicação                                   |
| ASSEPLA     | Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação       |
| AVC         | Acidente Vascular Cerebral                                  |
| BVAPS       | Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde              |
| CADSUS      | Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS                 |
| CAPS AD     | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas              |
| CAPS        | Centro de Atenção Psicossocial                              |
| CAPS Adulto | Centro de Atenção Psicossocial Adulto                       |
| CAPSi       | Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência |
| CASM        | Coordenação de Atenção à Saúde Mental                       |
| CEO         | Centro de Especialidades Odontológicas                      |
| CER         | Centro Especializado em Reabilitação                        |
| CEREPAL     | Centro de Reabilitação de Porto Alegre                      |
| CREFITO     | Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional     |
| CREFONO     | Conselho Regional de Fonoaudiologia                         |
| CGP         | Coordenação de Gestão de Pessoas                            |
| CIB         | Comissão Intergestores Bipartite                            |
| CID         | Classificação Internacional de Doenças                      |
| CIM         | Coordenação de Infraestrutura e Manutenção                  |
| CIT         | Comissão Intergestora Tripartite                            |
| CMS         | Conselho Municipal de Saúde                                 |
| CMU         | Coordenadoria Municipal de Urgências                        |
| COVID-19    | Doença do Coronavírus do ano de 2019                        |
| CP          | Citopatológico  |
| CPPS        | Coordenação de Políticas Públicas de Saúde                  |
| CRAS        | Centro de Referência em Assistência Social                  |

|         |  |
|---------|--|
| CREAS   | Centro de Referência Especializado de Assistência Social         |
| CRS     | Coordenadoria Regional de Saúde                                  |
| CSVC    | Centro de Saúde Vila dos Comerciantes                            |
| DAPS    | Diretoria de Atenção Primária à Saúde                            |
| DC      | Diretoria de Contratos   |
| DFMS    | Diretoria do Fundo Municipal de Saúde                            |
| DIS     | Sistema de Dispensação de Medicamentos                           |
| DR      | Diretoria de Regulação   |
| DS      | Distrito Sanitário   |
| DVS     | Diretoria de Vigilância em Saúde                                 |
| EESCA   | Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente        |
| ESMA    | Equipe de Saúde Mental Adulto                                    |
| EMAD    | Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar               |
| EMAP    | Equipe Multiprofissional de Apoio                                |
| ESF     | Equipe de Saúde da Família                                       |
| e-SUS   | Sistema de Informatização das ações realizadas na Atenção Básica |
| FD      | Farmácia Distrital   |
| FMS     | Fundo Municipal de Saúde   |
| GCC     | Glória/Cruzeiro/Cristal  |
| GERCON  | Gerenciamento de Consultas                                       |
| GERINT  | Gerenciamento de Internações                                     |
| GHC     | Grupo Hospitalar Conceição                                       |
| GCMCPcD | Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência    |
| GS      | Gabinete Secretário  |
| HBH     | Hospital Banco de Olhos  |
| HCPA    | Hospital de Clínicas de Porto Alegre                             |
| HMIPV   | Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas                      |
| HNSC    | Hospital Nossa Senhora da Conceição                              |
| HPS     | Hospital de Pronto Socorro                                       |
| HSA     | Hospital Santa Ana   |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                  |
| IDH     | Índice de Desenvolvimento Humano                                 |

|             |   |
|-------------|---|
| IDHM        | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal              |
| ILPI        | Instituição de Longa Permanência para Idosos            |
| ISCMPA      | Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre |
| LENO        | Leste/Nordeste  |
| LOA         | Lei Orçamentária Anual                                  |
| MS          | Ministério da Saúde                                     |
| NASF        | Núcleos de Apoio à Saúde da Família                     |
| NEB         | Norte/Eixo Baltazar                                     |
| NEQ         | Núcleo de Equidades em Saúde                            |
| NHNI        | Noroeste/Humaitá/Ilhas                                  |
| Observa POA | Observatório da Cidade de Porto Alegre                  |
| OMS         | Organização Mundial da Saúde                            |
| ONU         | Organizações das Nações Unidas                          |
| OUVIDOR SUS | Ouvidoria do SUS  |
| PABJ        | Pronto Atendimento Bom Jesus                            |
| PACS        | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul                      |
| PALP        | Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro                    |
| PAS         | Programação Anual de Saúde                              |
| PESM        | Plantões de Emergência em Saúde Mental                  |
| PLP         | Partenon/Lomba do Pinheiro                              |
| PMPA        | Prefeitura Municipal de Porto Alegre                    |
| PMS         | Plano Municipal de Saúde                                |
| PNAB        | Política Nacional de Atenção Básica                     |
| PNAR        | Pré-Natal de Alto Risco                                 |
| POD         | Programa de Oxigenoterapia Domiciliar                   |
| PROMETA     | Programa de Metas                                       |
| PSE         | Programa Saúde na Escola                                |
| RAPS        | Rede de Atenção Psicossocial                            |
| RAS         | Redes de Atenção à Saúde                                |
| RES         | Restinga/Extremo Sul                                    |
| RH          | Recursos Humanos  |
| RS          | Rio Grande do Sul                                       |
| SAMU        | Serviço de Atendimento Móvel de Urgências               |

|        |   |
|--------|---|
| SCS    | Sul / Centro-Sul  |
| SEI    | Sistema Eletrônico de Informações   |
| SES    | Secretaria Estadual de Saúde  |
| SIGTAP | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. |
| SIHO   | Sistema de Informações Hospitalares   |
| SIM    | Sistema de Informação de Mortalidade  |
| SINAN  | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                                 |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos                                     |
| SI-PNI | Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações                       |
| SMS    | Secretaria Municipal de Saúde   |
| SRT    | Serviços Residenciais Terapêuticos  |
| SRTN   | Serviço de Triagem Neonatal   |
| SUS    | Sistema Único de Saúde  |
| TANU   | Triagem Auditiva Neonatal Universal   |
| TI     | Tecnologia da Informação  |
| UAD    | Unidade de Atenção Domiciliar   |
| UPA    | Unidade de Pronto Atendimento   |
| US     | Unidade de Saúde  |
| UTI    | Unidade de Terapia Intensiva  |
| VD     | Visita Domiciliar   |

## SUMÁRIO

|  |     |
|--|-----|
| APRESENTAÇÃO   | 15  |
| 1 INTRODUÇÃO   | 16  |
| 2 CONTEXTO HISTÓRICO E NORMATIVO SOBRE A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA                                       | 19  |
| 2.1 Acessibilidade   | 23  |
| 3 ANÁLISE SITUACIONAL DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPcD) EM PORTO ALEGRE                     | 29  |
| 3.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos  | 29  |
| 3.2 Redes de Atenção à Saúde   | 42  |
| 3.2.1 Rede Cegonha   | 43  |
| 3.2.2 Rede de Atenção Psicossocial   | 44  |
| 3.2.3 Rede de Urgências e Emergências  | 47  |
| 3.2.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas   | 52  |
| 3.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência  | 53  |
| 3.3 Organização e objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                                       | 53  |
| 3.3.1 O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                                 | 55  |
| 3.3.2 O componente Atenção Especializada em Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência          | 62  |
| 3.3.3. O Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência | 80  |
| 4 AÇÕES E PROGRAMAS TRANSVERSAIS À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA                                   | 87  |
| 4.1 Saúde da Criança   | 87  |
| 4.2 Programa Primeira Infância (PIM-PIÁ)   | 100 |
| 4.3 Programa de Saúde na Escola (PSE)  | 102 |
| 4.4 Assistência Laboratorial   | 103 |
| 4.5 Assistência Farmacêutica   | 104 |
| 4.6 Dispensação de fraldas e curativos especializados  | 105 |
| 4.7 Saúde da População Idosa   | 108 |
| 4.8 Prevenção à violência  | 111 |
| 4.9 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos nos serviços de saúde                     | 119 |
| 4.10 Transporte Sanitário Eletivo  | 120 |
| 4.11 Trabalhadores com Deficiência   | 121 |
|  | 13  |

|  |     |
|--|-----|
| 5 FINANCIAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 123 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS                                       | 125 |
| 7 EIXOS, OBJETIVO E METAS                                    | 126 |
| REFERÊNCIAS  | 132 |
| ANEXO A  | 150 |

## **APRESENTAÇÃO**

É com muita honra e alegria que apresentamos o Plano Municipal de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência para o quadriênio 2022-2025. Há muitos desafios no sentido de qualificar a Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência no município, mas, sem dúvida, o ponto de partida está materializado neste documento. A pandemia de Covid-19 trouxe muitas dores, perdas, mas também muitos aprendizados. Nos últimos dois anos, 2020 e 2021, nossos esforços estiveram concentrados no enfrentamento à doença, especialmente nas ações de vacinação. A pandemia exigiu uma dedicação especial de todos os setores da SMS. Mas graças ao empenho das nossas equipes, que são extremamente qualificadas, conseguimos driblar as dificuldades e enfrentar um dos momentos mais desafiadores da saúde pública da história. É com este mesmo empenho e força de vontade que enfrentaremos os eixos, objetivos e metas propostos neste plano, no sentido de resguardar direitos e atender com humanidade a todos que precisam. Temos o entendimento de que é muito importante que todos os profissionais conheçam os projetos realizados no âmbito da saúde e estejam alinhados no mesmo propósito. Esperamos que esta ferramenta seja útil a gestores, trabalhadores, pesquisadores, controle social e público em geral, auxiliando na tomada de decisões e honrando o Sistema Único de Saúde!

Mauro Sparta  
Secretário de Saúde de Porto Alegre

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, no seu artigo 196, enfatiza que a saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado, garantir através de políticas, o acesso a ações e serviços de forma universal e equânime, visando a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, reduzindo as desigualdades sociais e promovendo a efetivação deste direito fundamental. O artigo 23, inciso II, da Carta Magna, expressa que é de competência da União, Estado e Municípios zelar pela saúde, proteção e garantia desse direito às Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2022a).

A Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, pressupõe um elenco de medidas e ações que orientam a assistência global à Pessoa com Deficiência e traz a definição dos propósitos gerais à proteção e à reabilitação da Pessoa com Deficiência em sua capacidade funcional e desempenho humano, favorecendo a sua inclusão em todas as esferas da vida social, bem como a prevenção de agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012d) e a Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012 (BRASIL, 2012e), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da criação, articulação, ampliação e diversificação dos serviços para atenção às pessoas com deficiências físicas, auditivas, intelectuais, visuais, ostomias e múltiplas deficiências. A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência deve estar fundada nos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde, ou seja, na equidade, universalidade e integralidade.

Em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul aprovou, através da Resolução nº 283/13-CIB/RS, o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, realizado a partir dos diagnósticos e necessidades das macrorregiões de saúde, indicando as demandas de habilitação dos Centros Especializados em Reabilitação e de Oficinas Ortopédicas (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Desde então, o Plano foi sendo atualizado, sendo a última versão aprovada pela Resolução nº 454/2017-CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

No município de Porto Alegre, a Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência vinculada à Coordenação de Políticas Públicas em Saúde – CPPS é responsável por ações de saúde voltadas à Pessoa com Deficiência na cidade, com

base nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010d), portarias ministeriais, legislação estadual e municipal de saúde, viabilizando a estruturação de fluxos e normas complementares a partir das necessidades identificadas nos distritos de saúde.

O primeiro Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (2016-2021) foi coordenado pela Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência com a colaboração de um Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência – GCMPCD e seguiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010d), inserindo-se no Plano de Ação Estadual e Regional da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PORTO ALEGRE, 2015).

Este Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (2022-2025), foi elaborado com a contribuição do novo Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa Com Deficiência, composto por representantes e suplentes com a seguinte formatação: da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Área Técnica da Criança e Adolescente, Área Técnica da Saúde do Idoso, Coordenação de Atenção de Saúde Mental – CASM, Coordenação de Atenção Especializada e Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação – Assepla, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS através da Coordenação de Acessibilidade e Inclusão Social – CAIS e da Fundação de Assistência Social – FASC, pela Secretaria Municipal de Esporte e Juventude – SMEJ, pela Secretaria Municipal de Educação – SMED; pelos Conselhos: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Crefito-5; Conselho Regional de Fonoaudiologia – Crefono; Conselho da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre – Comdepa; Conselho Municipal de Saúde – CMS e pelas seguintes entidades: Associação Gaúcha de Distrofia Muscular – Agadim, Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME, União de Cegos do Rio Grande do Sul – UCERGS, Federação Nacional de Educação e Integração de Surdos – Feneis, Federação Riograndense de Entidades de Deficientes Físicos – Fedef e Associação de Familiares e Amigos da Pessoa com Autismo de Porto Alegre – Afapa. A Federação Gaúcha de Estomizados (Fegest) participou como entidade convidada.

Serão abordadas informações, objetivos e metas baseadas no Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei Federal nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015a), na Política

Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010d), na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2009a), no Plano de Ação da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2020e), no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2022-2025 (PORTO ALEGRE, 2021) e Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre – 2016-2021 (PORTO ALEGRE, 2015).

Este documento está dividido em sete capítulos principais, sendo que o primeiro é introdutório; o segundo apresenta o contexto normativo sobre a Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como a acessibilidade e suas possibilidades de aplicação; o terceiro capítulo aborda a análise situacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no município; o quarto capítulo apresenta ações e programas transversais à RCPcD; o quinto aborda sobre o financiamento da RCPcD; após são realizadas as considerações finais e apresentados os eixos, objetivos e metas para o quadriênio 2022-2025.

## 2 CONTEXTO HISTÓRICO E NORMATIVO SOBRE A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015),

considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015a, p. 1).

Ou seja, os impedimentos funcionais, isoladamente, não resultam em deficiência, pois é na relação com o meio, através da ausência de recursos de acessibilidade, que as barreiras e opressões são impostas a esse grupo social.

Como qualquer cidadão, as pessoas com deficiência têm o direito à atenção integral à saúde, incluindo serviços básicos de saúde como promoção à saúde, imunização, assistência médica ou odontológica, ou ainda serviços de atenção especializada, como reabilitação e atenção hospitalar.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949 de 2009, reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e que a mesma “resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”, portanto, não se restringe somente a um atributo da pessoa, mas também do ambiente à sua volta (BRASIL, 2009a, p. 1).

A partir desta perspectiva, a inclusão pode ser entendida como a capacidade da sociedade de acolher todo e qualquer cidadão, considerando suas singularidades, prevendo o tratamento necessário, com equidade, em todas as áreas de atuação humana, seja na estrutura de formação, de trabalho, de expressão, de convívio e de atenção à saúde.

Historicamente, as pessoas com deficiência, por um período muito longo, foram excluídas do convívio social. Ao longo do tempo, a postura da sociedade foi se modificando, de acordo com a cultura, as crenças, fatores econômicos, políticos e sociais (SONZA; KADE; FAÇANHA et al., 2013).

Para alguns, a deficiência ainda é vista como doença, ou defeito, as diferenças que esse indivíduo apresenta são vistas e comparadas a um padrão considerado normal. O modelo médico considera a deficiência como doença um problema da pessoa a quem cabe ser tratada como patologia, esse modelo tem sido responsável

por muito tempo pela resistência da sociedade em aceitar as mudanças estruturais e atitudinais para incluir as pessoas com deficiência na sociedade (SASSAKI, 1997).

Em 2001, a OMS (Organização Mundial de Saúde) propôs a Classificação Internacional de Funcionalidade que procura substituir um enfoque negativo de deficiência baseado na incapacidade para um enfoque positivo, apresentando potencialidades e habilidades para o desempenho da participação social no contexto em que a pessoa vive (OMS, 2008).

A partir desta visão, do desempenho ocupacional através das potencialidades e habilidades, há quebra de paradigmas e estigmas em relação às pessoas com deficiências, por meio do reconhecimento e inclusão social das diferenças. Nesta perspectiva, é fundamental a compreensão de que os espaços sociais impõem barreiras a potencialidades e habilidades, sendo imprescindível garantir a acessibilidade em suas diversas complexidades.

Em 2012, em decorrência do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite – Decreto nº 7.612, de 17/11/2011 (BRASIL, 2011b), o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria MS/GM nº 793/2012, revogando as demais e instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012d). Esta rede tem como finalidade ampliar o acesso, qualificar o atendimento, articular e integrar os pontos de atenção à saúde (atenção primária, especializada e hospitalar) de forma a garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; nas formas progressiva, regressiva ou estável; sendo ela intermitente ou contínua.

No mesmo ano foi publicada a Portaria MS/GM nº 835, de 25/04/2012 instituindo regras de financiamento aos estados e municípios, tanto para construir, ampliar, reformar, equipar os profissionais de saúde das unidades de saúde envolvidas pela rede, quanto para o custeio mensal de seus serviços nesse campo (BRASIL, 2012e). Lançado em 2014, o Manual de Uso do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) instrui os serviços no processo de habilitação para custeio e atualização de dados cadastrados no SCNES (BRASIL, 2014d).

Em reunião da Comissão Tripartite, em 2011, quatro redes temáticas de atenção à saúde foram eleitas prioritárias, dentre elas a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A Portaria MS/GM nº 148, de 31/01/2012, que trata das Redes

Prioritárias orienta que a rede de atenção à saúde temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações. Todas as redes são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2012b).

Em 2017, foram organizadas seis Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do Ministério da Saúde, divididas em eixos temáticos. No que tange à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Portaria de Consolidação nº 03: “Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2017c) contempla questões relacionadas à atenção à saúde na Atenção Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e Emergência. Tem como parte integrante e especializada os Centros Especializados de Reabilitação (CER), os Serviços de Reabilitação de modalidade única, as Oficinas Ortopédicas e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O documento intitulado “INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL E VISUAL” elaborado pelo MS, em 2013 é o instrumento orientador das normas de funcionamento, das modalidades de Reabilitação e da composição das equipes profissionais para o CER e os Serviços habilitados em uma única modalidade (BRASIL, 2013a). No mesmo ano, uma versão atualizada incluiu o Serviço de Atenção à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo neste documento e uma nova versão, publicada em 2014, incluiu nos INSTRUTIVOS os Serviços de Apoio à Pessoa com Ostomia e as Oficinas Ortopédicas (BRASIL, 2014b). Em 2020, foi lançada outra versão atualizada deste documento (BRASIL, 2020).

Ao longo do tempo, o Ministério da Saúde publicou diversas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Tais documentos são orientadores do cuidado em saúde, e têm como objetivo oferecer diretrizes às equipes multiprofissionais para o cuidado, bem como estratégias para o manejo e o cuidado de forma qualificada e segura na lógica da integralidade e da humanização de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Até o presente momento, foram publicadas 12 diretrizes (BRASIL, 2022b): Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Cuidados de Saúde às Pessoas com Síndrome de Down, Diretrizes de Atenção à Pessoa com

Paralisia Cerebral, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico, Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais, Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor e Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome pós-Poliomielite e Comorbidades. O MS lançou, ainda, três Guias: o Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida, o Guia Para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e o Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.

A demanda por tecnologias assistivas também foi estruturada nas normativas desta Política, com vistas a definir uma racionalidade na prescrição e uso dos equipamentos. A tabela de Órteses, Próteses e Meios de Locomoção (OPMs) (ANEXO A) tem seus códigos inseridos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), onde estão estruturadas as especificações e o teto do custo para o material a ser concedido. O acesso às OPMs se dá através dos Serviços de Reabilitação, vinculadas à prescrição e adaptação pelas equipes especializadas destes locais, com a possibilidade concreta de superação das históricas “doações”, práticas clientelistas e assistencialistas avessas ao reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência (PEREIRA, 2009).

A saúde bucal foi considerada uma necessidade em saúde importante para as pessoas com deficiência, negligenciada por muito tempo, e por isso ganhou destaque na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Com incentivo financeiro específico para a atenção especializada e destinado aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), oportunizou a expansão da rede de serviços no país de 100 CEOs em 2004, para 1032 em 2015. Deste total, 484 aderiram à Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015c).

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com

maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas em relação ao paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco de saúde em questão. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Em Porto Alegre, o acesso regulado de pacientes é por meio do sistema Gercon e a atualização de protocolos e fluxos de encaminhamentos na saúde são publicados no Telessaúde/Regula/SUS e na Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde – BVAPS/SMS/PMPA. Como exemplo, os protocolos de Reabilitação Auditiva – SES/RS; Reabilitação Auditiva Pediátrico – SES/RS; Reabilitação Visual – SES/RS; Reabilitação Física SES/RS e Protocolo para Encaminhamento à Genética Médica (Serviço de Referência em Doenças Raras) podem ser encontrados no *link*: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Em relação a fluxos internos da SMS como Oxigenoterapia, dispensação de Insumos e outros, os mesmos podem ser encontrados no *link*: <https://sites.google.com/view/bvsapsppoa/bvap>.

O próximo tópico abordará o tema da acessibilidade.

## **2.1 Acessibilidade**

A acessibilidade é direito que assegura à Pessoa com Deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social. Hoje, entende-se que o impedimento ou a ausência de acessibilidade não está na pessoa e, sim, no ambiente, que deve proporcionar os ajustes necessários para que se garanta a plena inclusão.

A concepção e a implantação de projetos que tratem do meio físico, de transporte, de informação e comunicação, inclusive de sistemas e tecnologias da informação e comunicação devem atender aos princípios do desenho universal, tendo como referência as normas de acessibilidade.

Apesar de haver uma quantidade considerável de leis que preveem o direito à acessibilidade às Pessoas com Deficiência, ainda não há resultados satisfatórios. As medidas de acessibilidade englobam diversos setores sociais, como a estrutura urbanística e arquitetônica, os transportes coletivos, as informações e comunicações, adequação de edificações existentes tanto de uso público e coletivo como de bens tombados.

Para que o direito de ir e vir das Pessoas com Deficiência seja plenamente efetivo é necessária não só a previsão legal dos direitos fundamentais, mas também o seu respeito tanto por parte do poder público nas diversas instâncias como da iniciativa privada.

Entre avanços na luta pela autonomia das pessoas com deficiência, se destaca a ampliação do conceito de acessibilidade como algo que deve ser implementado em diferentes esferas, pois o não atendimento resulta em discriminação em razão da deficiência, como previsto no Art. 4º, § 1º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015a).

### ***Acessibilidade Atitudinal:***

A acessibilidade atitudinal refere-se à ausência de discriminação em relação às pessoas com deficiência, por isso a importância de ações de conscientização (BRASIL, 2013d). Assim, algumas atitudes são fundamentais durante o atendimento a pessoas com deficiências:

- Utilizar a terminologia correta ao se referir a pessoas com deficiência, por exemplo: Não utilizar os termos “portador de necessidades especiais”, “portador de deficiência” e/ ou “pessoa portadora de necessidades especiais”, preferir o termo correto e aceito de “**pessoa com deficiência**” (física, auditiva, visual ou intelectual).
- **Pessoa com deficiência física:** abaixar-se até a altura da cadeira de rodas para facilitar o contato visual com o paciente ou sentar-se em uma cadeira que proporcione conforto para que se possa executar essa ação sem danos à saúde do profissional.
- **Pessoa com deficiência auditiva:** Posicionar-se de frente para o paciente mantendo a boca visível a fim de proporcionar a leitura labial, falar de

maneira pausada para que o mesmo possa compreender o que for dito, caso o profissional não faça uso da linguagem de sinais.

- **Pessoa com deficiência visual:** Identificar-se ao paciente e informar todos os procedimentos que estão sendo realizados, permitir a entrada de cão guia e/ou acompanhante. Prestar a atenção ao tom de voz, uma vez que algumas pessoas tendem a falar mais alto quando o paciente possui deficiência visual.
- **Pessoa com deficiência intelectual:** Agir de modo natural ao tratar o paciente e adequadamente a sua faixa etária de idade, apresentar-se, apertar a mão da pessoa, dar-lhe a atenção necessária e deixá-lo à vontade para que possa explorar o ambiente (prezando pela segurança).

### ***Acessibilidade Arquitetônica:***

Barreiras arquitetônicas são formadas por todo e qualquer empecilho físico, que impeça a mobilidade de pessoas de acessar as áreas urbanas ou edificações. Essas barreiras impedem o exercício básico do direito de ir e vir, garantido pela Constituição Federal Brasileira no artigo 5º, inciso XV (BRASIL, 2022a). A acessibilidade arquitetônica deve estar contemplada desde as residências das pessoas até os serviços de saúde, que devem ser acessíveis, com espaço para circulação de cadeira de rodas, entre outras medidas de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT (ABNT, 2020), como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008a).

### ***Acessibilidade Metodológica:***

A acessibilidade metodológica prevê a ausência de barreiras nos métodos e técnicas de estudo (escolar), de trabalho (profissional), de ação comunitária (social, cultural, artística etc.), de educação dos filhos (familiar).

Conhecida também como acessibilidade pedagógica, é a ausência de barreiras nas metodologias e técnicas de estudo. Está relacionada diretamente à concepção subjacente à atuação docente: a forma como os professores concebem

conhecimento, aprendizagem, avaliação e inclusão educacional irá determinar ou não, a remoção das barreiras pedagógicas.

É possível notar a acessibilidade metodológica nas salas de aula quando os professores promovem processos de diversificação curricular, flexibilização do tempo, e utilização de recursos para viabilizar a aprendizagem de estudantes com deficiência, como nas pranchas de comunicação, texto impresso e ampliado, software, ampliadores de comunicação alternativa, leitores de tela (BRASIL, 2013d).

No cuidado à saúde, cita-se como exemplo a realização da anamnese, na qual se deve evitar perguntas cujas respostas possam ser somente sim ou não. A ideia é fazer com que o usuário de saúde exponha seu atual estado de saúde.

### ***Acessibilidade Instrumental:***

A acessibilidade instrumental é a ausência de barreiras nos instrumentos, utensílios e ferramentas de estudo (escolar), de trabalho (profissional), de lazer e recreação (comunitária, turística, esportiva etc.) (BRASIL, 2013d).

Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde disponibilizem equipamentos para exames e tratamentos acessíveis, como mamógrafos para mulheres que não ficam em pé, camas ginecológicas, banheiros adaptados e balanças para pesagem de cadeirantes, entre outros.

### ***Acessibilidade Programática:***

A acessibilidade programática caracteriza-se como a ausência de barreiras presentes em políticas públicas (leis, decretos, portarias, regimentos, etc.), normas e regulamentos, sejam eles institucionais, empresariais ou outras, que respeitam e atendem as necessidades das pessoas com deficiência, visando incluir a todos (BRASIL, 2013d). Um exemplo é a Lei nº 13.146/2015, conhecida como Lei Brasileira da Inclusão (LBI) (disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)), ou a Convenção da ONU sobre Direitos da Pessoa com Deficiência (disponível em: <http://fundacaodorina.org.br/a-fundacao/deficiencia-visual/convencao-da-onu-sobre-direitos-das-pessoas-com-deficiencia/>).

Na saúde, normas e regulamentos elaborados para os serviços de saúde devem garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência.

### ***Acessibilidade Comunicacional:***

Acessibilidade comunicacional prevê a ausência de barreiras na comunicação entre as pessoas, seja essa comunicação face a face, escrita, presente em jornais, livros, revistas, incluindo textos em *braille*, e virtual, através de computadores e celulares (BRASIL, 2013d).

Durante o atendimento, o usuário dos serviços de saúde é uma valiosa fonte de informação para precisão do diagnóstico. Por isso, os profissionais de saúde devem estar aptos para se comunicar com seus pacientes, mesmo aqueles que não ouvem, que apresentam distúrbios da fala, e aqueles com analfabetismo funcional ou deficiência intelectual.

A surdez é uma deficiência que tem diferentes especificidades e não pode ser caracterizada somente pela falta de audição. Podemos classificar as especificidades nos seguintes pontos:

- Pessoas que se comunicam em Libras e não são fluentes na Língua Portuguesa;
- Pessoas que se comunicam em Libras e são fluentes na Língua Portuguesa;
- Pessoas que se comunicam tanto em Libras quanto na Língua Portuguesa (através da realização de leitura labial);
- Pessoas que não conhecem Libras e se comunicam através de leitura labial e/ou leitura e escrita;
- Pessoas que não conhecem Libras nem a língua portuguesa, possuindo um vocabulário próprio utilizado com a família e amigos.

Assim, durante o atendimento de saúde a uma pessoa surda, deve-se identificar a forma de comunicação de sua preferência.

De acordo com a Lei nº 12.319/2010 (BRASIL, 2010b), que regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete de Libras/LP (TILSP), este é o profissional que apresenta competência para realizar a tradução de textos envolvendo diferentes suportes de registro (escrita, vídeo, etc.). Importante frisar que, na presença de um

intérprete da língua de sinais, o profissional de saúde deve manter contato visual com o paciente surdo e não com o intérprete.

***Acessibilidade natural:***

Refere-se à extinção de barreiras da própria natureza. Um cadeirante, por exemplo, terá dificuldades em se locomover em uma vegetação irregular, ou uma calçada repleta de árvores. Outro bom exemplo de iniciativa nesse sentido são os projetos que oferecem cadeiras de rodas anfíbias para que as pessoas possam se locomover pela areia da praia e tomar um banho de mar.

Segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015, a construção, a reforma, a ampliação ou a mudança nas edificações abertas ao público, de caráter público ou privado de uso coletivo, deverão ser executadas de modo a serem acessíveis (BRASIL, 2015a).

O próximo capítulo apresenta a análise situacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no município.

### **3 ANÁLISE SITUACIONAL DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPcD) EM PORTO ALEGRE**

A análise situacional contemplará a identificação dos principais aspectos demográficos e epidemiológicos da Pessoa com Deficiência, assim como, os componentes no âmbito desta rede de atenção à saúde municipal. Além disso, apresenta dados que contribuirão para a elaboração dos eixos, objetivos e metas deste Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

A seguir passaremos à análise dos panoramas demográfico e epidemiológico.

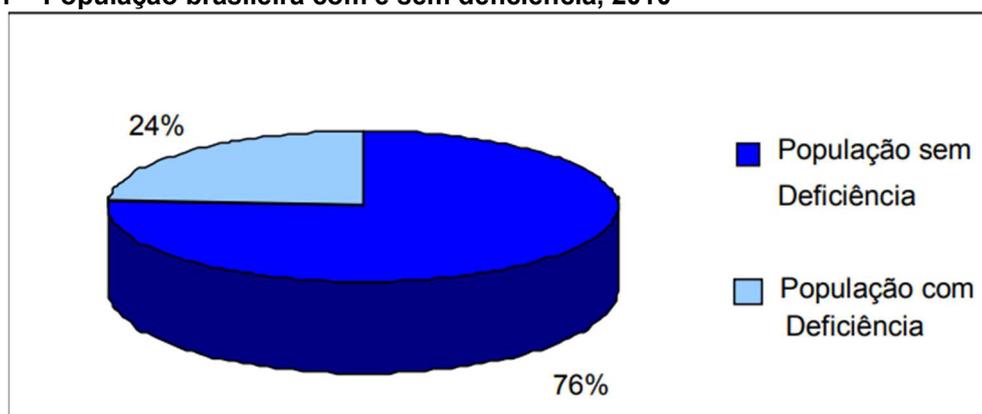
#### **3.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 15% da população mundial viva com alguma deficiência. O Relatório Mundial (2011) sobre as Deficiências demonstra que as maiores dificuldades das pessoas com deficiência são encontradas no âmbito da saúde e que elas têm mais necessidades não atendidas em comparação com a população geral, sendo necessárias estratégias para minimizar ou superar os diversos obstáculos que interferem na assistência. A prevalência estimada de deficiências graves e moderadas, para os países das Américas, com renda baixa e média renda (estimativa de Carga Global de Doenças para 2004 - OMS), para indivíduos de todas as idades era de 14,1%, sendo a distribuição, de acordo com as faixas etárias, de 0-14 anos 4,5%, de 15-59 anos 14,6%, de 60 ou mais anos 44,3%. Já a prevalência, considerando os indivíduos com dificuldades graves, para todas as idades, era de 2,6%, assim distribuídos: de 0-14 anos 0,6%, de 15-59 anos 2,6%, de 60 ou mais anos 9,2% e de 15 ou mais anos 3,4% (OMS, 2012).

Em razão da pandemia de Covid-19 não houve Censo Demográfico em 2020, sendo assim, os dados utilizados para a realização deste diagnóstico situacional são oriundos do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e outras estimativas populacionais disponíveis em fontes oficiais para pesquisa.

No Brasil, o Censo de 2010 realizado pelo IBGE, apontou aproximadamente 45,6 milhões de pessoas, ou seja, 23,9% da população com algum tipo de deficiência, conforme o gráfico abaixo.

**Gráfico 1 – População brasileira com e sem deficiência, 2010**



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

O Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) revelou que Porto Alegre tem mais de 336 mil pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas (intelectual, física, auditiva, visual e psicossocial), representando quase um quarto da população residente (23,87%). Em 2000, o percentual de pessoas com deficiência era de 14,30% dos residentes na capital. Na década, houve uma elevação de cerca de 67% de pessoas com pelo menos uma das deficiências levantadas. Dentre os residentes do município, em 2010, a distribuição conforme faixa etária era a seguinte: 120.927 idosos, 155.259 adultos, 42.884 jovens e na faixa etárias de zero e 14 anos, 17.350. A principal deficiência em todas as faixas etárias é a visual (inclui uso de óculos). Nos jovens, a segunda maior é a auditiva e nos adultos e idosos a segunda, é a física. Conforme estimativa do IBGE realizada em 2021, a população de Porto Alegre está em aproximadamente 1.492.530 habitantes, aumento em torno de 5,9% em relação à população recenseada em 2010 (IBGE, 2022). Porto Alegre é a décima segunda cidade mais populosa do país conforme esta estimativa.

De acordo com o Censo de 2010, dos quatro tipos de deficiência investigadas – visual, motora, auditiva e mental – a visual é a mais frequente em Porto Alegre. Na capital existem 336.420 pessoas com algum tipo de deficiência, sendo que 249.804 destas são deficientes visuais (IBGE, 2010).

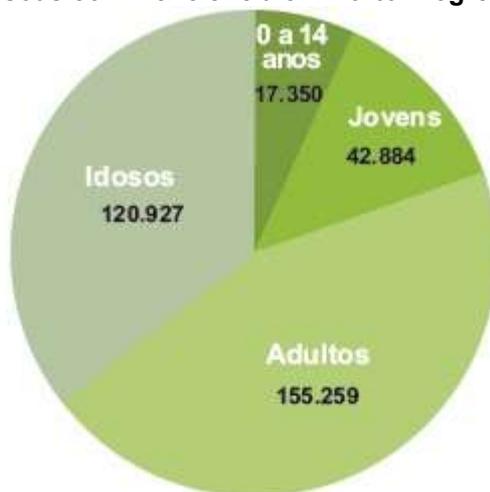
**Tabela 1 – Deficiência investigadas pelo Censo 2010, por tipo**

| INDICADORES                 | ANO 2010  |          |
|-----------------------------|-----------|----------|
|                             | Indicador | Absoluto |
| <b>Deficiência mental</b>   | 1,67      | 23.581   |
| <b>Deficiência auditiva</b> | 5,73      | 80.753   |
| <b>Deficiência motora</b>   | 7,38      | 104.070  |
| <b>Deficiência visual</b>   | 17,72     | 249.804  |

Fonte: Observa Poa (PORTO ALEGRE, 2010b).

Do contingente com alguma deficiência, os adultos somam 46,15%, os idosos 35,95%, os jovens 12,75% e a população de 0 a 14 anos 5,16%.

**Gráfico 2 – Faixa etária das Pessoas com Deficiência em Porto Alegre segundo Censo 2010**



Fonte: Observa Poa (PORTO ALEGRE, 2010b).

Em relação aos dados do e-SUS (Tabela 2), os dados extraídos dos prontuários eletrônicos, há 31.202 pessoas referindo alguma deficiência: 3.948 com deficiência auditiva; 9.486 referindo alguma deficiência física; 6.962 referindo alguma deficiência intelectual/cognitiva; 12.500 referindo alguma deficiência visual; e 3.239 referindo outras deficiências.

**Tabela 2 – Dados e-SUS**

| Dados e-SUS Atenção Primária      |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| Deficiência                       | Quantidade de Cidadãos |
| Possui alguma deficiência         | 31.202                 |
| Deficiência auditiva              | 3.948                  |
| Deficiência física                | 9.486                  |
| Deficiência Intelectual/Cognitiva | 6.962                  |
| Deficiência visual                | 12.500                 |
| Deficiência outra                 | 3.239                  |

Fonte: e-SUS, outubro/2021.

Importante destacar que os dados estão subestimados em razão de: 1) realização de consultas de usuários não cadastrados no sistema e-SUS; 2) dados sobre deficiência não informados ao fazer o cadastro; e 3) Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e a Unidade de Saúde vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (US Santa Cecília) que não utilizam o e-SUS. Em decorrência dos sub-registros é fundamental também que os usuários requisitem, no

momento dos atendimentos, que os profissionais de saúde registrem suas informações no seu prontuário.

