



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA 2026-2029

Porto Alegre, setembro de 2026.

AUTORIDADES MUNICIPAIS

SEBASTIÃO MELO
Prefeito Municipal

BETINA WORM
Vice-Prefeita

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FERNANDO RITTER
Secretário Municipal de Saúde

JAQUELINE CESAR ROCHA
Secretária-adjunta

CAROLINA WEBER
Secretária-adjunta

FERNANDA FERNANDES
Diretora-geral

FLAVIA GOULART
Chefe de Gabinete

KELMA NUNES SOARES
Assessoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

CRISTIANO VARGAS
Assessoria de Comunicação

VÂNIA FRANTZ
Diretoria de Atenção Primária à Saúde

DENISE TESSLER SOLTOF
Diretoria de Regulação

ALINE MEDEIROS
Diretoria de Vigilância em Saúde

PAULO ROBERTO PINTO FONTOURA
Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

JORGE HELENO SANTANA BRASIL
Diretoria Administrativa

TATIANE MARTINS DOS SANTOS
Diretoria de Contratos

DAVID RICARDO CARVALHO KERBER
Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência

MARCOS SLOMPO

Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

TATIANA RAZZOLINI BREYER

Hospital de Pronto Socorro

PAULO ROBERTO GUIMARÃES

Diretoria de Relações Institucionais e Captação de Recursos

JORGE LUÍS SILVEIRA OSÓRIO

Diretoria de Tecnologia da Informação, Inovação e Saúde Digital

GRAZIELA ROSSONI VIECELI

Auditoria Técnica em Saúde

ROIBISON PORTELA MONTEIRO

Ouvidoria do SUS

MARIA INÊS BOTHONA FLORES

Conselho Municipal de Saúde

FERNANDA SILVA DA SILVA

Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

COORDENADORIAS DE SAÚDE

CRISTIANE JOVITA BARBOSA PEIXOTO

Coordenadoria de Saúde Leste

DEISE ROCHA RÉUS

Coordenadoria de Saúde Oeste

MIRELA BASTIANI PASA

Coordenadoria de Saúde Sul

FERNANDA DE MELLO CHASSOT

Coordenadoria de Saúde Norte

GRUPO DE TRABALHO

Conforme a Portaria Municipal nº 33171188/2025 de 7 de abril de 2025 (processo nº 25.0.000029886-0) compuseram o Grupo de Trabalho responsável pelas informações diagnósticas preliminares para o Plano Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

Figura 1: Portaria Grupo de Trabalho

Orgão de Divulgação do Município - Ano XXX - Edição 7555 - Quinta-feira, 10 de Julho de 2025.

Divulgação: Quinta-feira, 10 de Julho de 2025. **Publicação:** Sexta-feira, 11 de Julho de 2025.

EXECUTIVO PESSOAL

Portarias

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,

Protocolo: 560479

DESIGNA os servidores abaixo para comporem o Grupo de Trabalho responsável pelo levantamento de informações diagnósticas preliminares para o Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência 2026-2029 a contar de 10/04/2025, tornando sem efeito a Portaria 33171188/2025, de 07/04/2025, através da Portaria 34532221, de 08/07/2025 (Processo 25.0.000029886-0).

NOME	MATRÍCULA	CARGO
FERNANDA DOS SANTOS FERNANDES	574342	DIRETORA
GEÓRGIA VOLKMER	1146742	ASSISTENTE SOCIAL
ALINE CASARIL	1025295/01	FISIOTERAPEUTA
TATIANE PIRES BERNARDES	8875026	COORDENADORA
EDUARDO ESTEVES LAMARCA	1681257/01	CHEFE DE UNIDADE
LETÍCIA QUARTI SOARES	778816/01	PROFESSORA M5
DANIEL DOURADO RAMOS	1119575	ADMINISTRADOR
SUSANE MENDES	479760/01	ENFERMEIRA
LEONARDO RODRIGUES	1331949/01	ENFERMEIRO
SONIA SILVESTRIN	1097164/01	ENFERMEIRA
TAIS CARVALHO DA SILVA	1031953/01	DENTISTA
VERA LÚCIA FAURI	536857/01	ENFERMEIRA
KARINA ANTES DE SOUZA	1280869	FONOAUDIÓLOGA
MAHMUD AHMAD ISMAIL MAHMUD	1162462	FISIOTERAPEUTA
PRISCILA MALLMANN BORDIGNON	1650521-01	TERAPEUTA OCUPACIONAL
MARA LAGO	274735/2	ASSESSORA TÉCNICA
PRISCILLA WOLFF MOREIRA	133940-03	ENFERMEIRA
GREICIANE JESUS DE OLIVEIRA	546309	FISIOTERAPEUTA
FABIANE SOARES DE SOUZA	482400-03	ENFERMEIRA

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 2022-2025; e III - Elaboração do Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência 2026-2029.

Conforme a Portaria Municipal nº 36555102/2025 (SEI nº 25.0.000029886-0) compuseram o Grupo de Trabalho responsável pela formulação das diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência 2026-2029:

Quadro 1: Portaria Grupo de Trabalho

Categoria	Nome	Representação	Matrícula
Prestadores de Serviço	Maria Souza Cardoso	CER Santa Ana	Não se Aplica
Prestadores de Serviço	Ana Maria Batista Guterres	Hospital Banco de Olhos - São Pietro (HBO)	Não se Aplica
Gestores	Lizete Cristina Cenci	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL)	1427725
Gestores	Josiara Alves De Souza	CERTA	1050982
Trabalhadores	Andrea Maria Pedrosa Gomes	GHC	Não se Aplica
Trabalhadores	Maria Eronita Sirota Barbosa Paixão	US Ponta Grossa	872456
Trabalhadores	Andrio Patric Rodrigues Cabreira	US Monte Cristo	1691341
Trabalhadores	Marcelo Stoduto	EMEF Porto Alegre	1185438
CMS	Waldir José Bohn Gass	CMS	Não se Aplica
CMS	Vera Regina Puerari	CMS	482733
COMDEPA	José Maurício Rosa Da Silva	COMDEPA	1723685
Usuários	Claudia Villanova Da Luz	Usuário	Não se Aplica
Usuários	Nelson Luís Lopes Khalil	Usuário	Não se Aplica
Usuários	Dilane Maria Alves Da Roza	Usuário	Não se Aplica
Usuários	Tatiane Leal Dos Santos	Usuário	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Vicente Fiorentini	AFAD	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Karina Hamada Iamasaki Züge	AGADIM	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Marlene Theresa Hammes Da Silva	FEGEST	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Ewelín Canizares	Inclusivas	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Adilso Luis Pimentel Corlassoli	UCERGS	Não se Aplica
Representantes Movimentos/Associações	Dilceu Dos Santos Flores Júnior	Fredef	Não se Aplica

Fonte: Assepla-SMS

Agradecemos também à Laura Trevisan Fechner, Daniele Buffon, Camila Sanguiné, Matheus Ferreira Drumond, Larissa Costa Nolasco, Maria Eduarda Buchholz Silveira, residentes e estagiários da ASSEPLA, bem como à Prof. Adriana Roese pela valiosa contribuição na elaboração deste plano, cujo comprometimento, dedicação e olhar qualificado foram fundamentais para o aprimoramento do trabalho desenvolvido.