A complexidade do tema, aliada à falta de informação sobre o número atualizado de pessoas com deficiências em cada território e suas circunstâncias; o desconhecimento sobre as estimativas de prevalência e incidência; e a situação socioeconômica, suas carências e necessidades não atendidas, exigem um trabalho fortemente direcionado à elaboração do diagnóstico situacional e da atenção à saúde da pessoa com deficiência no município.

Em 2018, o IBGE realizou uma releitura dos dados de pessoas com deficiência do Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – WG)<sup>1</sup> e adotou um novo critério de margem de corte que busca padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias de modo a garantir a comparabilidade das estatísticas entre diferentes países, divulgado através da Nota Técnica 01/2018 do IBGE (IBGE, 2018).

Ao aplicar esta nova linha de corte, identifica como pessoas com deficiência apenas os indivíduos que responderam “ter muita dificuldade” ou “não consegue de modo algum” em uma ou mais questões, por tipo de deficiência a partir do modelo de perguntas e respostas proposto pelo Grupo de Washington (GW). Dessa forma, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 não se faz representada pelas 45.606.048 pessoas, ou 23,9% das 190.755.048 pessoas recenseadas nessa última operação censitária, mas sim por um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrada pelo Censo Demográfico. Assim, o percentual da população com deficiência no Rio Grande do Sul passa a ser de 6,7%.

A partir das recomendações do Grupo de Washington, Porto Alegre contaria com um total de 99.413. Dessas, 50.448 com Deficiência Visual; 34.127 pessoas com Deficiência Física; com Deficiência Auditiva a estimativa é de 16.321 pessoas e com Deficiência Intelectual, um total de 20.773 pessoas (RIO GRANDE DO SUL, 2010b).

O Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência entendeu que o uso da “nova margem / linha de corte” adotada pelo IBGE a partir da proposição

---

<sup>1</sup> O Grupo de Washington está submetido à Comissão de Estatística das Nações Unidas, e é composto por representantes de Institutos Oficiais de Estatística e organizações representantes da sociedade civil. Como representante oficial do Brasil, o IBGE participa desde o início da formação do grupo, em 2001, acompanhando as discussões e estudos propostos.

do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – WG) infringe os direitos das Pessoas com Deficiência à medida em que desconsidera o conceito de deficiência presente na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – aprovada pela ONU em 2006 e promulgada em 2009 pelo Brasil (BRASIL, 2009a) – e, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº 13.146/2015 (BRASIL, 2015a), retomando o paradigma biomédico – que entende a deficiência como sinônimo de impedimento individual e desconsidera as barreiras nessa vivência –, reduzindo assim o número total de Pessoas com Deficiência no país e, conseqüentemente, nos estados e municípios. Tal medida impacta nas já restritas políticas públicas voltadas para Pessoas com Deficiência em Porto Alegre. Dessa forma, este Plano Municipal de Cuidados da Pessoa com Deficiência utilizará como referencial os dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), até que nova pesquisa censitária seja realizada no país, possibilitando a atualização dos dados.

### ***O território da cidade***

A população porto-alegrense está distribuída em 94 bairros – Lei nº 12.112/2016 (PORTO ALEGRE, 2016b) e 17 Distritos Sanitários (DS) . Os Distritos Sanitários possuem limites geográficos e população definidas com vistas a prever a regionalização do cuidado. O Decreto Federal nº 7.508/2011 define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente: “I – Atenção Primária; II – Urgência e Emergência; III – Atenção Psicossocial; IV – Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; e V – Vigilância em Saúde” (BRASIL, 2011a).

Segundo os indicadores dos Distritos Sanitários e a distribuição das diferentes deficiências investigadas no território de Porto Alegre, o quadro 1 aponta o Distrito Restinga como o território com o maior percentual de pelo menos uma das deficiências investigadas.

**Quadro 1 – Indicador de pelo menos uma das deficiências investigadas por Distrito Sanitário, Porto Alegre, 2010**

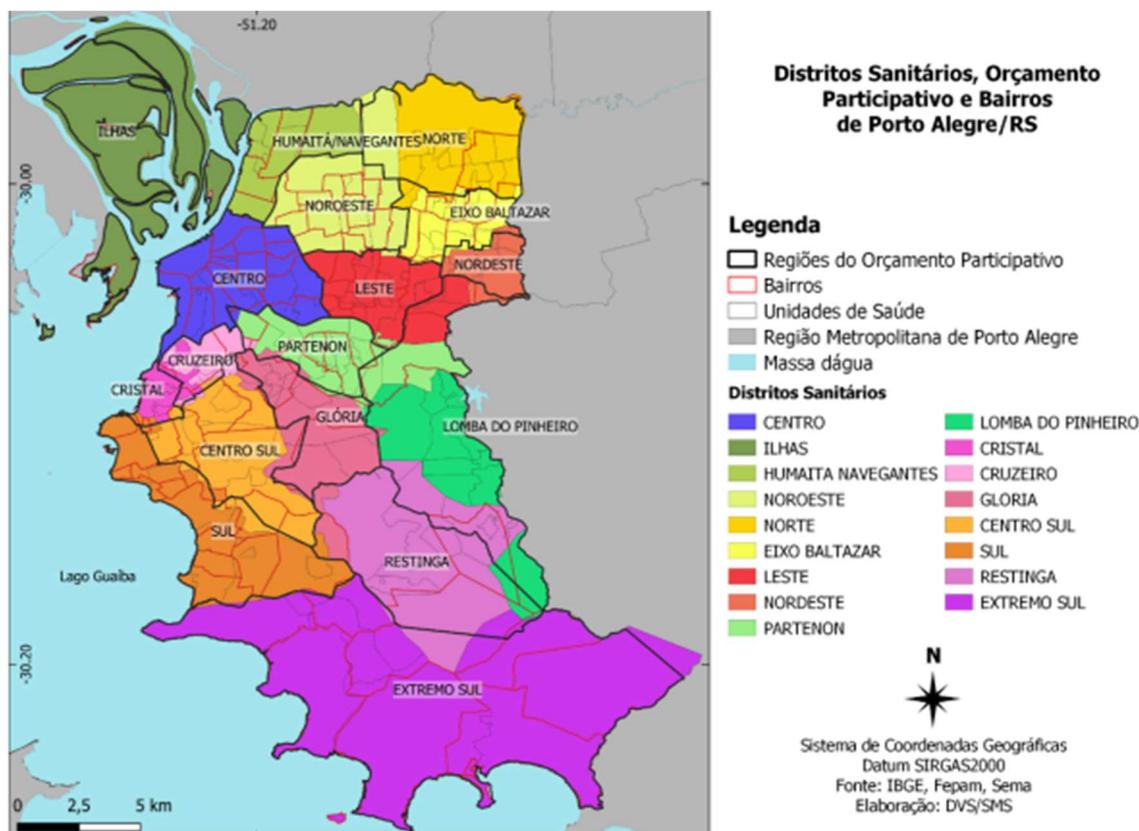
| <b>Território</b>             | <b>Indicador</b> | <b>Absoluto</b> | <b>População</b> |
|-------------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| <b>Cidade de Porto Alegre</b> | <b>23,87</b>     | <b>336.420</b>  | <b>1.409,351</b> |
| Região Restinga               | 28,44            | 17.271          | 60.729           |
| Região Extremo Sul            | 27,87            | 9.718           | 34.873           |
| Região Norte                  | 27,45            | 25.076          | 91.366           |
| Região Eixo Baltazar          | 24,64            | 24.743          | 100.418          |
| Região Centro Sul             | 25,62            | 28.407          | 110.889          |
| Região Sul                    | 25,25            | 21.038          | 83.312           |
| Região Humaitá / Navegantes   | 24,51            | 12.752          | 43.689           |
| Região Noroeste               | 21,71            | 28.401          | 130.810          |
| Região Ilhas                  | ---              | ---             | 8.330            |
| Região Centro                 | 23,66            | 65.479          | 276.799          |
| Região Leste                  | 24,57            | 28.083          | 114.309          |
| Região Nordeste               | 21,79            | 8.112           | 37.234           |
| Região Lomba do Pinheiro      | 23,89            | 14.889          | 62.315           |
| Região Partenon               | 20,62            | 24.518          | 118.923          |
| Região Cristal                | 20,61            | 5.700           | 27.661           |
| Região Cruzeiro               | 21,92            | 14.335          | 65.408           |
| Região Glória                 | 18,34            | 7.756           | 42.286           |

Fonte: Censo IBGE 2010 / Observa POA – Porto Alegre em análise (PORTO ALEGRE, 2010b).

O mapa abaixo apresenta os Distritos Sanitários, Regiões do Orçamento Participativo e Bairros de Porto Alegre/RS<sup>2</sup> (PORTO ALEGRE, 2021).

<sup>2</sup> As Regiões do OP (Orçamento Participativo) foram aprovadas pelo Conselho do Orçamento Participativo em 1997, compatível com o Plano Diretor (PPDUA, LC 434/99). O Orçamento Participativo de Porto Alegre estreitou a relação da Prefeitura com a população num processo dinâmico, pelo qual a mesma participava, de forma direta, quanto a aplicação dos recursos em obras e serviços executados pela administração municipal.

**Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários, Regiões do Orçamento Participativo e Bairros de Porto Alegre/RS**



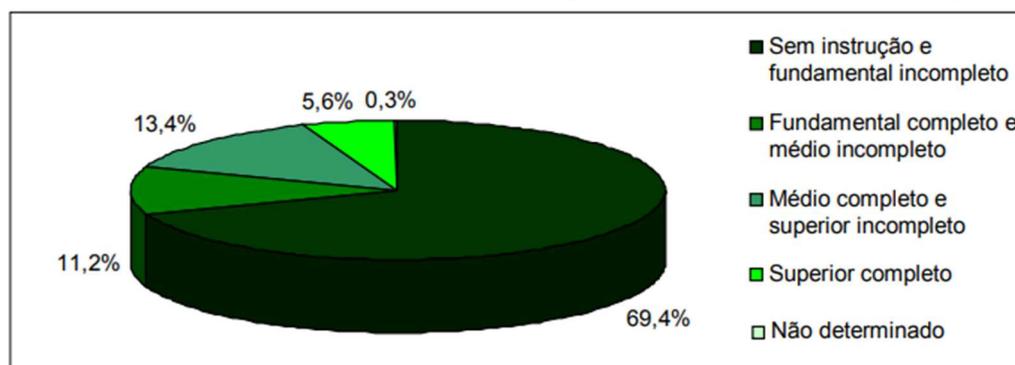
Fonte: IBGE, Fepam, SEMA por DVS/SMS

A divergência entre as diferentes divisões administrativas, políticas e geográficas, dificulta a análise intersetorial sobre condicionantes e determinantes sociais em saúde (assistência social, educação, condições de moradia e habitação, entre outros). Alguns bairros pertencem a mais de um Distrito Sanitário, o que acrescenta mais um desafio para fins de análise e planejamento.

### ***Deficiência Intelectual***

De acordo com dados do Observa Poa de 2010, na cidade residem 23.262 pessoas com deficiência intelectual, o que representa 1,65% da população do município, sendo que cerca de 16 mil não tem nenhum nível de instrução ou ensino fundamental completo, o que representa 70% do total dessa população, conforme o gráfico abaixo (PORTO ALEGRE, 2010b).

**Gráfico 3 – Pessoas com deficiência intelectual, segundo escolaridade, Porto Alegre, 2010**



Fonte: Censo IBGE 2010, Observa POA - Porto Alegre em análise (PORTO ALEGRE, 2010b).

Segundo dados do Sistema Municipal de Ensino (SME/POA) mais de 70 mil estudantes têm a oferta de escolarização no município de Porto Alegre, nas escolas que integram o SME/POA, sendo que 3.477 estudantes, público da Educação Especial, estão incluídos em turmas de ensino fundamental e médio, o que corresponde a 6,23% do total de estudantes nessas etapas.

Questões referentes à Educação Especial estão dispostas na Resolução 13/2013 do Conselho Municipal de Educação (CME/POA), pautando que a oferta de educação especial, como modalidade da educação, se dá em todas as escolas do SME/POA, perpassando todas as etapas e modalidades da educação básica, com ingresso através de matrícula nas escolas comuns (PORTO ALEGRE, 2013).

Como estratégia para promover uma sociedade inclusiva, em um processo dinâmico de permanente evolução, entendendo que todos podem aprender e considerando o reconhecimento e respeito às diferenças de idade, sexo, gênero, etnia, língua, deficiência, classe social, condições de saúde ou qualquer outra natureza, haverá nas escolas estruturas, sistemas e metodologias de ensino, que propõem atender às necessidades de todos (PORTO ALEGRE, 2013).

São princípios da oferta de escolarização inclusiva: a preservação da dignidade humana, o respeito à diversidade e a singularidade, o incentivo do exercício da cidadania, a preservação do direito à educação para todos, com qualidade, e ações que favoreçam a interação social através de práticas que atendam a diversidade. Sendo primordial, neste contexto, a promoção das condições de acessibilidade do ambiente físico, dos recursos didáticos e pedagógicos e da comunicação e informação (PORTO ALEGRE, 2013).

Desta forma, é previsto que as escolas possuam recursos humanos profissionais capacitados para garantir a avaliação especializada do público-alvo da

educação especial, em articulação com as Secretarias Municipais da Saúde e da Assistência Social assim como também, terem os materiais necessários para essa identificação, buscando garantir o atendimento dessas necessidades no âmbito educacional e a articulação com as políticas de atendimento da saúde e da promoção social (PORTO ALEGRE, 2013).

Uma vez identificados por meio de avaliação especializada, os estudantes com deficiência são cadastrados no sistema de informações escolares e registrados no censo escolar, garantindo verbas de programas, inclusive verbas federais (PORTO ALEGRE, 2013).

É importante ressaltar que um conjunto de serviços, recursos e estratégias específicas favorecem o processo de escolarização. Assim, o Atendimento Educacional Especializado AEE, oferecido nas Salas de Integração e Recursos (SIRs) no contra turno da frequência do estudante à sala de aula comum, oferecido pontualmente ao estudante com deficiência, visa proporcionar o desenvolvimento de independência para a realização das tarefas e a construção da autonomia na escola e fora dela. O professor de AEE, professor educador especial, também desenvolve, em parceria com os setores da escola e com os professores de sala de aula comum, respectivamente, planejamentos pedagógicos para serem oferecidos em sala de aula, contribuindo com a aprendizagem dos estudantes por ele atendidos e que frequentam a sala de aula comum (PORTO ALEGRE, 2013).

Também está prevista a oferta de profissionais de apoio à inclusão, que acompanham as turmas que têm estudantes com deficiência matriculados para o desenvolvimento de atividades de cuidados com a alimentação, higiene e locomoção, destes, no tempo de permanência na escola (PORTO ALEGRE, 2013).

Para as crianças de até 6 anos é oferecido como AEE o Serviço de Educação Precoce (EP) e Psicopedagogia Inicial (PI) por professoras especialistas que atendem as crianças nas 4 escolas especiais EMEEF Lygia Morrone Averbuck; EMEEF Luiz Francisco Lucena Borges; EMEEF Elyseu Paglioli; EMEEF Tristão Sucupira Vianna e a Escola de Ensino Fundamental de surdos bilíngue Salomão Watnick e/ou acompanham a escolarização das crianças fazendo assessoria de inclusão às escolas onde as crianças estão matriculadas (PORTO ALEGRE, 2013).

A Prefeitura de Porto Alegre possui, ainda, um termo de colaboração para compra de vagas no Ensino Especial Fundamental com vistas a atender a lista de

espera para transferência para essas escolas especiais. Atualmente, essa parceria existe com a Escola de Educação Especial Barbara Sybille Fischinger (mantida pela KINDER para crianças e estudantes com deficiência múltipla); Escola Especial CEREPAL (para estudantes com paralisia cerebral); Escolas de Educação Especial NAZARETH e DR. JOÃO ALFREDO (ambas mantidas pela APAE).

Para os estudantes a partir dos 14 (quatorze) anos de idade há a possibilidade de adesão ao Programa de Trabalho Educativo (PTE) como estratégia que busca promover uma relação direta deste com o mundo do trabalho. Estruturado em três eixos: Grupo Operativo, Pré-estágio e Grupo de Estágio de Trabalho Educativo (PORTO ALEGRE, 2013).

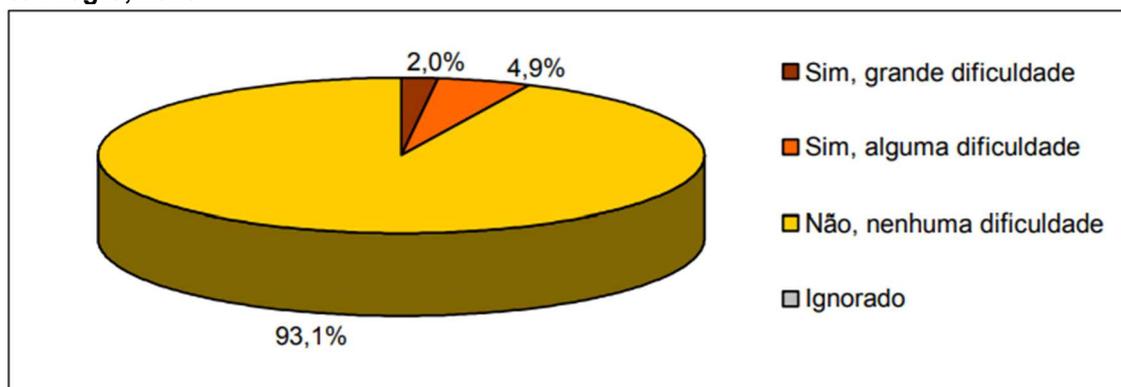
Desta forma, demonstra-se um sólido investimento em educação para os estudantes com deficiência, matriculados na RME/POA. Como política de inclusão atendendo ao CME/POA e também as orientações federais.

Mesmo assim, muito da população ainda não é atingida por esta oferta, não faz parte desse atendimento gerando dados que precisam ser observados, avaliados e necessitam de novos investimentos, planejamento colaborativo e execução de ações inter e multidisciplinares envolvendo o que aqui se expõe, para uma oferta maior, mais abrangente e de maior alcance.

### ***Deficiência física***

Conforme os dados do Censo de 2010, no município de Porto Alegre, a população com deficiência física soma 104.070 pessoas, representando 7,38% do total daqueles que apresentam alguma deficiência, no município (IBGE, 2010). Embora não seja o maior contingente populacional, é o mais diversificado, pois a deficiência física resulta de agravos congênitos e adquiridos, principalmente por fatores externos, como acidentes de trânsito. Da população total de Porto Alegre, 4,9% declara, no CENSO de 2010, ter alguma dificuldade para caminhar ou subir degraus, 2% apresenta grande dificuldade e 0,5% do total não consegue de modo realizar essas atividades.

**Gráfico 4 – População com dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus na cidade de Porto Alegre, 2010**



Fonte: Censo IBGE 2010, Observa POA - Porto Alegre em análise (PORTO ALEGRE, 2010b).

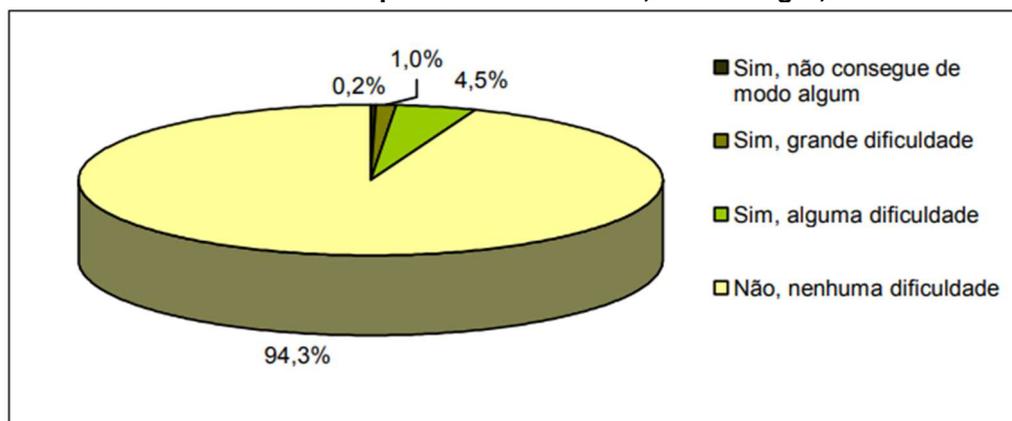
Sendo assim, é primordial avançar na adaptação dos espaços urbanos para garantir o direito constitucional de “ir e vir” das Pessoas com Deficiência Física.

### ***Deficiência auditiva***

A deficiência auditiva tem desdobramentos funcionais, emocionais, sociais e econômicos, que poderiam ser evitados ou minimizados com ações de promoção e proteção da saúde, detecção a tempo e intervenção. Segundo dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010), 4,5% da população de Porto Alegre, o que representa cerca de 63 mil pessoas, apresenta alguma dificuldade permanente de ouvir. Aproximadamente 15 mil pessoas, ou seja, 1% da população declara ter grande dificuldade em ouvir e um pouco mais de 3 mil pessoas (0,2%) não consegue de modo algum ouvir.

Sendo assim, Porto Alegre está no topo das cidades do Estado do Rio Grande do Sul com o maior número de surdos. Entretanto, o básico previsto em termos de acessibilidade plena em órgãos públicos do município, não é assegurado. Uma medida para garantir o direito aos usuários dos serviços municipais seria através de tradutor e intérprete de Língua Brasileira de Sinais, devidamente formado e qualificado, visando a comunicação plena entre esses cidadãos e o órgão requerido, independentemente da área acessada.

**Gráfico 5 – Pessoas com dificuldade permanente de ouvir, Porto Alegre, 2010**

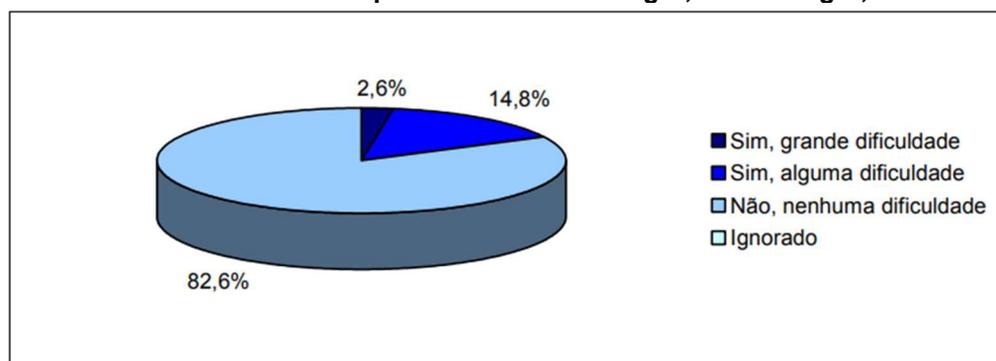


Fonte: Censo IBGE 2010, Observa POA - Porto Alegre em análise (PORTO ALEGRE, 2010b).

### **Deficiência visual**

Segundo dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010), 14,7% da população de Porto Alegre apresenta alguma dificuldade permanente de enxergar, 2,6% apresenta grande dificuldade e 0,4%, o que representa cerca de 5,9 mil pessoas, não consegue de modo algum enxergar.

**Gráfico 6 – Pessoas com dificuldade permanente de enxergar, Porto Alegre, 2010**



Fonte: Censo IBGE 2010, Observa POA - Porto Alegre em análise (PORTO ALEGRE, 2010b).

A deficiência visual, como já citado, representa o maior contingente populacional no município, sendo fundamental avançar nas políticas públicas direcionadas a esse público.

## ***Deficiência psicossocial***

O termo deficiência psicossocial<sup>3</sup> é definido como a deficiência que pode decorrer de impedimentos e barreiras vivenciadas a partir de transtorno mental crônico. A avaliação dessa deficiência se dá a partir da identificação de barreiras, tratamento e reabilitação, que devem ser garantidas pela Rede de Atenção Psicossocial. Os transtornos mentais podem impactar na funcionalidade psíquica e social e, a partir de barreiras, gerar dificuldades.

O conceito de deficiência presente na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Decreto n° 6.949/2009 (BRASIL, 2009a), recepcionada pelo Brasil com status constitucional e também presente na Lei Brasileira de Inclusão – LBI, Lei n° 13.146/2015, inclui expressamente as pessoas com deficiência psicossocial no rol dos beneficiários das políticas públicas (BRASIL, 2015a). Assim dispõe o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão) em conformidade com a referida Convenção:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015a, p. 1).

A Convenção propiciou o encontro de dois campos que se desenvolveram separados no passado: o das deficiências e o da saúde mental. Os textos da Convenção e do Estatuto, quando conceituam deficiência, adotados pelo Brasil, explicam o equivocado termo e conceito utilizado em diversos textos legislativos anteriores a 2009, que definiam a deficiência mental. Ao utilizar os termos deficiências mental e intelectual, intencionavam mostrar a dicotomia existente entre estas deficiências e incluir a deficiência psicossocial no conceito.

Alguns exemplos de condições que podem resultar em deficiência são autismo, esquizofrenia e demais transtornos mentais. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) requer que o cuidado aconteça com articulações entre as Redes de Atenção à Saúde, em especial na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e na Rede de Atenção Psicossocial, conforme as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA (BRASIL, 2014a) e a Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos

---

<sup>3</sup> Adotaremos neste documento a nomenclatura de deficiência psicossocial, por estar em consonância com os pressupostos da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental.

do Espectro do Autismo e suas Famílias no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015b). Estima-se que a incidência do TEA seja de 1 a 2% da população de acordo com a Organização Mundial de Saúde. Considerando os dados do IBGE de 2021, para a população de Porto Alegre, teríamos entre 15 mil e 30 mil pessoas com TEA.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011e), possui a reabilitação psicossocial como um componente. Esta inclui iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais. Entende-se que estas iniciativas devam estar presentes como eixo estratégico na inclusão social, indicando a reversão das práticas assistencialistas que reforçam a condição de “incapacidade” e dependência para a lógica da atenção psicossocial como perspectiva de liberdade, autonomia, protagonismo e cidadania. Nesse sentido, devem constituir-se transversalmente aos pontos da rede, de forma a priorizar o cuidado territorial, comunitário e intersetorial. Assim, coloca-se como urgente a discussão dessa temática na Rede de Atenção à Saúde como um todo e na Rede de Atenção Psicossocial em especial, a fim de serem consolidadas em ações os princípios e diretrizes até então apresentados em consonância com as especificidades dessa temática. Destaca-se o aprofundamento do conceito de reabilitação psicossocial como elemento estratégico nas transformações necessárias das práticas em saúde para efetivação do paradigma da desinstitucionalização sustentado na atenção psicossocial (SILVA; LIMA; RAINONE, 2016).

Os dados referentes a esta deficiência não estão presentes no Plano Municipal (2016-2021) devido ao fato de ser uma concepção relativamente nova: apesar do Decreto sobre a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo ter sido promulgado em 2009, não foi incluído no Censo de 2010. Desta forma, ainda não há investigação pelo IBGE.

A seguir serão apresentadas, brevemente, as Redes Temáticas de Atenção à Saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde a partir do referencial contido na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010f).

### **3.2 Redes de Atenção à Saúde**

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

de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010f – Portaria nº 4.279, de 30/12/2010), com suas diretrizes consolidadas pela Portaria 03/2017 – Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c).

Porto Alegre conta com cinco Redes de Atenção à Saúde, são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Urgências e Emergências; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

### **3.2.1 Rede Cegonha**

A rede de cuidado materno-infantil em Porto Alegre baseia-se fundamentalmente na Portaria nº 1.459 de 2011 que institui, no âmbito do SUS, o Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011c). Os princípios fundamentais das ações a serem executadas consideram a necessidade de oportunizar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, a melhoria da assistência ao parto, puerpério e cuidados à criança, assim como a qualificação da rede de cuidados à mulher, com a ampliação dos direitos reprodutivos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, o direito da criança ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Para tanto, deverá orientar-se essencialmente no respeito e proteção dos direitos humanos, à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Os objetivos principais da Rede Cegonha estão embasados na organização e qualificação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, refletindo na redução da mortalidade materna e infantil (essencialmente no componente neonatal).

Nesse sentido, os serviços e profissionais vinculados à Rede Cegonha devem estar preparados e equipados para receber as gestantes com deficiência, em atendimento às diversas exigências de acessibilidade. Outro aspecto importante é a qualificação dos profissionais para informar/comunicar casos de deficiência no momento do nascimento.

Outro pilar importante no cuidado materno-infantil preconizado pelo Programa Rede Cegonha é a Regionalização da Assistência ao parto e nascimento. Atualmente, a Rede Municipal de Saúde conta com cinco maternidades que atendem a população pelo SUS, são elas: as maternidades do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Fêmeina, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Clínicas de Porto

Alegre e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Em 2020, com o fechamento da maternidade do Hospital São Lucas-PUC (HSL-PUC), houve um redimensionamento das unidades de saúde para os demais hospitais. O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) recebeu um aporte de equipamentos e recursos humanos advindos do HSL-PUC para acolher um maior número de gestantes. Todas as Unidades de Saúde têm sua maternidade de referência e devem informar já na primeira consulta de pré-natal para a gestante para qual maternidade ela deve se deslocar no momento do parto ou em caso de emergência ao longo do pré-natal.

Nesta perspectiva, desde 2015, indicadores de cuidado materno-infantil têm sido monitorados com o objetivo de ofertar uma melhor assistência obstétrica e neonatal. Atualmente, são monitorados 28 indicadores assistenciais, sendo que alguns possuem relação direta com a RCPcD como aleitamento na primeira hora de vida, número de neonatos que receberam a vacina da BCG, que fizeram teste do coraçãozinho e a triagem auditiva neonatal.

### **3.2.2 Rede de Atenção Psicossocial**

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), a Lei Estadual nº 9.716/1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992) e as Portarias MS/GM nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011e) e nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017e), que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, que oferece múltiplos serviços com o objetivo de oferecer cuidado integral.

A RAPS de Porto Alegre passou por alterações nos últimos quatro anos, com a implantação de sete pontos de atenção, sendo eles 1 (um) CAPS AD IV, 2 (dois) CAPS AD III, 4 (quatro) Serviços Residenciais Terapêuticos e a qualificação de 1 (um) CAPS AD II para CAPS AD III, incidindo no número de primeiras consultas. Os serviços ofertados no município são:

- **Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMAs) e Equipes de Saúde Mental da Criança e Adolescente (EESCAAs):** prestam atendimento ambulatorial especializado em saúde mental para situações de média complexidade. Atualmente, Porto Alegre conta com 9 (nove) ESMAs e 9 (nove) EESCAAs.

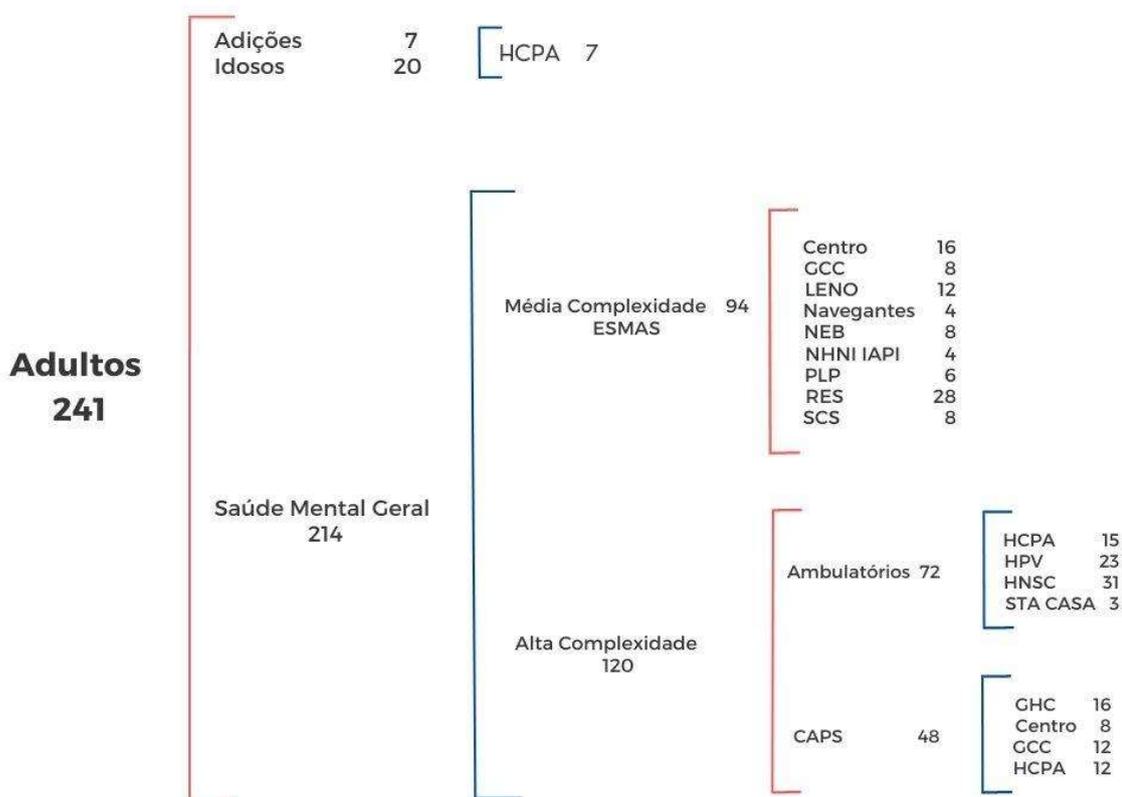
Recebem casos através da regulação ambulatorial via sistema GERCON; os casos são encaminhados aos Serviços, conforme a Matriz de Agravos.

- **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** prestam atendimento multiprofissional especializado em saúde mental, também recebendo os encaminhamentos através do GERCON pela regulação ambulatorial, que realiza a avaliação conforme a Matriz de Agravos. Atualmente, o Município conta com 15 (quinze) CAPS, sendo o acesso aos CAPS AD “portas abertas” (sem precisar ser regulado pelo Gercon). Os CAPS se encontram abaixo listados:
  - a) **CAPS II:** serviço especializado em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Em Porto Alegre, temos 4 (quatro) CAPS II.
  - b) **CAPS AD:** serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. Porto Alegre conta com 1 (um) CAPS AD II, 6 (seis) CAPS AD III e 1 (um) CAPS AD IV.
  - c) **CAPSi:** serviço de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais, bem como as que apresentam uso abusivo de álcool e outras drogas. Porto Alegre possui 3 (três) CAPSi II.
- **Serviço Residencial Terapêutico (SRT):** O SRT é um dispositivo de desinstitucionalização de pessoas, caracterizado assim nas Portarias Ministeriais nº 106 (de 11 de fevereiro de 2000), 3.088 (de 23 de dezembro de 2011), 3.090 (de 23 de dezembro de 2011) e 3.588 (de 21 de dezembro de 2017), que expressam, também, a Política de Saúde Mental baseada na desinstitucionalização (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011e; BRASIL, 2011f; BRASIL, 2017e). Inicialmente, o público do SRT era de pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia por mais de dois (2) anos ininterruptos. Atualmente, ele se destina a receber pessoas com transtornos mentais graves, que não conseguem desenvolver autonomia mesmo quando em tratamento ambulatorial (CAPS ou equipes de saúde mental), preferencialmente egressas de longas internações em hospital psiquiátrico ou de custódia (dois anos ininterruptos, ou mais). O objetivo do

SRT é o desenvolvimento de autonomia e a futura alta do morador para uma situação de maior independência. Ou seja, o SRT deve receber pessoas que não conseguem desenvolver sua autonomia, que não conseguem se inserir socialmente devido ao seu transtorno mental – o que não significa que todas as pessoas que sofrem com algum transtorno mental e que possuem outras vulnerabilidades devam ser incluídas em SRT quando o problema que gera a demanda for outra vulnerabilidade, que não o próprio transtorno.

- **Reabilitação Psicossocial:** o Município conta com uma oficina de Geração de Renda – Geração Poa, que oferta os seguintes atendimentos: acolhimentos, oficinas de trabalho e geração de renda, grupos de trabalho, grupo de produção literária, assessoria a grupos de trabalho em saúde mental na comunidade, acompanhamento de projetos de capacitação profissional, atendimentos individuais, interconsulta, entre outros.

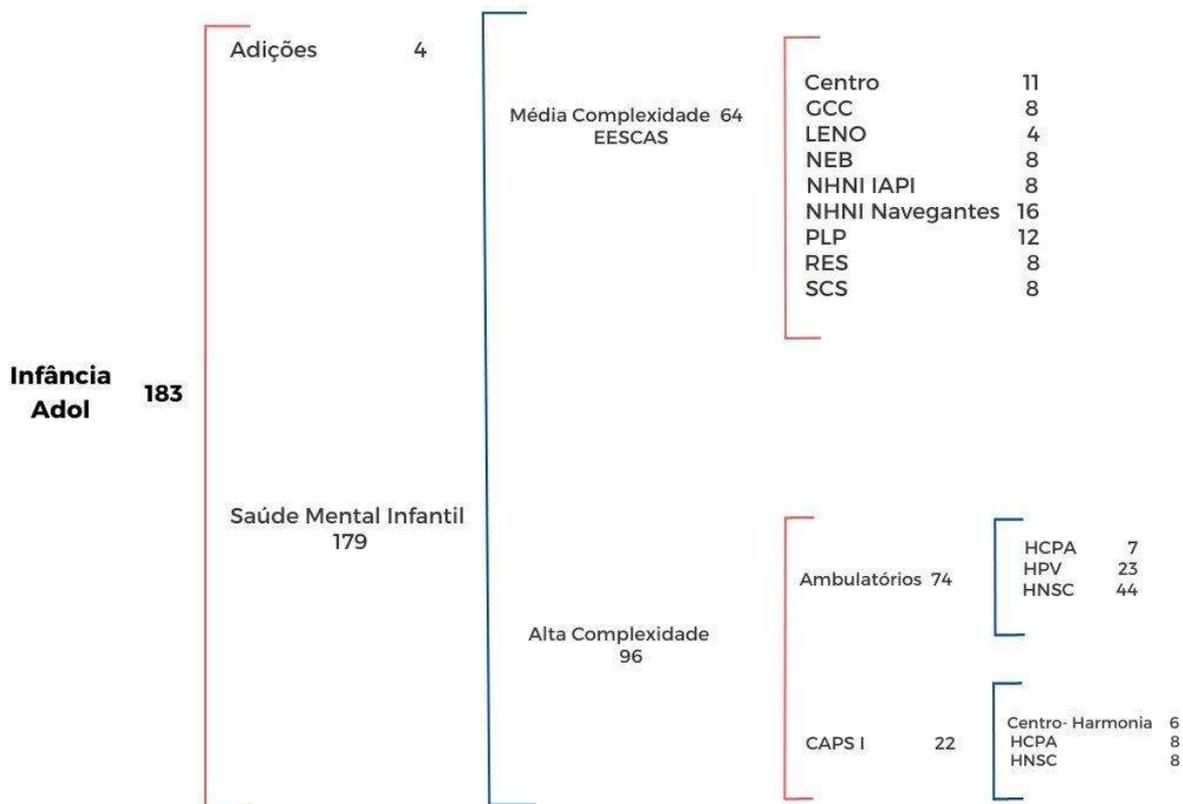
**Figura 2 – Mapa de vagas da Saúde Mental para Adultos (1<sup>as</sup> consultas / mês)**



Fonte: Regula Mais Brasil (set/2021 – REGULA MAIS BRASIL, 2021a).

Os números da figura 2 se referem ao número médio de vagas por mês (dados do GERCON em 02/09/2021). Das 241 vagas disponíveis para a regulação, 39% do total de vagas estão nas ESMAs.

**Figura 3 – Mapa de vagas da Saúde Mental da infância e adolescência (1ªs consultas / mês)**



Fonte: Regula Mais Brasil (jul/2021 – REGULA MAIS BRASIL, 2021b).

Os números da figura se referem ao número médio de vagas por mês (dados do GERCON em 05/07/2021). Das 183 vagas disponíveis para esta faixa etária para a regulação, 35% são destinadas às EESCAS.

### 3.2.3 Rede de Urgências e Emergências

A rede de urgência é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelos Pronto Atendimentos, pela Unidade de Pronto Atendimento (habilitada em nível federal) e pelas portas de urgência hospitalares.

**Quadro 2 – Serviços da rede de urgência exceto porta de entrada dos hospitais**

| Serviços       |       |          |
|----------------|-------|----------|
| Pré-hospitalar | Móvel | SAMU 192 |

|                   |             |   |
|-------------------|-------------|---|
|                   | <b>Fixo</b> | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (DS Cruzeiro)            |
|                   |             | Pronto Atendimento Bom Jesus (DS Leste)                     |
|                   |             | Pronto Atendimento Lomba do Pinheiro (DS Lomba do Pinheiro) |
|                   |             | UPA Moacyr Scliar (DS Norte)                                |
| Saúde Mental      |             | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)            |
|                   |             | Plantão de Emergência em Saúde Mental – IAPI (DS Noroeste)  |
| Emergência Odonto |             | Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (GD Cruzeiro)            |
|                   |             | UPA Moacyr Scliar (DS Norte)                                |

Fonte: SMS / DAHU / CMU.

Nos Pronto Atendimentos Bom Jesus e Lomba do Pinheiro, entre as mudanças ocorridas após ano de 2019 podem ser citadas: transporte próprio de baixa complexidade; ecografia como apoio diagnóstico; farmacêutico 24h visando garantir a segurança medicamentosa e permitindo distribuir medicamentos em horários que a farmácia distrital municipal encontra-se fechada. Existe a previsão da realização de obras nas unidades para qualificação em Unidades de Pronto Atendimento junto ao Ministério da Saúde o que implicaria em acréscimo de recursos para custeio das Unidades ao Município e homogeneidade no padrão de atendimento.

O Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul apresenta dificuldades no seu corpo clínico médico pela dificuldade da realização de concursos (e nomeações) e pela alta rotatividade (exonerações e transferências para outros setores). Para garantir a assistência, utiliza-se a contratualização de médicos que, pela natureza do vínculo, apresentam alta rotatividade – o que dificulta a qualificação dos mesmos.

Devido à pandemia, o número total de atendimentos em saúde mental, em 2020, reduziu, bem como o atendimento de todas as outras urgências em saúde, em relação ao ano de 2019. O tempo médio de permanência destes pacientes na Sala de Observação segue em 3 dias. O número de pacientes encaminhados para internação hospitalar está em curva descendente nos últimos anos.

**Tabela 3 – Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental Cruzeiro do Sul, por ano 2020-2019**

| Urgência em Saúde Mental - PACS   | Ano   |       |        |       |          |        |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|-------|----------|--------|
|                                   | 2020  |       | 2019   |       | Variação |        |
|                                   | Nº    | %     | Nº     | %     | Nº       | %      |
| Total de boletins emitidos        | 9.538 | 100   | 11.549 | 100   | -2.011   | -17,41 |
| Total de pacientes atendidos      | 9.366 | 98,20 | 11.295 | 97,80 | -1.929   | -17,07 |
| Desistências                      | 172   | 1,80  | 254    | 2,20  | -82      | -32,28 |
| Pacientes < 18 anos atendidos     | 329   | 3,51  | 439    | 3,88  | -110     | -25,05 |
| Total Paciente em SO              | 3.414 | 36,45 | 4.193  | 37,12 | -779     | -18,58 |
| Tempo Médio de Permanência / dias | 3,16  | -     | 2,91   | -     | 0,25     | 7,91   |

|  |       |       |       |       |      |        |
|--|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| <sup>2</sup> Dependência Química em SO                       | 1.328 | 38,90 | 1.661 | 39,61 | -333 | -20,05 |
| <sup>2</sup> Transtorno Humor Bipolar SO                     | 600   | 17,57 | 697   | 16,62 | -97  | -13,92 |
| <sup>2</sup> Depressão SO                                    | 584   | 17,10 | 661   | 15,76 | -77  | -11,65 |
| <sup>2</sup> Esquizofrenia SO                                | 358   | 10,48 | 475   | 11,32 | -117 | -24,63 |
| Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO | 2.364 | 69,24 | 2.853 | 68,04 | -489 | -17,14 |

Fonte: SIHO/AMB.

<sup>1</sup>Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

<sup>2</sup>Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100.

**Tabela 4 – Perfil dos atendimentos no Pronto Atendimento em Saúde Mental IAPI, 2020-2019**

| Urgência em Saúde Mental – IAPI                              | Ano   |       |        |       |          |        |
|--|-------|-------|--------|-------|----------|--------|
|  | 2020  |       | 2019   |       | Variação |        |
|  | Nº    | %     | Nº     | %     | Nº       | %      |
| Total de boletins emitidos                                   | 9.002 | 100   | 13.243 | 100   | -4.241   | -32,02 |
| Total de pacientes atendidos                                 | 8.892 | 98,78 | 12.614 | 95,25 | -3.722   | -29,50 |
| Desistências   | 110   | 1,22  | 629    | 4,75  | -519     | -82,51 |
| Pacientes < 18 anos atendidos                                | 647   | 7,28  | 1.487  | 11,79 | -840     | -56,49 |
| Total Paciente em SO   | 3.808 | 42,82 | 6.331  | 50,19 | -2.523   | -39,85 |
| Tempo Médio de Permanência / dias                            | 2,80  | -     | 2,97   | -     | -0,17    | -5,72  |
| <sup>2</sup> Dependência Química em SO                       | 943   | 24,76 | 1.627  | 25,70 | -684     | -42,04 |
| <sup>2</sup> Transtorno Humor Bipolar SO                     | 398   | 10,45 | 660    | 10,42 | -262     | -39,70 |
| <sup>2</sup> Depressão SO                                    | 513   | 13,47 | 730    | 11,53 | -217     | -29,73 |
| <sup>2</sup> Esquizofrenia SO                                | 253   | 6,64  | 248    | 3,91  | 5        | 2,02   |
| Transferências para Internação Hospitalar de pacientes em SO | 2.096 | 55,04 | 2.770  | 43,75 | -674     | -24,33 |

Fonte: SIHO/AMB.

<sup>1</sup>Percentual de desistências = Total de desistências / total de boletins emitidos x 100.

<sup>2</sup>Percentual de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia = Total de pacientes atendidos por DQ, THB e Esquizofrenia / Total de pacientes atendidos na Sala de Observação X 100.

O Setor de Odontologia do PACS, criado em 1989, atende aproximadamente 600 pacientes em situação de urgência por mês. Desenvolve suas atividades assistenciais com base em protocolo clínico desenvolvido pela equipe e publicado em 2014. Neste protocolo, estão descritas as patologias mais prevalentes nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia, sistema estomatognático, estomatologia e trauma dentoalveolar. Serve também como suporte para toda a rede de atenção nos casos de infecções odontogênicas graves. Pacientes com quadros hemorrágicos severos e infecções graves são assistidos em Sala de Observação e evoluídos até sua alta ou encaminhados, através de fluxos já pactuados, a hospitais especializados. Atualmente, dispõe de 4 consultórios completos e um aparelho de RX. Seu corpo clínico é composto por 14 Cirurgiões Dentistas e 10 Auxiliares de Saúde Bucal. A odontologia atende alguns casos de pessoas com deficiência e, em casos, em que estas situações não sejam possíveis são encaminhados para atendimento hospitalar com anestesia geral.

## ***Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU***

O SAMU é um componente fundamental na rede de urgências do Município, tendo em vista sua importância social e sua expressiva agilidade na atuação de casos de alta gravidade clínica, traumática, obstétrica e pediátrica. O SAMU Porto Alegre possui uma sede administrativa desde 2013 e desde então vem adequando seus serviços de apoio para qualificar o atendimento prestado ao cidadão e agilizar a liberação das equipes para atendimento.

O serviço conta com 3 ambulâncias de suporte avançado de vida compostas por médicos, enfermeiros e condutores de veículos de urgência e 14 ambulâncias de suporte básico de vida com técnicos de enfermagem e condutores de veículos de urgência. Essas equipes são distribuídas em bases descentralizadas no intuito de agilizar a chegada da equipe de atendimento ao local da ocorrência.

Durante a pandemia foram realizadas adequações nos processos de trabalho para garantir a segurança das equipes, bem como a expressiva qualificação do serviço de higienização das ambulâncias. Esse processo, embora tenha tornado o atendimento mais seguro, impactou diretamente no tempo-resposta dos atendimentos, tendo em vista maior quantidade de higienizações terminais, o que aumenta o tempo em que a equipe fica fora de ação, e a paramentação com equipamentos de proteção individual nos atendimentos de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19.

Uma tentativa de mitigar esse tempo resposta foi contratar, de forma temporária, uma ambulância terceirizada para realizar os transportes medicalizados de pacientes Covid-19. Esse plano também tinha por objetivo aumentar a disponibilidade das ambulâncias próprias para o atendimento.

O número de trotes em 2020 reduziu 2% em relação a 2019, e mostra uma tendência de redução no primeiro quadrimestre de 2021 chegando a 4,3% das ligações totais. Esse percentual vem decrescendo ao longo dos anos com as campanhas educativas do Projeto Samuzinho que é realizado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU nas escolas com a Lei nº 11.144, de 21 de outubro de 2011 (PORTO ALEGRE, 2011) que penaliza quem aplica trotes ao SAMU e também com a valorização da importância dos serviços de urgência durante a pandemia.

**Tabela 5 – Distribuição do número e proporção dos atendimentos realizados pelo SAMU, segundo o perfil das ligações e comparativo, 2020 - 2019**

| Perfil das ligações      | Ano            |            |                |            |                |              |
|--------------------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|--------------|
|                          | 2020           |            | 2019           |            | Variação       |              |
|                          | Nº             | %          | Nº             | %          | Nº             | %            |
| Trote                    | 13.514         | 5,57       | 19.680         | 7,54       | -6.166         | -31,33       |
| Regulação                | 85.949         | 35,42      | 78.221         | 29,95      | 7.728          | 9,88         |
| Outros*                  | 143.225        | 59,02      | 163.240        | 62,51      | -20.015        | -12,26       |
| <b>Total de Ligações</b> | <b>242.688</b> | <b>100</b> | <b>261.141</b> | <b>100</b> | <b>-18.453</b> | <b>-7,07</b> |
| Média Diária (Ligações)  | 665            | -          | 715            | -          | -50            | -6,99        |

Fonte: Sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAPH) Rel 101.

\*Outros: Ligações interrompidas, repetidas ou engano.

O percentual de atendimentos por casos clínicos vem aumentando, por conseguinte os casos traumáticos vêm reduzindo.

**Tabela 6 – Distribuição do número e proporção de atendimentos realizados pelo SAMU, segundo a causa, e comparativos, 2020 2019**

| Tipo de Atendimento SAMU | Ano           |            |               |            |            |              |
|--------------------------|---------------|------------|---------------|------------|------------|--------------|
|                          | 2020          |            | 2019          |            | Variação   |              |
|                          | Nº            | %          | Nº            | %          | Nº         | %            |
| Caso Clínico             | 20.991        | 54,26      | 21.783        | 56,20      | -792       | -3,64        |
| Traumático               | 10.900        | 28,17      | 11.463        | 29,57      | -563       | -4,91        |
| Transporte               | 1.488         | 3,85       | 1.422         | 3,67       | 66         | 4,64         |
| Obstétrico               | 590           | 1,52       | 557           | 1,44       | 33         | 5,92         |
| Psiquiátrico             | 4.720         | 12,20      | 3.536         | 9,12       | -1.184     | 33,48        |
| <b>Total de APH</b>      | <b>38.689</b> | <b>100</b> | <b>38.761</b> | <b>100</b> | <b>-72</b> | <b>-0,19</b> |

Fonte: Sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAPH) Rel 223 e 215.

A redução do tempo-resposta permanece como meta do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (PORTO ALEGRE, 2021). No último período foi investido em compra de ambulâncias novas, utilização de meios eletrônicos de despacho de ambulância com pouca resposta efetiva. Esse tempo é medido desde que o solicitante inicia a ligação com o TARM (técnico de atendimento em regulação médica) até o momento que a equipe de atendimento chega ao local da ocorrência. Há necessidade de adequar para abaixo do limite de 15 minutos 80% dos atendimentos classificados como severos realizados pelo SAMU Porto Alegre (percentil 80) com o objetivo de qualificar o atendimento, proporcionando maior agilidade no atendimento das vítimas graves, considerando que isso impacta diretamente no desfecho dos pacientes e possíveis sequelas que acarretarão a essas vítimas.

Para mensuração dessa informação fizemos uma análise geral e estratificada do tempo desde o momento que a Técnica de Atendimento de Regulação Médica recebe a ligação até o momento em que a equipe de saúde chega no local da ocorrência. Isso permitirá adoção de medidas específicas que atuem em cada passo do processo de envio da ambulância eliminando tempos que não agregam valor.

A 14ª ambulância de Suporte Básico de Vida foi habilitada recentemente. No entanto, para adequação à portaria ministerial, vê-se a necessidade de aumento no número de ambulâncias (1 avançada e 1 básica).

A diminuição do tempo resposta terá foco nos atendimentos de gravidade severa, qualificação do contrato e consequente atendimento realizado pelas Técnicas de Atendimento de Regulação Médica (TARMs) e adequação de fluxos na regulação, com despachos mais céleres nesses casos.

No ano de 2021 foi lançado o App do SAMU disponível nas plataformas IOS e Android. O App facilita o pré-preenchimento de dados cadastrais e conta com georreferenciamento, diminuindo o tempo de localização do endereço. Está no planejamento para 2022, que as solicitações possam ser realizadas via videochamada e/ou *chat* para incluir os deficientes auditivos, até então excluídos no método tradicional via telefone.

### **3.2.4 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014h) redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

O acompanhamento multiprofissional em Doença Crônica consiste na realização de consultas multiprofissionais (médica, enfermagem, nutricional, psicológica, etc.) e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com Doença Crônica no âmbito do SUS nos estágios clínicos mais avançados. O acompanhamento preconizado inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.

O objetivo geral da Política das Pessoas com Doenças Crônicas do município de Porto Alegre é reduzir a morbimortalidade e o impacto das doenças crônicas na população de Porto Alegre, articulando ações nos diferentes níveis de complexidade

em saúde, bem como ações em transversalidades com áreas afins para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde geral de nossa população, com um olhar também para grupos específicos.

A mudança na pirâmide etária da população brasileira nas últimas décadas, com tendência ao envelhecimento, fez com que as doenças crônicas se tornassem as principais causas de procura de atendimento à saúde, além das principais causas de internação hospitalar e de óbitos. Este perfil impactou profundamente as redes de atenção à saúde, principalmente a atenção primária. As doenças crônicas são muito sensíveis à atuação da rede. A prevenção da evolução das complicações e a promoção de ações são fundamentais para o adequado manejo do usuário que convive com doença crônica. A mortalidade por doenças crônicas na população entre 30-69 anos tem forte relação com a atuação da atenção primária. As ações de promoção e prevenção são muito efetivas em reduzir os valores de morbimortalidade nesta faixa etária. Nos anos de 2017-2019 as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e as violências foram as principais causas de mortalidade precoce (30-59 anos) em residentes de nosso município. Observa-se até 2019 um tímido declínio da incidência destas patologias. No último ano, observou-se um declínio mais intenso, mas também um aumento significativo das mortes por agentes virais em função da pandemia da Covid-19.

### **3.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, foco deste Plano Municipal, será desenvolvida no tópico a seguir.

### **3.3 Organização e objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

A Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012 (BRASIL, 2012d), que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, hoje está incluída no Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 03/2017 (BRASIL, 2017c). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência configura-se como uma proposta prática de inclusão, visto que o cuidado a este grupo específico no SUS deixa de ser responsabilidade apenas dos serviços especializados em Reabilitação sendo, ainda, uma das políticas públicas

que promove equidade em saúde, na medida em que almeja priorizar e facilitar a atenção à saúde para uma população que historicamente apresenta maiores dificuldades de acesso. É composta por uma série de estratégias e serviços de atendimento às necessidades específicas de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, múltiplas deficiências e ostomizadas.

Com essa Rede, estabelece-se a articulação dos serviços de saúde, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação, nos três níveis de atenção e tem como diretrizes:

- Promoção da qualidade de vida através de ambientes acessíveis, especialmente os serviços de saúde;
- Prevenção de deficiências, visto que 70% das deficiências são evitáveis ou atenuáveis através de imunização, pré-natal, exames em recém-nascidos, acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e prevenção de acidentes e de violência;
- Atenção integrada à saúde: todos os serviços trabalhando em rede, da atenção básica à alta complexidade;
- Melhoria dos mecanismos de informação: registros e coleta de dados, melhoria dos sistemas de informação, construção de indicadores e parâmetros específicos, além da divulgação da informação;
- Capacitação de recursos humanos (RH): tanto dos profissionais que estão nos serviços quanto os alunos de graduação, através da inclusão do tema nos currículos de formação, além de estímulo a pesquisa na área;
- Organização e funcionamento dos serviços de forma hierarquizada e em rede, nos três níveis de atenção, atuando de forma articulada com outras áreas (assistência social, escolar) para facilitar o acesso ao tratamento (BRASIL, 2012d).

É fundamental a articulação entre os componentes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, 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. Contudo, os princípios básicos do SUS citados acima, “somente ganharão

densidade se os cuidados às pessoas com deficiência forem entendidos como algo que nasce e se sustenta no conjunto das relações sociais, na circulação das diferenças, na pertença social e no enfrentamento de estigmas e de preconceitos que ainda afetam essa população” (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015, p. 210).

No município, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ainda está em construção e sua proposta de integração entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção necessita de maior articulação, o que revela uma política até então carente de atenção e investimentos, com necessidade de avanços tanto na estrutura operacional dos serviços quanto na instrumentalização dos profissionais – recorrendo a capacitações sobre esta Rede de Cuidados e conhecimento acerca das necessidades em saúde das pessoas com deficiência, que assegurem a articulação e a continuidade do cuidado em todos os níveis de Atenção.

A seguir serão apresentados os componentes da RCPcD e como estão estruturados no Município.

### **3.3.1 O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

Como principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Cuidados, a Atenção Básica deve reconhecer as necessidades de saúde da população com deficiência sob sua responsabilidade sanitária coordenando intervenções do primeiro nível de atenção e efetuando encaminhamentos, quando necessários, para os demais pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de forma a articular as ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

Em Porto Alegre, a Atenção Básica apresenta atualmente 132 Unidades de Saúde (US), das quais 98 são contratualizadas por cinco hospitais (Hospital São Lucas/PUC, Hospital Restinga Extremo Sul, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Divina Providência e Hospital Vila Nova), 13 são conveniadas com o Grupo Hospitalar Conceição e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 21 são Unidades de Saúde próprias.

**Tabela 7 – Equipes de Atenção Primária à Saúde**

| Gerência<br>Distrital | Ano<br>2021      |            |            |            |            |                         |          |          |          |          |          |          |
|-----------------------|------------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                       | População*       | US**       | ESF**      | EAP**      | ACS***     | Cobertura<br>ACS (%)*** | ACE***   | NASF     | eCR      | EMSI     | ESP      | ESSE     |
| Centro                | 293.689          | 3          | 12         | 24         | 21         | 4                       | 0        | 0        | 2        | 0        | 0        | 0        |
| GCC                   | 158.457          | 18         | 39         | 10         | 76         | 28                      | 0        | 0        | 0        | 0        | 1        | 6        |
| LENO                  | 159.989          | 23         | 32         | 23         | 62         | 22                      | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| NEB                   | 203.611          | 25         | 42         | 26         | 96         | 27                      | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| NHNI                  | 191.991          | 12         | 35         | 17         | 45         | 13                      | 0        | 2        | 1        | 0        | 0        | 0        |
| PLP                   | 183.360          | 20         | 37         | 20         | 58         | 18                      | 0        | 0        | 0        | 1        | 4        | 0        |
| RES                   | 99.332           | 13         | 29         | 11         | 59         | 34                      | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| SCS                   | 202.101          | 18         | 29         | 15         | 40         | 11                      | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>Total</b>          | <b>1.492.530</b> | <b>132</b> | <b>255</b> | <b>146</b> | <b>457</b> | <b>19,6</b>             | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>1</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |

Fonte: IBGE Estimativa 2021; \*\*DAPS e BI-CNES Histórico. Competência Dezembro/2021; \*\*\*DAPS/ BI.

Siglas: US = Unidade de Saúde; ESF = Estratégia de Saúde da Família; eAP = Equipe de Atenção Primária; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; NASF = Núcleo Ampliado de Saúde da Família; ECR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; ESSE = Equipe de Saúde Socioeducativo. Cobertura ESF e ACS; Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde.

A tabela acima apresenta os dados referentes à Atenção Primária à Saúde por Gerência Distrital e conforme BI-CNES, o que difere dos dados apresentados pelo e-Gestor, sistema oficial de informações do MS. Segundo e-Gestor, o município em dez/2021 contava com 243 ESF e 46 EAPs financiadas pelo Ministério da Saúde e com 832.074 cadastros válidos financiados com uma cobertura de atenção primária (nova definição de cobertura) de 55,74% conforme NT nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2021c). Em dezembro de 2020, pelos critérios anteriores de avaliação indicavam cobertura de atenção básica de 69,42% e uma cobertura de ESF de 48,41%, considerando 208 ESF, 80 EAB e 24 ESF equivalentes.

A Atenção Básica tem como papel fundamental o acolhimento sendo a escuta qualificada ferramenta essencial para que a pessoa com deficiência seja atendida na perspectiva do cuidado como ação integral, ofertando a possibilidade da construção de vínculo, prevalecendo a diversidade e a singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (SANTOS, 2019).

Dessa forma, o atendimento planejado para pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida no território deverá considerar a importância do olhar individualizado para atender às necessidades singulares possibilitando a participação do usuário nas decisões, com foco na produção da autonomia e máximo de independência possível em diferentes aspectos da vida (SÃO PAULO, 2016).

O Componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como ponto de atenção a Unidade Básica de Saúde (UBS) e conta com as equipes de Saúde Bucal, as Equipes de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver. As ações e serviços da Atenção Básica organizada pela gestão local para as pessoas com deficiência devem compreender:

- Fazer o registro das pessoas com deficiência no seu território de atuação;
- Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os 2 anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

- Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;
- Apoiar as equipes de ESF/APS na abordagem e no processo de trabalho, com foco nas necessidades de saúde, na autonomia e na participação social das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida;
- Apoiar as equipes de ESF/APS na avaliação do grau de autonomia e capacidade de realização de atividades de vida diária;
- Realizar ações que promovam o autocuidado e adaptação das condições do domicílio;
- Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;
- Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social;
- Divulgação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- Intensificar as ações de prevenção de deficiências, através de imunização, pré-natal, exames em recém-nascidos, acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e prevenção de acidentes e de violência;
- 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;
- Criar em conjunto com as equipes de ESF/APS estratégias para abordar a prevenção e reabilitação de quedas em pessoas idosas;
- Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

Adicionalmente, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES) aponta as ações e responsabilidades da Atenção Básica com relação à atenção domiciliar que se caracterizam em promover a adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses, de sondas e ostomias, além de assegurar a reabilitação de pessoas com deficiência permanente, transitória ou contínua, até que estas apresentem condições de frequentar serviços de Reabilitação (BRASIL, 2012i).

São frequentes os debates entre as equipes da Atenção Básica sobre as competências profissionais necessárias para que as pessoas com deficiência possam ver garantidos seus direitos de acesso a esses serviços com qualidade, sobretudo, no que se refere à interface interdisciplinar. No caso de Porto Alegre, em virtude da extinção dos NASFs, em 2019, e da inexistência de profissionais da área da reabilitação nas equipes de saúde da Atenção Básica, os pacientes acamados ou com mobilidade reduzida passaram a receber atendimento das equipes de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) ou Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), vinculadas ao Programa Melhor em Casa, mas insuficientes para a demanda no município.

Recentemente, com a publicação da Lei Federal nº 14.231/2021 (BRASIL, 2021b) que inclui os profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional na ESF, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mediante o cumprimento deste dispositivo legal por parte do município, há perspectiva de qualificação do atendimento às Pessoas com Deficiência na Atenção Básica, segundo o preconizado para este nível de atenção à saúde.

Percebe-se que o conjunto de ações de responsabilidade da Atenção Básica para o pleno funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é repleto de desafios, iniciando pelos recursos, que se destinam em sua maioria para a média e alta complexidade. Também as ações de educação permanente, outra das responsabilidades deste nível de atenção, acabam sendo insuficientes, mesmo as estatísticas indicando um número significativo de pessoas com deficiência nos territórios, somadas à escassez de abordagens sobre o tema no cotidiano das equipes de Atenção Básica. Sobre este aspecto, o Relatório Mundial sobre Deficiência de 2011 (OMS, 2011) menciona que os profissionais de saúde necessitam de conhecimentos e habilidades adequadas sobre as condições de comorbidades associadas à deficiência do sujeito, bem como para gerir as necessidades de cuidado em saúde das pessoas com deficiência (BARROSO; SCHMITT, 2021).

De forma complementar às questões acima referidas, no que se refere às mudanças no processo de trabalho das equipes e aos escassos recursos destinados à Atenção Básica, é necessário refletir, também, sobre o direito à saúde desta população assegurado com primazia e de ter suas necessidades em saúde atendidas, como garantia de uma vida saudável. O Estatuto da Pessoa com Deficiência garante

a “oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais” (BRASIL, 2015a, p. 5), porém, os insumos cateterismo vesical de alívio e as fraldas descartáveis não são fornecidos pela SMS na quantidade, qualidade e frequência necessárias, desrespeitando o direito à saúde desta população. Na medida em que estas ações se mostram ineficazes, elas tornam as pessoas com deficiência mais suscetíveis ao adoecimento, com possibilidade de complicações de ordem orgânica, secundárias à deficiência, e sobrecarregam o sistema de saúde, sem necessidade.

A busca de conhecimento sobre a complexidade que envolve o cuidado e assistência integral da pessoa com deficiência tem sido um processo desafiador; entretanto, no município pode-se considerar que houve alguns avanços nos direitos das pessoas com deficiência ao acesso à saúde, notadamente sobre o agendamento telefônico de consultas – garantido para pessoas com deficiência cadastrados nas unidades de saúde (Lei Municipal nº 10.819, de 13/01/2010 – PORTO ALEGRE, 2010a) – e com relação à territorialização – as pessoas com deficiência poderão escolher o local de atendimento nos serviços de saúde do município (Lei Municipal nº 12.487, de 19/12/2018 – PORTO ALEGRE, 2018b). Por outro lado, a divulgação destas leis não é feita de forma eficaz para toda a Rede, exigindo dos usuários a comprovação destes direitos frequentemente.

Dessa forma, a ausente capacitação sobre a política de saúde da pessoa com deficiência e a ineficiente divulgação dos fluxos de encaminhamento, acrescidos da fragmentação dos processos de trabalho – potencializados com a terceirização da Saúde no município –, amplia sobremaneira a distância entre as diretrizes da política e as demandas apresentadas por estes usuários nos territórios, por mais explícita que se apresente a necessidade de inclusão das pessoas com deficiência na sua área de abrangência.

### ***Atenção Odontológica na Atenção Básica***

A Atenção Odontológica na Atenção Básica, no que tange às pessoas com deficiência, é responsável pelas ações de promoção, prevenção e curativas. Seguirá um fluxo de encaminhamento às atenções ambulatorial especializada e hospitalar para os casos de maior complexidade, de forma que a atenção secundária em saúde

bucal será ofertada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e o atendimento terciário será realizado em ambiente hospitalar, quando as necessidades do paciente forem mais complexas ou diante da impossibilidade de manejo comportamental, exigindo abordagem odontológica sob anestesia geral ou sedação para a resolução do problema bucal de maneira segura (BRASIL, 2019a).

Os serviços da Política de Saúde Bucal que compõem a APS são ofertados nas Unidades de Saúde (US) de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2022b). As ações destes serviços contemplam a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal por meio de atividades educativas de forma individual ou coletiva e atividades clínicas, curativas e reabilitadoras como, aplicação de flúor, profilaxia, restaurações diretas, extrações e pequenas cirurgias, identificação e tratamento de lesões bucais, atendimento às urgências e encaminhamentos para os outros níveis de atenção, quando necessário.

O município conta com 211 Equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas em 102 Unidades de Saúde, conforme os dados do BI-CNES (competência dezembro/2021), aptas ao atendimento das necessidades odontológicas básicas das pessoas com deficiência. Estimula-se que o atendimento básico sempre seja realizado na US de referência, a fim de minimizar as barreiras que possam impactar negativamente na adesão dos indivíduos ao tratamento odontológico, como por exemplo, o longo deslocamento. As ESB também estão habilitadas a realizar procedimentos básicos em pacientes acamados através de consultas domiciliares. Apenas em situações em que há condições médicas que demandem assistência odontológica especializada e/ou em que não haja sucesso no manejo, os pacientes serão encaminhados para atendimento na especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais no Centro de Especialidades referência do seu distrito.

O PMS 2022-2025 prevê a ampliação dos atendimentos odontológicos por cirurgiões dentistas em 17% na Atenção Primária à Saúde e a ampliação da oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em 30% (PORTO ALEGRE, 2021).

No tópico a seguir será abordado mais detalhadamente sobre a atuação dos CEO.

### **3.3.2 O componente Atenção Especializada em Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

A reabilitação está situada no espaço de atenção dedicado ao cuidado depois de já instalado o impedimento de ordem fisiológica ou funcional, seja ele temporário, de longa permanência ou definitivo. É um espaço de alta densidade tecnológica, incluindo recursos humanos especializados, particularmente se tratando de deficiências, cujo processo de reabilitação é relativamente longo, carregado de expectativas tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Na medida em que a reabilitação constitui-se como um direito da pessoa com deficiência sendo reconhecida como um espaço efetivo de acesso à otimização de condições funcionais visando a ampliação de possibilidades para a participação e convívio social, este espaço estruturado de práticas e combinações tecnológicas tende a se distanciar da concepção de correção ou normalização para contribuir como suporte assistencial para promover saúde e o exercício pleno da cidadania da pessoa com deficiência (PEREIRA, 2009; SANTOS, 2017).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência determina que as ações de reabilitação sejam ofertadas por equipes completas, com atuação interdisciplinar e estrutura física qualificada. Os Serviços Especializados em Reabilitação são serviços com acesso regulados, de base territorial, que se caracterizam como lugar de referência no cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências. Funcionam com o suporte das Oficinas Ortopédicas e realizam a dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção (OPM – BRASIL, 2012d).

Em Porto Alegre, os Serviços Especializados em Reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde são contratualizados. Os Serviços habilitados na média complexidade são referência para os municípios que integram a região Metropolitana e aqueles habilitados em alta complexidade são referência para todo o Estado do RS. As vagas dos Serviços Especializados em Reabilitação respeitam o percentual de 55% para residentes em Porto Alegre e 45% para residentes em municípios do interior do Estado, conforme pactuação firmada pela Resolução nº 237/11 – CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

O acesso aos serviços da rede é realizado via sistema GERCON, através do complexo regulador, conforme Política Nacional de Regulação do Sistema Único de

Saúde – Portaria nº 1.559/08 (BRASIL, 2008b), responsável pela regularização do acesso, fundamentada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o componente Atenção Especializada em Reabilitação é formado por ações de reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e conta com os seguintes pontos de atenção (BRASIL, 2012d):

- A. Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
- B. Centros Especializados em Reabilitação (CER); e
- C. Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A seguir serão descritos os serviços de reabilitação preconizados pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012d) e ofertados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Porto Alegre.

### ***Serviços de Reabilitação Auditiva***

Entende-se por Serviço de Reabilitação Auditiva aquele que ofereça atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas com deficiência auditiva de forma articulada e integrada com o sistema local e regional, constituindo-se como referência para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em todas as faixas etárias. A composição da equipe de reabilitação auditiva deve possuir: Médico otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Poderão ainda ser inseridos à equipe, os seguintes profissionais: Assistente Social, Musicoterapeuta, Pedagogo e Terapeuta Ocupacional.

Os Serviços de Reabilitação Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreende avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI.

No município, os atendimentos em Reabilitação Auditiva são realizados por Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC e Hospital Santa Ana – HSA. Disponibilizam consultas de Otorrino; atendimento multidisciplinar; protetização auditiva (média complexidade); cirurgia de implante coclear (alta complexidade) e terapia fonoaudiológica. Cabe destacar que o Hospital de Clínicas é o único serviço que realiza o Implante Coclear, no RS. Os encaminhamentos devem ser realizados via Gercon com base nos protocolos disponíveis (TELESSAÚDE, 2022).

Em fevereiro de 2022, a lista de espera para 1ª consulta em reabilitação auditiva – adulto contava com 2.550 pacientes.

### ***Serviço de Reabilitação Física***

Os Serviços de Reabilitação Física são responsáveis pela avaliação física e funcional e constituem-se em espaços de práticas e combinações tecnológicas voltadas à promoção da saúde, com atendimento interdisciplinar. Funcionam com o suporte das Oficinas Ortopédicas e realizam a dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção (OPM).