Lista de Figuras

Figura 1: Portaria Grupo de Trabalho.....	3
Figura 2: Fluxo de encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial.....	68
Figura 3: Cartilha para prevenção de quedas e outros acidentes domésticos.....	100
Figura 4: Proporção de contatos avaliados e registrados.....	109
Figura 5: Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no momento do diagnóstico e avaliados na cura, nos anos das coortes. Porto Alegre, 2020-2024.....	110

Lista de Quadros

Quadro 1: Portaria Grupo de Trabalho.....	4
Quadro 2: Oferta mensal de reabilitação auditiva.....	48
Quadro 3: Reabilitação Física – Fonoaudiologia.....	51
Quadro 4: Serviços de referência para atendimento estomias.....	60
Quadro 5: Serviços Especializados em uma modalidade de Reabilitação.....	62
Quadro 6: Centros Especializados em Reabilitação – CER II.....	63
Quadro 7: Leitos habilitados para atendimento de urgência ao paciente com AVC.....	79
Quadro 8: População de crianças e adolescentes de Porto Alegre por faixa etária.....	85
Quadro 9: Número de nascidos vivos (NV) de Porto Alegre por ano de 2020 a 2024.....	85
Quadro 10: Anomalias Congênitas Identificadas no SINASC em Porto Alegre.....	86
Quadro 11: Anomalias Congênitas Identificadas no SINASC em Porto Alegre.....	86
Quadro 12: Coleta de triagem biológica no período do 3º ao 5º dia de vida, em Porto Alegre de 2020 a 2024.....	88
Quadro 13: Detecção de doenças pela triagem biológica em Porto Alegre de 2020 a 2024..	88
Quadro 14: Triagem auditiva neonatal de 2020 a 2024 por Hospital.....	88
Quadro 15: Número de triagem auditivas alteradas por Hospital de 2020 a 2024 por Hospital.	89
Quadro 16: Número de retestes realizados de 2020 a 2024 por Hospital.....	89
Quadro 17: Encaminhamentos para serviço especializado para diagnóstico de surdez infantil de 2021 a julho de 2025 em Porto Alegre.....	90
Quadro 18: Fluxos da Triagem Visual em Porto Alegre.....	92
Quadro 19: Quantitativo de testes do coraçãozinho na rede municipal (2020-2024).....	93
Quadro 20: Quantitativo de testes do coraçãozinho alterados (2020-2024).....	93
Quadro 21: Distribuição das 10 primeiras causas externas de óbitos, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2021 a 2024, Porto Alegre, RS.....	98
Quadro 22: Distribuição dos tipos de quedas que causam óbito na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2021 a 2024, Porto Alegre, RS.....	99
Quadro 23: Perfil TDAH.....	136
Quadro 24: Habilitações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	140
Quadro 25: Habilitações de outras Redes.....	141
Quadro 26: Repasses de valores para a RCPcD.....	142

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Dados e-SUS Atenção Primária 2025.....	39
Gráfico 2: Reabilitação auditiva adulto — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025.....	49
Gráfico 3: Reabilitação auditiva adulto— retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025.....	49

Gráfico 4: Reabilitação física — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025.....	50
Gráfico 5: Reabilitação física — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025.....	51
Gráfico 6: Reabilitação intelectual — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025.....	54
Gráfico 7: Reabilitação intelectual — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025.....	54
Gráfico 8: Neurologia Adulto e Pediátrica — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025.....	55
Gráfico 9: Neurologia Adulto e Pediátrica — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025.....	55
Gráfico 10: Atendimento TEA — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2025.....	58
Gráfico 11: Atendimento TEA — Retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2025.....	58
Gráfico 12: Pessoas idosas com deficiência.....	98
Gráfico 13: Perfil sociodemográfico da população LGBTIA+ nos Cadastros Individuais do e-SUS - Deficiência.....	105
Gráfico 14: Perfil sociodemográfico da população LGBTIA+ nos Cadastros Individuais do e-SUS - deficiência (continuação).....	106
Gráfico 15: Genética Médica Geral — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025.....	112
Gráfico 16: Genética Médica Geral — retratos da efetividade de anos anteriores, Porto Alegre 2022-2025.....	113
Gráfico 17: Mortalidade por causas externas em Porto Alegre (2022-2024).....	118
Gráfico 18: Notificações de violência - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	119
Gráfico 19: Notificação de Violência em PcD - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	120
Gráfico 20: Notificação de Violência em PcD por sexo - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	120
Gráfico 21: Notificação de Violência em PcD por tipo de deficiência - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	121
Gráfico 22: Notificação de Violência em PcD por faixa etária - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	121
Gráfico 23: Notificação de Violência em PcD por raça/cor - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	122
Gráfico 24: Notificação de Violência em PcD por distrito de residência - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	123
Gráfico 25: Notificação de Violência em PcD por tipo de violência - Porto Alegre, 2022 a 2024.....	123

Lista de Tabelas

Tabela 1: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência.....	33
Tabela 2: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência, por sexo.....	34
Tabela 3: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência, por cor ou raça.....	34
Tabela 4: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade com deficiência por tipos de dificuldades funcionais.....	34
Tabela 5: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade por tipo e por grau de dificuldade funcional.....	36
Tabela 6: Dados e-SUS Atenção Primária 2025.....	38
Tabela 7: Cenário Atual das US de APS.....	41
Tabela 8: Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2024 a	

junho de 2025.....	41
Tabela 9: Distribuição dos usuários estomizados cadastrados no Sistema GUD, por Ambulatório de Especialidades.....	59
Tabela 10: Número de solicitações e oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas, para a especialidade PNE, por ano.....	66
Tabela 11: Principais nacionalidades dos imigrantes nos cadastros no e-SUS.....	101
Tabela 12: Pessoas cadastradas no eSUS com nacionalidade não-brasileira, por sexo, Porto Alegre, eSUS 2020-2025.....	102
Tabela 13: Pessoas cadastradas no e-SUS com nacionalidade não-brasileira, por Coordenadoria de Saúde, Porto Alegre, eSUS 2020-2025.....	102
Tabela 14: Principais Distritos Sanitários, por quantidade de pessoas cadastradas no e-SUS com nacionalidade não-brasileira, Porto Alegre, e-SUS 2020-2025.....	102
Tabela 15: Informações sociodemográficas - deficiência.....	107
Tabela 16: Oferta de primeiras consultas em genética médica geral.....	112
Tabela 17: Notificações por agravo (2024 e 2025).....	125
Tabela 18: Desfechos relacionados ao trabalho (1º quadrimestre de 2025).....	125
Tabela 19: Situação dos prédios das Unidades de Saúde, segundo critérios de acessibilidade.....	127

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AESC	Associação Educadora São Carlos
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AEE	Atendimento Educacional Especializado
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial Adulto
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial infantil
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CEREPAL	Centro de Reabilitação de Porto Alegre
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERTA	Centro de Referência do Transtorno Autista
CID	Classificação Internacional de Doenças
CME/POA	Conselho Municipal de Educação de Porto Alegre
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Coenf	Coordenação de Enfermagem
CS	Coordenadoria de Saúde
Daahu	Diretoria de Atenção Ambulatorial, Hospitalar e Urgências
Dgae	Departamento de Gestão da Atenção Especializada
DIS	Sistema de Dispensação de Medicamentos
DR	Diretoria de Regulação
EESCA	Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente
EMAT	Equipe de Materiais
EP	Educação Precoce
ESMA	Equipes de Saúde Mental Adulto
Gercon	Gerenciamento de Consultas
GERINT	Gerenciamento de Internações
GHC	Grupo Hospitalar Conceição

GIF	Grau de Incapacidade Física
GMAT	Sistema de Gestão de Materiais
GTM	Grupo Técnico Municipal
GUD	Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência
GW	Grupo de Washington
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HCR	Hospital Cristo Redentor
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
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
LBI	Lei Brasileira da Inclusão
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NVDTC	Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas
OBMigra	Observatório das Migrações Internacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPMs	Órteses, Próteses e Meios de Locomoção
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PcD	Pessoa com Deficiência
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PESM	Plantões de Emergência em Saúde Mental
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PI	Psicopedagogia Inicial
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PMcC	Programa Melhor em Casa
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PROCERGS	Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do RS S/A
PTE	Programa de Trabalho Educativo
PTI	Plano de Tratamento Individualizado
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPcD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RH	Recursos Humanos
RME/POA	Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre
RN	Recém Nascido
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIR	Salas de Integração e Recursos
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMIDH	Secretaria Municipal de Inclusão e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SRTN	Serviço de Referência em Triagem Neonatal
STORCH	Sífilis congênita, Toxoplasmose congênita, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Simples
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista

TILSP	Tradutor e Intérprete de Libras/LP
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAMB	Unidade de Regulação Ambulatorial
US	Unidade de Saúde
WG	Washington Group on Disability Statistics