A composição da equipe de Reabilitação Física deve compreender: Médico Ortopedista e Traumatologista (ou Neurologista ou Fisiatra), Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. A Oficina Ortopédica faz parte do sistema de apoio da rede de Atenção à Saúde de confecção, adaptação, personalização e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Este serviço deverá estar articulado e vinculado a um estabelecimento de saúde habilitado como Serviço Especializado em Reabilitação Física.

Porto Alegre conta com 2 (dois) serviços habilitados pelo MS para Reabilitação Física, são eles: AACD (uma modalidade de reabilitação) e CEREPAL (CER II), os quais serão detalhados nos tópicos A – Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação e B – Centros Especializados em Reabilitação (CER), na sequência.

O município dispõe ainda de 2 (dois) serviços que dão suporte às atividades de reabilitação física, cadastrados no CNES, porém não habilitados enquanto

componente da RCPcD pelo MS, são eles: IAPI e Vila dos Comerciantes. Os pacientes são regulados via sistema GERCON para as especialidades de fisioterapia e acupuntura de forma regionalizada na cidade (fisiatria e terapia ocupacional dão suporte interno ao serviço). Os profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, dos referidos serviços, são aptos para indicar e orientar pacientes, cuidadores e familiares em relação às OPMs, embora não possuam estrutura e habilitação como Oficina Ortopédica.

**Quadro 3 – Serviços de Reabilitação Física – não habilitados pelo MS**

| Estabelecimento       | Composição da Equipe  | Vagas Mensais   |
|-----------------------|---|---|
| Vila dos Comerciantes | 04 fisioterapeutas, 01 médico fisiatra, 01 médico acupunturista, 02 terapeutas ocupacionais, 01 auxiliar de enfermagem e 01 recepcionista | Fisioterapia Geral = 36 vagas/mês<br>Acupuntura = 17 vagas/mês<br><br>Osteopatia = 79 vagas/mês |
| IAPI                  | 04 fisioterapeutas 01 fisiatra  | Fisioterapia Geral = 51 vagas/mês<br><br>Acupuntura = 8 vagas/mês                               |

Fonte: URAMB/DR/SMS

Porto Alegre, recentemente, cadastrou junto ao Ministério da Saúde 2 (dois) ambulatórios de reabilitação Pós-Covid (IAPI e HCPA). O serviço próprio do IAPI conta com 1 enfermeira, 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 fonoaudióloga e 1 recepcionista. Os agendamentos de primeira consulta ocorrem via GERCON – de forma não regionalizada, recebendo pacientes encaminhados de toda cidade.

**Quadro 4 – Ambulatório pós-Covid-19**

| Estabelecimento | Composição da Equipe   | Vagas Mensais |
|-----------------|--|---------------|
| IAPI            | 1 enfermeira, 2 fisioterapeutas 1, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 fonoaudióloga e 1 recepcionista   | 32 vagas/mês  |
| HCPA            | Fisiatra, Pneumologista, Cardiologista, Neurologista, Psiquiatra, Médico do Trabalho, Psicólogo, Enfermeiro, Nutricionista, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo | 50 vagas/mês  |

Fonte: URAMB/DR/SMS.

Ainda com relação à Reabilitação Física importa citar que os profissionais de Fonoaudiologia que atuam nos Ambulatórios de Especialidades Santa Marta e IAPI atendem disfagias, voz, linguagem, reabilitação de linguagem/auditiva (adulto) e realizam avaliação auditiva para o público adulto e infantil (no AE Santa Marta).

Também prestam apoio no Ambulatório Pós-Covid (AE IAPI). No HMIPV atendem crianças com distúrbios de alimentação e deglutição (deglutograma para todas as idades e reabilitação da deglutição para a pediatria).

**Quadro 5 – Reabilitação Física – Fonoaudiologia**

| <b>Estabelecimento</b>          | <b>Reabilitação</b>  | <b>Vagas Semanais</b>                        |
|---------------------------------|--|--|
| IAPI                            | Atende disfagias e linguagem. Também prestam apoio no Ambulatório Pós-Covid. | 6 vagas semanais - para primeiro atendimento |
| Santa Marta                     | Linguagem, motricidade oral e distúrbios da deglutição                       | 6 vagas semanais - para primeiro atendimento |
| HMIPV – Ambulatório de Disfagia | Disfagia – crianças  | 1 por semana                                 |

Fonte: URAMB/DR/SMS

Embora os dados revelem que a oferta de primeiras consultas/mês (99/mês em fevereiro/2022) é suficiente para novas solicitações em Reabilitação Física, a realidade é diversa considerando relatos de usuários e profissionais de saúde que tanto a AACD quanto o CEREPAL realizam uma primeira consulta para avaliação do quadro clínico e, a partir de então, este usuário passa a integrar uma lista de espera “interna”, evidenciando a necessidade de ampliação, monitoramento e qualificação desta oferta.

### ***Serviço de Reabilitação Visual***

De acordo com a Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008c), entende-se por Serviço de Reabilitação Visual aquele que realiza diagnóstico, terapêutica especializada e acompanhamento com equipe multiprofissional, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência visual e que ofereça as ações: avaliação oftalmológica (incluindo a da baixa visão), avaliação multiprofissional do desenvolvimento global do paciente e desenvolvimento funcional da visão, atendimento multiprofissional para a habilitação/reabilitação visual, orientação e mobilidade para independência na locomoção e exploração de meio ambiente, utilizando percepções tátil, cinestésica, auditiva, olfativa e visual, entre outras.

A composição da equipe de reabilitação visual deve contar com: Médico oftalmologista, Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, Psicólogo. Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais: Ortoptista, Protético Ocular, Tecnólogo oftálmico, Pedagogo, Assistente Social, Musicoterapeuta e Fonoaudiólogo. O profissional de nível superior que atuará em orientação e

mobilidade deve possuir Certificado de Curso de Capacitação em Orientação e Mobilidade.

Em Porto Alegre, o único serviço de reabilitação visual habilitado junto ao Ministério da Saúde é o Hospital Banco de Olhos, que oferece 13 vagas/mês (RIO GRANDE DO SUL, 2020c).

Embora os indicadores de fila de espera do Gercon no mês de fevereiro de 2022 não apresentassem usuários aguardando pela especialidade de reabilitação visual, considera-se que 13 vagas/mês são insuficientes quando comparadas aos números de pacientes em fila da oftalmologia/triagem visual e oftalmologia geral adulto com 9.316 e 9.849, respectivamente e por se tratar a deficiência visual aquela que mais acomete a população porto-alegrense.

### ***Serviço de Reabilitação Intelectual***

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

A composição da equipe de reabilitação intelectual deve ser constituída por: Médico neurologista ou psiquiatra, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Poderão ainda ser inseridos à equipe em caráter opcional, os seguintes profissionais: Pedagogo, Assistente Social, Musicoterapeuta, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Nutricionista.

No município, a reabilitação intelectual é regulada para atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação, habilitados pelo Ministério da Saúde como CER II. No tópico B - CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER), a seguir, serão detalhadas as vagas.

É de fundamental importância a estimulação precoce e o atendimento no tempo oportuno no contexto da deficiência intelectual de crianças visando estimular e auxiliar no desenvolvimento motor e cognitivo de lactentes e crianças de zero a três anos. O acompanhamento e tratamento multiprofissional para recém-nascidos de risco ou com alguma deficiência envolvendo terapias como fisioterapia, terapia ocupacional e

fonoaudiologia são essenciais para prevenir ou intervir precocemente em agravos de saúde que venham interferir no desenvolvimento neuropsicomotor, prematuridade, paralisia cerebral, doenças congênitas, entre outras (XAVIER, [2022]). No município, a fila de espera na especialidade de reabilitação intelectual, em fevereiro de 2022, contava com 1.446 pacientes.

Atualmente, em Porto Alegre, a regulação para a reabilitação intelectual segue o instrutivo ministerial que orienta a faixa etária de 0 a 100 anos com os critérios de priorização a serem definidos pelo profissional regulador. Nesse contexto, é necessário discutir junto à RAPS uma matriz de agravos para reabilitação intelectual que garanta a inclusão tanto de crianças quanto de adultos na especialidade haja visto que a lista de espera para esta modalidade não apresenta a diferenciação das faixas etárias (adulto e pediátrica). Assim como, qualificar e diferenciar as listas de espera junto ao GERCON (ex. Reabilitação Intelectual – Adulto e Reabilitação Intelectual – Pediátrica).

A matriz de agravos existente se encontra disponível no link: <https://drive.google.com/file/d/13CK7puHoyFCKGkNTU1FGk3I5vqY2zKt0/view> (Crianças e adolescentes) e no link: [https://drive.google.com/file/d/1PqviCx068PNbAmY9Ay3D7UtpmlyO\\_CAJ/view](https://drive.google.com/file/d/1PqviCx068PNbAmY9Ay3D7UtpmlyO_CAJ/view) (Adultos).

### ***Serviço de atenção às pessoas ostomizadas – estomias***

A partir do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004), as pessoas com estomia foram identificadas como "deficientes físicos" no Brasil, considerando sua limitação e/ou incapacidade para o desempenho de atividades, passando assim, a ter toda a proteção social conferida a uma Pessoa com Deficiência no ordenamento jurídico, nas esferas federal, estadual e municipal.

Estoma ou ostoma é uma palavra de origem grega que significa "abertura", "boca" ou "orifício". Os termos mais utilizados pelos especialistas são estoma ou estomia. Isso porque a Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST fez uma consulta à Academia Brasileira de Letras e verificou que o termo ostoma ou ostomia não existia na língua portuguesa (SOBEST, 2022).

O que caracteriza os ostomizados como pessoas com deficiência é a falta de controle esfinteriano, intestinal ou urinário. Quando não há possibilidade de reverter a ostomia ele é considerado uma Pessoa com Deficiência (PcD).

A Portaria SAS/MS nº 400 de 16 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b) estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS. São objetivos dos serviços de assistência às pessoas com estoma: reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de reabilitação física.

A referida Portaria determina que o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas terá suas classificações incorporadas ao serviço de 135 – Serviço de Reabilitação, classificações 012 – Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I e 013 – Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II. Preconiza que o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas Tipo I seja formado por uma equipe mínima composta por: 01 Médico Clínico; 01 Enfermeiro; e 01 Assistente Social e o Serviço de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas Tipo II seja formado por equipe mínima composta por: 01 Médico Clínico, 01 Enfermeiro, 01 Assistente Social, 01 Nutricionista e 01 Psicólogo.

Em Porto Alegre, os três Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas são do Tipo II, realizando ações de orientação para o autocuidado, prevenção e tratamento de complicações nas estomias, fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança e a capacitação de profissionais da atenção primária.

O cuidado à pessoa estomizada em Porto Alegre se dá desde o cadastro para a concessão do material no Sistema GUD, consulta com a enfermeira estomaterapeuta, visando principalmente o autocuidado, até a cirurgia de reversão, via GERCON, conforme indicação.

**Tabela 8 – Distribuição dos usuários estomizados cadastrados no Sistema GUD, por Ambulatório de Especialidades e Distrito Sanitário**

| DISTRITO    | AMBULATÓRIO        | QUANTITATIVO |
|-------------|--------------------|--------------|
| CENTRO      |                    | 327          |
| RESTINGA    | <b>SANTA MARTA</b> | 83           |
| EXTREMO SUL |                    | 47           |
|             |                    | <b>675</b>   |

|                      |                               |             |            |
|----------------------|-------------------------------|-------------|------------|
| LOMBA DO PINHEIRO    |                               | 74          |            |
| PARTENON             |                               | 144         |            |
| GLÓRIA               |                               | 49          |            |
| CRUZEIRO             | <b>VILA DOS<br/>COMÉRCIOS</b> | 63          | <b>378</b> |
| CRISTAL              |                               | 42          |            |
| SUL                  |                               | 88          |            |
| CENTRO SUL           |                               | 136         |            |
| HUMAITÁ-NAVEGANTES   |                               | 63          |            |
| ILHA DOS MARINHEIROS |                               | 5           |            |
| NOROESTE             |                               | 183         |            |
| LESTE                | <b>IAPI</b>                   | 150         | <b>659</b> |
| NORDESTE             |                               | 25          |            |
| NORTE                |                               | 86          |            |
| EIXO BALTAZAR        |                               | 147         |            |
|                      |                               | <b>1712</b> |            |

FONTE: GUD/PROCERGS.

O enfermeiro envolvido na assistência à pessoa estomizada tem atuação fundamental na seleção adequada dos insumos, como tipo de bolsa coletora ou de barreira protetora e produtos acessórios a serem utilizados. Em Porto Alegre, todos os enfermeiros que atendem nos Serviço Especializados possuem especialização em Estomaterapia. Também fazem parte da Câmara Técnica de Atenção à Pessoa Estomizada, instituída pela SES/RS, através da Portaria nº 543 de 2006, que tem como objetivo avaliar a qualidade do material concedido, bem como o uso racional dos mesmos. A Câmara Técnica é composta por representantes de entidades relacionadas às pessoas estomizadas, enfermeiros estomaterapeutas, técnicos da SES e demais órgãos envolvidos nesta temática (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Conforme o Termo de Ajustamento e Conduta (TAC), firmado em 2003 entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Ministério Público e a Associação Gaúcha de Ostomizados, ficou acordado que o Estado fornece os equipamentos e adjuvantes aos estomizados, enquanto os municípios são responsáveis pela dispensação dos equipamentos e pelos cuidados de enfermagem aos pacientes com estomias. A partir de 2008, o Estado passou a fornecer pelo SUS todos os materiais necessários para os cuidados com o estoma.

O usuário ou responsável deve solicitar o encaminhamento ao Serviço Especializado através da US que fará a solicitação através do GERCON. Quando o usuário sai do hospital sem os materiais pode procurar diretamente o serviço que fará uma consulta provisória no GERCON até o agendamento pela US. Para o cadastro

no GUD são solicitados os seguintes documentos: Cópia Carteira de Identidade, Cópia Cartão SUS, Cópia do Comprovante de Residência e Nota de Alta Hospitalar.

O público-alvo do serviço são: portadores de estomias, fístulas e incontinências urinárias e anais. Atividades desenvolvidas pelos serviços de estomias:

- Cadastramento de usuários;
- Dispensação de materiais para estomias e incontinências;
- Consultas de enfermagem, avaliação e tratamento de estomas, pele e fístulas;
- Grupo de auto ajuda;
- Atividades educativas e de orientação para a saúde com o usuário e familiares;
- Oferece campo para visita e desenvolvimento de estágios; e
- Capacitação de profissionais da APS.

Existem em Porto Alegre, três Serviços Especializados para o atendimento do estomizado, sendo eles: Ambulatório de Especialidades Santa Marta, Ambulatório de Especialidades IAPI e Ambulatório de Especialidades Vila dos Comerciantes. Cada Ambulatório é responsável por uma região da cidade, conforme tabela abaixo:

**Tabela 9 – Serviços de referência para atendimento estomias**

| <b>Referência dos Serviços por Bairro</b> |                    |                              |
|---|--------------------|------------------------------|
| <b>IAPI</b>                               | <b>SANTA MARTA</b> | <b>VILA DOS COMERCIÁRIOS</b> |
| Anchieta                                  | Agronomia          | Belém Velho                  |
| Boa Vista                                 | Aparício Borges    | Camaquã                      |
| Bom Jesus                                 | Auxiliadora        | Campo Novo                   |
| Chácara das Pedras                        | Azenha             | Cascata                      |
| Cristo Redentor                           | Bela Vista         | Cavahada                     |
| Farrapos                                  | Belém Novo         | Cristal                      |
| Higienópolis                              | Bom Fim            | Espírito Santo               |
| Humaitá                                   | Centro             | Glória                       |
| Ilha da Pintada                           | Chapéu do Sol      | Guarujá                      |
| Ilha das Flores                           | Cidade Baixa       | Hípica                       |
| Ilha do Pavão                             | Farroupilha        | Ipanema                      |
| Ilha dos Marinheiros                      | Floresta           | Medianeira                   |
| Jardim do Salso                           | Independência      | Nonoai                       |
| Jardim Itu                                | Jardim Botânico    | Pedra Redonda                |
| Jardim Lindóia                            | Lajeado            | Santa Tereza                 |
| Jardim Sabará                             | Lami               | Serraria                     |
| Jardim São Pedro                          | Lomba do Pinheiro  | Teresópolis                  |
| Morro Santana                             | Menino Deus        | Tristeza                     |
| Navegantes                                | Moinhos de Vento   | Vila Assunção                |
| Passo D'Areia                             | Mont Serrat        | Vila Conceição               |

|                   |                |           |
|-------------------|----------------|-----------|
| Passo das Pedras  | Partenon       | Vila Nova |
| Rubem Berta       | Petrópolis     |           |
| Sta Maria Goretti | Ponta Grossa   |           |
| São Geraldo       | Praia de Belas |           |
| São João          | Restinga       |           |
| São Sebastião     | Rio Branco     |           |
| Sarandi           | Santa Cecília  |           |
| Três Figueiras    | Santana        |           |
| Vila Floresta     |                |           |
| Vila Ipiranga     |                |           |
| Vila Jardim       |                |           |

Fonte: CAE/DAPS.

De acordo com o documento “Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual” (BRASIL, 2020), os serviços que prestarem atendimento às Pessoas Ostimizadas deverão ter sanitários (feminino e masculino) adaptados. Esta adaptação subentende ter, no mínimo, uma bancada que sirva de apoio para colocar objetos de higiene pessoal, ducha higiênica e espelho que possibilite à Pessoa Ostimizada realizar higiene pessoal com segurança.

#### **A – Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação**

Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas que prestam atendimento a apenas uma modalidade de Reabilitação: auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências.

Os serviços habilitados em apenas uma modalidade de reabilitação contam com equipes especializadas, que devem oferecer assistência na lógica da interdisciplinaridade, na melhora da funcionalidade e promoção da inclusão social das pessoas com deficiência. São responsáveis por diagnósticos, avaliações especializadas, habilitação e reabilitação e realizam a dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção (OPM), com o suporte das Oficinas Ortopédicas.

No município, quatro Serviços de Reabilitação estão habilitados como modalidade única pelo Ministério da Saúde, quais sejam: Serviços de Reabilitação Auditiva, Visual e Física, localizados nos seguintes estabelecimentos.

**Quadro 6 – Serviços Especializados em uma modalidade de Reabilitação**

| <b>Estabelecimento</b> | <b>Modalidade</b>     | <b>Vagas/mês</b>                   |
|------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Hospital de Clínicas   | Reabilitação Auditiva | <b>Adulto = 10 Pediátrica = 05</b> |

|   |                       |                                    |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| Hospital N. Sr <sup>a</sup> . Conceição | Reabilitação Auditiva | <b>Adulto = 02 Pediátrica = 08</b> |
| Hospital Banco de Olhos                 | Reabilitação Visual   | <b>13</b>                          |
| AACD                                    | Reabilitação Física   | <b>80</b>                          |

Fonte: URAMB/DR/SMS.

Os Serviços de Reabilitação na modalidade única poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (BRASIL, 2017c).

## **B – Centros Especializados em Reabilitação (CER)**

Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (BRASIL, 2017c), os Centros Especializados em Reabilitação – CER são pontos de atenção ambulatorial especializados em Reabilitação, com no mínimo dois Serviços de Reabilitação, que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território e Região e serão organizados conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber:

- CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Os CERs são habilitados para atender duas ou mais modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual), rompendo com a lógica da reabilitação por modalidade de deficiência fechada sobre si mesma. Para cada tipo de CER é definida uma equipe interdisciplinar obrigatória, que varia conforme o tipo e as modalidades de deficiência atendidas pelo serviço. Os Centros de Reabilitação são necessários como pontos de atenção para ações específicas no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, mas, também, são concebidos como espaços de articulação com os outros pontos de atenção do SUS.

O município possui dois Centros Especializados em Reabilitação (CER) habilitados pelo Ministério da Saúde, a saber: CEREPAL (CER II) – habilitado nas modalidades de Reabilitação Física e Reabilitação Intelectual e AESC – Hospital

Santa Ana (CER II) – habilitado nas modalidades de Reabilitação Auditiva e Reabilitação Intelectual, conforme abaixo.

**Quadro 7 – Centros Especializados em Reabilitação – CER II**

| <b>Estabelecimento</b>    | <b>Tipo</b> | <b>Modalidades</b>                                | <b>Oferta/mês</b>             |
|---------------------------|-------------|---|-------------------------------|
| CEREPAL                   | CER II      | Reabilitação Física<br>Reabilitação Intelectual   | 100 vagas/mês<br>20 vagas/mês |
| AESC - Hospital Santa Ana | CER II      | Reabilitação Auditiva<br>Reabilitação Intelectual | 108 vagas/mês<br>10 vagas/mês |

Fonte: URAMB/DR/SMS.

A partir do diagnóstico das listas de espera para as diferentes modalidades de reabilitação seria importante considerar a constituição de, no mínimo, 1 (um) novo CER II no município. A definição dos tipos de reabilitação a serem habilitadas, bem como o local deverão seguir critérios técnicos definidos pela gestão da SMS.

O CER poderá contar com Transporte Sanitário, por meio de veículos adaptados, com o objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Saúde. Serão usuários do transporte sanitário, pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (CONASS, 2012a).

## **A OFICINA ORTOPÉDICA**

A Oficina Ortopédica faz parte do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e constitui-se num serviço de confecção, adaptação, personalização e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Este serviço deverá estar articulado e vinculado a um estabelecimento de saúde habilitado no serviço de Reabilitação Física, podendo ser fixas ou itinerantes e visa ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva (CONASS, 2012a).

Ressalta-se que a escolha da Órtese, Prótese ou Meio Auxiliar de Locomoção (OPM), deve se pautar nas necessidades individuais do usuário e em um processo sistemático de avaliação e acompanhamento, provido por uma equipe multiprofissional especializada. A prescrição da OPM, a necessidade e a indicação do tipo mais adequado ao usuário devem considerar diversos aspectos individuais para que a OPM ofereça maior independência e funcionalidade ao usuário, observando-se

os critérios éticos preconizados para o atendimento de pacientes em consonância com a política de humanização do SUS (BRASIL, 2019b).

As oficinas ortopédicas têm como competência:

- Toda órtese, prótese e meio auxiliar de locomoção devem ser concedidos, confeccionados e adaptados a partir de prescrição de profissional de saúde devidamente habilitado para este fim (Médico, Fisioterapeuta e/ou Terapeuta ocupacional) e devem ser indicadas buscando favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Realizar reparos nas próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção;
- e,
- Orientar pacientes, cuidadores e familiares quanto aos cuidados de manutenção com a OPM.

Em Porto Alegre, as Oficinas Ortopédicas estão vinculadas a prestadores de serviços contratualizados habilitados como estabelecimentos de saúde em uma modalidade – Reabilitação Física (AACD) e ao CER II (CEREPAL). Os pacientes que necessitam de OPMs são regulados via Gercon para a especialidade de reabilitação física e, uma vez vinculados aos respectivos serviços, serão avaliados em relação às suas demandas. Não existem filas diferentes entre concessão de OPM e consultas para Reabilitação Física. Quanto à dispensação de OPMs, nem todos os itens que compõem a Tabela de Órteses e Próteses do SUS são fornecidos aos usuários, havendo a necessidade de cumprimento e avaliação periódicos das normas contratuais com os prestadores de serviço.

### **C – Centro de Especialidades Odontológicas – CEO**

Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006 (BRASIL, 2006). De acordo com a Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012 (BRASIL, 2012f) os CEOs, independentemente do tipo, poderão ser incorporados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) com o objetivo de garantir a referência e contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica no atendimento a pessoas com

deficiência. Contudo, para o recebimento do valor adicional do incentivo de custeio mensal vinculado ao RCPcD, os CEO devem atender os seguintes requisitos para adesão ao programa:

- Disponibilizar, no mínimo, 40 horas semanais para atendimento exclusivo à pessoa com deficiência;
- Atuar como referência municipal para o atendimento odontológico a pessoas com deficiência, com área de abrangência prevista dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência;
- Além do atendimento clínico, os profissionais do CEO responsáveis pelo atendimento a pessoas com deficiência deverão atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica de sua área de abrangência;
- Manter a produção mensal mínima exigida no Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d);
- Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência;
- Prover o(s) CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

O Conselho Federal de Odontologia declara que pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida têm direito à prioridade de agendamento e atendimento nas clínicas e nos consultórios odontológicos, tanto no âmbito privado como no público. O atendimento preferencial e obrigatório constitui-se na atenção imediata, em todos os níveis de serviço de saúde, resguardando-se as situações de urgências e emergências dos demais usuários. No caso de existir mais de um paciente com deficiência, em uma mesma fase de tratamento, o profissional deverá priorizar a marcação e a realização de consulta daquele cuja gravidade seja maior (CFO, 2015).

Adicionalmente, a dificuldade em encontrar profissionais capacitados para o atendimento das pessoas com deficiência mostra-se como importante barreira para o

atendimento e manejo clínico, em especial para o paciente surdo (SILVA; SILVA; LEITE et al., 2021).

Em Porto Alegre, existem 6 CEOs (IAPI, SANTA MARTA, BOM JESUS, VILA DOS COMERCIÁRIOS, UFRGS e GHC) e cada um destes conta com, pelo menos, um profissional que atende as pessoas com deficiência encaminhadas via GERCON, pela APS, conforme situações descritas detalhadamente no Protocolo de Saúde Bucal de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2014). Além da Especialidade de PNE, todos os usuários que não tiverem suas necessidades em saúde bucal sanadas na APS, poderão ser encaminhados aos CEO, para atendimento nas especialidades de Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Estomatologia, Odontopediatria, PNE\* e prótese dentária. No entanto, nenhum dos CEOs atualmente está habilitado enquanto componente da RCPcD, por não atenderem aos critérios da Portaria nº 1.341/2012 (BRASIL, 2012f).

Segundo o PMS 2022-2025 (PORTO ALEGRE, 2021), dados extraídos no dia 11/06/2021, havia 145 pacientes em fila de espera para a especialidade PNE, tempo de espera para alta prioridade de 5 dias e tempo médio de espera geral de 49 dias. A fim de mudar este quadro, estratégias vêm sendo tomadas pela gestão municipal como requalificação das filas de espera, ampliação de serviços e profissionais, além da expectativa da retomada dos atendimentos odontológicos no CEO UFRGS que aumentará a oferta de serviços oferecidos. Espera-se também que a capacidade de atendimento dos serviços de média complexidade seja retomado a pleno, tendo em vista que no ano de 2021 estes foram expressivamente impactados em virtude das normas de biossegurança e instruções normativas municipais para atendimento odontológico frente à pandemia de coronavírus. Complementarmente, pretende-se aumentar a oferta de primeiras consultas em 250%, até o ano de 2025, na através do incremento de 68 horas semanais de atendimentos na especialidade de PNE e Odontopediatria, incluindo o atendimento à população PCD de todas as faixas etárias. Em números absolutos, significa um aumento de 80 primeiras consultas/mês (PMS 2022-2025).

Considerando todas as consultas com situação confirmada, agendada, autorizada, realizada e solicitada na especialidade PNE no sistema GERCON de 2017 até junho/2021, 22% (294) destas foram requisitadas para pacientes de 0 a 17 anos, 68% (895) para pacientes de 18 a 59 anos e 10% (125) para pacientes com 60 anos

ou mais, totalizando 1314 pedidos e uma média de 263 consultas ao ano. O quantitativo de encaminhamentos à especialidade de PNE, assim como os principais agravos relacionados a estes encaminhamentos, por faixa etária, estão apresentados na Tabela 10.

**Tabela 10 – Quantitativo de encaminhamentos à especialidade de PNE e principais agravos, por faixa etária**

| <b>Faixa etária</b>    | <b>Número encaminhamentos (%)*</b> | <b>Principais Agravos (n/%)**</b>  |
|------------------------|------------------------------------|--|
| <b>0 - 17 anos</b>     | 294 (22%)                          | Cárie Dentária (108 / 37%), Doenças Pulpares (34 / 12%), Doenças da gengiva e periodonto (18 / 6%) |
| <b>18 - 59 anos</b>    | 895 (68%)                          | Cárie Dentária (184 / 21%), Doenças Pulpares (65 / 7%), Doenças da gengiva e periodonto (76 / 8%)  |
| <b>60 anos ou mais</b> | 125 (10%)                          | Cárie Dentária (46 / 37%), Doenças Pulpares (18 / 14%), Doenças da gengiva e periodonto (76 / 8%)  |
| <b>Total</b>           | 1314 (100%)                        | - - -  |

Fonte: CSB/DAPS/SMS

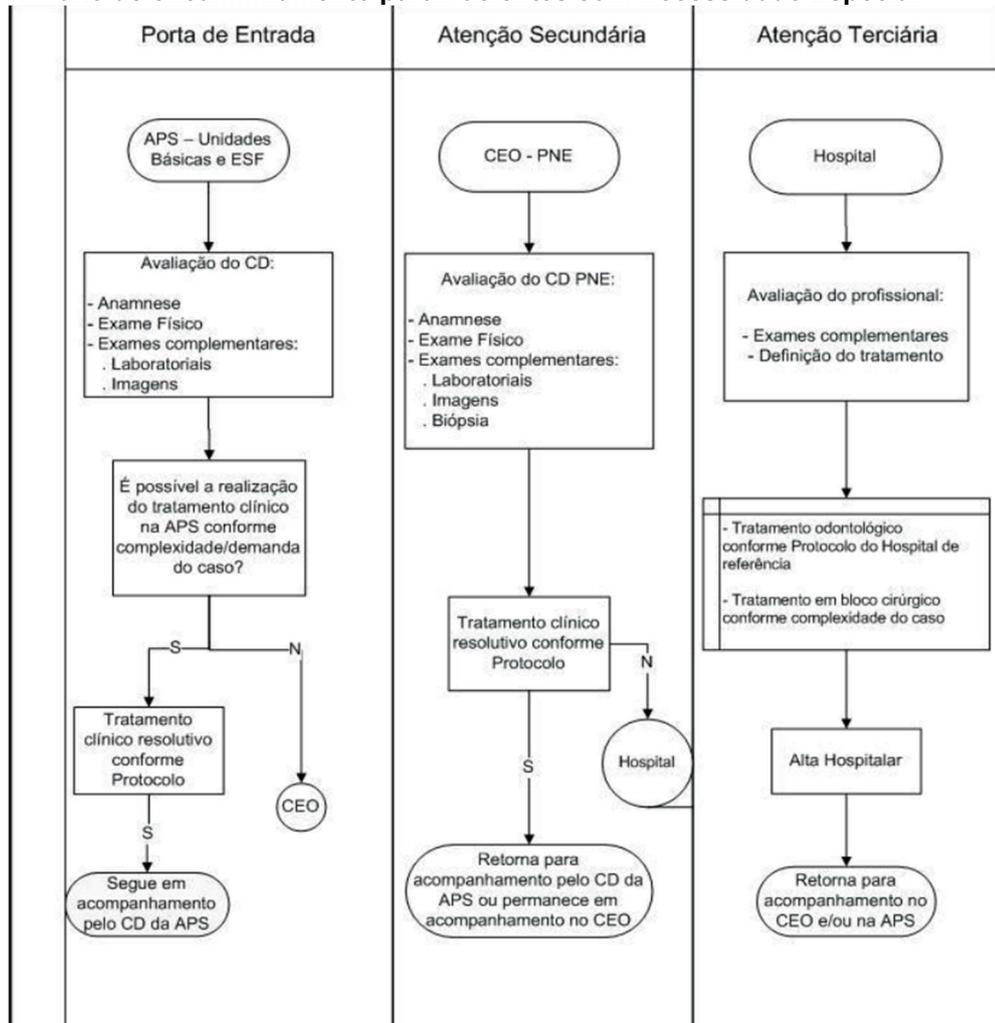
\*com situação confirmada, agendada, autorizada, realizada e solicitada no sistema GERCON desde 2017; \*\* CID principal informado no GERCON, número absoluto e porcentagem dos encaminhamentos.

Em relação aos usuários que necessitam de um manejo odontológico diferenciado com condições de equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida, anestesia geral, preparo prévio com hemoderivados, monitoramento das funções vitais durante os procedimentos, estes devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, como, por exemplo, na atenção terciária em ambiente hospitalar. Da mesma forma, nos casos de insucesso no manejo da PcD no CEO, estas poderão ser encaminhadas para atendimento em bloco sob anestesia geral. As referências para atendimentos terciários são o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e o Hospital Conceição do Grupo Hospitalar Conceição.

Já os serviços de atendimento odontológico de urgência compõem o leque de serviços da SMS e estão localizados no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (casos de dor aguda, hemorragias e processos inflamatórios e/ou infecciosos), Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar e Hospital Nossa Senhora da Conceição (casos de urgência odontológica). Em relação aos casos de trauma dentário e politraumatismos os locais de atendimento são no Hospital de Pronto Socorro e na emergência do Hospital Cristo Redentor (PORTO ALEGRE, 2021). Esses atendimentos são oferecidos para todos os usuários como suporte para a rede de atenção nos casos de infecções odontogênicas graves. Entretanto, estes serviços não possuem equipe qualificada ao atendimento à PcD, o que resulta em condutas pouco resolutivas.

O fluxo de encaminhamento de PNE (em que se incluem às pessoas com deficiência) na rede de saúde bucal, entre os diferentes níveis de atenção, está apresentado, de forma resumida, abaixo:

**Figura 4 – Fluxo de encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial**



Fonte: CSB/DAPS/SMS.

Portanto, o desafio de qualificar o atendimento às Pessoas com Deficiência passa por incorporar, através de habilitação ministerial, Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPcD) de acordo com os critérios previstos na Portaria GM/MS 1.341, de 13 de junho de 2012 (BRASIL, 2012f).

### **3.3.3. O Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência**

Segundo a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012d) e considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação, a Atenção Hospitalar e a Rede de Urgência e Emergência devem responsabilizar-se pelas questões do acolhimento, da classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência que envolvam as pessoas com deficiência. Deve instituir equipes de referência em reabilitação em ambientes hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência, além de ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde à pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar. Também assume o compromisso de ampliar e qualificar o acesso às urgências e emergências odontológicas, adequando centros cirúrgicos e equipes para o atendimento sob sedação ou anestesia geral (CONASS, 2012a).

A Rede de Urgência e Emergência – RUE se articula com todas as linhas de cuidados dos pacientes e assume o protagonismo na fase aguda da doença, baseada nas diretrizes e nos princípios do SUS (integralidade, equidade, universalidade, descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação e controle social). A RUE está presente: no transporte do paciente através do SAMU 192; na Regulação que é compreendida como facilitadora de acesso e garantidora de equidade (determina o melhor lugar para cada paciente); nos equipamentos de saúde que acolhem e assistem esse paciente no momento agudo da doença (PAs, UPAs, PS); e no acompanhamento da recuperação desses pacientes através do Programa Melhor em Casa.

A Atenção Hospitalar do município dedica-se também à implementação da Portaria nº 3.390/2013 (BRASIL, 2013b), Política Nacional de Atenção Hospitalar, Portaria nº 3.410/2013 (BRASIL, 2013c), Diretrizes de Contratualização e Portaria nº 142/2014 (BRASIL, 2014f). Os hospitais de Porto Alegre são referência da rede de atenção a urgências para a 1ª e 18ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Na média e alta complexidade, os hospitais são referência estadual para: estudo eletrofisiológico e/ou ablação; marca passo; eletroconvulsoterapia; endovascular; queimados; malformações/cardiopatias congênitas; cirurgias cardiovasculares pediátricas; emergências oftalmológicas; fibrobroncoscopia pediátrica e neonatal; biópsia estereotáxica; mola hidatiforme; genética; colocação de Permcath; retinopatia da

prematuridade; hematologia (leucemia) pediátrica e alguns em casos adultos; e procedimentos complexos hepáticos.

O Município possui hospitais próprios de gestão direta, de gestão por parceiros, filantrópicos contratualizados, hospitais de gestão estadual, federal e hospitais privados. Os hospitais próprios municipais são: Hospital de Pronto Socorro e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. A rede hospitalar de Porto Alegre conta com quatro hospitais de grande porte, dois de gestão federal e dois filantrópicos, a saber: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCOMPA) e o Hospital São Lucas da PUC. O acesso à Atenção Hospitalar em Porto Alegre ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: Central de Marcação de Consultas e Exames, SAMU, Central de Regulação de Internações Hospitalares) ou através da emergência.