Sumário

1. A IMPORTÂNCIA DA CONCEITUAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA LUTA POR INCLUSÃO E DIREITOS.....	16
1.1 Deficiência Física.....	22
1.2 Deficiência Auditiva.....	23
1.3 Deficiência Visual.....	23
1.4 Deficiência Intelectual.....	24
1.5 Deficiência Psicossocial e Transtorno do Espectro Autista - TEA.....	26
2. BARREIRAS E ACESSIBILIDADE.....	28
3. CONTEXTO HISTÓRICO E NORMATIVO.....	29
4. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS.....	32
4.1 Registro de informações sobre deficiência no e-SUS.....	37
5. A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPcD) EM PORTO ALEGRE.....	39
5.1 O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	41
5.1.1 Atenção Odontológica na Atenção Primária à Saúde.....	45
5.2 O componente Atenção Especializada em Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	46
5.2.1 Serviços de Reabilitação Auditiva.....	47
5.2.2 Serviço de Reabilitação Física.....	49
5.2.3 Serviço de Reabilitação Visual.....	52
5.2.4 Serviço de Reabilitação Intelectual.....	53
5.3 Serviços de Atendimento no Transtorno do Espectro Autista.....	56
5.4 Serviço de atenção às pessoas ostomizadas – estomias.....	58
5.5 Centros Especializados em Reabilitação (CER).....	62
5.6 A Oficina Ortopédica.....	63
5.7 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).....	64
5.8 O Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência.....	69
5.8.1 Unidade De Cuidados Prolongados.....	76
5.8.2 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	79
6. REDES, AÇÕES E PROGRAMAS TRANSVERSAIS À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	79
6.1 Rede de Atenção Psicossocial.....	79
6.2 Saúde da Criança.....	83
6.2.1 Programa Primeira Infância (PIM-PIÁ).....	95
6.3 Saúde da População Idosa.....	97
6.4 Migrantes, Refugiados e Apátridas.....	100
6.5 População LGBTIA+.....	104
6.6 Saúde da Mulher.....	106
6.7 Programa Municipal de Controle da Hanseníase.....	109
6.8 Doenças Raras.....	111
6.9 Assistência Farmacêutica.....	113
6.10 Dispensação de fraldas.....	115
6.11 Prevenção à violência.....	117
6.12 Prevenção de Acidentes de Trabalho.....	124

6.13 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos nos serviços de saúde..	127
6.14 Transporte Sanitário Eletivo.....	128
6.15 Educação.....	130
6.16 Trabalhadores com Deficiência.....	137
7. JUDICIALIZAÇÃO.....	138
8. FINANCIAMENTO E HABILITAÇÕES NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	140
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
10. OBJETIVOS, METAS E AÇÕES.....	149

APRESENTAÇÃO

Essa iniciativa reflete o comprometimento com a promoção da saúde e inclusão das Pessoas com Deficiência, buscando garantir que seus direitos sejam efetivamente reconhecidos, respeitados, valorizados e cumpridos.

Fernando Ritter

Secretário de Saúde de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental garantido a todos os cidadãos pela Constituição Federal do Brasil, conforme estipulado no artigo 196 (BRASIL, 1988). Esse artigo destaca que o Estado tem o dever de assegurar políticas que proporcionem acesso universal e equitativo a ações e serviços de saúde. O objetivo central é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, que busca reduzir as desigualdades sociais e garantir a efetivação desse direito essencial para todos.

Especificamente para as Pessoas com Deficiência, a Constituição também menciona, no artigo 23, inciso II, que é responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios zelar pela proteção e garantia do direito à saúde. Para operacionalizar essa proteção, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência através da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Essa diretriz estabelece ações que visam não apenas à assistência integral às Pessoas com Deficiência, mas também sua reabilitação e inclusão em todos os aspectos da vida social. Além disso, enfatiza a importância da prevenção de condições que possam levar ao surgimento de deficiências.

Em continuidade a esses esforços, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2012, as Portarias nº 793 e nº 835, que instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). E mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (PNAISPD) que objetiva a promoção e proteção à saúde da Pessoa com Deficiência (PcD) por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

No âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, em 2013, foi aprovado o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com base nas necessidades de cada macrorregião de saúde. Desde então, esse plano passou por atualizações, com a versão mais recente instituída pela Portaria SES nº 44/2025. Em Porto Alegre, as ações de atenção à saúde da PcD têm como referência a Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência que em articulação com Diretoria de Regulação e Serviços Especializados segue as normas da Política Nacional e de outras legislações pertinentes.

O presente Plano Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (2026-2029) é o terceiro a ser elaborado, contando com a colaboração de um novo Grupo Condutor Municipal composto por representantes diversos. Ao analisar os resultados

alcançados no Plano Municipal de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência 2022-2025 percebe-se que das 48 metas traçadas, 28 foram atingidas perfazendo um total de 58,33%. Os principais aspectos não alcançados versam sobre a ampliação do acesso a serviços de reabilitação; lentidão na adaptação à acessibilidade arquitetônica dos serviços de saúde e desconhecimento de profissionais sobre fluxos e serviços disponíveis na rede de saúde para encaminhamento de pacientes usuários.

Portanto, esse documento irá apresentar informações diagnósticas atualizadas, objetivos e metas renovadas fundamentadas na legislação vigente e nos planos relacionados à saúde das Pessoas com Deficiência, visando promover melhorias significativas na qualidade de vida deste grupo.

1. A IMPORTÂNCIA DA CONCEITUAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA LUTA POR INCLUSÃO E DIREITOS

Compreender o que é deficiência é fundamental para combater a discriminação, promover a inclusão e garantir direitos igualitários a todas as pessoas. Essa compreensão vai além de uma visão individual; é essencial reconhecer que a deficiência resulta da interação entre o indivíduo e as barreiras impostas por uma sociedade constituída por um sistema social que preconiza a padronização, a norma comum a todos que nela se enquadram, desconsiderando subjetividades, individualidade, diversidade, necessidades específicas.

Essas barreiras podem ser arquitetônicas, atitudinais ou comunicacionais (Clemente, et al. 2022, p8). São elas que, muitas vezes, impedem as pessoas com deficiência de participar plenamente da vida em sociedade, todas como derivações da principal barreira: a barreira de concepção (ou barreira conceitual) de mundo e de sociedade, a qual, a depender da ideologia, se abstém de pensar a diversidade social como um fenômeno derivado da própria natureza, que é expressão constante de multiversidade, de pluralidade.

A Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2008 tem como conceito central que a deficiência resulta da interação entre pessoas com impedimentos (físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais) e barreiras atitudinais e ambientais. Portanto, a deficiência não é vista apenas como uma condição individual, mas como um conceito social, onde as barreiras sociais, de acessibilidade, comunicação e informação impedem a participação plena da pessoa. Isso significa que, em vez de focar unicamente nos desafios enfrentados pela pessoa, como se

fosse ela a responsável pelos seus impedimentos e a causadora do desconforto para o coletivo que não vivencia o mesmo tipo de impedimento, devemos olhar para os obstáculos que a sociedade cria, ao persistir sustentar uma concepção que se exime da responsabilidade de pensar pela diversidade e planejar um projeto social que abarque as pluralidades de modos de ser e de se expressar, ou seja, que não negue ou invisibilize o diverso. Por exemplo, um espaço público sem rampas ou sinalização adequada torna-se uma barreira que exclui pessoas com deficiência, e não uma limitação delas.

Trata-se, portanto, de uma inversão de percepção e de valores humanos: se as pessoas são a prioridade, não são elas que destoam dos ambientes, mas os ambientes que não foram suficientemente bem pensados e planejados para contemplarem as especificidades possíveis da individualidade humana. E esse é o ponto a ser efetivamente revisto, das políticas públicas a sua plena implementação.

Além disso, é importante ressaltar que, ao utilizarmos o termo "pessoa com deficiência", estamos enfatizando que a deficiência é apenas uma das muitas características que compõem um indivíduo. Essa abordagem ajuda a evitar que a pessoa seja reduzida a sua condição, reconhecendo sua complexidade e totalidade.

Promover a inclusão é uma consequência direta dessa nova forma de entender a deficiência. Quando reconhecemos que as barreiras sociais são a principal fonte de exclusão, damos um passo importante em direção à criação de ambientes mais acessíveis, acolhedores e universalmente planejados. Isso abrange desde o transporte, a educação, o lazer até a comunicação e os espaços físicos, permitindo que as pessoas com deficiência exerçam seus direitos e cidadania em igualdade de condições com todos os outros cidadãos.

Outra contribuição significativa do modelo social é a superação de conceitos ultrapassados, como o modelo biomédico, que via a deficiência apenas como um problema a ser tratado. Essa mudança de perspectiva é crucial para garantir que as pessoas com deficiência sejam vistas e tratadas com dignidade e respeito.