**Quadro 8 – Hospitais de Porto Alegre por localização de Distrito Sanitário**

| Hospital                                    |                                     | Localização por Distrito Sanitário |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCOMPA)    | Hospital da Criança Santo Antônio   | Centro                             |
|   | Hospital Dom Vicente Scherer        | Centro                             |
|   | Hospital Pavilhão Pereira Filho     | Centro                             |
|   | Hospital Santa Clara                | Centro                             |
|   | Hospital São Francisco              | Centro                             |
|   | Hospital Pavilhão São José          | Centro                             |
|   | Hospital Santa Rita                 | Centro                             |
| Grupo Hospitalar Conceição (GHC)            | Hospitais da Criança Conceição      | NHNI                               |
|   | Hospital Cristo Redentor            | NHNI                               |
|   | Hospital Fêmeina                    | Centro                             |
|   | Hospital Nossa Senhora da Conceição | NHNI                               |
| Hospital de Clínicas de Porto Alegre        |                                     | Centro                             |
| Hospital Divina Providência                 |                                     | GCC                                |
| Hospital Independência                      |                                     | Leno                               |
| Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre     |                                     | NHNI                               |
| Hospital Beneficência Portuguesa            |                                     | Centro                             |
| Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre |                                     | SCS                                |
| Hospital de Pronto Socorro                  |                                     | Centro                             |
| Hospital Materno Infantil Presidente Vargas |                                     | Centro                             |
| Hospital Ernesto Dornelles                  |                                     | Centro                             |
| Hospital Espírita de Porto Alegre           |                                     | SCS                                |
| Hospital Geral do Exército                  |                                     | NHNI                               |
| Hospital Mãe de Deus                        |                                     | Centro                             |
| Hospital Moinhos de Vento                   |                                     | Centro                             |
| Hospital Porto Alegre                       |                                     | Centro                             |
| Hospital Psiquiátrico São Pedro             |                                     | PLP                                |
| Hospital Sanatório Partenon                 |                                     | PLP                                |
| Hospital São Lucas da PUCRS                 |                                     | PLP                                |
| Hospital Vila Nova                          |                                     | SCS                                |
| Instituto de Cardiologia                    |                                     | Centro                             |
| Hospital Restinga Extremo Sul               |                                     | RES                                |
| Hospital Santa Ana                          |                                     | SCS                                |

Fonte: DAHU/SMS.

A Portaria MS/GM nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012g) estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as diretrizes para a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP), destacamos a seguintes:

- Prestação individualizada e humanizada do cuidado ao paciente hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o restabelecimento das funções, atividades e a recuperação de sequelas;
- Equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; e
- Garantia de cuidado por equipe multidisciplinar.

As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com a seguinte composição: médico, enfermeiro; técnico de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo. As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e os Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) deverão ter acessibilidade e contar com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado para Equipe Multiprofissional de Reabilitação, tendo como objetivo o atendimento aos usuários com vistas à intervenção de reabilitação precoce e aceleração do processo de desospitalização (CONASS, 2012b).

O município, atualmente, conta com 56 leitos de cuidados prolongados localizados no Hospital Santa Ana com a perspectiva de ampliar para 100 conforme limite máximo previsto no Plano de Ação Regional (PAR) – CIB 056/2020 (RIO GRANDE DO SUL, 2020d) e Portaria nº 2.809/2012 (BRASIL, 2012g).

Ainda são ações de competência da Atenção Hospitalar nos cuidados à Pessoa com Deficiência relacionados à saúde da pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, tais como:

- Garantir o preenchimento do laudo médico, na alta hospitalar (ou antes dela), para que o paciente tenha acesso direto ao Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea;

- Encaminhar o paciente com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea aos serviços de referência no município, conforme domicílio, para dar seguimento ao tratamento terapêutico;
- Orientar o paciente/familiar ou cuidador quanto a existência do serviço de atenção à saúde da pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fístula cutânea, e que o mesmo procure a Unidade de Saúde a qual está vinculado;
- Garantir o retorno para consulta médica, no caso de laudo de ostomia temporária, no pós-alta hospitalar.
- Orientação sobre a utilização de equipamentos/estomias/sondas nasais;
- Orientações aos pacientes com lesão por pressão que a pessoa tenha adquirido no período de internação nessas instituições;
- Orientações acerca da continuidade do tratamento de reabilitação a curto, médio ou longo prazos, a ser executado por equipes que compõem as redes de cuidados, em outros pontos da RAS.

Um dos pontos críticos referentes à alta hospitalar é a não existência de fluxo para a retirada da gastrostomia temporária, uma vez que a Atenção Básica não faz este procedimento e que os pacientes não conseguem retornar aos hospitais de origem para realizar a retirada.

Em relação ao previsto na Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 (BRASIL, 2012c), sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), o município dispõe de 50 leitos em 5 hospitais, conforme quadro abaixo.

**Quadro 9 – Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

| Hospital | CNES    | Tipo   | Portaria                                    | Nº leitos habilitados         |
|----------|---------|--|---|-------------------------------|
| HCPA     | 2237601 | Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC | Portaria nº 1.149, de 18 de outubro de 2012 | 10                            |
| ISCOMPA  | 2237253 | Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC | Portaria nº 1482, de 28 de dezembro de 2012 | 10 (05 agudos e 05 integrais) |
| HNSC     | 2237571 | Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC | Portaria nº 1482, de 28 de dezembro de 2012 | 10 (05 agudos e 05 integrais) |
| HCR      | 2265060 | Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC | Portaria nº 1482, de 28 de dezembro de 2012 | 10 (05 agudos e 05 integrais) |
| PUC RS   | 2262568 | Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC | Portaria nº 1482, de 28 de dezembro de 2012 | 10 (05 agudos e 05 integrais) |

Fonte: DC/SMS.

## ***Atenção Domiciliar***

A Atenção Domiciliar não é referida de forma explícita como um componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012d), visto que essa modalidade de serviço complementar ou substitutiva se enquadra como um componente de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011d). A atenção domiciliar se caracteriza por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. A Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b), considera as seguintes modalidades:

- I. Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;
- II. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e
- III. Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

A Atenção Domiciliar evita hospitalizações desnecessárias e diminui os riscos de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como contribui para diminuir a superlotação de serviços de urgência e emergência. É realizada por equipes multidisciplinares e de diferentes modalidades: equipes de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência AD1, Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa, nas modalidades AD2 e AD3, com equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e equipes de Apoio (EMAP).

### ***Equipes de Saúde da Família/Atenção Básica (AD1)***

Pacientes que possuem condições de doença controlados/compensados, e/ou com dificuldades ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e necessidade de recursos de saúde. As visitas domiciliares (VDs) devem ser garantidas na estrutura de atendimento da APS. As VDs de urgência também são de responsabilidade da unidade de saúde de referência.

### ***Programa Melhor em Casa (AD2 e AD3)***

Serviços de Atenção Domiciliar se destinam a usuários, em modalidade AD2, que possuem condições de doença e dificuldades ou impossibilidades físicas de locomoção até uma unidade básica de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. A indicação para o atendimento domiciliar pode vir de diferentes serviços da rede de atenção. A modalidade AD3, destina-se aos usuários semelhantes ao da AD2 citados acima, mas que façam o uso de equipamentos específicos. São usuários de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

O Programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio dos usuários que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos, como por exemplo os que necessitam de equipamentos de ventilação pulmonar.

O direcionamento ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Primária em Saúde ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O direcionamento ocorre por preenchimento de um formulário disponível no link: [bit.ly/melhoremcasaPOA](http://bit.ly/melhoremcasaPOA), sendo posteriormente regulado.

Porto Alegre hoje apresenta 100% de cobertura populacional do Programa Melhor em Casa, sendo realizado pelas equipes habilitadas em 02 diferentes serviços, sendo os seguintes:

- SAD Hospital Nossa Senhora Conceição – 05 equipes EMAD e 01 equipe EMAP;

- SAD Associação Hospitalar Vila Nova – 10 equipes EMAD e 02 equipes EMAP.

As equipes são compostas pelos seguintes profissionais:

**Quadro 10 – Composição de EMAD e EMAP por SAD**

| SAD         | EMAD   | EMAP   |
|-------------|--|--|
| <b>HNSC</b> | Médico<br>Enfermeiro<br>Técnico de enfermagem<br>Fisioterapeuta, ou<br>Assistente social | Fonoaudiólogo<br>Nutricionista<br>Farmacêutico |
| <b>AHVN</b> | Médico<br>Enfermeiro<br>Técnico de enfermagem<br>Fisioterapeuta, ou<br>Assistente social | Fonoaudiólogo<br>Nutricionista<br>Farmacêutico |

Fonte: UAD/DAHU/SMS.

Nas equipes EMAD cada município faz opção de incluir um profissional da fisioterapia ou do serviço social. Em Porto Alegre, optou-se por maior inclusão de fisioterapeutas, visto a necessidade de maior suporte clínico aos pacientes quando em processo de desospitalização. Na composição das EMAPs, há presença de 01 profissional de cada categoria na equipe.

Ainda sobre as Visitas Domiciliares no âmbito da Atenção Básica, o cuidado deve ser qualificado e efetivamente realizado pelas Equipes de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência; ou, pensar na implementação de Equipes tipo AD1. Também é necessário melhorar a comunicação sobre o fluxo de encaminhamentos na Rede de Atenção à Saúde e o Programa Melhor em Casa.

Nos últimos anos, percebe-se uma tendência de aumento no número de pacientes acompanhados, aproximadamente 600 pacientes/mês, uma média de 39,67 pacientes por equipe. Devido ao perfil dos pacientes admitidos no programa ser com múltiplas comorbidades (cuidados paliativos, sequelas de AVCs recentes, lesões por pressão extensas, polineuropatia do paciente crítico, infecções com necessidade de antibióticos endovenosos, indicação de outros tratamentos endovenosos/subcutâneos, etc.) tem-se observado um quantitativo ideal de 40 pacientes por equipe/mês. Volumes maiores podem ser atendidos, com uma margem de segurança de aproximadamente 10%. Contudo, acima destes valores existe risco de dificuldades de suporte adequado, sendo necessária a ampliação de equipes.

## **4 AÇÕES E PROGRAMAS TRANSVERSAIS À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

### **4.1 Saúde da Criança**

Considerando a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015d) que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desafio de garantir acesso às ações e serviços de saúde às crianças de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, tais como as crianças com deficiências, são estratégicas a articulação e intensificação de ações nas redes temáticas. A seguir serão apresentadas ações e programas voltados à saúde da criança articulados com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

#### ***Pré-Natal de Alto Risco***

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) adota atualmente as diretrizes orientadas pelo Telessaúde-RS no encaminhamento para Obstetrícia ao Pré-Natal de Alto Risco. Os protocolos para encaminhamentos obstétricos ao Alto Risco encontram-se disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde da SMS (BVAPS): <https://bitly.com/zTgMTJz>.

Para a necessidade de encaminhamento de situações gestacionais específicas que envolvam o acompanhamento no Alto Risco, referentes à gestante com condição que esteja relacionada a deficiências ou ao risco delas, destaca-se a necessidade de encaminhar para Agendamento de Alto Risco, gestantes com história atual ou prévia das situações descritas a seguir:

- Doenças hematológicas (trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenases);
- História de óbitos fetais no 3º trimestre;
- História prévia de conceptos com malformações congênitas (como anencefalia e meningomielocelo) ou doenças raras (como cromossomopatias e erro inato do metabolismo).

O conteúdo descritivo mínimo para o encaminhamento deve ter:

1. Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
2. Condição clínica fetal de risco (sim ou não), se sim qual condição;
3. Condição clínica materna de risco (sim ou não), se sim qual condição e exames realizados;
4. Resultado de ecografia obstétrica, se realizado;
5. Número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

Para os casos específicos de malformações congênitas e necessidade de acompanhamento é indicada a informação precisa acerca da história materna prévia ou atual a fim de que o regulador faça a avaliação adequada e encaminhe para a agenda específica nos serviços contratualizados que dispõe de genética médica.

Os casos específicos em que há dúvidas em relação a conduta ou encaminhamento é possível buscar atendimento pelo Telessaúde e discutir o caso: **LIGUE: 0800-644-6543.**

As condições identificadas ao nascimento são diversas e podem ter origem no pré-natal. A microcefalia, por exemplo, é uma condição em que a criança apresenta a cabeça substancialmente menor, quando comparada com a de outras crianças. A microcefalia é um sinal clínico e não uma doença (BRASIL, 2017b).

Os recém-nascidos (RNs) com microcefalia têm risco aumentado de atraso no desenvolvimento, podendo também desenvolver convulsões que afetam sua funcionalidade física, auditiva e visual. O consenso mundial define como microcefalia a circunferência cefálica menor que dois desvios-padrão abaixo da média para a idade e sexo do indivíduo, de acordo com padrões de referência, a condição pode ocorrer porque o cérebro da criança não teve o desenvolvimento esperado durante a gestação ou parou de crescer após o parto, o que resulta na menor circunferência cefálica. A microcefalia pode ser uma condição isolada ou ocorrer em combinação com outras condições congênitas (BRASIL, 2017b).

Em relação à prevalência de microcefalia no Brasil, estima-se que seja em torno de 1,98 por 10.000 nascimentos, com destaque de que pode estar subestimada no Nordeste onde a prevalência é maior e pode haver sub registro (BRASIL, 2017b).

Os casos suspeitos de síndrome congênita devem ser notificados nas primeiras 48 horas de vida ou após este período quando se enquadrarem em um ou

mais dos critérios antropométricos (circunferência craniana menor que 2 desvios padrão, de acordo com a idade gestacional ao nascer e sexo do bebê) ou clínicos (desproporção craniofacial macro ou micro em relação à face; malformação articular dos membros e outros) (BRASIL, 2017b).

Os casos suspeitos de microcefalia devem ser encaminhados para definição diagnóstica por meio do serviço de consultas especializadas (GERCON), que procederá o agendamento para os serviços contratualizados para acompanhamento específico.

Os casos de Microcefalia devem ser registrados pelos serviços públicos e privados de saúde no formulário de Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp – microcefalias, disponível em: [www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel](http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel)) e serem encaminhados via sistema de regulação, conforme orienta o Protocolo de encaminhamento para Genética Médica.

### ***Triagens Neonatais***

As Triagens Neonatais são uma estratégia preventiva que possibilita detectar, precocemente, crianças assintomáticas com idade de zero a 28 dias de vida, aquelas que têm propensão a desenvolver doenças ou distúrbios que se beneficiam de investigação adicional, ação preventiva ou terapêutica imediata (BRASIL, 2016d).

A partir da identificação por meio de testes específicos, é possível iniciar o tratamento adequado com vistas a minimizar os riscos ou complicações advindas da condição identificada. Entre as triagens neonatais, destacam-se a Triagem Biológica Neonatal (BRASIL, 2016d), Triagem Auditiva Neonatal (BRASIL, 2010a) e a Triagem Ocular Neonatal (BRASIL, 2016a).

A maior parte das triagens neonatais são realizadas, de modo obrigatório, pelos serviços onde ocorreu o nascimento da criança. Sua realização e seus resultados são monitorados mensalmente pela SMS (Área Técnica Saúde da Criança) por meio de formulário específico e, fazendo parte do monitoramento dos resultados para qualificação da Rede Cegonha. O relatório consolidado do Serviço de Triagem Neonatal (SRTN) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) também informa mensalmente os dados do Teste do Pezinho. Os resultados obrigatoriamente

devem ser registrados na caderneta da criança a fim de permitir o conhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde que acompanhará o recém-nascido.

O Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) do HMIPV realiza o processamento de todos os exames SUS de Teste do Pezinho dos recém-nascidos do Estado do Rio Grande do Sul, incluindo os nascidos em Porto Alegre. A Triagem Biológica Neonatal é um conjunto de ações preventivas que objetiva identificar de modo precoce, indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endócrinas, para que sejam tratadas em tempo oportuno, evitando sequelas e até mesmo a morte (BRASIL, 2016d).

Os cuidados para a efetividade na realização do teste do pezinho iniciam no pré-natal, quando é fundamental orientar a gestante sobre a relevância na realização do teste em tempo oportuno (3º ao 5º dia de vida), como e onde realizar o mesmo, assim como o direito de receber o resultado em tempo oportuno (BRASIL, 2016d).

O teste do pezinho em Porto Alegre é realizado em todas as Unidades de Atenção Primária em Saúde e também nos hospitais de nascimento das crianças para os casos em que a mesma permanecer, pelo menos até o 4º dia de vida hospitalizada por ocasião de seu nascimento. A coleta nas Unidades de Saúde ocorre por demanda espontânea, sem necessidade de agendamento. Os resultados são obtidos via online, por meio do acesso ao Serviço de Triagem Neonatal, os resultados podem ser obtidos em qualquer serviço de saúde, independente da coleta ter sido realizada por ele, uma vez que o sistema é integrado.

Atualmente, são diagnosticadas e tratadas pelo SRTN, 6 doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2012h).

Quando identificada alteração nos resultados do exame do Teste do Pezinho a equipe do SRTN/HMIPV faz a busca ativa dos RNs, contatando diretamente a família e/ou contatando a US de referência; todos os exames para confirmação diagnóstica são realizados no HMIPV. Uma vez confirmada a doença, somente a fibrose cística e as hemoglobinopatias são referenciadas para serviços especializados logo após o fechamento do diagnóstico. As pessoas com demais doenças permanecem vinculados ao ambulatório do SRTN no HMIPV, atualmente responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.797 crianças (dados de 2020). O aprimoramento da

telemedicina dentro do SRTN impactou significativamente na idade mediana da primeira consulta.

A equipe do HMIPV é composta de pediatras, endocrinologistas, pneumologistas, geneticistas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, responsáveis pelo acolhimento do paciente e família, confirmação diagnóstica, exames confirmatórios e tratamento durante a vida do indivíduo. As consultas e acompanhamento são realizadas no ambulatório do SRTN, localizado no 5º andar, bloco C do HMIPV.

No ano de 2020, ocorreu a publicação da Lei Estadual nº 15.470, de março de 2020 (BRASIL, 2020a), ampliando a triagem neonatal para todas as crianças nascidas em território gaúcho. Em 2021, foi sancionada a Lei Federal nº 14.154, de maio de 2021 (BRASIL, 2021a) que amplia o Programa Nacional de Triagem Neonatal em todos os estados federativos. O Estado do Rio Grande do Sul aguarda a publicação das fontes financiadoras para a implantação das referidas leis. O HMIPV manifestou o interesse em assumir a ampliação da triagem neonatal, contemplando todas as etapas preconizadas pelo Programa Nacional. Para isso, é necessária uma ampla discussão com o estado para estabelecer os recursos financeiros necessários para a triagem das doenças, sua confirmação diagnóstica, tratamento e definição das linhas de cuidado para cada doença triada.

***Serviço de Referência em Triagem Neonatal ([srtn@hmipv.prefpoa.com.br](mailto:srtn@hmipv.prefpoa.com.br))***

**Telefones: (51) 3289-3046/ 3289-3048/ 3289-3201/ 3289-3047**

Em 2020, foi aprovado o projeto piloto – Triagem Neonatal Expandida por Espectrometria de Massas em Tandem no Município de Porto Alegre: Um Estudo-piloto – junto com o serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e UFRGS para a realização do teste do pezinho ampliado para os porto-alegrenses. Esse projeto iniciou em junho de 2021, terá duração de 12 meses e possibilitará a realização de 22 exames além dos 6 já ofertados no programa atual. A continuidade do programa de Triagem Neonatal Expandida será analisada na conclusão do Projeto.

Os exames atualmente ofertados são:

Metabolismo de ácidos graxos e corpos cetônicos:

1) Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia muito longa (VLCAD);

- 2) Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia longa (LCHAD);
- 3) Deficiência de proteína trifuncional mitocondrial (TFP);
- 4) Deficiência de carnitina palmitoiltransferase I (CPT I);
- 5) Deficiência de carnitina palmitoiltransferase II (CPT II);
- 6) Deficiência de carnitina-acilcarnitina translocase (CACT);
- 7) Deficiência de Acil-CoA desidrogenase de cadeia média (MCAD);
- 8) Deficiência primária de carnitina (CUD) Acidúrias Orgânicas;
- 9) Acidúria glutárica tipo I (GAI);
- 10) Acidúria metilmalônica (MMA);
- 11) Acidúria isovalérica (IA);
- 12) Acidúria propiônica (PA);
- 13) Acidúria hidroximetilglutárica (HMG-CoA);
- 14) Deficiência de 3-metilcrotonil-CoA carboxilase (3-MCC);
- 15) Deficiência múltipla de carboxilases (MCD);
- 16) Deficiência de cobalamina A e B (CblA, B);
- 17) Deficiência de beta-cetotiolase (BKT).

#### Aminoacidopatias:

- 1) Homocistinúria Clássica (HCU);
- 2) Doença da Urina do Xarope do Bordo (MSUD);
- 3) Tirosinemia tipo I (TYR I);

#### Distúrbios do Ciclo da Ureia:

- 1) Citrulinemia tipo 1 (CIT 1)
- 2) Acidúria argininosuccínica (ASA)

### **Triagem auditiva neonatal**

Os primeiros anos de vida são considerados essenciais para desenvolvimento das habilidades auditivas e de linguagem – é neste período que ocorre o processo de maturação do sistema auditivo central, assim como a plasticidade neuronal da via auditiva. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem atualmente cerca de 466 milhões de pessoas com perda auditiva incapacitante no mundo, destas 34

milhões são crianças (ONU, 2020). A perda auditiva na infância traz prejuízos ao desenvolvimento da linguagem e desempenho escolar.

Neste sentido, os dados de prevalência da surdez e a incidência de 1 a 3:1.000 nascidos vivos em alojamento conjunto e de 2 a 4:100 recém nascidos que hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é fundamental a realização da triagem auditiva em tempo oportuno. A realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) objetiva a identificação precoce da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. O teste e reteste são realizados com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição que possibilitam o diagnóstico e intervenção adequados.

A Lei Federal nº 12.303 de 2010 (BRASIL, 2010a) determina a obrigatoriedade da realização da Triagem Auditiva Neonatal de forma gratuita em todos os hospitais e maternidades, das crianças nascidas em suas dependências. A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24 a 48 horas), na maternidade, e no máximo até o 30º dia, exceto nos casos em que a situação clínica da criança não permita a realização do teste. Para estes casos a indicação da triagem auditiva é indicada tão logo seja possível.

Os casos de deficiência auditiva permanente mostram que o diagnóstico e a intervenção iniciados antes dos 6 meses de vida possibilitam melhores resultados para o desenvolvimento da função auditiva, da linguagem, da fala, da aprendizagem e por sua vez melhor autonomia e qualidade de vida.

Em Porto Alegre, as crianças de 0 a 6 meses de idade, residentes na cidade e nascidas por convênio ou particular, ou ainda pelo SUS em outro município, que não tenha realizado o teste da orelhinha na maternidade de origem, o teste será realizado, mediante agendamento via Gercon, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

Crianças residentes em Porto Alegre, nascidas pelo SUS, que não tenham realizado a triagem auditiva antes da alta hospitalar ou necessitem realizar reteste (em caso de falha), devem agendar retorno no hospital de origem conforme segue:

- HOSPITAL FÊMINA: Agendamento para primeira testagem pelo telefone: 33145260. Agendamento de reteste no Ambulatório do 3º andar, F: 33145223;
- HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO: Agendamento na Secretaria do Serviço de Fonoaudiologia, F: 33572049;
- IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO

ALEGRE: F: Agendamento pelo f: 32148063 das 9:00 às 17:00;

- HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS: Até 30 dias da alta deverá agendar pelos telefones 32893180/32893181 ou diretamente no andar do Alojamento Conjunto do HMIPV, no 8° andar do prédio com entrada pela Rua Garibaldi. Após 30 dias da alta o retorno ocorre somente com agendamento presencial, via ambulatório de pediatria do HMIPV, no 6° andar do prédio com entrada pela Av. Independência;

- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: O agendamento deverá ser realizado pelos telefones 33598853/33598228 ou presencialmente na secretaria do Ambulatório na Zona 19 do HCPA.

Observação: é de responsabilidade da unidade solicitante verificar a data do agendamento e avisar a família e fazer a confirmação na agenda Gercon até 96 horas antes da consulta.

Se houver identificação de resultado de falha no reteste, o serviço de origem realiza a regulação de acesso à agenda de Reabilitação Auditiva Pediátrica no Sistema Gercon. Em Porto Alegre, os Serviços Habilitados e Contratualizados são os do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital da Criança Conceição.

A infecção pelo grupo de infecções STORCH e pelo vírus Zika, assim como a presença de microcefalia e outras alterações neurológicas são considerados indicadores de risco para a deficiência auditiva. Nestes casos, é recomendado realizar o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (Peate) como primeira escolha devido a maior prevalência de perdas auditivas retrococleares, as quais não são identificáveis por meio de exames de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE). Caso a maternidade não possua equipamento para realizar o exame Peate a orientação é que faça a regulação para um serviço de referência.

As crianças notificadas como suspeitas da síndrome congênita que não apresentaram alterações nos testes de triagem devem ser monitoradas nas consultas de puericultura na Atenção Básica; para isso devem ser devidamente encaminhadas para a APS com a observação de alerta e acompanhamento. Nestes casos, a indicação é que obtenham avaliação otorrinolaringológica e audiológica entre 7 e 12 meses, considerando-se que a perda auditiva associada a infecções virais congênitas pode se manifestar de forma tardia. Para estas situações utilizar a agenda Gercon da SMS para ambas as solicitações.

**Quadro 11 – Fluxos da Triagem Auditiva em Porto Alegre**

| Unidades de Saúde                                 | Todas as coordenadorias de saúde  | Fluxo   |
|---|---|---|
| Hospital Presidente Vargas                        | CS Oeste  | As ESF verificam o registro na TANU na caderneta de saúde da criança, caso não tenha efetuado a triagem, encaminham para a sua realização |
|   |   | Triagem auditiva neonatal   |
|   |   | Universal TANU - atende todo o município  |
| <b>Contratados</b>                                |   |   |
| Serviços de Fonoaudiologia e otorrino da rede SUS | Hospital de Clínicas, H. Conceição, Santa Casa, São Lucas da PUC  |   |
| Triagem Auditiva Neonatal (TANU)                  | Nas maternidades SUS  | Oferta: 16 vagas/mês<br><br>Não há fila de espera*  |
|   | Os RN residentes em Porto Alegre que falharam na Triagem Auditiva Neonatal universal (TANU), acessam a central de marcação de consultas do município, a fim de realizar a avaliação diagnóstica nos serviços de alta complexidade |   |

Fonte: DAPS/SMS

\* Novembro/2021

Cabe destacar que a SMS não tem conhecimento do número de bebês que nascem surdos no município, sendo necessário qualificar o retorno desta informação à Área Técnica.

### **Triagem ocular neonatal**

A Triagem Ocular Neonatal faz parte do exame físico do recém-nascido ainda na maternidade. Contempla a inspeção ocular e anexos (pálpebras, córnea, conjuntiva, íris e pupila) e o Teste do Reflexo Vermelho da retina, por meio de fecho de luz. Estes exames objetivam identificar condições que levam a opacificação do cristalino, com possibilidade de diagnóstico de retinoblastoma, catarata congênita e outros transtornos oculares congênitos ou hereditários.

Uma vez identificadas alterações no teste do olhinho, as mesmas serão investigadas pelo próprio serviço de nascimento. Necessitando de maiores investigações/intervenções as mesmas serão reguladas pelo Sistema Gercon e encaminhadas para Serviço Especializado de Reabilitação ou Serviço de Oftalmologia de acordo com a necessidade.

De acordo com a OMS existem aproximadamente 1,4 milhão de crianças com deficiência visual no mundo, sendo que cerca de 90% vivem em países em

desenvolvimento ou muito pobres. Cerca de 80% das causas de cegueira infantil são preveníveis ou tratáveis. Quanto antes for realizado o diagnóstico, tratamento e reabilitação visual, melhor são as chances. Ao nascer, os elementos anatômicos essenciais para o processamento visual estão presentes, porém não completamente desenvolvidos. O sistema visual da criança amadurece durante a primeira década de vida, sendo o período mais crítico os primeiros 18 meses (BRASIL, 2016a).

A identificação de situações risco no pré-natal é fundamental para qualificar a investigação nas crianças expostas: história familiar e gestacional, fatores hereditários: catarata, retinoblastoma, glaucoma e outros problemas oculares, infecções: doenças TORCH (toxoplasmose, sífilis, HIV, outras), rubéolas e herpes), exposição a drogas: álcool e drogas ilícitas (cocaína, crack, outras), medicações: talidomida, misoprostol, benzodiazepínicos, fatores nutricionais e metabólicos e radiação; o nascimento com malformação congênita e/ou síndromes, assim como o nascimento pré-termo também são fatores de risco para doenças oculares ou problemas visuais (BRASIL, 2016a).

O Teste do Reflexo Vermelho é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata, glaucoma, toxoplasmose, retinoblastoma, descolamento de retina tardios (BRASIL, 2016a).

Recomenda-se que todas as crianças, nos primeiros 3 anos de vida, devam ser submetidas ao Teste do Reflexo Vermelho pelo menos 2 vezes ao ano (BRASIL, 2016a). Identificadas alterações nestes casos encaminhar para Serviço Especializado – Agenda Gercon – Oftalmo Pediatria.

**Quadro 12 – Fluxos da Triagem Visual em Porto Alegre**

| <b>Triagem Visual</b>                               |   |   |
|---|---|---|
| <b>Serviços Próprios</b>                            |   |   |
| <b>Local</b>  | <b>Região</b>   | <b>Complexidade/Tipo de atendimento</b> |
| Teste de triagem visual neonatal (teste do olhinho) | Maternidades SUS  |   |
| Triagem visual do escolar                           | Todas as gerências distritais   | Básica                                  |
| <b>Contratados</b>                                  |   |   |
| Serviços de oftalmologia da rede SUS                | HNSC, HCPA, H São Lucas da PUC, HBO, Santa Casa, Hospital Porto Alegre, Hospital Vila Nova, | Consultas e procedimentos               |

Fonte: DAPS/SMS.

## **Teste da oximetria de pulso**

A Portaria nº 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014e) inclui o procedimento Oximetria de Pulso como ferramenta de triagem neonatal para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica. Segundo a referida portaria, todos os recém-nascidos devem ser submetidos à oximetria de pulso entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar; detectada qualquer alteração, uma nova aferição deve ser realizada após uma hora. Confirmada a alteração, um ecocardiograma deve ser realizado dentro das 24 horas seguintes. A Oximetria de Pulso apresenta uma sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Por este motivo, algumas cardiopatias críticas podem não ser identificadas, sendo assim o exame não descarta a necessidade de realizar exame físico minuciosos de todos os recém-nascidos antes da alta hospitalar (BRASIL, 2018b).

Todas as maternidades realizam o Teste da Oximetria de Pulso do recém-nascido em Porto Alegre que nasce em seus serviços. Por meio do monitoramento dos dados da Rede Cegonha, realizado mensalmente, conhecemos o quantitativo de crianças que apresentaram alteração do referido exame. Ocorrendo alteração no teste, as mesmas são investigadas no próprio serviço de nascimento e necessitando de maiores intervenções encaminhadas aos serviços de referência reguladas pelo sistema Gercon.

As cardiopatias congênitas são ocasionadas por condições anatômicas do coração ou dos grandes vasos associados, que produzem insuficiência circulatória e respiratória. São as malformações congênitas que mais matam na infância e ainda permanecem como a terceira causa de óbito no período neonatal. A cardiopatia congênita é uma alteração genética que ocorre no fechamento da formação cardíaca, 90% das cardiopatias vêm de gestações sem fator de risco comprovado.

As estimativas de incidência são de 1 caso para cada 100 nascidos vivos, sendo assim, estima-se que nasçam anualmente no Brasil, cerca de 30 mil crianças com cardiopatia congênita. Em Porto Alegre, os Centros de Alta Complexidade para intervenções de Cardiopatias Congênitas que necessitam de intervenções cirúrgicas são o Hospital Santo Antônio e o Hospital de Cardiologia.

## **Avaliação do Frênulo lingual (anquiloglossia)**

A anquiloglossia é uma condição congênita que ocorre quando pequena porção de tecido embrionário permanece na face ventral da língua. Desta forma, é caracterizada por um frênulo lingual que pode restringir diferentes graus de movimentos da língua. Pode ser classificada em leve ou parcial (mais comum) e grave ou completa (rara). Tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, afetando a pega e sucção adequadas (BRASIL, 2018a).

A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, e a Lei nº 13.002 de 2014 (BRASIL, 2014c) impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo utilizando o Protocolo de Bristol por profissional capacitado que atenda o binômio na maternidade. O protocolo fornece uma medida objetiva e de execução simples, auxiliando na identificação de lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica de frenotomia ou frenectomia.

Levando em consideração as diversas políticas voltadas para a Atenção Integral à saúde da Criança, sugere-se que a avaliação do frênulo seja realizada antes da alta hospitalar (entre as 24h e 48 horas de vida do recém-nascido). Ainda, que o diagnóstico da anquiloglossia na alta hospitalar seja realizado por profissional habilitado para tal e amparado segundo o exercício legal de sua profissão. Nos casos duvidosos é preconizado que seja realizada, na consulta da primeira semana de vida do RN na Atenção Básica, uma avaliação minuciosa da dinâmica da amamentação (BRASIL, 2018a). Mediante a confirmação de que a alteração da função da língua está interferindo na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado para a rede de serviços disponível em cada região, como os Bancos de Leite Humano ou ainda utilizando a agenda Gercon “cirurgia pediátrica” para avaliação e intervenção se necessário.

O HMIPV é o único serviço da PMPA que realiza estudo de deglutição. Além do estudo de deglutição pela atenção especializada via Gercon, o hospital está verificando junto à Central de Marcação de Consultas Especializadas e Exames, a possibilidade de ofertar outros exames contrastados. O ambulatório de disfagia é um ambulatório específico para tratamentos de dificuldades alimentares, sendo que é o HMIPV é único serviço no Brasil a oferecer pelo SUS tratamento com profissional

certificado na metodologia SOS Approach to Feeding, certificação da fonoaudióloga responsável por este ambulatório. O HMIPV oferta exames de videofluoroscopia (deglutograma) para a atenção primária via Gercon, possibilitando que inúmeros pacientes adultos e crianças com disfagia orofaríngea possam ter acesso a este exame, que além de diagnóstico é intervencionista, contribuindo para evitar desfechos graves como desnutrição e complicações respiratórias por broncoaspiração, decorrentes da disfagia orofaríngea.

Conforme o informativo da Unidade de Regulação Ambulatorial 10/2021, o exame DEGLUTOGRAMA não estará mais disponível para agendamento via GERCON na atenção primária. Este serviço somente pode ser encaminhado pela atenção especializada e centro especializado de reabilitação, por profissionais médicos (pneumologista, gastroenterologista, otorrinolaringologista, fisiatra, pediatra e neurologista) ou fonoaudiólogos. Os profissionais dos Ambulatórios de Especialidades (Atenção Especializada), bem como dos Centros Especializados em Reabilitação, deverão sempre encaminhar laudo de acompanhamento (se fonoaudiólogo com descrição da avaliação clínica da deglutição), bem como informar os dados completos no GERCON, conforme descrito no informativo nº 10.

As coordenações dos serviços especializados devem orientar seus profissionais solicitantes a preencher o campo US referência do AE, para que o usuário possa retirar o cupom de realização do exame na US do seu território de moradia. No final do cupom de agendamento, consta uma mensagem no campo "preparo": após agendamento do exame, paciente ou familiar deverá retirar as orientações de preparo na recepção da radiologia do HMIPV, com pelo menos uma semana de antecedência, caso o serviço solicitante não o tenha fornecido o preparo impresso. Caso não seja realizado o preparo adequadamente ou não sejam trazidos os alimentos solicitados, o exame NÃO será realizado. O serviço especializado é responsável por fornecer o preparo impresso ao usuário, imediatamente após o agendamento do exame DEGLUTOGRAMA (AGÊNCIA BRASIL, 2014; BAHIA, 2019; BRASIL, 2021d).

Atualmente, o exame de videofluoroscopia (deglutograma) não consta na lista de procedimentos da tabela SUS, não sendo possível registrar e faturar sua produção ambulatorial. Sugere-se envio de ofício ao MS com pedido de inclusão.

## **Doenças Raras**

As doenças raras são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa acometida pela mesma condição. As doenças raras podem ser degenerativas ou proliferativas. Estima-se que afetam 65/100.000 indivíduos e são conhecidos entre 6.000 a 8.000 tipos diferentes em todo o mundo, sendo que 80% delas decorrem de fatores genéticos e as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Embora sejam consideradas individualmente como raras elas acometem um percentual significativo da população, resultando em uma questão de saúde pública relevante.