Por fim, a conceituação de deficiência, conforme definida pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (EUA, 2008) e a Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015) reafirma que todas as pessoas têm os mesmos direitos e deveres. É através dessa compreensão que podemos lutar por uma sociedade mais justa e equitativa, onde todos tenham a oportunidade de desenvolver suas potencialidades, independentemente de suas características.

Em resumo, entender a deficiência sob a perspectiva social é um processo vital para a construção de um mundo mais inclusivo, respeitoso e que valoriza a diversidade. É um convite para refletirmos sobre como podemos colaborar na remoção das barreiras que ainda persistem em nossa sociedade, lembrando sempre que cada pessoa, em sua singularidade, merece ser reconhecida e valorizada.

Igualdade e Equidade

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 traz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988.)

A igualdade pressupõe que todos os cidadãos possuem o mesmo valor intrínseco e devem gozar dos mesmos direitos e oportunidades perante a lei. No âmbito do SUS, ela se manifesta no princípio da universalidade: todos têm o mesmo direito de acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição. É o tratamento uniforme para situações que se presumem equivalentes.

A equidade reconhece que as pessoas não são iguais em suas necessidades e pontos de partida. Ela consiste em "tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades" para se alcançar a justiça efetiva. Na saúde da PcD, a equidade dita que uma pessoa com tetraplegia, por exemplo, pode necessitar de mais recursos, tempo de consulta ou tecnologias assistivas do que um paciente sem deficiência para atingir o mesmo nível de atenção à saúde. A equidade é o instrumento para se atingir a igualdade real. Sem equidade, a igualdade permanece apenas no papel (abstrata), pois ignora as barreiras (físicas, atitudinais ou sensoriais) que impedem o indivíduo de usufruir do direito à saúde. Posto que, enquanto a igualdade foca na distribuição idêntica de recursos ou acesso, a equidade foca na justiça da distribuição, priorizando quem mais precisa para compensar desvantagens históricas e sociais.

Logo, a distinção entre igualdade e equidade é crucial para a compreensão e alcance dos objetivos deste Plano Municipal.

Lema: “Nada sobre nós, sem nós”

Este lema (do latim *Nihil de nobis, sine nobis*) não é apenas um slogan ativista, mas um princípio jurídico e ético que rege a formulação de políticas públicas modernas. O lema consolidou-se mundialmente durante a elaboração da Convenção da ONU sobre os

Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Ele expressa a ideia de que nenhuma política, lei ou ação que afete a vida das pessoas com deficiência deve ser decidida sem a participação plena e efetiva dos próprios beneficiários. A Lei Brasileira de Inclusão (LBI - Lei 13.146/2015) e a própria CDPD exigem a consulta a organizações representativas.

Adaptação Razoável

Segundo a Convenção da ONU e a LBI, Adaptação Razoável consiste nas modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem um ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso particular, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de condições com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

Diferença entre Acessibilidade e Adaptação Razoável

Enquanto a acessibilidade é um dever prévio e geral (ex: construir uma rampa na Unidade de Saúde para todos acessarem), a adaptação razoável é uma solução sob demanda para uma necessidade específica que a regra geral não previu. No cotidiano da rede municipal de Porto Alegre, a aplicabilidade manifesta-se nos seguintes exemplos:

Ajustes de Procedimento: Permitir que um paciente com autismo seja atendido em um horário de menor fluxo ou em sala com luz reduzida para evitar crise sensorial.

Flexibilização de Regras: Autorizar a permanência de acompanhante em tempo integral em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) quando a deficiência do paciente demandar esse suporte para comunicação ou estabilidade emocional.

Comunicação: Disponibilizar exames em *braille* ou em formatos digitais acessíveis se o paciente for cego e o sistema padrão for apenas impresso.

Importante: A "razoabilidade" é avaliada caso a caso. Se a adaptação for viável tecnicamente e não comprometer o orçamento de forma catastrófica, ela se torna um direito exigível. A negação de adaptação razoável é considerada uma forma de discriminação por motivo de deficiência.

Acessibilidade e Usabilidade:

No planejamento da rede de saúde de Porto Alegre, não basta que uma US "tenha uma rampa"; é preciso que o cidadão consiga utilizá-la com autonomia. A Acessibilidade é a garantia de que os espaços, transportes, informações e comunicações estejam disponíveis para todas as pessoas. Ela é um atributo do meio. Na saúde, a acessibilidade é um direito coletivo e prévio: as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais municipais devem ser acessíveis antes mesmo de o primeiro paciente com deficiência

chegar. A Usabilidade é a medida de quão eficaz, eficiente e satisfatória é a interação do usuário com um sistema ou ambiente para atingir um objetivo específico. Enquanto a acessibilidade garante a entrada, a usabilidade garante a funcionalidade.

A acessibilidade é o pré-requisito para a usabilidade. Um site de agendamento de consultas da prefeitura pode ser "acessível" (com leitura de tela), mas ter uma "usabilidade" ruim (muitos passos complexos que confundem um usuário com deficiência intelectual).

A acessibilidade foca na remoção de barreiras. A usabilidade foca na facilidade e satisfação do uso. Um balcão pode estar na altura correta (acessível), mas se o material causa reflexo que impede a leitura de um surdo, ele falha na usabilidade.

Distinção entre Doença e Deficiência

Este é um ponto de grande rigor técnico para o Plano Municipal de Saúde, pois diferencia o diagnóstico clínico da realidade social.

Doença (Condição de Saúde)

O conceito biomédico de doença vem como um

desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (Jenicek; Clérout, 1982 apud Herzlich, 2004)

Deficiência

Conforme a Convenção da ONU e a LBI, a deficiência é um conceito em evolução. Ela não está "na pessoa", mas na interação entre impedimentos de longo prazo (físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais) e as barreiras que o ambiente impõe:

- Impedimento Físico + Barreira Arquitetônica = Deficiência;
- Impedimento Físico + Acessibilidade Plena = Inclusão (a deficiência é mitigada).

Se o Plano focar apenas na doença, ele investirá somente em reabilitação médica. Se o Plano focar na deficiência (modelo social), ele investirá em eliminar barreiras, capacitar profissionais para o atendimento humanizado e garantir que o cidadão tenha autonomia, independentemente de sua condição biológica ser "curável" ou não.

Desenho Universal (DU):

O Desenho Universal é a estratégia que antecipa a diversidade humana ainda na fase de projeto, evitando "puxadinhos" ou adaptações posteriores onerosas. Conforme a LBI e a Convenção da ONU, o Desenho Universal é a concepção de produtos, ambientes,

programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. Ele se baseia em sete princípios, como o uso equitativo, flexibilidade e informação perceptível.

Importância e Aplicabilidade no Plano de Saúde

Infraestrutura: Ao construir uma nova US em Porto Alegre, o projeto deveria prever uma construção sem degraus, com corredores largos e sinalização tátil/visual integrada. Isso beneficiaria não apenas a PcD, mas o idoso, a gestante, carrinhos de bebê e o paciente temporariamente usuário de equipamentos auxiliares de locomoção.

Sinalização e Comunicação: O uso de pictogramas universais nos hospitais municipais permite que uma pessoa com deficiência intelectual ou um estrangeiro compreendam o fluxo de atendimento sem auxílio extra.

Sistemas Digitais: O portal de agendamento de consultas deve seguir o DU, sendo operável tanto por teclado quanto por voz ou mouse, atendendo a todos os perfis de usuários simultaneamente.

Avaliação Biopsicossocial: Conceito, Evolução e Aplicabilidade

Este é o ponto de ruptura com o modelo puramente médico, focado na Classificação Internacional de Doenças (CID), para o modelo social de direitos humanos.

Historicamente, a deficiência era atestada apenas por um laudo médico (modelo biomédico). A Avaliação Biopsicossocial expande essa visão. O Grupo de Trabalho Interministerial, criado por meio do Decreto nº 11.487/2023, teve como finalidade elaborar uma proposta de avaliação biopsicossocial unificada da deficiência no contexto brasileiro. A avaliação é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e considera:

- Os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- Os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- A limitação no desempenho de atividades;
- A restrição na participação social.