O Serviço de Referência de Atenção às Pessoas com Doenças Raras, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é responsável por ações diagnósticas e terapêuticas aos indivíduos com doenças raras ou com risco de desenvolvê-las, de acordo com eixos assistenciais disciplinados na Portaria MS nº 199/2014 (BRASIL, 2014g). O HCPA é habilitado conforme a Portaria MS nº 3.253/2016 (BRASIL, 2016c) para atendimento aos indivíduos com Doenças Raras de origem genética de todo o RS, sendo referência estadual para atendimento de casos de condições Congênitas ou de manifestação tardia, de Deficiência Intelectual associada a Doenças e de Erros Inatos do Metabolismo (RIO GRANDE DO SUL, 2020b).

Em janeiro de 2022, as filas de espera para primeiras consultas em genéticas adulto e infantil eram de 2.221 e 1.480 pacientes, respectivamente, enquanto que as ofertas de primeiras consultas/mês eram de 60 e 9, respectivamente. Tal cenário sinaliza para uma necessidade premente de ampliação das referidas especialidades.

O protocolo de encaminhamento para Genética Médica pode ser consultado no disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>.

### **4.2 Programa Primeira Infância (PIM-PIÁ)**

Porto Alegre aderiu e executa desde 2004 o Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre – PIM PIA (PORTO ALEGRE, 2022; RIO GRANDE DO SUL, 2022). O PIM é ação estratégica e transversal, de caráter intersetorial, preventivo e

protetivo, com foco na promoção do desenvolvimento integral infantil, da parentalidade positiva, da identificação de potencialidades e necessidades das famílias com crianças de 0 a 6 anos incompletos e gestantes, em situação de vulnerabilidade social e beneficiárias do Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil.

A atuação do PIM PIA se dá por meio de visitas domiciliares e atividades grupais periódicas de caráter lúdico, que são realizadas a partir de planos singulares de atendimento e da articulação com ações em rede. As ações do PIM impactam na melhoria das condições de saúde, educação e desenvolvimento social, através do acesso a direitos sociais básicos, do fortalecimento da parentalidade positiva e da prontidão para a aprendizagem, incidindo na ampliação dos anos de estudo, na redução da mortalidade materno-infantil, das violências, das desigualdades e na ruptura dos ciclos intergeracionais de pobreza.

O Programa está desenhado com uma estrutura potente de execução com perspectiva de contratação de até 200 visitantes, os quais realizam o atendimento às famílias com crianças e gestantes, e se vinculam como estagiários de nível superior das áreas da pedagogia, da nutrição, da psicologia, da fonoaudiologia, das ciências sociais e da enfermagem, constituindo-se, assim, um corpo operacional interdisciplinar. Porém, o alcance desta perspectiva está atrelada à disponibilidade da estrutura do corpo técnico de monitoramento e supervisão, através de profissionais do quadro próprio das pastas que integram a gestão do PIM, sendo, prioritariamente, Saúde, Educação e Assistência Social e, enquanto um arranjo deste município, a Cultura, prerrogativa, esta, que se mostra instável no histórico do programa em Porto Alegre por uma recorrente oscilação de indicação de servidores para comporem o mesmo. Com isso, pode-se prospectar metas de acompanhamento de famílias com crianças e gestantes a partir da meta por visitante, que é de 14 famílias e 2 gestantes, cuja totalidade geral vai oscilar conforme o número de visitantes contratados no período analisado. Neste momento, o PIM está atravessando nova reestruturação de profissionais, estando com sua capacidade de operacionalização reduzida pela ausência de monitoria para acompanhar as ações executadas pelos visitantes nos territórios de atuação.

### 4.3 Programa de Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa contribuir para o fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação no enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica. Entre as 13 ações essenciais do PSE estão: a Promoção da saúde auditiva e identificação de estudantes com possíveis sinais de alteração e a Promoção da saúde ocular e identificação de alunos com possíveis sinais de alteração. Além disso, o programa também contempla em suas ações a prevenção de violências e acidentes, promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos e a promoção de direitos sexuais e reprodutivos, temas estratégicos para enfrentamento do capacitismo, identificação de violências e promoção da saúde da pessoa com deficiência. Sendo assim, o PSE pode ser estratégico à prevenção de violências contra pessoas com deficiência, ao enfrentamento das iniquidades no ambiente escolar e ao fortalecimento do vínculo da pessoa com deficiência ao seu território (US de referência), por exemplo (RIO GRANDE DO SUL, 2021a).

O Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) Federal do PSE é responsável por definir metas prioritárias, e o GTI-Municipal por definir as ações locais. Porto Alegre possui, desde 2017, a Saúde Ocular como ação local prioritária, incluindo a triagem visual nas escolas e a oferta de óculos para todo o público infante-juvenil demandante. A triagem ocorreu em 115 escolas em 2021, quando 6.322 crianças foram avaliadas e 1.278 apresentaram desvios e foi indicado o encaminhamento ao oftalmologista. Foram entregues 119 óculos ao longo do ano. No entanto, há limitação quanto ao número de atendimentos oftalmológicos: entre os encaminhamentos de julho/2021 e janeiro/2022, 1978 crianças e adolescentes estão na lista de espera para assistência ocular<sup>4</sup>.

Os materiais orientativos para esta finalidade encontram-se na Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde – BVAPS<sup>5</sup>. Demais ações supracitadas são eletivas e podem ser pactuadas entre Unidade de saúde e Escolas do território.

---

<sup>4</sup> Fonte: Gercon, em 25/01/2022 – solicitações aguardando regulação e autorizadas

<sup>5</sup> <https://sites.google.com/view/bvsapspspoa/programas-e-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde/programa-sa%C3%BAde-na-escola?authuser=0>

#### 4.4 Assistência Laboratorial

A Coordenação da Assistência Laboratorial (CAL) foi formalizada na estrutura da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS) através do Decreto nº 20.422, de 06/12/2019 (PORTO ALEGRE, 2019a) e tem como principal objetivo elaborar estratégias para garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos exames laboratoriais e de patologia de forma segura, eficiente e qualificada.

A CAL trabalha diretamente com os laboratórios clínicos municipais, no âmbito estratégico, buscando qualificação dos serviços. A rede municipal de laboratórios municipais é composta pelos Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), Hospital de Pronto Socorro (HPS) e Laboratório Central de Saúde Pública de Porto Alegre (LabCen).

O HMIPV possui laboratório clínico e posto de coleta ambulatorial para atender a demanda hospitalar, da Atenção Primária em Saúde (APS) e dos serviços especializados. Além disso, possui o Serviço de Referência de Triagem Neonatal (SRTN) que é o laboratório de referência para todo o Estado do Rio Grande do Sul para a realização do teste do pezinho.

Conforme já referido no tópico 4.1, em 2020 foi aprovado o projeto piloto – Triagem Neonatal Expandida por Espectrometria de Massas em Tandem no Município de Porto Alegre: Um Estudo-piloto – junto com o serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e UFRGS para a realização do teste do pezinho ampliado para os porto-alegrenses. Esse projeto iniciou em junho de 2021, terá duração de 12 meses e possibilitará a realização de 22 exames além dos 6 já ofertados no programa atual.

O HPS possui laboratório clínico para atender a demanda do hospital. E o LabCen – O Laboratório Central de Saúde Pública de Porto Alegre faz parte da rede de laboratórios de saúde pública do Ministério da Saúde. Tem como principal objetivo realizar exames que não são ofertados nos laboratórios convencionais, como exames de carga viral do HIV e Hepatites, exames para Tuberculose, tais como baciloscopia, teste rápido molecular e culturas, CD4 e CD8, exames para detecção da Dengue. O LabCen trabalha em conjunto com o Lacen-RS.

A Assistência Laboratorial trabalha com laboratórios conveniados à SMS visando garantir a oferta de exames laboratoriais demandados pela APS. Atualmente, Porto Alegre possui 13 laboratórios parceiros com mais de 30 pontos de coleta

espalhados em todas as regiões da cidade e o serviço de coletas volantes em cinco unidades de saúde da região. Todos os exames laboratoriais são solicitados no sistema Gercon, totalizando 32 pontos de coleta derivados de chamamento público.

#### **4.5 Assistência Farmacêutica**

A Política Municipal de Assistência Farmacêutica deve estar estruturada, organizada e qualificada de forma a garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos como insumo essencial à proteção, à promoção e à recuperação da saúde.

Em Porto Alegre, a Política de Assistência Farmacêutica vinculada ao Sistema Único de Saúde está estruturada em:

- 10 (dez) Farmácias Distritais;
- 131 locais de entrega de medicamentos nas Unidades de Saúde;
- 01 Núcleo de Distribuição de Medicamentos;
- 03 Farmácias em Pronto Atendimentos;
- 02 Equipes de Farmácias em Hospitais próprios;
- 03 Unidades Dispensadoras de medicamentos nos Serviços de Atendimento Especializados (SAEs);
- 01 Farmácia Homeopática.

Os medicamentos básicos previstos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME POA) estão disponíveis nas Unidades de Saúde e Farmácias Distritais do município. Além destes, nas Farmácias Distritais, serviços que contam com assistência farmacêutica em horário integral, são disponibilizadas também antimicrobianos e medicamentos de controle especial previstos na REMUME POA. Algumas Unidades de Saúde localizadas em pontos estratégicos da rede contam com a presença de farmacêutico, de forma que nesses serviços, além dos medicamentos básicos previstos, também há disponibilização de antimicrobianos à população.

A rede de saúde municipal conta, ainda, com 03 Pronto Atendimentos, os quais efetuam a entrega de medicamentos, inclusive antimicrobianos, aos pacientes atendidos nesses locais aos finais de semana e feriados, permitindo acesso aos medicamentos prescritos conforme a necessidade definida pelo médico no momento do atendimento.

A portaria municipal nº 1.160/2018 (PORTO ALEGRE, 2018a) prevê atendimento prioritário às pessoas com deficiência, mediante o fornecimento de senhas e/ou fila específica nas Farmácias Distritais e Unidades de Saúde que realizam entrega de medicamentos.

Art. 22. Poderão ser dispensadas receitas de no máximo 03 (três) pessoas diferentes por usuário.

(...) §3º Usuários maiores de 60 (sessenta) anos, **pessoas com deficiência**, cuidadores com crianças de colo de até 2 anos e gestantes terão direito, em cada FD, a atendimento prioritário com senhas e/ou fila específica (...) (PORTO ALEGRE, 2018a, p. 24).

Salienta-se que a Lei nº 12.021, de 5 de abril de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016a), reconhece a pessoa com transtorno do espectro autista como pessoa com deficiência e a Lei nº 12.515, de 6 de fevereiro de 2019 (PORTO ALEGRE, 2019b), obriga os estabelecimentos públicos e privados localizados no Município de Porto Alegre a inserir nas placas de atendimento prioritário o símbolo mundial da conscientização acerca do Transtorno do Espectro Autista – TEA.

#### **4.6 Dispensação de fraldas e curativos especializados**

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015a), art. 18, dispõe que é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, no SUS, garantindo acesso universal e igualitário.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia (BRASIL, 2015a, p. 7).

Entendendo que a dispensação de fraldas é um direito da pessoa com deficiência e que garante a sua dignidade e autonomia, o município dispõe de serviços que dispensam aos usuários esse insumo. Existem 3 (três) serviços para dispensação de fraldas (CS IAPI, CS Vila dos Comerciantes e CS Santa Marta). Os serviços de dispensação de fraldas estão disponíveis nos ambulatórios de especialidades e são independentes dos serviços de estomaterapia.

A concessão do fornecimento de fralda destina-se a atender as Pessoas com Incontinência Urinária e Fecal decorrentes das patologias conforme a Classificação Internacional de Doença (CID) principal e CID secundário abaixo:

**Quadro 13 – CID secundário para dispensação de fraldas**

| <b>CID's Secundários</b>                              |
|---|
| R32 – Incontinência urinária e não especificada       |
| R15 – Incontinência fecal                             |
| N39.4 – Outras incontinências Urinárias Especificadas |

A forma de acesso a esse insumo ocorre por meio de encaminhamento por profissional das Unidades de Saúde e SAD (Serviço de Atenção Domiciliar).

Serão considerados elegíveis à concessão dos insumos os requerentes:

- a) Homens, mulheres, adolescentes e crianças com Incontinência Urinária e Fecal elegíveis conforme lista de CIDs;
- b) Residentes no Município de Porto Alegre, vinculados a uma Unidade de Saúde da Atenção Primária;
- c) Estar cadastrado no Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico). Este cadastro é realizado no Centro Regional de Assistência Social (CRAS) de moradia do usuário;
- d) Será permitido no máximo 6 entregas de fraldas para usuários que já retiram fraldas e que ainda não realizaram o cadastro no CadÚnico, sendo a última data de entrega em 30/09/22.

Os locais de dispensação de fraldas estão descritos abaixo conforme o bairro de moradia.

**Tabela 11 – Serviços de referência para entrega de fraldas**

| <b>Referência dos Serviços por Bairro</b> |                    |                              |
|---|--------------------|------------------------------|
| <b>IAPI</b>                               | <b>SANTA MARTA</b> | <b>VILA DOS COMERCIÁRIOS</b> |
| Anchieta                                  | Agronomia          | Belém Velho                  |
| Boa Vista                                 | Aparício Borges    | Camaquã                      |
| Bom Jesus                                 | Auxiliadora        | Campo Novo                   |
| Chácara das Pedras                        | Azenha             | Cascata                      |
| Cristo Redentor                           | Bela Vista         | Cavallhada                   |
| Farrapos                                  | Belém Novo         | Cristal                      |
| Higienópolis                              | Bom Fim            | Espírito Santo               |
| Humaitá                                   | Centro             | Glória                       |
| Ilha da Pintada                           | Chapéu do Sol      | Guarujá                      |
| Ilha das Flores                           | Cidade Baixa       | Hípica                       |
| Ilha do Pavão                             | Farroupilha        | Ipanema                      |
| Ilha dos Marinheiros                      | Floresta           | Medianeira                   |
| Jardim do Salso                           | Independência      | Nonoai                       |
| Jardim Itu                                | Jardim Botânico    | Pedra Redonda                |
| Jardim Lindóia                            | Lajeado            | Santa Tereza                 |
| Jardim Sabará                             | Lami               | Serraria                     |
| Jardim São Pedro                          | Lomba do Pinheiro  | Teresópolis                  |
| Morro Santana                             | Menino Deus        | Tristeza                     |

|                     |                  |                |
|---------------------|------------------|----------------|
| Navegantes          | Moinhos de Vento | Vila Assunção  |
| Passo D'Areia       | Mont'Serrat      | Vila Conceição |
| Passo das Pedras    | Partenon         | Vila Nova      |
| Rubem Berta         | Petrópolis       |                |
| Santa Maria Goretti | Ponta Grossa     |                |
| São Geraldo         | Praia de Belas   |                |
| São João            | Restinga         |                |
| São Sebastião       | Rio Branco       |                |
| Sarandi             | Santa Cecília    |                |
| Três Figueiras      | Santana          |                |
| Vila Floresta       |                  |                |
| Vila Ipiranga       |                  |                |
| Vila Jardim         |                  |                |

Fonte: CAE/DAPS/SMS

Os horários de atendimento dos serviços de dispensação de fraldas são os seguintes:

### ***IAPI***

- **Segunda a Sexta**
- 8h30 às 12h e das 13h às 15h
- Rua 03 de Abril, n°90 - Área 4 - Passo D'Areia - Fone: (51) 3289-3480 (Telefone e WhatsApp)

---

### ***Vila dos Comerciantes***

- **Segunda a Sexta**
- **Manhã:** 8h às 12h.
- Rua Moab Caldas, 400 - Área 9 - Santa Tereza - Fone: (51) 3289-4093

---

### ***Santa Marta***

- **Segunda a Quinta:** das 10:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00
- **Sexta-feira:** das 8:00 às 12:00
- Rua Capitão Montanha, 27, 1° andar - Fone: 3289 2937 ou 2906

Considerando a revogação da Resolução nº 080/19 – CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2019) pela Resolução 305/21 (RIO GRANDE DO SUL, 2021b), esta última que estabeleceu o cofinanciamento estadual de insumos (fraldas descartáveis) para

tratamento domiciliar, face a incorporação dos valores repassados para custeio desta política por meio do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária (PIAPS), no momento da escrita deste plano o protocolo para dispensação das fraldas, assim como, o estudo para o seu financiamento em âmbito municipal estavam passando por alterações por parte da gestão da SMS.

Pelo cofinanciamento estadual anterior (CIB nº 080/19 – RIO GRANDE DO SUL, 2019) era repassado mensalmente para os municípios, conforme disponibilidade orçamentária, na modalidade fundo a fundo, o valor correspondente a R\$1,00 por fralda, dispensada aos pacientes cadastrados no Sistema de Gerenciamento dos Usuários com Deficiência – GUD.

### ***Curativos Especializados***

Público alvo: portadores de lesões complexas que necessitem curativos especiais.

Forma de acesso: consulta agendada via GERCON pela US.

Atividades desenvolvidas pelos serviços de curativo especializados:

- Curativos especializados em lesões de perna;
- Consultas de enfermagem, avaliação e tratamento de lesões;
- Consultorias às US;
- Atividades educativas e de orientação para a saúde com o usuário e familiares;
- Oferece campo para visita e desenvolvimento de estágios;
- Capacitação de profissionais da APS; e
- Serviço de consultoria via GERCON.

### **4.7 Saúde da População Idosa**

De acordo com o Censo IBGE de 2010 (IBGE, 2010), a população idosa representa 44,3% das pessoas com deficiência. Muitas deficiências podem ser fatores predisponentes ao risco de quedas que causam agravos na sua capacidade funcional. Ou então, a ocorrência das quedas pode causar fraturas de ossos longos, como fêmur, o que predispõe a condição de deficiência, impactando na sua independência e autonomia na realização das atividades da vida diária.

No quadro 13 é possível observar que, nas internações por causas externas, as principais causas de internações são por fraturas ósseas, em que a fratura de fêmur representa 26,5% das hospitalizações no período de 2018 a 2020. Dentro do contexto do predomínio de fraturas ósseas nas internações referentes às causas externas é importante avaliar a contribuição das quedas como fator determinante nas incapacitações físicas dos idosos. Grande parte das fraturas de fêmur são causadas por quedas, que são decorrentes da situação de fragilidade do idoso.

**Quadro 14 – Distribuição das 10 primeiras causas de internação por categoria da CID-10 relacionadas ao capítulo XIX - Lesões envenenamento e outras consequências das causas externas, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS**

| Diag CID10 (categ)                             | 2018 | 2019 | 2020 | Total | %(total) |
|--|------|------|------|-------|----------|
| S72 Frat do femur                              | 719  | 4736 | 4412 | 9867  | 26,5     |
| S52 Frat do antebraço                          | 128  | 1434 | 1454 | 3016  | 8,1      |
| S82 Frat da perna inclui tornozelo             | 177  | 1265 | 1264 | 2706  | 7,3      |
| S06 Traum intracraniano                        | 130  | 1287 | 1166 | 2583  | 6,9      |
| T81 Complic de proced NCOP                     | 79   | 970  | 728  | 1777  | 4,8      |
| T88 Outr complic cuidados medicos cirurg NCOP  | 72   | 872  | 674  | 1618  | 4,3      |
| S42 Frat do ombro e do braço                   | 46   | 553  | 589  | 1188  | 3,2      |
| T84 Complic disp prot impl enx ortopédicos int | 61   | 627  | 462  | 1150  | 3,1      |
| T02 Frat envolv mult regiões do corpo          | 39   | 458  | 514  | 1011  | 2,7      |
| T82 Complic disp prot impl enxert card e vasc  | 64   | 505  | 365  | 934   | 2,5      |

Fonte: SIH/SMS

Em relação à mortalidade por causas externas (quadro 15), os óbitos por quedas representam 63,5%, o que mostra o impacto deste evento na saúde das pessoas a partir de 60 anos. As quedas podem estar relacionadas aos fatores ambientais somados à situação de fragilidade do idoso. É importante considerar as deficiências físicas que acometem grande parte desta população.

**Quadro 15 – Distribuição das 10 primeiras causas de óbito por categoria da CID-10 relacionadas às Causas Externas, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS**

| Causas Externas                   | 2018 | 2019 | 2020 | Total Geral | %    |
|-----------------------------------|------|------|------|-------------|------|
| Quedas                            | 186  | 199  | 143  | 528         | 63,5 |
| Suicídio                          | 17   | 25   | 21   | 63          | 7,6  |
| Atropelamento                     | 20   | 19   | 14   | 53          | 6,4  |
| Homicídio                         | 15   | 12   | 15   | 42          | 5    |
| Obstrução do trato respiratório   | 11   | 12   | 11   | 34          | 4,1  |
| Ocupante em veículo de transporte | 10   | 7    | 8    | 25          | 3    |
| Sequelas causas externas          | 9    | 9    | 4    | 22          | 2,6  |
| Outros fatores determinados       | 5    | 15   | 0    | 20          | 2,4  |
| Exposição a fogo e à fumaça       | 2    | 8    | 7    | 17          | 2    |
| Indeterminado                     | 1    | 3    | 4    | 8           | 1    |

Fonte: SIM//EVDANT/DVS.

Na avaliação dos tipos de queda, conforme o quadro 16, 77,5% das quedas ocorrem no mesmo nível, o que pode estar relacionado com o prejuízo no equilíbrio que é um dos agravos que acometem os idosos. Chama atenção que as quedas sem especificação representam 14% dos óbitos, o que subestima a real situação das causas das quedas.

A questão dos registros tem impacto negativo na variável sobre o local da ocorrência da queda. Grande parte não especifica o local da queda, o que representa 71,8%. Em relação aos óbitos com registros do local da ocorrência, 24,6% das quedas aconteceram na residência. Esta informação é imprescindível pela importância de potencializar ações direcionadas à casa segura, por isso a necessidade de oferecer às pessoas informações que auxiliem a prevenir as quedas.

**Quadro 16 – Distribuição dos tipos de quedas que causam óbito na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2018 a 2020, Porto Alegre, RS**

| <b>Tipos de quedas</b>               | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>Total Geral</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|------------|
| Quedas no mesmo nível                | 150         | 154         | 105         | 409                | 77,5       |
| Quedas sem especificação             | 24          | 28          | 22          | 74                 | 14         |
| Quedas de escadas                    | 4           | 5           | 6           | 15                 | 2,8        |
| Quedas do leito                      | 4           | 5           | 3           | 12                 | 2,3        |
| Quedas de um nível a outro           | 2           | 4           | 4           | 10                 | 1,9        |
| Queda de uma cadeira                 | 1           | 1           | 2           | 4                  | 0,8        |
| Queda de outro tipo de mobília-      | 1           | 2           | 0           | 3                  | 0,6        |
| Queda envolvendo uma cadeira de roda | 0           | 0           | 1           | 1                  | 0,2        |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>186</b>  | <b>199</b>  | <b>143</b>  | <b>528</b>         | <b>100</b> |

Fonte: SIM//EVDANT/DVS.

É de conhecimento geral que fatores ambientais de risco como iluminação inadequada, pisos escorregadios, tapetes soltos ou com dobras, obstáculos no caminho, falta de barras de apoio e corrimãos, fios elétricos na passagem, prateleiras muito altas e sapatos com solas inadequadas, são responsáveis por grande parte da ocorrência das quedas entre os idosos, principalmente aqueles que apresentam alguma deficiência. Portanto, é fundamental ações de educação a fim de disseminar informações com objetivo de garantir ambientes seguros aos idosos.

Os dados do Censo de 2010 (IBGE, 2010) assinalaram maior incidência de todos os tipos de deficiência na população de 65 anos ou mais do país, demonstrando estreita relação entre o processo de envelhecimento e a consequente perda de funcionalidade. Essa situação aponta a importância de se reconhecer a afinidade da temática das políticas para as pessoas idosas com as políticas para as pessoas com

deficiência e demanda o estreitamento das discussões de ambas as pautas, para dialogar sobre as características específicas e necessidades oriundas dos diversos tipos de deficiência na população idosa. Tal encontro poderá subsidiar o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, bem como apontar possibilidades de ações conjuntas para atender à crescente demanda da população, tanto de idosos quanto de pessoas com algum tipo de deficiência (BRASIL, 2012; BELO HORIZONTE, 2019).

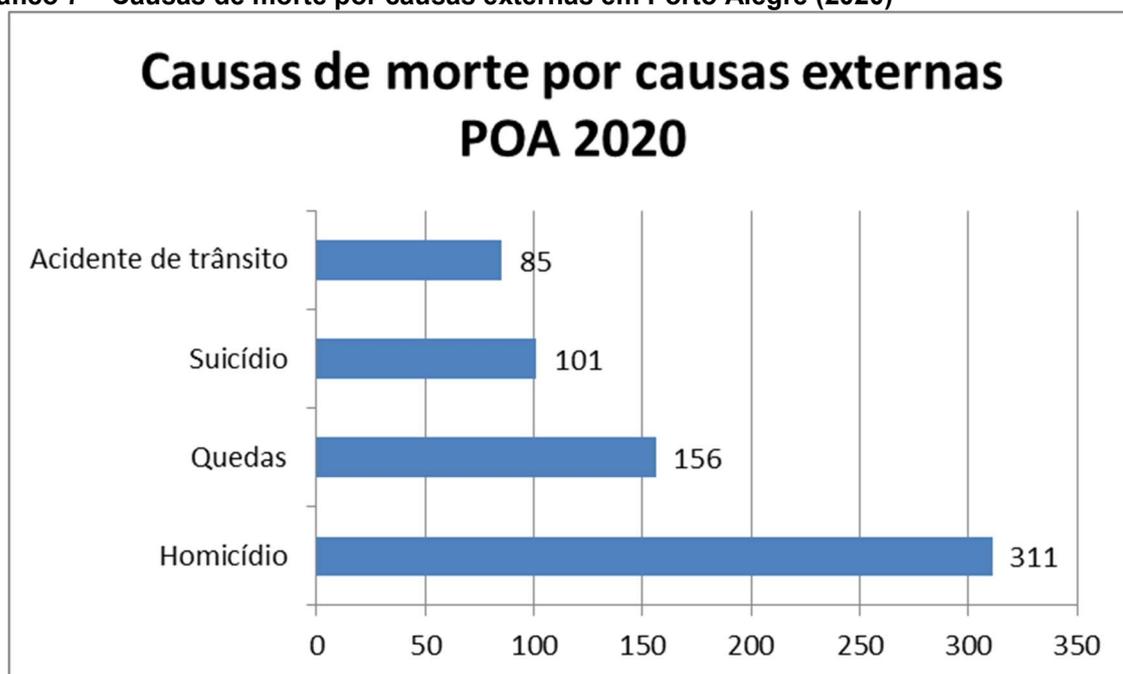
#### **4.8 Prevenção à violência**

A violência afeta a vida de milhões de pessoas, incluindo Pessoas com Deficiência, que representam cerca de 15% da população global, gerando consequências pessoais, familiares e sociais que, em muitos casos, se perpetuam por longos períodos e pelas gerações futuras. Estima-se que Pessoas com Deficiência apresentam probabilidade 50% maior de sofrer violência do que pessoas sem deficiência. Essa maior propensão ocorre devido à assimetria nas relações de poder a que estão produzindo grande vulnerabilidade se comparada às pessoas sem deficiência (MELLO; PEREIRA; PEREIRA et al., 2021).

No Brasil e, em Porto Alegre, os números relativos à morbimortalidade por causas externas (violência e acidentes) constituem uma das maiores preocupações para profissionais e gestores da saúde. Em Porto Alegre, no ano de 2020 estes agravos representaram a 3ª causa de morte na população em geral e a 2ª causa de morte na população na faixa etária de 20 a 59 anos.

Abaixo as principais ocorrências de morte por causas externas em 2020.

Gráfico 7 – Causas de morte por causas externas em Porto Alegre (2020)



Fonte: SIM/ EVEV/EVDANT/DVS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, destaca a construção de um modelo de atenção, que prioriza a qualidade de vida, com ações para prevenção de violências e estímulo à cultura de paz. Tem por objetivo atuar sobre os determinantes das doenças e agravos, investindo em políticas indutoras de modos de vida promotores de saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2010c).

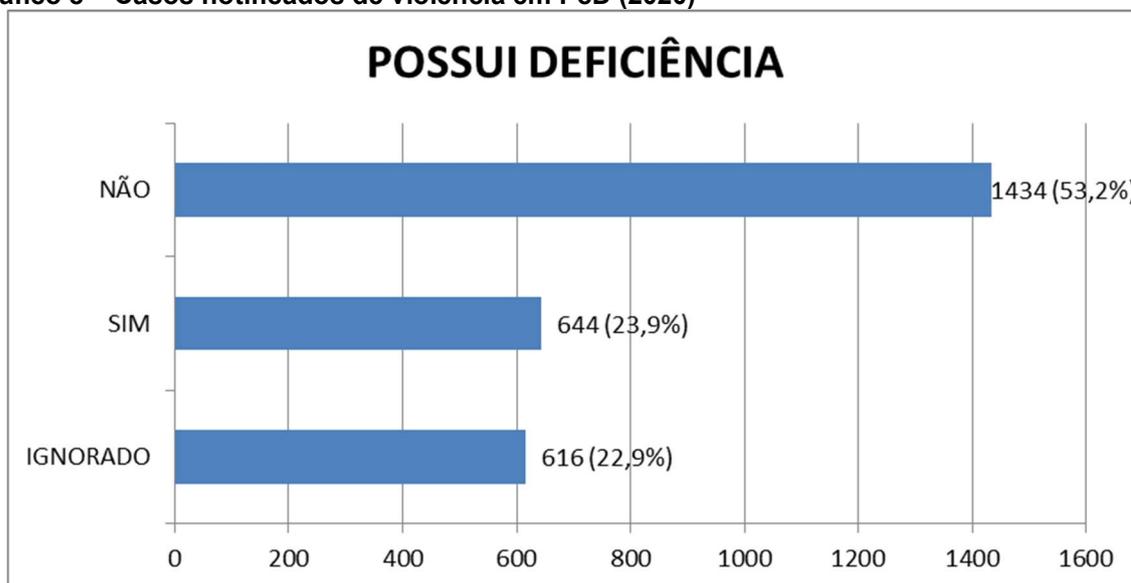
A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) determinou que os casos de suspeita ou de confirmação de violência (qualquer dano ou sofrimento físico ou psicológico) praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde, públicos e privados, à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015a).

Em Porto Alegre, a Equipe de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis (EVDANT/DVS), em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência, trabalha no sentido de monitorar e estimular a notificação de qualquer forma de mau trato, discriminação, ou exercício de poder que fira os direitos dos sujeitos envolvidos, através da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, realizando vigilância e acompanhamento dos casos.

No ano de 2020, dos 2.964 registros de notificação de violência – número que diminuiu em decorrência do isolamento e barreiras intensificadas pela Pandemia de Covid-19 – 644 registros (23,9%) foram de notificações de pessoas com deficiência.

Destes, 644, 58,1% foram de violência de repetição, ou seja, a Pessoa com Deficiência teve mais de uma notificação deste agravo.

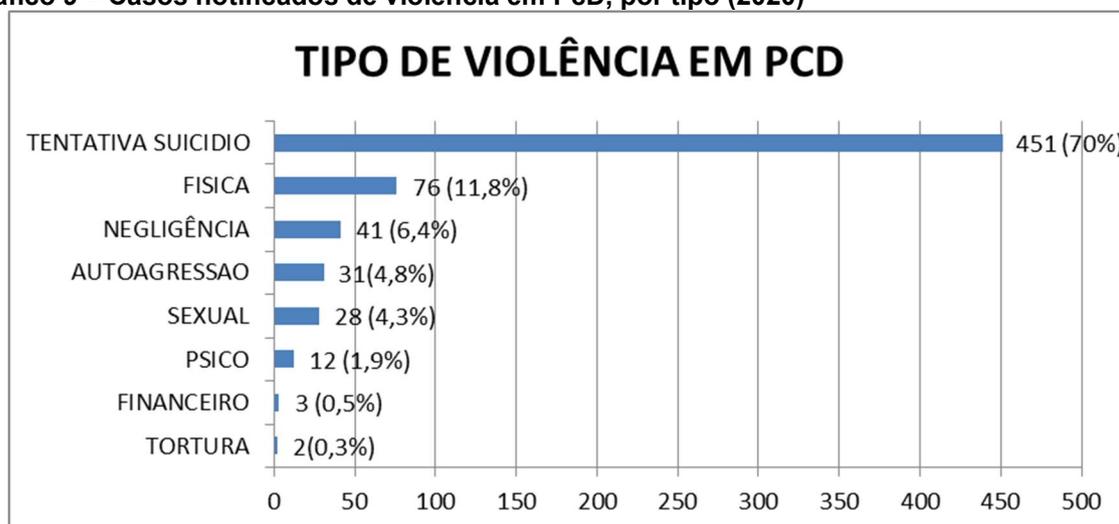
**Gráfico 8 – Casos notificados de violência em PcD (2020)**



Fonte: SINAN/EVDANT/DVS

Quanto ao tipo de violência em PcD, 70% são de notificações de violência autoprovocada.

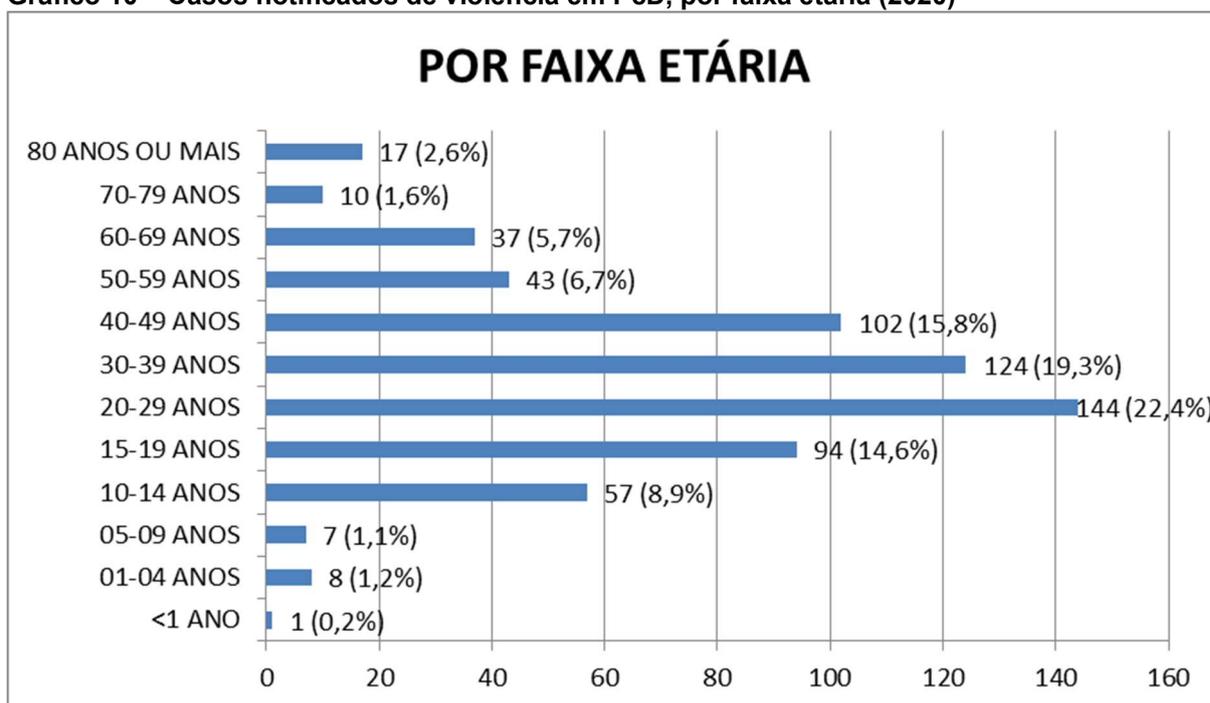
**Gráfico 9 – Casos notificados de violência em PcD, por tipo (2020)**



Fonte: SINAN/EVDANT/DVS

Quanto à faixa etária, as violências em PcD no ano de 2020 se concentraram na faixa etária dos 19 aos 49 anos, sendo a faixa dos 20 aos 29 anos com percentual de 22,4%.

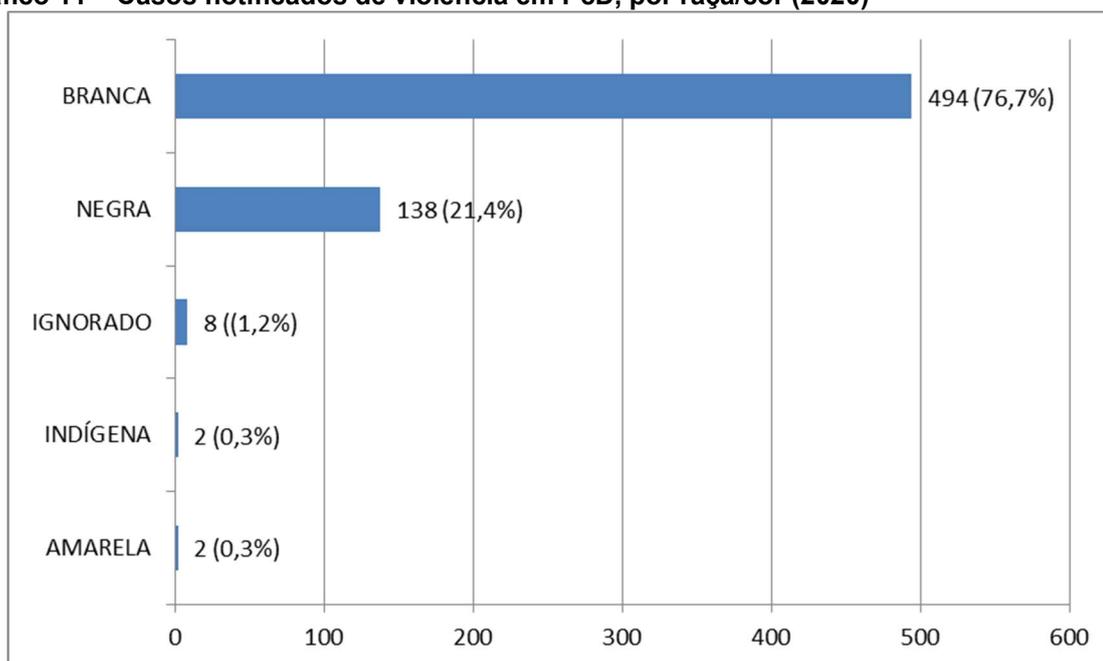
**Gráfico 10 – Casos notificados de violência em PcD, por faixa etária (2020)**



Fonte: SINAN/EVDANT/DVS.

Segundo o quesito raça/cor, 76,7% das PcD acometidas por violência são brancas. Nesse sentido, cabe contextualizar que o dado difere das informações sobre violência contra pessoas negras no Brasil, provavelmente pelas características étnicas de Porto Alegre. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), 75,8% das vítimas de homicídio, 64,3% das vítimas de latrocínio e 75,3% das vítimas de lesão corporal seguida de morte eram negras. Entre crianças e adolescentes vítimas da violência letal, 63% das crianças de 0 a 9 anos e 81% dos adolescentes de 15 a 19 anos eram negras. Partindo dessa realidade, podemos inferir que pessoas negras com deficiência, em decorrência do capacitismo potencializado pelo racismo, são acometidas e enfrentam mais barreiras à notificação de violências.

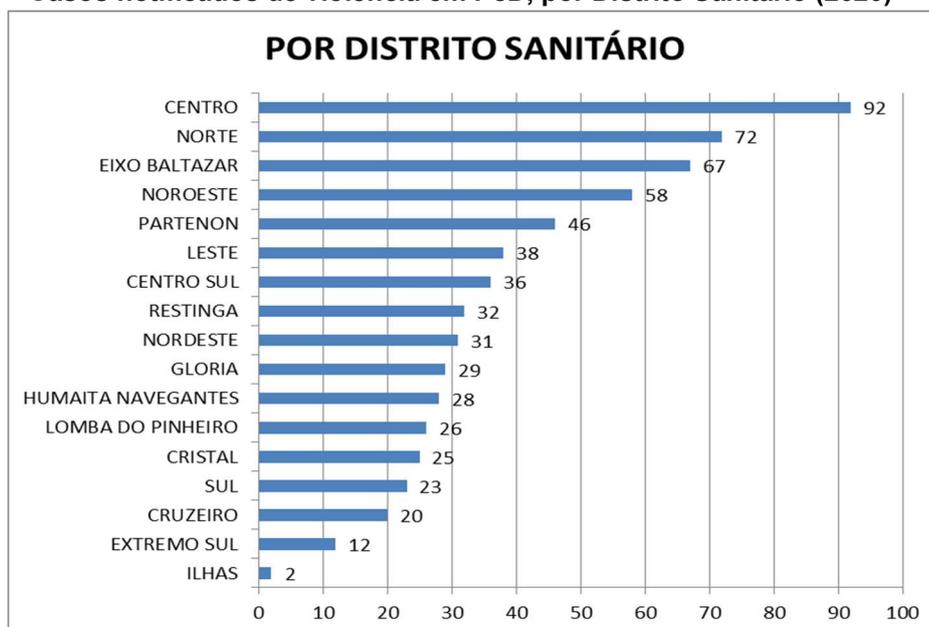
**Gráfico 11 – Casos notificados de violência em PcD, por raça/cor (2020)**



Fonte: SINAN/EVDANT/DVS, dados preliminares de 2021.

Em relação às regiões da cidade, o Distrito Sanitário Centro apresenta 14,3% dos registros de violência à Pessoa com Deficiência. Isto não quer dizer ser o Distrito mais violento em todos os tipos de violências por causas externas, mas sugere que seja o DS que realiza mais notificações de seus usuários.

**Gráfico 12 – Casos notificados de violência em PcD, por Distrito Sanitário (2020)**



Fonte: SINAN/EVDANT/DVS.

O desafio de prevenir e combater a violência e, neste caso, a violência contra Pessoas com Deficiências é um problema a ser enfrentado pela Rede de Atenção à

Saúde – RAS através de capacitação das equipes para o acolhimento de denúncias, principalmente de violência contra as mulheres, seus sinais e sintomas. A vigilância das violências, no município, capacita as equipes da APS para notificar as violências através de ficha Sinan de notificações compulsórias, (ficha de 2015), estas são encaminhadas por e-mail, malote ou mesmo entregues pessoalmente na EVDANT (Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, na Av. Padre Cacique 372 no 5º andar), onde são qualificadas, digitadas no Sistema Sinan do Ministério da Saúde, e geram relatórios quinzenais para as unidades de saúde, onde devem ser realizadas busca ativa e ativação da rede de acompanhamento da vítima. Estas fichas quando analisadas por sistemas de relatório, disparam registros no e-SUS da vítima quando observados que se tratam de violência de repetição.

As mulheres e meninas com deficiência são mais vulneráveis do ponto de vista individual e cultural às diversas formas de violência, inclusive o abuso sexual, na família, por cuidadores e no ambiente de trabalho.

A prevenção da violência passa pela parceria entre profissionais de saúde, gestores, movimento e controle social, garantindo o direito à saúde com acessibilidade nos diferentes níveis. A violência institucional deve ser igualmente combatida. Em Porto Alegre, destacamos a necessidade de ambulatórios ginecológicos e de pré-natal com camas ginecológicas acessíveis, exames de prevenção do câncer de mama com mamógrafos acessíveis, consultórios e banheiros acessíveis, entre outros. Ações que assegurem o direito à saúde integral das Pessoas com Deficiências.

Outro fator de agravo relacionado a causas externas são os acidentes de trânsito. Porto Alegre integra o Programa Vida no Trânsito (PVT), coordenado pelo Ministério da Saúde desde 2012, e faz a análise de todos os sinistros fatais, com o objetivo de identificar os fatores e condutas de risco que resultaram em ocorrências com mortes. As causas de sinistros de trânsito decorrem, na sua maioria, de ações comportamentais dos usuários das vias. A partir da identificação desses fatores e condutas de risco, como subsídio para as áreas de educação, planejamento e fiscalização, as ações são direcionadas para a prevenção de novos sinistros. Essas ações e a constante vigilância, voltadas para a minimização dos sinistros de trânsito em Porto Alegre, se dão através de um Comitê Intersetorial, que objetivam articulá-las entre órgãos públicos e parceiros em busca da redução de lesões e mortes por sinistros de trânsito para melhorar a segurança viária.

Segundo dados da Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (EVDANT), Porto Alegre apresentava uma taxa de 10,3 mortes por 100.000 habitantes em 2011 e passou para 4,3 em 2020, tendo antecipado em dois anos (2018) a redução de 50% na projeção do número de mortes preconizado na resolução da Década de Ações pela Segurança no Trânsito 2011 – 2020, lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Como resultado dessa metodologia, desde a implementação do PVT em Porto Alegre no ano de 2012, com exceção dos anos de 2013 e 2014, conforme mostra o gráfico abaixo, a partir de 2015 o quantitativo de mortes no trânsito reduziu gradativamente até o alcance da projeção estabelecida pela ONU, que era de no máximo 76 mortes para 2020, perfazendo um total menor ainda, de 64 óbitos no referido ano.

Em agosto de 2020, a Assembleia Geral da ONU definiu o período de 2021 a 2030 como a Segunda Década de Ação pela Segurança no Trânsito (OMS, 2021), com o objetivo de reduzir as mortes e lesões no trânsito em pelo menos 50% e, a esse respeito, invoca aos Estados Membros para que estendam as ações até 2030 em todas as metas relacionadas à segurança viária.

**Gráfico 13 – Número absoluto de mortes no trânsito por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS**



Fonte: EPTC/CATWEB.

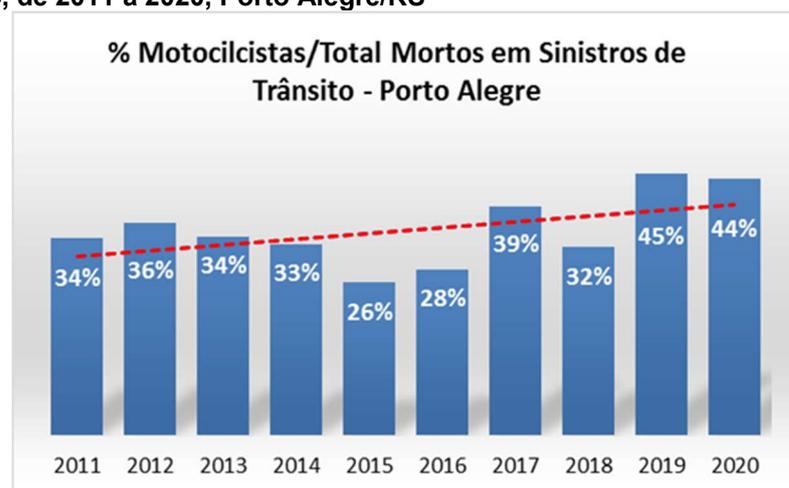
A implantação do PVT em Porto Alegre, com análise do período de 2012 a 2020, de todos os sinistros de trânsito (840) que resultaram em 868 mortes, permitiu a identificação dos fatores e condutas de risco, bem como dos grupos de risco mais vulneráveis: pedestre idoso (Gráfico 14) e motociclista (Gráfico 15).

**Gráfico 14 – Percentual de pedestres idosos mortos em sinistros de trânsito em relação ao total de pedestres mortos, por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS**



Fonte: EPTC/CATWEB.

**Gráfico 15 – Percentual de motociclistas mortos em sinistros de trânsito em relação ao total de mortos, por ano, de 2011 a 2020, Porto Alegre/RS**



Fonte: EPTC/CATWEB.

Portanto, o Programa Vida no Trânsito (PVT)<sup>6</sup> é uma importante estratégia para o alcance da redução de vidas perdidas no trânsito (BRASIL, 2017a).

<sup>6</sup> O PVT teve início em 2010 no Brasil e é coordenado pelo Ministério da Saúde, em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na redução das mortes e lesões graves no trânsito a partir da qualificação da informação, de ações planejadas, desenvolvidas e executadas intersetorialmente (BRASIL, 2017a).

#### 4.9 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos nos serviços de saúde

De acordo com NBR 9050/1994, da ABNT, promover a acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos meios de transportes e de comunicação. Nos prédios dos serviços de saúde, assim como em outros espaços urbanos, a falta de estruturas básicas para o uso das instalações pelas Pessoas com Deficiências é uma realidade. A ausência de mobiliários adequados, corrimãos nas escadas, rampas de acesso, banheiros adaptados e outros fatores são as principais reclamações dos usuários de serviços públicos de saúde (SIQUEIRA; FACHINNI; SILVEIRA et al., 2009).

Na SMS, levantamento efetuado pela Coordenação de Infraestrutura e Manutenção, sobre as condições das edificações quanto a adaptação à acessibilidade demonstrou o seguinte panorama:

**Quadro 17 – Situação dos prédios próprios, cedidos/conveniados e locados segundo critérios de acessibilidade**

| Critérios de acessibilidade       | Prédios Próprios | Prédios Cedidos/<br>Conveniados | Prédios Locados |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|-----------------|
|                                   | %                | %                               | %               |
| Acesso nível (rampa)              | 71               | 57                              | 32              |
| Corrimão                          | 29               | 15                              | 0               |
| Sanitário PcD                     | 9                | 2                               | 0               |
| Balcão Atendimento                | 3                | 0                               | 0               |
| Rota Acessível                    | 2                | 0                               | 0               |
| Sinalização                       | 1                | 0                               | 0               |
| Vaga                              | 7                | 2                               | 0               |
| <b>Total de número de prédios</b> | 108              | 47                              | 22              |

Fonte: CIM/DA/SMS. ATUALIZADO EM 2020

De modo geral, os prédios próprios da SMS são os que apresentam os maiores percentuais de adequação à acessibilidade física/arquitetônica, enquanto os prédios locados são os que apresentam os menores. Sendo assim, observa-se que a situação dos serviços de saúde é desfavorável ao acesso às pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida e muito precisa ser feito.

Destaca-se ainda que o critério “acesso nível (rampa)” é o que apresenta os melhores percentuais, sendo 71% dos prédios próprios, 57% dos prédios conveniados e 32% dos prédios locados atendem a este requisito. A “sinalização” é o critério menos observado nos serviços de saúde, sendo que apenas em 1% dos prédios próprios

possuem de forma acessível, enquanto que os prédios cedidos/conveniados e os prédios locados não têm sinalização adequada.

Outra preocupação é a ausência de equipamentos acessíveis, tais como para a realização de exames como a mamografia, uma vez que o município não dispõe de mamógrafo com acessibilidade, de forma a possibilitar que as mulheres cadeirantes, com mobilidade reduzida ou nanismo tenham seus direitos garantidos.

#### **4.10 Transporte Sanitário Eletivo**

De acordo com a Resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017, o Transporte Sanitário Eletivo é destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS (não urgentes e emergenciais), de forma programada, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. Essa modalidade de transporte é voltada ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Deve ser realizada por veículos tipo lotação: micro-ônibus, vans, embarcações (BRASIL, 2017f).

Ainda, de acordo com a Resolução nº 005/18 – CIB/RS, o Transporte Sanitário é um veículo adaptado, destinado ao deslocamento de pacientes para a realização de atendimento em Reabilitação, exames e procedimentos de caráter eletivo, no âmbito do SUS, agendados pelas Secretarias de Saúde ou respectivas Centrais de Regulação Ambulatorial. Serão usuários desses serviços 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 (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Em Porto Alegre, o serviço atualmente é administrado pelo setor de transporte sanitário eletivo vinculado ao SAMU, apesar de não se tratar de um serviço de urgência/emergência. É realizado por 15 (quinze) vans, sendo somente uma adaptada a cadeirantes e 2 (duas) ambulâncias contratadas. As vans atendem em média 200 usuários por mês e as ambulâncias realizam em torno de 400 atendimentos mensais.

A solicitação de atendimento é registrada em formulário específico nas Unidades de Saúde, sendo as demandas encaminhadas mensalmente às Coordenadorias de Saúde, responsáveis pela análise e direcionamento ao setor de transporte eletivo.

Estima-se que em torno de 10% das demandas mensais (20 usuários) fiquem sem a cobertura do serviço, sendo objeto de reivindicação e registro de ouvidorias as demandas relacionadas aos horários, roteiros, qualidade, sendo necessária ampliação da frota, visando a qualificação deste serviço prestado pela PMPA. Ainda, o atendimento realizado para todas as zonas da cidade apresenta limitações quanto ao tempo de deslocamento que gera prejuízos aos usuários que utilizam esse transporte, o que sugere uma ampliação do serviço maior do que a estimativa oficial seja por via de ampliação de contratos já existentes ou por meio da revisão do modelo de prestação de serviço como um todo (ex. contratualização do transporte sanitário diretamente pelo serviço de destino).

Por fim, é preciso reorganizar as demandas desse serviço garantindo que o Transporte Sanitário Eletivo, administrado pela SMS e consoante à legislação do SUS, seja destinado exclusivamente ao deslocamento de usuários para procedimentos eletivos não urgentes e emergenciais.

#### **4.11 Trabalhadores com Deficiência**

Aos candidatos inscritos pelas reservas de vagas para Pessoas com Deficiência (PcD) serão assegurados o percentual de 10% das vagas oferecidas nos concursos públicos da PMPA, incluídas as que forem criadas durante o prazo de validade dos concursos, nos termos da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 (BRASIL, 1989), regulamentada pelo Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 (BRASIL, 1999).

O candidato PcD deverá, no ato da inscrição no concurso público, declarar-se pessoa com deficiência, e preencher o campo específico da sua opção, sob pena de não ter direito ao benefício da reserva de vagas caso não efetue esse registro.

Os candidatos aprovados à reserva de vagas para PcD, após a nomeação e antes da posse, para fins de análise de Comissão instituída para fins de avaliação, devem apresentar no prazo de 15 (quinze) dias a partir da portaria de nomeação, laudo médico original, com a assinatura do médico, carimbo e seu número de Registro no Conselho Regional de Medicina, contendo nome e documento de identidade do candidato, informando a espécie e o grau/nível da deficiência, bem como sua provável causa, com expressa referência ao código correspondente da Classificação

Internacional de Doenças (CID-10) emitido nos últimos 90 (noventa) dias, contados da nomeação.

A posse no cargo será efetuada quando tiver parecer favorável quanto à deficiência apresentada e sua compatibilidade com as atribuições essenciais do cargo pela Comissão, caso o candidato não seja reconhecido como pessoa com deficiência pela comissão específica, perderá o direito à nomeação pela reserva de vagas, permanecendo somente na lista de classificação geral ou quando a comissão específica concluir que a deficiência alegada pelo candidato é incompatível com as atribuições e atividades do cargo, o candidato será excluído do concurso.

Atualmente, há na administração centralizada 10.104 servidores efetivos, sendo 604 ingressaram pelas cotas de PcD, um percentual de aproximadamente 6%. Na SMS, cerca de 1,5% dos trabalhadores são Pessoas com Deficiência.

No que tange à qualificação dos cuidados às pessoas com deficiências, o registro completo dos prontuários e a identificação dos tipos de deficiência são fundamentais para o subsídio das políticas de saúde.

## 5 FINANCIAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2022a) determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o SUS, gerando recursos necessários às despesas com ações e serviços públicos de saúde. O financiamento deve atentar aos princípios do SUS, promovendo a universalidade e integralidade do sistema, o que, no entanto, devido às restrições orçamentárias – sobretudo nos municípios – faz com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS (FIOCRUZ, 2021). No que tange ao financiamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foram selecionadas portarias ministeriais e estaduais que estabelecem o repasse de recursos ao município para prestação de serviços, conforme segue:

**Tabela 12 – Repasses de valores para a RCPcD**

| Portaria                         | Ementa   | Objeto   | Valor/Ano        |
|----------------------------------|--|--|------------------|
| Portaria nº 2.109, de 21/09/2012 | Estabelece recurso a ser incorporado ao limite Financeiro anual de média e alta complexidade dos Estados, Distrito Federal e municípios.   | § 1o Os recursos serão destinados ao custeio de procedimentos de manutenção/adaptação de OPMs auxiliares de locomoção, ortopédicas, auditivas e oftalmológicas, da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS, conforme anexo a esta Portaria.   | R\$ 448.339,60   |
| Portaria nº 839, de 14/05/2013   | Estabelece recursos do bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a ser incorporado ao limite financeiro anual de média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios.   | Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD); Oficina Ortopédica Fixa   | R\$ 648.000,00   |
| Portaria nº 3.164, de 03/12/2019 | Altera, desabilita e habilita Centro Especializado em Reabilitação - CER; e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos | Art. 1o Ficam habilitados como Centros Especializados em Reabilitação - CER, os estabelecimentos descritos no Anexo I. Art. 2o Ficam alteradas as habilitações dos Centros Especializados em Reabilitação -CER, os estabelecimentos descritos no Anexo II. Art. 3o Fica desabilitado o estabelecimento CEREPAL como 22.02 - Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário, conforme Anexo III. CEREPAL: Centro Especializado em Reabilitação (CER)- Modalidade física; Centro Especializado em Reabilitação | R\$ 1.680.000,00 |

|                                     |  |   |                           |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------|
|                                     | Estados e Municípios.  | (CER)- Modalidade Intelectual;<br>Centro Especializado em Reabilitação II<br>(CER II)   |                           |
| Portaria nº 3.253,<br>de 29/12/2016 | Habilita o Hospital de<br>Clínicas de Porto Alegre,<br>como Serviço de<br>Referência em Doenças<br>Raras, no Estado do Rio<br>Grande do Sul  | Serviço de Referência em Doenças Raras<br>– Eixo I – Doença Rara de Origem<br>Genética: 2-Deficiência Intelectual<br>associada a Doenças Raras; Serviço de<br>Referência em Doenças Raras – Eixo I –<br>Doença Rara de Origem Genética: 3 –<br>Erro Inato de Metabolismo (EIM);   | R\$<br>497.760,00<br>/ano |
| Portaria nº 2.801,<br>de 15/09/2010 | Estabelece recursos a<br>serem incorporados ao<br>Teto Financeiro Anual de<br>Média e Alta<br>Complexidade do Estado<br>do Rio Grande do Sul e do<br>Município de Porto Alegre<br>(BRASIL, 2010e). | Considerando a Portaria nº 3.129/GM/MS,<br>de 24 de dezembro de 2008, que<br>estabelece recursos financeiros a serem<br>incorporados ao Teto Financeiro Anual de<br>Média e Alta Complexidade dos Estados e<br>Distrito Federal para habilitação de<br>serviços de Reabilitação Visual;<br>[...]<br>Art. 1º Estabelecer recursos financeiros no<br>montante de R\$ 880.703,34 (oitocentos e<br>oitenta mil setecentos e três reais e trinta<br>e quatro centavos), a serem incorporados<br>ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta<br>Complexidade do Estado de Rio Grande<br>do Sul e do Município de Porto Alegre. | R\$<br>880.703,34         |
| PORTARIA SES<br>Nº 537/2021         | Regulamenta, no âmbito<br>do Estado do Rio Grande<br>do Sul, o ASSISTIR -<br>Programa de Incentivos<br>Hospitalares.   | Regra os incentivos estaduais para<br>atenção hospitalar, incluindo<br>AMBULATÓRIO DA PESSOA COM<br>DEFICIÊNCIA   | DIVERSOS                  |

Fonte: DFMS/SMS.

A seguir serão feitas as considerações finais deste plano.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este PLANO MUNICIPAL DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 2022-2025 foi construído coletivamente tanto pelos representantes constantes no Grupo Condutor (Portaria Municipal nº 126 de 2 de março de 2022), composto por técnicos dos órgãos governamentais, representantes da sociedade civil e do controle social da saúde, quanto por outros colaboradores integrantes dos quadros da Secretaria Municipal da Saúde.

O processo de formulação deste importante instrumento de planejamento foi envolto por desafios, dificuldades, parcerias e muito aprendizado. Os maiores desafios e dificuldades estiveram relacionadas a condições estruturais, uma vez que houve a necessidade de reconstrução da área técnica de saúde da pessoa com deficiência em que apenas uma servidora de referência precisou conciliar a condução deste trabalho com outras atividades, dividindo sua rotina de trabalho com a área técnica da saúde dos imigrantes. A definição inicial do escopo do plano, a inexistência de dados atualizados pela não realização do Censo 2020 do IBGE, bem como o estudo e conhecimento da legislação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foram fatores que demandaram esforço, criatividade e parceria para levar o trabalho a cabo. Ressalte-se a adesão do Grupo Condutor que acolheu a metodologia proposta pela área técnica e de planejamento, participando de forma assídua e comprometida nas reuniões, através dos representantes da sociedade civil e do Conselho Municipal de Saúde, no período de novembro/2021 a março/2022, o que qualificou o debate e conteúdo deste plano. Mesmo com eventuais divergências de rumos ou de ideias, a maior motivação dos participantes sempre foi estabelecer um documento potente e útil para sugerir caminhos que proporcionem a estruturação da Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, por meio de melhores serviços, organização e planejamento adequado ao atendimento dos usuários de Porto Alegre.

Por fim, o desejo comum é que os compromissos ora firmados em termos de objetivos e metas tenham a aceitação por todos os envolvidos tanto política quanto tecnicamente para que os efeitos alcancem quem mais precisa: as Pessoas com Deficiência.

## 7 EIXOS, OBJETIVO E METAS

### I - Educação Permanente

1. Fortalecer o trabalho e a educação em saúde;

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 1        | 1  | Divulgar 100% dos protocolos e fluxos de encaminhamento dos serviços vinculados à RCPcD, quadrimestralmente, e sempre que houver atualizações.   | DAPS        |
| 1        | 2  | Atualizar e divulgar a BVAPS, quadrimestralmente, no tópico da Área Técnica PcD, ou sempre que houver atualizações de informações relativas à RCPcD.   | DAPS        |
| 1        | 3  | Divulgar 100% dos fluxos e tipos de OPMs disponíveis para dispensação no SUS sempre que houver atualizações.   | DAPS        |
| 1        | 4  | Realizar, pelo menos a cada dois anos, capacitação aos trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde sobre a RCPcD, incluindo a temática dos direitos das Pessoas com Deficiência no âmbito do SUS. | DAPS        |

### II - Ampliação e qualificação do acesso à Atenção Especializada em Reabilitação

2. Oferta adequada e, em tempo oportuno, ao atendimento especializado para os serviços de reabilitação física, intelectual, psicossocial, visual, auditiva, ostomias, especialidades odontológicas, deficiências múltiplas e doenças raras;

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 2        | 5  | Encaminhar para habilitação, segundo critérios do MS, no mínimo mais 1 (um) Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual        | DC          |
| 2        | 6  | Monitorar, semestralmente, o seguimento do cuidado dos pacientes vinculados aos componentes da RCPcD contratualizados e habilitados. | DR          |
| 2        | 7  | Implantar o Centro de Referência em Transtorno do Espectro Autista (PROMETA 85)  | DAPS/HMIPV  |
| 2        | 8  | Implantar 1 (um) CAPS Infantil na região Sul (PMS 2022-2025)   | DAPS        |
| 2        | 9  | Encaminhar para habilitação, segundo critérios do MS, no mínimo mais 1 (um) Serviço Especializado em Reabilitação Visual             | DC          |
| 2        | 10 | Encaminhar para habilitação, segundo critérios do MS, no mínimo mais 1 (um) Serviço Especializado em Reabilitação Auditiva           | DC          |

|   |    |   |      |
|---|----|---|------|
| 2 | 11 | Completar as 3 (três) equipes dos Serviços de Estomias do município, por meio da disponibilização de carga horária de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e médicos clínicos para atendimento aos usuários estomizados, conforme Portaria nº 400/09. | DAPS |
| 2 | 12 | Incorporar, no mínimo, 4 (quatro) Centros de Especialidades Odontológicas à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPcD) de acordo com os critérios previstos na Portaria GM/MS 1.341, de 13 de junho de 2012.  | DAPS |
| 2 | 13 | Tornar a proporção entre oferta e demanda de primeiras consultas de genética pediátrica entre 0,8 e 1   | DC   |
| 2 | 14 | Completar as 2 (duas) equipes dos Serviços de Reabilitação Física do município para habilitação como Serviço Especializado em Reabilitação Física segundo critérios do MS   | DAPS |
| 2 | 15 | Constituir 1 (um) CER II no CS IAPI (Física + Auditiva ou Intelectual) para habilitar segundos critérios do MS  | DAPS |

### **III. Aquisição/Dispensação de insumos e OPMs relacionados à RCPcD**

3. Assegurar a qualidade das fraldas; Facilitar o acesso aos serviços de dispensação das fraldas; Garantir adequada dispensação do insumo fralda;
4. Garantir a dispensação de todas as OPMs que constam na tabela SUS; Dispensação de OPMs em tempo oportuno relacionado com a necessidade de cada usuário por todos os serviços da RCPcD;
5. Viabilizar a dispensação dos insumos relacionados à RCPcD, em tempo oportuno, e de acordo com a necessidade de cada usuário;

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 3        | 16 | Garantir a continuidade (não-interrupção) da dispensação das fraldas   | DAPS        |
| 3        | 17 | Assegurar a qualidade do insumo fralda   | DA          |
| 3        | 18 | Criar alternativas para descentralizar e facilitar acesso aos serviços de dispensação de fraldas                                       | DAPS        |
| 4        | 19 | Garantir a dispensação de todas as OPMs que constam na tabela SUS, em tempo oportuno e, relacionada com a necessidade de cada usuário. | DAPS        |
| 5        | 20 | Viabilizar a oferta adequada de cateter vesical de alívio com garantia de qualidade e quantidade mínima apropriada.                    | DAPS        |

### **IV. Acessibilidade, Infraestrutura e Equipamentos**

6. Avançar na adaptação física, arquitetônica e estrutural dos serviços de saúde para torná-los acessíveis às Pessoas com Deficiência em cumprimento à Norma Brasileira Regulamentadora NBR 9050/ABNT (ABNT, 2020);
7. Viabilizar a acessibilidade comunicacional (TILSP Libras) de forma a contemplar as necessidades dos usuários nos serviços de saúde do município;

| Objetivo | Nº | Metas   | Responsável |
|----------|----|---|-------------|
| 6        | 21 | Adaptar 100% dos serviços de saúde à acessibilidade física, arquitetônica e estrutural em cumprimento à legislação e Norma Brasileira Regulamentadora NBR 9050/ABNT.  | DA          |
| 6        | 22 | Implementar 1 (um) banheiro acessível com sanitário adaptado para realização de irrigação intestinal para usuários em atendimento no consultório de estomias do Centro de Saúde Vila dos Comercários, conforme Portaria 400/09. | DA          |
| 6        | 23 | Implementar 1 (um) banheiro com acessibilidade universal, incluindo o sanitário adaptado para os usuários de estomias, nos Centros de Saúde Vila dos Comercários e IAPI, conforme Portaria 400/09.                              | DA          |
| 6        | 24 | Instalar placas de identificação e sinalização nos 3 (três) Serviços de Estomias do município de Porto Alegre.  | DA          |
| 6        | 25 | Instalar placas de sinalização de atendimento preferencial para Pessoas com Deficiência em 100% dos serviços de saúde do município (ex. símbolo da acessibilidade universal)  | DA          |
| 7        | 26 | Viabilizar o serviço profissional de TILSP Libras à disposição da SMS, presencial ou remotamente, de forma a contemplar as necessidades dos usuários quando em atendimento nos serviços de saúde do município.                  | DAPS        |

\* Vide conceito de acessibilidade constante no diagnóstico.

## V. Recursos Humanos

8. Adequação do quantitativo de profissionais próprios e contratualizados visando o atendimento qualificado pelos serviços da RCPcD;

| Objetivo | Nº | Metas   | Responsável |
|----------|----|---|-------------|
| 8        | 27 | Adequar o quantitativo de profissionais (próprios e contratualizados) visando o atendimento qualificado aos serviços da RCPcD a partir do dimensionamento de pessoal da SMS | DA          |
| 8        | 28 | Atender ao previsto na Lei Federal nº 14.231/2021 que dispõe sobre a inclusão de profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional na ESF                                | DAPS        |
| 8        | 29 | Garantir o percentual mínimo de 10% de trabalhadores com deficiência na saúde em atendimento à legislação   | DA          |

## VI. Gestão e Governança dados e informações na RAS

9. Qualificar o conhecimento quanto à realidade epidemiológica da PcD no município;

| Objetivo | Nº | Metas   | Responsável |
|----------|----|---|-------------|
| 9        | 30 | Qualificar o planejamento, monitoramento e avaliação da RCPcD a partir do Plano Municipal de Cuidados em Saúde da Pessoa com Deficiência 2022-2025.                                     | ASSEPLA     |
| 9        | 31 | Orientar os profissionais quanto à importância dos registros completos nos sistemas de informação em saúde, a fim de qualificar e obter dados quanto à realidade epidemiológica da PcD. | DAPS        |
| 9        | 32 | Efetuar parametrização de sistemas de informação em saúde a fim possibilitar registro adequado de campos de identificação de Pessoas com Deficiência                                    | TI/SMS      |
| 9        | 33 | Realizar levantamento das Pessoas com Deficiência moradoras nos territórios das Unidades de Saúde para qualificar a assistência à saúde   | DAPS        |

## **VII. Prevenção à violência contra as Pessoas com Deficiência**

10. Estimular a prevenção e a notificação de violência à Pessoa com Deficiência;

| <b>Objetivo</b> | <b>Nº</b> | <b>Metas</b>   | <b>Responsável</b> |
|-----------------|-----------|--|--------------------|
| 10              | 34        | Estimular a prevenção e a notificação de violência à Pessoa com Deficiência  | DVS                |
| 10              | 35        | Viabilizar em parceria com áreas técnicas, demais Secretárias e entidades ações de capacitação para promoção e prevenção à violência contra às Pessoas com Deficiência nas comunidades | DAPS               |
| 10              | 36        | Garantir a participação da SMS no Comitê Vida no Trânsito com a perspectiva da saúde das Pessoas com Deficiência   | DVS                |

## **VIII. Exames diagnósticos e Triagem neonatal**

11. Promoção e identificação oportuna de deficiências e comorbidades, por meio de pré-natal adequado; exames e triagem neonatal, com garantia de acompanhamento dos recém-nascidos, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

12. Necessidade de qualificação na gestão de dados e informações relativas aos resultados de exames de triagem neonatal, como por exemplo da Triagem Auditiva Neonatal, para possibilitar adequado planejamento, monitoramento e avaliação de ações;

| <b>Objetivo</b> | <b>Nº</b> | <b>Metas</b>   | <b>Responsável</b> |
|-----------------|-----------|--|--------------------|
| 11              | 37        | Promover a identificação oportuna de deficiências e comorbidades, por meio de pré-natal adequado; exames e triagem neonatal, garantindo acompanhamento dos recém-nascidos, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades. | DAPS               |
| 12              | 38        | Criar mecanismo de notificação sobre o quantitativo dos recém-nascidos diagnosticados com surdez, após encaminhados para a Alta Complexidade.  | DAPS               |

## **IX. Transporte Sanitário Eletivo**

13. Garantia de transporte sanitário eletivo para todas as pessoas com deficiência para consultas, exames e procedimentos em instituições vinculadas ao SUS;

14. Qualificação da gestão do Transporte Sanitário Eletivo pela SMS contemplando desde o cadastro até a logística (roteiros, horários e efetivo de veículos para o transporte);

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 13       | 39 | Ampliar em 30% o efetivo total de veículos, garantindo a acessibilidade, destinado ao Transporte Sanitário Eletivo aos usuários em consultas, exames e procedimentos em instituições vinculadas ao SUS | DA          |
| 14       | 40 | Qualificar a regulação, as demandas, os fluxos assistenciais e a gestão do Transporte Sanitário Eletivo  | DAPS        |

### **X. Comunicação em Saúde**

15. Realização de ações/campanhas de comunicação em saúde, atendendo aos princípios/legislação da acessibilidade comunicacional, voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e fluxos de atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência;

16. Inclusão das Pessoas com Deficiência nas atividades relativas às datas alusivas à saúde, de acordo com o calendário estabelecido no PMS 2022-2025;

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 15       | 41 | Realizar ações/campanhas de comunicação em saúde atendendo aos princípios/legislação da acessibilidade comunicacional, voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e fluxos de atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência | DAPS        |
| 16       | 42 | Incluir Pessoas com Deficiência nas atividades relativas às datas alusivas à saúde, de acordo com o calendário estabelecido no PMS 2022-2025.  | DAPS        |

### **XI. Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência**

17. Qualificar a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência para responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

18. Ampliação e qualificação do acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim;

19. Ampliação de leitos de reabilitação e cuidados prolongados;

20. Ampliar a atenção domiciliar visando à desospitalização e articulação com as Unidades de Saúde da APS;

| Objetivo | Nº | Metas   | Responsável |
|----------|----|---|-------------|
| 17       | 43 | Qualificar o acolhimento nas situações de urgência e emergência para as pessoas com deficiência de acordo com a classificação de risco (prioridade das PcD dentro da mesma classificação Manchester). | DAHU        |

|    |    |  |      |
|----|----|--|------|
| 18 | 44 | Adequar os centros cirúrgicos e equipes de referência para atendimentos sob sedação ou anestesia geral, em situações de urgências e emergências odontológicas, a Pessoas com Deficiência.  | DAHU |
| 19 | 45 | Ampliar de 56 para 100 o número de leitos de cuidados prolongados em hospital geral, conforme limite máximo previsto no Plano de Ação Regional (PAR) - CIB 056/2020 e Portaria 2.809/2012. | DAHU |
| 20 | 46 | Ampliar para 17 equipes de atenção domiciliar (PMS 2022-2025)  | DAHU |