No Plano Municipal de Porto Alegre, a aplicação deste conceito é determinante para o acesso a políticas públicas.

Identificação de Prioridades: Um cadeirante que mora no Morro da Cruz enfrenta barreiras ambientais e geográficas muito maiores do que um cadeirante que reside em uma área plana e com calçadas acessíveis. A avaliação biopsicossocial permite que o município identifique quem está em maior situação de vulnerabilidade e exclusão, direcionando recursos de forma equânime.

Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br): O plano deve prever a capacitação das equipes de saúde da capital para aplicar instrumentos de avaliação que mensuram a funcionalidade e o impacto das barreiras do território de Porto Alegre na vida do cidadão.

A seguir serão apresentados os tipos de deficiência com maior incidência e restrições de acessibilidade, como a física, a sensorial (auditiva e visual), a intelectual e a psicossocial. Uma pessoa com duas ou mais dessas deficiências é classificada como PcD múltipla. Essas categorias são reconhecidas legalmente e abrangem diversas condições.

1.1 Deficiência Física

O conceito de deficiência física refere-se à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que compromete a função física e a mobilidade de uma pessoa. Esse impedimento de longo prazo e impactar atividades diárias, como caminhar, sentar, ou mover braços e mãos. A legislação brasileira e as abordagens modernas entendem a deficiência física não apenas pela condição médica em si, mas também pelas barreiras sociais que a pessoa enfrenta.

Principais aspectos do conceito:

- Limitação funcional: a condição afeta a mobilidade, a destreza, a coordenação motora ou a resistência da pessoa. O impacto pode variar de leve a profundo, dependendo da condição e de cada indivíduo;
- Diversidade de manifestações: a deficiência física abrange uma vasta gama de condições, como paralisias, amputações, malformações congênitas e distúrbios neurológicos ou musculares;
- Causas: a deficiência pode ser congênita (presente desde o nascimento), adquirida (resultado de acidentes, doenças ou lesões) ou degenerativa (que se desenvolve com o tempo);
- Impacto na vida diária: a deficiência física pode dificultar a realização de tarefas rotineiras, como se vestir, tomar banho ou se alimentar, tornando-as mais demoradas ou desafiadoras;
- Tecnologia assistiva: equipamentos como cadeiras de rodas, órteses e tecnologias inteligentes ajudam a mitigar as barreiras e a promover a autonomia.

Exemplos de condições que se enquadram como deficiência física:

- Paralisias: perda total ou parcial da capacidade motora, como paraplegia (membros inferiores), tetraplegia (quatro membros), hemiplegia (um lado do corpo) e paralisia cerebral;
- Amputações: ausência de um membro ou parte dele, seja por acidente ou procedimento cirúrgico;
- Malformações congênitas: deformidades que ocorrem antes do nascimento, como o nanismo ou problemas de formação dos membros;
- Distúrbios neuromusculares: condições que afetam os nervos e músculos, como a esclerose múltipla e a distrofia muscular;
- Ostomias: procedimentos cirúrgicos que criam uma abertura artificial (estoma) em órgãos internos, como a traqueostomia ou colostomia, que também são consideradas formas de deficiência física.

1.2 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva é definida como a diminuição da capacidade de detectar sons, que pode ser parcial ou total, em um ou ambos os ouvidos. Ela ocorre quando há uma interrupção na transmissão das ondas sonoras em qualquer ponto do sistema auditivo, que se estende do ouvido externo até o cérebro. É classificada em três tipos principais, dependendo da parte do sistema auditivo afetada:

- Condutiva: ocorre quando algo impede a condução do som pelo ouvido externo ou médio, bloqueando a chegada das ondas sonoras ao ouvido interno. As causas podem ser infecções, excesso de cera ou tímpano perfurado;
- Neurossensorial: é causada por danos nas células ciliadas (responsáveis por converter as ondas sonoras em sinais elétricos) do ouvido interno ou no nervo auditivo. Geralmente é permanente e pode ser causada por envelhecimento, exposição a ruídos altos, genética ou doenças como a meningite;
- Mista: combina características da perda auditiva condutiva e neurossensorial, com problemas tanto no ouvido externo/médio quanto no ouvido interno ou nervo auditivo.

1.3 Deficiência Visual

Deficiência visual é a perda total ou parcial da visão, que pode ser permanente e não corrigível com óculos ou cirurgia. Ela se divide em cegueira (perda total ou quase total da visão) e baixa visão (visão subnormal, onde há perda significativa, mas a pessoa

ainda tem alguma capacidade visual). A visão monocular também é considerada uma deficiência visual, onde a perda de visão afeta apenas um olho.

Cegueira:

- Pode ser a perda total da visão, sem qualquer percepção de luz;
- Neste caso, a pessoa pode fazer uso do Braille, softwares sintetizadores de voz, e outras tecnologias de informação e comunicação (TICs), para leitura e escrita ou digitação;
- Pode ser causada por fatores fisiológicos ou neurológicos.

Baixa visão (ou visão subnormal):

- É uma condição em que a acuidade visual é limitada e não pode ser completamente corrigida com óculos ou lentes;
- A pessoa com baixa visão pode ter dificuldades em atividades diárias como ler;
- É caracterizada por um comprometimento que permite ler textos ampliados ou com o uso de recursos ópticos especiais;
- Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), a baixa visão é definida como acuidade visual corrigida inferior a 0,3 e igual ou superior a 0,05, ou um campo visual menor que 20° no melhor olho.

Visão monocular:

- Caracteriza-se pela perda de visão em apenas um dos olhos;
- Foi incluída como deficiência visual por lei em 2021, para todos os efeitos legais.

1.4 Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual (DI), também denominada, conforme o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2023) de Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI), é um transtorno do neurodesenvolvimento, com causas de natureza genética e/ou complicações no pré ou perinatal, que se manifesta antes dos 18 anos e que se caracteriza por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, planejamento, aprendizagem, tomada de decisões) quanto no comportamento adaptativo (habilidades conceituais, sociais e práticas). Isso significa que as pessoas com DI têm um desenvolvimento cognitivo abaixo da média, o que pode dificultar o aprendizado, o raciocínio e a aplicação de novos conhecimentos. Essas dificuldades afetam a autonomia

em atividades diárias, como comunicação (linguagem, capacidade argumentativa, riqueza vocabular, adequação semântica de uso vocabular, etc.), cuidados pessoais, habilidades sociais e outras interações cotidianas. A DI pode variar em gravidade, sendo classificada em leve, moderada, severa ou profunda, com base no grau das limitações enfrentadas pela pessoa.

A síndrome de Down (SD) é a causa mais prevalente de deficiência intelectual (DI), sendo que 100% das pessoas com SD têm algum nível de DI.

Características da Deficiência Intelectual

Funcionamento Intelectual Abaixo da Média

As pessoas com deficiência intelectual enfrentam desafios em áreas como raciocínio lógico, planejamento, processamento e compreensão de informações mais complexas, memória (capacidade reduzida no armazenamento e evocação de informações). Normalmente, a DI é identificada através de testes formais de inteligência, resultando em um quociente de inteligência (QI) que está abaixo do padrão. Apesar disso, tanto o DSM-5-TR quanto o CID-11 focam os critérios diagnósticos no funcionamento adaptativo (conceitual, social e prático) e não apenas no QI, para determinar o nível de suporte necessário (leve, moderado, grave, profundo).

Déficits no Comportamento Adaptativo:

Podem ser observados em diversas áreas, incluindo:

- Comunicação: dificuldades para expressar pensamentos e entender os outros, falta de riqueza vocabular, inadequação semântica no uso do vocabulário, falta de clareza mental em processos de análise discursiva e construção de analogias, baixo senso crítico;
- Cuidados Pessoais: desafios em tarefas cotidianas, como higiene pessoal e se vestir, alimentar-se e deslocar-se autonomamente com suficiente orientação espaço-temporal;
- Habilidades Sociais: dificuldades em interagir com outras pessoas e fazer amigos;
- Habilidades Acadêmicas: dificuldade em aprender e aplicar conhecimentos escolares;
- Segurança e Autonomia: limitações em reconhecer situações de risco e agir de maneira independente.