## **XII. Estrutura Organizacional, Participação e Controle Social**

21. Fortalecer e potencializar a participação do controle social; e

22. Garantir na estrutura organizacional da gestão da SMS área técnica responsável pela RCPcD.

| Objetivo | Nº | Metas  | Responsável |
|----------|----|--|-------------|
| 21       | 47 | Fortalecer e potencializar o controle social por meio da participação das Pessoas com Deficiência no Conselho Municipal de Saúde - CMS/Poa | CMS         |
| 22       | 48 | Garantir na estrutura organizacional da gestão SMS unidade de referência pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                    | DAPS        |

## REFERÊNCIAS

ABNT. **ABNT NBR 9050** – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 3. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2015. Disponível em: [http://acessibilidade.unb.br/images/PDF/NORMA\\_NBR-9050.pdf](http://acessibilidade.unb.br/images/PDF/NORMA_NBR-9050.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

AGÊNCIA BRASIL. **Exame continua fora da tabela do SUS e prejudica pacientes com câncer**. Rio de Janeiro: Agência Brasil, 2014. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-11/sabado-pet-ct-continua-fora-da-tabela-do-sus-e-prejudica-pacientes-com-cancer>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BAHIA. **Instrução Normativa** – Lista de procedimentos, dispositivos ou insumos em saúde sem cobertura assistencial ou com cobertura criterizada (parcial). Bahia: Secretaria de Administração do Governo do Estado, 2019. Disponível em: <https://www.planserv.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Lista-de-Procedimentos-Dispositivos-ou-Insumos-em-Saude-sem-Cobertura-Assistencial-ou-com-Cobertura-Criterizada-Parcial.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

BARROSO, Ralf Braga; SCHMITT, Ana Carolina Basso. Os desafios da Atenção Básica enquanto coordenadora do cuidado na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 24, n. 2, p. 236-237, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34818/23487>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BELO HORIZONTE. **Plano de Políticas para as Pessoas com Deficiência**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2019. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2020/Planos%20Municipais/Resolucao%20CMDPD%2006-19%20Plano%20Municipal%20para%20Pessoas%20com%20Deficiencia%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2020/Planos%20Municipais/Resolucao%20CMDPD%2006-19%20Plano%20Municipal%20para%20Pessoas%20com%20Deficiencia%20(1).pdf). Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010** – Pessoas com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012a. 32 p. Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988 [alterada até Emenda Constitucional nº 116 de 2022]. Brasília: Presidência da República, 2022a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: Presidência da República, 2009a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília: Presidência da República, 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm). Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 86p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância:** detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 44p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_saude\\_ocular\\_infancia\\_prevencao\\_deficiencias\\_visuais.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 120p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 108p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_manutencao\\_orteses\\_proteses\\_auxiliares\\_locomocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_proteses_auxiliares_locomocao.pdf). Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **Guia Vida no Trânsito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 332p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vida\\_transito\\_2017.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vida_transito_2017.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171051/20165156-instrutivo-reabilitacao-rede-pcd-saips-01-06-14-ft.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1989. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 07 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília: Presidência da República, 2010a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.319, de 01 de setembro de 2010**. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS. Brasília: Presidência da República, 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12319.htm). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.002 de 2014**. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Brasília: Presidência da República, 2014c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 14.154, de 26 de maio de 2021.** Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2021a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14154.htm). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 14.231, de 28 de outubro de 2021.** Inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Brasília: Presidência da República, 2021b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14231.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14231.htm). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 156p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 52p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Manual de uso do sistema SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014d. 19p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/saips/manual-gestor-e-cadastrador-marco-2014.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Manual Instrutivo RCPD.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_instutivo\\_rcpd.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instutivo_rcpd.pdf). Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica nº 35/2018 – Anquiloglossia em recém-nascidos.** Com a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, esta Nota Técnica visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 12p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia\\_ministerio\\_saude\\_26\\_11\\_2018\\_nota\\_tecnica\\_35.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf). Acesso em: 09 mar. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica nº 418/2021** – CGGAP/DESF/SAPS/MS. Nota Metodológica da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/nota-metodologica-da-cobertura-da-atencao-primaria.pdf/view>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 158p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_integradas\\_vigilancia\\_atencao\\_emergencia\\_saude\\_publica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf). Acesso em: 08 mar. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 60p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010d. 24p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html>. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014**. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0020\\_10\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0020_10_06_2014.html). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2014f. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142\\_27\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília: Ministério da Saúde, 2014g. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\\_30\\_01\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009.** Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html). Acesso em 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria 483, de 01 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014h. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em 02 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 599, de 23 de março de 2006.** Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599\\_23\\_03\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012.** Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de

Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001.** Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822\\_06\\_06\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002.** Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.099, de 08 de novembro de 2021.** Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.099-de-8-de-novembro-de-2021-359465273>. Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012.** Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades

Odontológicas – CEO e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341\\_13\\_06\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.940, de 28 de junho de 2018.** Inclui Procedimento Oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC dos Estados. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/28315598/do1-2018-07-03-portaria-n-1-940-de-28-de-junho-de-2018-28315575](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/28315598/do1-2018-07-03-portaria-n-1-940-de-28-de-junho-de-2018-28315575). Acesso em: 02 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.801, de 15 de setembro 2010.** Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Porto Alegre. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2801\\_15\\_09\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2801_15_09_2010.html). Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012g. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809\\_07\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html). 23 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012.** Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº

822/GM/MS, de 6 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2012h. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829\\_14\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html). Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008.** Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128\\_24\\_12\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html). Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.253, de 29 de dezembro 2016.** Habilita o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como Serviço de Referência em Doenças Raras, no Estado do Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3253\\_29\\_12\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3253_29_12_2016.html). Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html). Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).  
Acesso: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010f. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Publicações da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 21 fev, 2022.

BRASIL. **Referenciais de acessibilidade na educação superior e a avaliação in loco do sistema nacional de avaliação da educação superior (SINAES)**. Brasília: Ministério da Educação, 2013d. Disponível em: [http://www.ampesc.org.br/\\_arquivos/download/1382550379.pdf](http://www.ampesc.org.br/_arquivos/download/1382550379.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

BRASIL. **RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012i. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_acoes\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017**. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRASIL. **Triagem neonatal biológica**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 80 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf). Acesso em: 09 mar. 2022.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 207-10, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/207-210/pt>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONASS. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS – Atualização da Minuta de Portaria para a Assembleia do CONASS em 21/03/2012**. Brasília: CONASS, 2012a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-03-2012-Atualizacao-da-REDE-DE-PESSOA-COM-DEFICIENCIA.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

CONASS. **Rede de Atenção às Urgências**: Minuta de portaria que estabelece a organização das Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências – Componente Hospitalar. Brasília: CONASS, 2012b. Disponível em: [https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-28\\_2012-UNIDADES-DE-CUIDADOS-PROLONGADOS-.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-28_2012-UNIDADES-DE-CUIDADOS-PROLONGADOS-.pdf). Acesso: 23 mar. 2022.

CFO. **Resolução nº 167, de 15 de dezembro de 2015**. Normatiza o agendamento e o atendimento prioritário às pessoas portadoras de necessidades especiais ou mobilidade reduzida nas clínicas e consultórios odontológicos. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 2015. Disponível em: [http://www.anamt.org.br/site/upload\\_arquivos/legislacao\\_2015\\_812016113356533424.pdf](http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/legislacao_2015_812016113356533424.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

DIAS, Sueli de Souza; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 169-182, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/HQwb73v6jhsrVZdwJfhXvhc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 mar. 2022.

FIOCRUZ. **Pense SUS – a reflexão fortalece essa conquista – Financiamento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [2021]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Infográfico – A violência contra pessoas negras no Brasil 2021**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/11/infografico-violencia-desigualdade-racial-2021-v3.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

IBGE. **Censo Brasileiro, 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 02 mar. 2022.

IBGE. **IBGE Cidades – Porto Alegre**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 02 mar. 2022.

IBGE. **Nota Técnica nº 01/2018**: Releitura dos Dados de Pessoas com Deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das Recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf). Acesso em: 02 mar. 2022.

MELLO, Nicole Freitas de; PEREIRA, Éverton Luís; PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura et al. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2021.

OMS. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. 1. ed., 1. reimpre. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. 325p.

OMS. **Plano Global – Década de ação pela segurança no trânsito 2021-2030**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-the-doa-of-road-safety-2021-2030-pt.pdf?sfvrsn=65cf34c8\\_33&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-the-doa-of-road-safety-2021-2030-pt.pdf?sfvrsn=65cf34c8_33&download=true). Acesso em: 23 mar. 2022.

OMS. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Tradução: Lexicus Serviços Linguísticos – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. [Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011 sob o título World Report on Disability, 2011]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf). Acesso em: 23 fev. 2022.

OMS. **Sumário – Relatório Mundial sobre a Deficiência**. [O Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde concedeu os direitos de tradução em Língua Portuguesa à Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo, que é a única responsável pela exatidão da edição em Linguagem Portuguesa]. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70670/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.01\\_por.pdf;jsessionid=66AD488244611E606B1AD59E42A4056A?sequence=9](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70670/WHO_NMH_VIP_11.01_por.pdf;jsessionid=66AD488244611E606B1AD59E42A4056A?sequence=9). Acesso em: 23 fev. 2022.

ONU. **OMS alerta que perda de audição pode afetar mais de 900 milhões até 2050**. ONU News – Perspectiva Global Reportagens Humanas, 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1705931>. Acesso em: 23 fev. 2022.

PEREIRA, Silvia de Oliveira. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS**: elementos para um debate sobre integralidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10898/1/22222222.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Anuário Estatístico – 2020**. 50 ed. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/anuario-estatistico-2020-50a-edicao>. Acesso em: 23 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 20.422, de 06 de dezembro de 2019**. Consolida a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos termos das Leis Complementares nº 810, de 4 de janeiro de 2017, e nº 817, de 30 de agosto de 2017 e revoga os Decretos nº 20.111, de 19 de novembro de 2018 e o nº 20.153, de 19 de dezembro de 2018. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2019a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2019/2042/20422/decreto-n-20422-2019-consolida-a-estrutura-organizacional-da-secretaria-municipal-de-saude-sms-nos-termos-das-leis-complementares-n-810-de-4-de-janeiro-de-2017-e-n-817->

de-30-de-agosto-de-2017-e-revoga-os-decretos-n-20111-de-19-de-novembro-de-2018-e-o-n-20-153-de-19-de-dezembro-de-2018. Acesso em: 02 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010.** Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastrados nas unidades de saúde do Município de Porto Alegre e dá outras providências. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2010a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030878.DOCN.&l=20&u=%2Fnethtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>. Acesso em: 23 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Portaria nº 1.116, de 07 de dezembro de 2018.** Determina que todos os serviços da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde, Serviços Especializados Ambulatoriais, Serviços de Urgência e Emergência e Prestadores de Serviço da SMS deverão cumprir com as normas e rotinas relacionadas à solicitação, ao armazenamento e à dispensação/entrega de medicamentos, conforme dispostos nesta normativa, com a assessoria da Coordenação de Assistência Farmacêutica. A dispensação e o fornecimento de medicamentos são serviços essenciais de saúde, devendo ser mantidos de forma prioritária nas Unidades de Saúde (US) e Farmácias Distritais do município. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2018a. p. 17-25. Disponível em: [https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2707\\_ce\\_20181214\\_executivo.pdf](https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2707_ce_20181214_executivo.pdf). Acesso em: 23 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 11.144, de 21 de outubro de 2011.** Estabelece penalidade ao proprietário de linha telefônica que originar ligação fraudulenta (trote) para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU-192) e dá outras providências. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2011/1115/11144/lei-ordinaria-n-11144-2011-estabelece-penalidade-ao-proprietario-de-linha-telefonica-que-originar-ligacao-fraudulenta-trote-para-o-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 08 mar. 2021.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.021, de 05 de abril de 2016.** Reconhece a pessoa com Transtorno do Espectro Autista como pessoa com deficiência. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2016a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2016/1202/12021/lei-ordinaria-n-12021-2016-reconhece-a-pessoa-com-transtorno-do-espectro-autista-como-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 02 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.112, de 02 de agosto de 2016.** Cria, extingue, denomina e delimita os bairros que integram o território do município de Porto Alegre e revoga leis [...]. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2016b. Disponível em: [https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1857\\_ce\\_172548\\_1.pdf](https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/1857_ce_172548_1.pdf). Acesso em 15 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Lei Municipal nº 12.487, de 19 de dezembro de 2018.** Estabelece que as pessoas a partir de 60 (sessenta) anos de idade e aquelas com deficiência poderão escolher o local de atendimento nos serviços de saúde do Município conforme critérios que especifica e dá outras providências. Porto Alegre:

Prefeitura Municipal, 2018b. Disponível em:  
[https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/132821/Lei\\_12487.pdf](https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/132821/Lei_12487.pdf). Acesso em 23 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.515, de 06 de fevereiro de 2019**. Obriga os estabelecimentos públicos e privados localizados no Município de Porto Alegre a inserir nas placas de atendimento prioritário o símbolo mundial da conscientização acerca do Transtorno do Espectro Autista - TEA. Porto Alegre, Prefeitura Municipal, 2019b. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=374816>. Acesso em: 21 fev. 2022.

PORTO ALEGRE. **ObservaPoa** – dados do censo Demográfico de 2010. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2010b. Disponível em:  
[http://www.observapoa.com.br/default.php?p\\_secao=43](http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=43). Acesso em: 21 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Porto Alegre – 2016-2021**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. Disponível em URL:  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_pcd.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_pcd.pdf). Acesso em: 22 fev. 2022.

PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre – 2022-2025**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em:  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms\\_2022\\_25.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2022_25.pdf). Acesso em: 09 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2022a. Disponível em:  
[https://www2.portoalegre.rs.gov.br/smed/default.php?p\\_secao=559](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/smed/default.php?p_secao=559). Acesso em: 03 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Protocolo de atenção em saúde bucal de Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de atendimentos. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em:  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolosaudebucal2014.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolosaudebucal2014.pdf). Acesso em 16 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Resolução nº 13, de 05 de dezembro de 2013**. Porto Alegre: Conselho Municipal de Educação, 2013. Disponível em:  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smed/usu\\_doc/013.2013.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smed/usu_doc/013.2013.pdf). Acesso em: 02 mar. 2022.

PORTO ALEGRE. **Saúde Bucal**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2022b. Disponível em:  
[https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=687](https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=687). Acesso em: 15 mar. 2022.

REGULA MAIS BRASIL. **Alerta para o déficit de vagas de primeiro acesso a Serviços de Saúde Mental do Adulto de Média complexidade em Porto Alegre**.

Porto Alegre: setembro/2021a. Disponível em: <https://www.regulamais.org/porto-alegre/>. Acesso em 16 mar. 2022.

REGULA MAIS BRASIL. **Alerta para o déficit de vagas de primeiro acesso a Serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência de Média complexidade em Porto Alegre.** Porto Alegre: julho/2021b. Disponível em: <https://www.regulamais.org/porto-alegre/>. Acesso em 16 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992.** Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Porto Alegre: Governo do Estado, 1992. Disponível em URL: [http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXTO&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281). Acesso em: 22 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº 15.470, de março de 2020.** Dispõe sobre a realização de teste de triagem neonatal para todas as crianças nascidas nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da rede pública no estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020a. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/lei-ordinaria-n-15470-2020-rio-grande-do-sul-dispoe-sobre-a-realizacao-de-teste-de-triagem-neonatal-para-todas-as-criancas-nascidas-nos-hospitais-e-demais-estabelecimentos-de-atencao-a-saude-da-rede-publica-no-estado-do-rio-grande-do-sul-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 23 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020b. 308p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES nº 339/2020.** Institui co-financiamento para atendimento em Reabilitação Visual, no Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre/RS. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/20135057-339.pdf>. Acesso em 08 mar. 2022. a

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria nº 543, de 20 de outubro de 2006.** Constitui e institui a Câmara Técnica de Atenção à Pessoa Estomizada e com Incontinência Urinária. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2006. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202101/25164306-543-06-200-2010-1810.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **PIM PIA.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/tag/pim-pia/>. Acesso em: 23 mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. **Programa Saúde na Escola Registro e validação de atividades no e-SUS APS.** Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2021a.

Disponível em:

<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/30080552-registro-de-atividades-do-pse-no-e-sus-aps.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 005 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 18 de janeiro de 2018.** Resolve readequar as Diretrizes Estaduais para Organização da Rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180111/22151106-cibr005-18.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 056 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 16 de março de 2020.** Aprovar, conforme anexo, a reestruturação do Aditivo ao Plano de Ação Regional (PAR) de Urgência e Emergência da Macrorregião Metropolitana, composta pela 1ª, 2ª e 18ª CRS, em conformidade com as Deliberações Conjuntas nº 01/2020 – CIR 1ª CRS, nº 045/2020 – CIR 2ª CRS e nº 07/2020 – CIR 18ª CRS e as Portarias Federais vigentes. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020d. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/18101023-cibr056-20.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 080 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, 14 de março de 2019.** Estabelece as normativas para Cofinanciamento Estadual de Insumos - fraldas descartáveis - para Tratamento Domiciliar. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190348/20144854-cibr080-19.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 237 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 29 de julho de 2011.** Aprova o cronograma e regras gerais de implantação da regulação ambulatorial, nos termos da Nota Técnica em Anexo. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23101904-1339534073-cibr237-11.pdf>. Acesso em 23 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 270 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 22 de dezembro de 2020.** Aprova o Plano da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2020e. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/30093438-cibr270-20.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 283 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 08 de julho de 2013.** Institui o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2013. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170253/23105331-1373641955-cibr283-13.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 305 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 08 de setembro de 2021.** Revoga a Resolução nº 080/19 – CIB/RS, que estabeleceu o Cofinanciamento Estadual de Insumos (fraldas descartáveis) para tratamento domiciliar, face a incorporação dos valores repassados para custeio desta política no Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária, nos termos do Artigo 5º do Decreto que instituiu o PIAPS, afetados ao componente sociodemográfico. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2021b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/09094824-cibr305-21.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 454 – Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, de 09 de outubro de 2017.** Aprova a indicação para habilitação junto ao Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) das instituições proponentes. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171020/19132005-plano-estadual-rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 170-179, mai./jul. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SANTOS, Maria da Conceição dos. **Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado:** análise das práticas de reabilitação no SUS. 2017. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-21022018-093226/publico/MariadaConceicaoodosSantos.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SÃO PAULO. **Estratégia Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência – Documento Norteador.** São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/APD%20DOCUMENTO%20NORTEADOR%2017112016.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão Constituindo uma Sociedade para Todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA, Adriane; LIMA, Ana Paula de; RAINONE, Francilene. **Deficiência Psicossocial na Perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial:** da normatização à inclusão social. Porto Alegre, 2016.

SILVA, Marcielle de Lima; SILVA, Mariana Pereira Barbosa; LEITE, Airton César et al. As dificuldades encontradas na assistência à saúde às pessoas com surdez. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. 1-9, 2021.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; FACHINNI, Luiz Augusto; SILVEIRA, Denise Silva da et al. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/GncB9NFWLmGbZq8cVC5vQ8S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SOBEST. **Estomias**. São Paulo: SOBEST, 2022. Disponível em:

<https://sobest.com.br/estomias/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SONZA, Andréa Poletto; KADE, Adrovane; FAÇANHA, Agebson et al. (Org).

**Acessibilidade e Tecnologia Assistiva: Pensando a inclusão sociodigital de pessoas com necessidades especiais**. Bento Gonçalves: Instituto Federal do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://cta.ifrs.edu.br/livro-acessibilidade-e-tecnologia-assistiva-pensando-a-inclusao-sociodigital-de-pessoas-com-necessidades-especiais/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

TÉDDE, Samantha. **Crianças com deficiência intelectual: a aprendizagem e a inclusão**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro Universitário

Salesiano de São Paulo, Americana, 2012. Disponível em:

[https://www.uniapaemg.org.br/wp-content/uploads/2018/04/CRIANÇAS\\_COM\\_DEFICIENCIA\\_INTELECTUAL\\_A\\_APRENDIZAGEM\\_E\\_A-INCLUSAO\\_DissertaCAo\\_de\\_Mestrado.pdf](https://www.uniapaemg.org.br/wp-content/uploads/2018/04/CRIANÇAS_COM_DEFICIENCIA_INTELECTUAL_A_APRENDIZAGEM_E_A-INCLUSAO_DissertaCAo_de_Mestrado.pdf). Acesso em: 16 mar. 2022.

TELESSAÚDE. **RegulaSUS – O paciente certo, no tempo certo e no lugar certo**.

Porto Alegre: TELESSAÚDE, 2022. Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

XAVIER, Juliana. **A importância da estimulação precoce em crianças com**

**sequelas neurológicas**. Fiocruz-Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, [2022]. Disponível em:

<http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/237-estimulacaoprecoce#:~:text=A%20estimula%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20%C3%A9%20um,risco%20ou%20com%20alguma%20defici%C3%Aancia>. Acesso em: 08 mar. 2022.

## ANEXO A

**Quadro 18 – OPM’S Meios Auxiliares de Locomoção**

| Código        | Nome   |
|---------------|--|
| 07.01.01.0010 | Andador Fixo /Articulado em Alumínio c/ Quatro Ponteiras                                       |
| 07.01.01.0029 | Cadeira de Rodas Adulto/Infantil (Tipo Padrão)   |
| 07.01.01.0037 | Cadeira de Rodas p/ Banho c/ Assento Sanitário   |
| 07.01.01.0045 | Cadeira de Rodas p/ Tetraplégico -Tipo Padrão  |
| 07.01.01.0053 | Calçados Anatômicos c/ Palmilhas p/ Pé Neuropáticos (Par)                                      |
| 07.01.01.0061 | Calçados Ortopédicos Confeccionados sob Medida Até Número 45 (Par)                             |
| 07.01.01.0070 | Calçados Ortopédicos Pré- Fabricados c/ Palmilhas até número 45 (Par)                          |
| 07.01.01.0088 | Calçados Sob Medida p/ Compensação de Discrepância de Membros Inferiores a partir do Número 34 |
| 07.01.01.0096 | Calçados Sob Medida p/ Compensação de Encurtamento até Número 33 (Par)                         |
| 07.01.01.0100 | Carrinho Dobrável p/ Transporte de Criança c/ Deficiência                                      |
| 07.01.01.0118 | Bengala Canadense Regulável em Altura (Par)  |
| 07.01.01.0126 | Muleta Auxiliar Regulável de Madeira (Par)   |
| 07.01.01.0134 | Muleta Auxiliar Tubular em Alumínio Regulável na Altura (Par)                                  |
| 07.01.01.0142 | Palmilhas Confeccionadas sob Medida (Par)  |
| 07.01.01.0150 | Palmilhas p/ Pés Neuropáticos Confeccionadas Sob Medida p/ Adultos ou Crianças (Par)           |
| 07.01.01.0169 | Palmilhas p/ Sustentação dos Arcos Plantares até Número 33 (Par)                               |
| 07.01.01.0177 | Palmilhas p/ Sustentação dos Arcos Plantares Números Acima de 34 (Par)                         |
| 07.01.01.0185 | Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção   |
| 07.01.01.0193 | Manutenção de OPM Auxiliares de Locomoção  |
| 07.01.01.0207 | Cadeira de Rodas Monobloco   |
| 07.01.01.0215 | Cadeira de Rodas (Acima 90 Kg)   |
| 07.01.01.0223 | Cadeira de Rodas Motorizadas Adulto ou Infantil  |
| 07.01.01.0231 | Cadeira de Rodas Para Banho em Concha Infantil   |
| 07.01.01.0240 | Cadeira de Rodas Para Banho com Encosto Reclinável   |
| 07.01.01.0258 | Cadeira de Rodas Para Banho com Aro de Propulsão   |
| 07.01.01.0266 | Adaptação de Assento para Deformidades de Quadril  |
| 07.01.01.0274 | Adaptação de Encosto para Deformidades de Tronco   |
| 07.01.01.0282 | Adaptação do Apoio de Pés da Cadeira de Roda   |
| 07.01.01.0290 | Apoios Laterais do Tronco em 3 ou 4 Pontos   |
| 07.01.01.0304 | Apoios Laterais de Quadril para Cadeirantes  |
| 07.01.01.0312 | Apoio para Estabilização da Cabeça na Cadeira de Rodas   |
| 07.01.01.0320 | Adaptação do Apoio de Braços da Cadeira de Rodas   |
| 07.01.01.0339 | Adaptação Abdutor Tipo Cavalos Para Cadeira de Rodas   |

**Quadro 19 – OPMs Ortopédicas**

| Código        | Nome  |
|---------------|---|
| 07.01.02.0016 | Órtese/ Cinta LSO Tipo Putti ( Baixa)   |
| 07.01.02.0024 | Órtese/ Cinta TLSO Tipo Putti (Alto)  |
| 07.01.02.0032 | Órtese/ Colete CTLSO Tipo Milwaukee   |
| 07.01.02.0040 | Órtese/ Colete Tipo William   |
| 07.01.02.0059 | Órtese/ Colete TLSO Tipo Knight   |
| 07.01.02.0067 | Órtese Cruromaleolar Infantil em Polipropileno p/ Imobilização de Joelho em Extensão Articulada |
| 07.01.02.0075 | Órtese Cruromaleolar p/ Limitação dos Movimentos do Joelho                                      |
| 07.01.02.0083 | Órtese Cruropodalica c/ Distrator p/ Genuvalgo/ Genuvaro (Infantil e Adolescente)               |

|                |   |
|----------------|---|
| 07.01.02.0091  | Órtese Dinâmica Pélvico- Crural Tipo Atlanta/Toronto  |
| 07.01.02.0105  | Órtese Dinâmica Suropodálica Tipo Mola de Codeville (Unilateral)  |
| 07.01.02.0113  | Órtese Estática Imobilizadora Axilo- Palmar Tipo Aeroplano  |
| 07.01.02.0121  | Órtese Genupodálica em Polipropileno Tipo Sarmiento   |
| 07.01.02.0130  | Órtese HCTO Tipo Minerva Imobilizadora Cervical c/ Apoio Torácico (colar)   |
| 07.01.02.0148  | Órtese Metálica Cruropodálica Adulto  |
| 07.01.02.0156  | Órtese Metálica Cruropodálica (Infantil e adolescente)  |
| 07.01.02.0164  | Órtese Metálica Suropodálica (Infantil)   |
| 07.01.02.0172  | Órtese Pélvico- Podálica de Descarga Isquiática   |
| 07.01.02.0180  | Órtese Pélvico- Podálica Metálica c/ ou s/ Apoio Isquiático (Infantil e Adolescente)  |
| 07.01.02.0199  | Órtese Pélvico- podálica Metálica p/ Adulto c/ ou s/ Apoio Isquiático   |
| 07.01.02.0202  | Órtese Rígida p/ Luxação Congênita do Quadril   |
| 07.01.02.0210  | Órtese suropodálica Articulada em Polipropileno Infantil  |
| 07.01.02.0229  | Órtese Suropodálica s/ Articulação em Polipropileno (Adulto)  |
| 07.01.02.0237  | Órtese Suropodálica s/ Articulação em Polipropileno (Infantil)  |
| 07.01.02.0245  | Órtese Suropodálica Metálica (Adulto)   |
| 07.01.02.0253  | Órtese Suropodálica Unilateral Articulada em Polipropileno (Adulto)   |
| 07.01.02.0261  | Órtese Suspensório de Pavlik  |
| 07.01.02.0270  | Órtese Tipo Sarmiento Para Úmero  |
| 07.01.02.0288  | Órtese TLSO/ Colete Tipo Boston   |
| 07.01.02.0296  | Órtese TLSO/ Tipo Colete em Metal Tipo Jewett   |
| 07.01.02.0300  | Órtese TLSO Corretiva Tóraco-Lombar em Polipropileno  |
| 07.01.02.0318  | Órtese TLSO Tipo Colete/Jaqueta de Risser   |
| 07.01.02.0326  | Órtese Torácica Colete Dinâmica de Compressão Torácica  |
| 07.01.02.0334  | Prótese Canadense Endoesquelética em Alumínio ou Aço (Desarticulação do Quadril)  |
| 07.01.02.0342  | Prótese Canadense Exoesquelética (Desarticulação do Quadril)  |
| 07.01.02.0350  | Prótese Endoesquelética p/ Desarticulação de Joelho em Alumínio ou Aço  |
| 07.01.02.0369  | Prótese Endoesquelética Transfemural em Alumínio ou Aço   |
| 07.01.02.0377  | Prótese Endoesquelética Transtibial Tipo PTB- PTS- KBM em Alumínio ou Aço   |
| 07.01.02.0385  | Prótese Exoesquelética Para Desarticulação do Joelho  |
| 07.01.02.0393  | Prótese Exoesquelética Passiva p/ Desarticulação do Punho ou Amputação Transradial  |
| 07.01.02.0407  | Prótese Exoesquelética Transfemural   |
| 07.01.02.0415  | Prótese Exoesquelética Transtibial c/ Coxal ou Manguito de Coxa   |
| 07.01.02.0423  | Prótese Exoesquelética Transtibial Tipo PTB-PTS-KBM   |
| 07.01.02.0431  | Prótese Funcional Endoesquelética p/ Amputação Transmeral   |
| 07.01.02.0440  | Prótese Funcional Exoesquelética p/ Desarticulação de Cotovelo (Punho de Rosca)   |
| 07.01.02.0458  | Prótese Funcional Exoesquelética p/ Desarticulação de Cotovelo (Punho Universo)   |
| 07.01.02.0466  | Prótese Funcional Exoesquelética para Amputação Transradial   |
| 07.01.02.0474  | Prótese Funcional Exoesquelética Transradial c/ Gancho de Dupla Força   |
| 07.01.02.0482  | Prótese Funcional Exoesquelética Transradial Coto Curto   |
| 07.01.02.0490  | Prótese Funcional Exoesquelética Transradial p/ Punho de Troca Rápida c/ Gancho de Dupla Força  |
| 07.01.02.0504  | Prótese Funcional Exoesquelética Transmeral   |
| 07.01.02.059-8 | Materiais Elásticos para Modelagem de Cotos, Controle Cicatricial ou Controle de Edema de Membros Superiores e Inferiores- Faixa Elástica Compressiva |
| 07.01.02.061-0 | Cinta Para Transferências   |
| 07.01.02.064-4 | Mesa de Atividades Para Cadeira de Rodas (Tábua Mesa)   |
| 07.01.02.062-8 | Almofada de Assento Para Prevenção de Úlceras de Pressão em Células de Ar   |
| 07.01.02.063-6 | Almofada de Assento para Cadeira de Rodas para Prevenção de Úlceras de Pressão- Simples   |

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| 07.01.02.065-2 | Bengala de 4 Pontas |
|----------------|---------------------|

**Quadro 20 – OPM's Substituição/Troca em órteses/próteses**

| Código        | Nome  |
|---------------|---|
| 07.01.09.0022 | Substituição de Espuma e Meia Cosmética em Prótese Endoesquelética Transfemural                 |
| 07.01.09.0030 | Substituição de Espuma e Meias Cosmética em Prótese Transtibial Endoesquelética                 |
| 07.01.09.0049 | Substituição de Espuma e Meia em Prótese Endoesquelética Transumeral                            |
| 07.01.09.0057 | Substituição de Luva Cosmética p/ Mãos Protéticas   |
| 07.01.09.0065 | Substituição de Pé de Adaptação Dinâmica  |
| 07.01.09.0073 | Substituição de Pé Sach/Articulado  |
| 07.01.09.0081 | Substituição do Encaixe Interno Flexível p/ Prótese Transtibial Exoesquelética/ Endoesquelética |
| 07.01.09.0090 | Substituição/ Troca do Encaixe p/ Prótese Transfemural Endoesquelética/ Exoesquelética          |
| 07.01.02.0512 | Prótese Mamária   |
| 07.01.02.0520 | Prótese p/ Amputação Tipo Chopart   |
| 07.01.02.0539 | Prótese Passiva Endoesquelética p/ Desarticulação de Ombro e Escapulectomia Parcial ou Total    |
| 07.01.02.0547 | Prótese Passiva Endoesquelética Transumeral   |
| 07.01.02.0555 | Prótese Passiva para Amputação Parcial da Mão   |
| 07.01.02.0563 | Prótese Tipo Palmilha Para Amputação em Nível do Ante Pé  |
| 07.01.02.0571 | Adaptação de OPM em Ortopédica  |
| 07.01.02.0580 | Manutenção de OPM Ortopédica  |

**Quadro 21 – OPM's Aparelhos Auditivos**

| Código        | Nome  |
|---------------|---|
| 07.01.03.0011 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo de Condução Óssea Convencional Tipo A   |
| 07.01.03.0020 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A |
| 07.01.03.0038 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intra-Auricular Tipo A                  |
| 07.01.03.0046 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intra-Auricular Tipo B                  |
| 07.01.03.0054 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intra-Auricular Tipo C                  |
| 07.01.03.0062 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intracanal Tipo A                       |
| 07.01.03.0070 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intracanal Tipo B                       |
| 07.01.03.0089 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Intracanal Tipo C                       |
| 07.01.03.0097 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Microcanal Tipo A                       |
| 07.01.03.0100 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Microcanal Tipo B                       |
| 07.01.03.0119 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Microcanal Tipo C                       |
| 07.01.03.0127 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Retroauricular Tipo A                   |
| 07.01.03.0135 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Retroauricular Tipo B                   |
| 07.01.03.0143 | Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Retroauricular Tipo C                   |
| 07.01.03.0151 | Molde Auricular (Reposição)   |
| 07.01.03.0160 | Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Convencional Tipo A                                   |
| 07.01.03.0178 | Reposição de AASI Externo de Condução Óssea Retroauricular Tipo A                                 |
| 07.01.03.0186 | Reposição de AASI Externo Intra-Auricular Tipo A I  |
| 07.01.03.0194 | Reposição de AASI Externo Intra-Auricular Tipo B  |
| 07.01.03.0208 | Reposição de AASI Externo Intra-Auricular Tipo C  |
| 07.01.03.0216 | Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo A   |
| 07.01.03.0224 | Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo B   |
| 07.01.03.0232 | Reposição de AASI Externo Intracanal Tipo C   |
| 07.01.03.0240 | Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo A   |

|               |   |
|---------------|---|
| 07.01.03.0259 | Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo B     |
| 07.01.03.0267 | Reposição de AASI Externo Microcanal Tipo C     |
| 07.01.03.0275 | Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo A |
| 07.01.03.0283 | Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo B |
| 07.01.03.0291 | Reposição de AASI Externo Retroauricular Tipo C |
| 07.01.03.0305 | Manutenção/Adaptação de OPM Auditiva            |
| 07.01.03.0321 | Sistema de Frequência Modulada Pessoal          |

**Quadro 22 – OPM's Oftálmicas**

| Código        | Nome   |
|---------------|--|
| 07.01.04.0017 | Bengala Articulada   |
| 07.01.04.0025 | Lente Escleral Pintada   |
| 07.01.04.0033 | Lupa de Apoio com ou sem Iluminação                                      |
| 07.01.04.0041 | Lupa Manual com ou sem Iluminação  |
| 07.01.04.0050 | Óculos c/ Lentes Corretivas Iguais/ Maiores que 0,5 Dioptrias            |
| 07.01.04.0068 | Prótese Ocular   |
| 07.01.04.0076 | Óculos Monofocal- Projeto Olhar Brasil                                   |
| 07.01.04.0084 | Óculos Bifocal- Projeto Olhar Brasil                                     |
| 07.01.04.0092 | Óculos com Lente Filtrante para Albinos                                  |
| 07.01.04.0106 | Sistemas Telescópicos Binoculares Montados em Armação com Foco Ajustável |
| 07.01.04.0114 | Sistemas Telescópicos Manual Monocular com Foco Ajustável                |
| 07.01.04.0122 | Óculos com Lentes Asféricas Positivas                                    |
| 07.01.04.0130 | Óculos com Lentes Esfero Prismáticas                                     |
| 07.01.04.0149 | Adaptação de OPM Oftálmica   |
| 07.01.04.0157 | Manutenção de OPM Oftálmica  |

**Quadro 23 – OPM's em Gastrenterologia (Viabilizada via sistema GUD)**

| Código        | Nome   |
|---------------|--|
| 07.01.05.0012 | Bolsa de Colostomia Fechada c/ Adesivo Microporoso   |
| 07.01.05.0020 | Bolsa de Colostomia com Adesivo Microporoso Drenável |
| 07.01.05.0047 | Conjunto de Placa e Bolsa p/ Ostomia Intestinal      |