Causas e Riscos

A deficiência intelectual pode ter diversas causas, incluindo:

- Causas genéticas: algumas condições genéticas, como as síndromes e outras doenças raras, podem resultar em deficiência intelectual;
- Problemas durante a gravidez ou parto: anomalias que afetam o desenvolvimento cerebral fetal, como infecções maternas, má nutrição ou hipóxia (falta de oxigênio) durante o parto, são fatores de risco significativos;
- Outros fatores: questões que ocorrem durante o desenvolvimento do sistema nervoso central também podem contribuir para o surgimento da DI.

Compreender a deficiência intelectual é fundamental para promover a inclusão e o apoio necessário às pessoas. É importante lembrar que cada indivíduo é único e pode ter capacidades distintas. O apoio especializado e a adaptação das interações e ambientes são essenciais para ajudar essas pessoas a desenvolverem suas habilidades e viverem de maneira mais independente.

1.5 Deficiência Psicossocial e Transtorno do Espectro Autista - TEA

O termo deficiência psicossocial é definido como a deficiência que pode decorrer de impedimentos e barreiras vivenciadas a partir de transtorno mental crônico (Brasil, 2009). Os transtornos mentais podem impactar na funcionalidade psíquica e social e, a partir de barreiras, gerar dificuldades. Alguns exemplos de condições que podem resultar em deficiência psicossocial são autismo, esquizofrenia e demais transtornos mentais. Nesse sentido, devem constituir-se transversalmente aos pontos da rede, de forma a priorizar o cuidado territorial, comunitário e intersetorial.

O autismo, atualmente denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA), é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada fundamentalmente por três domínios principais: déficits persistentes na comunicação, na interação social, e a presença de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos (MAENNER et al., 2021). É essencial que os sintomas se manifestem no início do desenvolvimento da criança, mesmo que os prejuízos só se tornem evidentes mais tarde, e que causem um impacto significativo na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes. O conceito de "espectro" é determinante, pois reflete a ampla heterogeneidade na apresentação e na gravidade dos sintomas, que variam muito de um indivíduo para outro, resultando em diferentes níveis de necessidade de suporte e de apresentação.

Duas questões adquiriram destaque no ambiente médico: a importância da detecção de sinais iniciais de alerta no atraso de desenvolvimento em bebês que podem estar futuramente associados a TEA e a necessidade do diagnóstico diferencial. A

primeira questão se refere à necessidade de uma intervenção precoce, o que aumenta a chance de maior eficácia no cuidado dispensado. A segunda questão se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados pela equipe multiprofissional responsável para o estabelecimento do diagnóstico e a identificação de comorbidades.

A identificação de sinais iniciais de atrasos, por meio do acompanhamento da primeira infância e o diagnóstico de precisão, possibilitam a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos (BRASIL, 2014). A maior plasticidade das estruturas anátomo fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções.

Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de atrasos de desenvolvimento que podem estar futuramente associados às pessoas com TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. Sabe-se que, para fins de diagnóstico, manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os três (3) anos de idade. O diagnóstico de TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores (BRASIL, 2014). Ainda que intervenções precoces e intensivas tragam imensos ganhos para o indivíduo com TEA e suas famílias, muitas das dificuldades vividas por esses indivíduos ultrapassam os anos da infância e da juventude.

A necessidade por serviços e cuidados especializados pode, portanto, se estender ao longo vida do indivíduo. No caso do adulto ou do idoso com TEA – um pouco diferente do que ocorre na intervenção inicial e na educação infantil, em que há muita ênfase no desenvolvimento de habilidades de base ou pré-requisitos –, o foco do atendimento deve se voltar à integração e ao acesso aos serviços, à comunidade, à inserção no mercado de trabalho e ao lazer. A ênfase nessas dimensões não exclui a continuidade do trabalho para que os adultos com TEA possam cuidar de sua saúde pessoal, aprimorar habilidades funcionais e de autocuidado, bem como intensificar suas possibilidades de comunicação e ampliar seu repertório de comportamentos sociais.

Embora não se tenha ainda os números exatos de pessoas com autismo no país, o Censo de 2022, traz pela primeira vez informações sobre autismo investigado a partir de questionário de amostra no qual o declarante informava se tinha moradores do domicílio diagnosticados com TEA. Segundo a ONU, a cada 31 crianças nascidas, uma é autista, o

que mostra aumento significativo de diagnósticos de TEA. Esse aumento expõe de casos de autismo somado à falta de números oficiais que especifiquem quantos destes são leves, moderados ou severos, dificulta ainda mais a implantação de políticas públicas uniformes e efetivas nos estados.

2. BARREIRAS E ACESSIBILIDADE

A Lei 13.146/2015 (BRASIL, 2015) prevê que barreiras referem-se a qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros.

Tipos de barreiras:

- Urbanísticas: estão presentes nas vias e nos espaços públicos, como calçadas irregulares, falta de rebaixamento, mobiliário urbano inadequado e ausência de piso tátil para pessoas com deficiência visual;
- Arquitetônicas: afetam o acesso a edifícios, tanto públicos quanto privados, e incluem a ausência de rampas, elevadores adaptados, portas largas e banheiros acessíveis;
- Nos transportes: englobam entraves nos veículos e na infraestrutura de transporte público ou privado, como a falta de transporte adaptado ou de sinalização adequada;
- Nas comunicações e na informação: dificultam a compreensão, o acesso e o uso de informações por pessoas com deficiência. Exemplos incluem a falta de legendas em vídeos, de audiodescrição, de conteúdo em Libras, em braille ou fontes tipográficas de fácil leitura e com tamanho aumentado;
- Atitudinais: são os preconceitos, estigmas, comportamentos discriminatórios e atitudes negativas que impedem a inclusão plena. São consideradas um dos tipos de barreiras mais difíceis de combater, pois estão ligadas à percepção e à cultura de uma sociedade;
- Tecnológicas: são os obstáculos encontrados no uso de tecnologias da informação, como a falta de compatibilidade com tecnologias assistivas, interfaces de sites inacessíveis e documentos digitais que não podem ser lidos por softwares específicos.

Da mesma forma, a acessibilidade é a eliminação dessas barreiras, é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de

espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por PcD ou com mobilidade reduzida. Também se divide em diferentes tipos, correspondendo à superação de cada tipo de barreira:

- Atitudinal: promove atitudes e comportamentos positivos em relação às pessoas com deficiência, combatendo o preconceito e a discriminação. A conscientização e a capacitação são ferramentas importantes para isso;
- Arquitetônica: refere-se à eliminação de barreiras em edifícios e instalações, garantindo que espaços internos, como rampas, elevadores e banheiros, sejam acessíveis a todos;
- Urbanística: diz respeito à adequação dos espaços públicos, com calçadas acessíveis, sinalização adequada, semáforos sonoros e outros elementos que garantam a segurança e autonomia na mobilidade urbana;
- Comunicacional: garante que a comunicação e a informação sejam acessíveis por meio de recursos como Libras, braille, audiodescrição, legendas e textos com bom contraste;
- Nos transportes: assegura o acesso a todos os modais de transporte de forma segura e autônoma, por meio de veículos e infraestruturas adaptadas;
- Tecnológica: consiste em tornar as tecnologias acessíveis para todos, desenvolvendo sites, softwares e aplicativos compatíveis com tecnologias assistivas, como leitores de tela.

Em resumo, o conceito de barreiras e acessibilidade está diretamente ligado ao modelo social da deficiência, que entende que a dificuldade não está na deficiência da pessoa, mas sim nas barreiras criadas pela sociedade. Ao remover essas barreiras, a sociedade se torna mais inclusiva e acessível para todos.

"Existe uma cultura de pensar que a pessoa tem que se adequar à sociedade. O conceito social de pessoa com deficiência muda completamente esse foco, afirmando que todos têm o direito de estudar, de participar ativamente e se desenvolver em sociedade, e que para isso a sociedade precisa se transformar. Muitos ainda têm dificuldade de entender isso e identificar essas barreiras. Por exemplo, a surdez não é uma barreira. Ela é uma condição do aluno. Qual a barreira para a aprendizagem? O fato de não conseguirmos nos comunicar. Se conseguirmos minimizar essa barreira, então teremos a plena participação desse estudante." (Regina Mercurio)

3. CONTEXTO HISTÓRICO E NORMATIVO

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 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, 2014).

Em reunião da Comissão Tripartite, em 2011, quatro redes temáticas de atenção à saúde foram eleitas prioritárias, dentre elas a RCPcD. 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 MS, divididas em eixos temáticos. No que tange à RCPcD, 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 MS 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 RCPcD. 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. Destaca-se ainda, em 2025, a publicação da Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista - TEA.

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 RCPcD.

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.

Fluxo:

Em Porto Alegre, o acesso regulado de pacientes é por meio do sistema Gerenciamento de Consultas (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 – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS); Reabilitação Auditiva Pediátrica – 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 Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) como Oxigenoterapia, dispensação de Insumos e outros, os mesmos podem ser encontrados no link: <https://sites.google.com/view/bvsapsppoa/bvap>.

4. 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).

No Brasil, o Censo de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou aproximadamente 14,4 milhões de pessoas, ou seja, 7,26% da população com algum tipo de deficiência e em Porto Alegre 98,8 mil pessoas, sendo 7,55%.

Tabela 1: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência

	Total	Com deficiência	%
Brasil	198.348.756	14.400.869	7,26
Porto Alegre (RS)	1.309.555	98.825	7,55

Fonte: Censo Demográfico 2022

O Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) revelou que Porto Alegre tinha 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%). A redução significativa dos quantitativos de um Censo a outro revela a alteração na metodologia de inquérito do órgão de Estatística oficial.

Em 2018, realizou-se 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) 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, 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).

Em 2021, O Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência entendeu que o uso da “nova margem / linha de corte” adotada a partir da proposição do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência 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 –, ocultando 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.

Em relação ao sexo tanto no Brasil quanto em Porto Alegre a proporção de mulheres com deficiência é maior.

Tabela 2: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência, por sexo

	Homens			Mulheres		
	Total	Com deficiência	%	Total	Com deficiência	%
Brasil	96.129.240	6.146.489	6,39	102.219.516	8.254.379	8,08
Porto Alegre (RS)	601.672	37.428	6,22	707.883	61.397	8,67

Fonte: Censo Demográfico 2022

Quando se investiga pessoas com deficiência por cor ou raça, observa-se que pessoas pretas e pardas possuem mais deficiências proporcionalmente, tanto em nível nacional quanto em Porto Alegre. O dado revela uma iniquidade importante no município uma vez que o total da população branca é bem superior.

Tabela 3: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade, total e pessoas com deficiência, por cor ou raça

	Brasil			Porto Alegre (RS)		
	Total	Com deficiência	%	Total	Com deficiência	%
Total	198.348.756	14.400.869	7,26	1.309.555	98.825	7,55
Branca	85.658.265	6.060.125	7,07	960.155	69.542	7,24
Preta	20.568.293	1.758.595	8,55	163.629	13.664	8,35
Amarela	841.664	55.328	6,57	1.979	76	3,84
Parda	90.052.889	6.446.342	7,16	180.619	14.955	8,28
Indígena	1.191.254	78.275	6,57	3.038	541	17,81

Fonte: Censo Demográfico 2022

A tabela abaixo demonstra as deficiências investigadas por tipo de dificuldades funcionais:

Tabela 4: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade com deficiência por tipos de dificuldades funcionais

Total	Com deficiência	%	Total	Com deficiência	%
	14.400.869	100	1.309.555	98.825	100
Dificuldade permanente para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato	7.942.002	55,15	50.649	50.649	51,25
Dificuldade permanente para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos	2.555.094	17,74	19.638	19.638	19,87
Dificuldade permanente para andar ou subir degraus, mesmo usando prótese ou outro aparelho de auxílio	5.171.528	35,91	38.887	38.887	39,35

Dificuldade permanente para pegar pequenos objetos, como botões ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio	2.727.565	18,94	19.734	19.734	19,97
Dificuldade permanente para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar ou estudar por causa de alguma limitação nas funções mentais	2.689.666	18,68	20.763	20.763	21,01

Fonte: Censo Demográfico 2022

De acordo com o Censo de 2022, as deficiências relacionadas a dificuldades funcionais físicas ou motoras são as que mais acometem os porto-alegrenses, seguidas das deficiências visual, mental e auditiva, respectivamente.

Tabela 5: Pessoas residentes de 2 anos ou mais de idade por tipo e por grau de dificuldade funcional

	Brasil							Porto Alegre (RS)								
	Tem, não consegue de modo algum	%	Tem muita dificuldade	%	Tem alguma dificuldade	%	Não tem dificuldade	%	Tem, não consegue de modo algum	%	Tem muita dificuldade	%	Tem alguma dificuldade	%	Não tem dificuldade	%
Dificuldade permanente para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato	822.508	0,41	7.119.495	3,59	27.688.973	13,96	162.717.781	82,04	9.025	0,69	41.624	3,18	173.145	13,22	1.085.761	82,91
Dificuldade permanente para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos	543.770	0,27	2.011.324	1,01	7.272.617	3,67	188.521.045	95,05	5.404	0,41	14.234	1,09	55.683	4,25	1.234.234	94,25
Dificuldade permanente para andar ou subir degraus, mesmo usando prótese ou outro aparelho de auxílio	1.162.357	0,59	4.009.171	2,02	8.602.289	4,34	184.574.939	93,06	9.701	0,74	29.186	2,23	61.963	4,73	1.208.705	92,30
Dificuldade permanente para pegar pequenos objetos, como botões ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio	792.205	0,40	1.935.360	0,98	4.770.059	2,40	190.851.132	96,22	6.534	0,50	13.199	1,01	30.814	2,35	1.259.007	96,14
Dificuldade permanente para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar ou estudar por causa de alguma limitação nas funções mentais	967.721	0,49	1.721.945	0,87	3.691.655	1,86	191.967.435	96,78	7.893	0,60	12.870	0,98	26.953	2,06	1.261.840	96,36

Fonte: IBGE 2022

4.1 Registro de informações sobre deficiência no e-SUS

Embora o registro sobre deficiência ocorra na recepção das unidades, o elevado fluxo de atendimentos e a garantia da privacidade do usuário fazem com que o preenchimento desse campo — que não é obrigatório — perca a regularidade. Além disso, muitos cidadãos optam por não declarar ou desconhecem sua condição no momento do cadastro. Por consequência, os dados administrativos atuais são estimados e não exatos. Quando essas informações existem, elas constam majoritariamente nos prontuários clínicos, cujo acesso é restrito por sigilo médico.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), após visita domiciliar, pode registrar no e-SUS informações sobre deficiência e outras condições de saúde, desde que declaradas pelo próprio usuário ou por familiar residente no mesmo domicílio. Ademais, qualquer trabalhador com acesso ao Cadastro Individual no e-SUS pode inserir dados referentes a deficiências.

Segundo dados extraídos dos prontuários eletrônicos do e-SUS, foram identificadas 29.629 pessoas referindo algum tipo de deficiência no município, distribuídas da seguinte forma: 3.832 com deficiência auditiva; 8.673 com deficiência física; 7.400 com deficiência intelectual/cognitiva; 10.350 com deficiência visual; 2.957 com outras deficiências; e 592 pessoas registradas com TEA. Importa destacar que o campo relativo ao TEA foi inserido apenas na atualização do e-SUS em maio de 2025, o que explica a baixa representatividade e a natureza ainda incipiente desses registros.

Entretanto, tais dados devem ser analisados criticamente uma vez que não refletem minimamente o número de pessoas com deficiência. Alguns fatores estruturais colaboram para a falta de dados confiáveis:

- Realização de atendimentos a usuários que não possuem ficha de cadastro individual no e-SUS, o que implica ausência de informações básicas sobre seu perfil clínico e socioeconômico;
- Inexistência de obrigatoriedade no preenchimento do campo referente à condição de deficiência, resultando em inconsistências e sub-registros nos sistemas de informação;
- US vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (US Santa Cecília) que não utiliza o e-SUS.

Em decorrência dos sub-registros é fundamental incentivar os usuários, sempre que possível, que solicitem aos profissionais de saúde que registrem as informações no seu prontuário. No entanto, é importante ressaltar que esta não é uma responsabilidade exclusiva do paciente. O dever principal do registro correto, completo e oportuno é dos serviços de saúde e dos profissionais que nele atuam.

Diante dessa realidade, a gestão municipal consolida-se como peça-chave para coordenar, monitorar e qualificar a coleta de informações. O fortalecimento da articulação com as Unidades de Saúde é essencial para viabilizar a busca ativa e assegurar o mapeamento preciso da população com deficiência local. A ausência de compulsoriedade no sistema de cadastramento exige que a gestão estabeleça protocolos internos, fluxos de notificação, orientações técnicas e mecanismos de supervisão capazes de assegurar maior completude e fidedignidade dos dados.

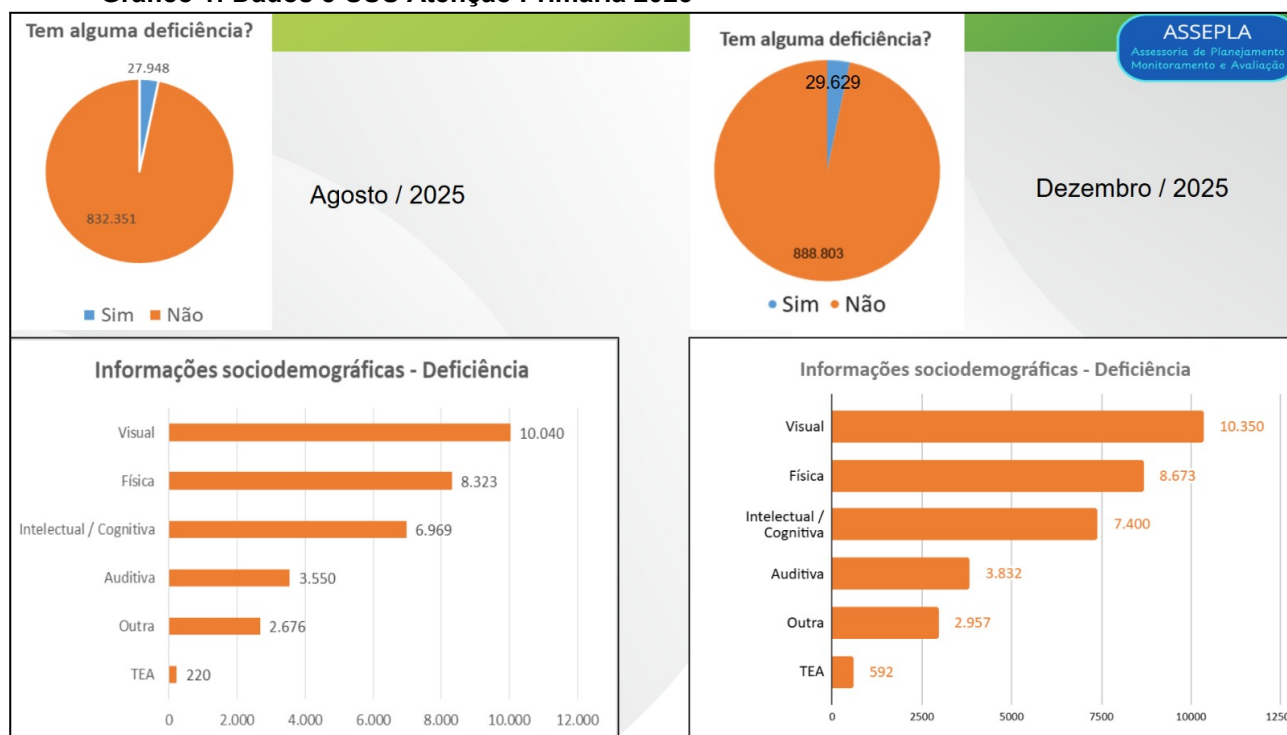
Nesse sentido, o acompanhamento do processo pode ser otimizado por meio de indicadores fundamentais, tais como as taxas de cadastros completos, a razão de pessoas cadastradas por população estimada no território, a cobertura do prontuário eletrônico e o impacto da atualização do sistema no volume de novos registros .

Cabe ainda reforçar que, devido à persistência dos sub-registros, é também fundamental que os usuários sejam orientados, durante os atendimentos, a solicitar que suas informações sejam atualizadas e corretamente registradas nos prontuários. A qualificação desses dados é essencial não apenas para subsidiar o planejamento e a alocação de recursos, mas também para garantir que a RCPcD seja estruturada de forma coerente com o perfil epidemiológico real do município.

A consolidação de uma base de dados robusta e atualizada constitui, portanto, elemento estruturante para o fortalecimento da vigilância em saúde, para a organização das linhas de cuidado e para a ampliação da resolutividade dos serviços de Reabilitação em todos os níveis de atenção. Essa responsabilidade, compartilhada entre gestão, equipes e usuários, é condição indispensável para o avanço de políticas públicas mais equitativas, integradas e orientadas pelas necessidades concretas da população com deficiência.

Tabela 6: Dados e-SUS Atenção Primária 2025

Deficiência	Quantidade de Cidadãos
	Dezembro
Possui alguma deficiência	29.629
Deficiência auditiva	3.832
Deficiência física	8.673
Deficiência Intelectual/Cognitiva	7.400
Deficiência visual	10.350
Deficiência outra	2.957

Gráfico 1: Dados e-SUS Atenção Primária 2025

Fonte: e-SUS, 2025.

A complexidade do tema, aliada à falta de dados sobre o número atualizado de pessoas com deficiências em cada território e suas circunstâncias exigem um trabalho fortemente direcionado à conscientização tanto de usuários, quanto de gestores e profissionais para o preenchimento correto e completo do e-SUS, bem como a exigência de campo obrigatório sobre deficiência no sistema para possibilitar a elaboração de diagnóstico situacional adequando sobre a atenção à saúde da PcD no município.

5. A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPcD) EM PORTO ALEGRE

A Portaria GM/MS nº 793, de 24/04/2012 (BRASIL, 2012d), que instituiu a RCPcD no âmbito do SUS foi atualizada pela Portaria GM/MS nº 1526/2023. A RCPcD 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 RCPcD ainda está em estruturação 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.

5.1 O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado 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 RCPcD, de forma a articular as ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre apresentava em dezembro de 2025 132 Unidades de Saúde (US) e entre essas, 1 US Indígena, 7 equipes de Consultórios na Rua e 9 equipes de saúde prisional. Destas US, 115 são contratualizadas (Hospital São Lucas/PUCRS, IB SAÚDE, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Divina Providência, Hospital Vila Nova), 13 conveniadas (Grupo Hospitalar Conceição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e 5 próprias - conforme tabela abaixo.

Tabela 7: Cenário Atual das US de APS

Entidade/Organização Social	Nº de Unidades de Saúde
Prefeitura Municipal de Porto Alegre	5
Grupo Hospitalar Conceição	12
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	1
Hospital São Lucas/PUC	1
IBSAÚDE	19
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	27
Hospital Divina Providência	38
Hospital Vila Nova	29
Total	132

Fonte: DAPS - CNES/2025

Tabela 8: Número de equipes de saúde da família por Distrito Sanitário de maio de 2024 a junho de 2025

Distrito Sanitário	2024						2025							
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Centro	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Centro Sul	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Cristal	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Cruzeiro	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Eixo Baltazar	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Extremo Sul	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Glória	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Humaitá/Navegantes	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ilhas	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Leste	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

Lomba do Pinheiro	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Nordeste	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Noroeste	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
Norte	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
Partenon	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Restinga	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Sul	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Total	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326	326

Fonte: CNES/ 2025

Além disso, a rede da APS dispõe de 207 equipes de Saúde Bucal e 24 Equipes Multiprofissionais - e-Multi.

A Atenção Básica tem como papel fundamental o acolhimento sendo a escuta qualificada ferramenta essencial para que a PcD 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 PcD 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 RCPcD tem como ponto de atenção a Unidade de Saúde (US) e conta com as equipes de Saúde Bucal, as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as Equipes Multiprofissionais (e-Multi), 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 e fluxos assistenciais 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 PcD.

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais (e-Multi) na Atenção Primária à Saúde. Os objetivos das e-Multi são:

- I - O atendimento individual, em grupo e domiciliar;
- II - As atividades coletivas;
- III - O apoio matricial;
- IV - As discussões de casos;
- V - O atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; VI - a oferta de ações de saúde à distância;
- VII - A construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território;

VIII - As práticas intersetoriais.

Percebe-se que o conjunto de ações de responsabilidade da Atenção Básica para o pleno funcionamento da RCPcD é repleto de desafios, iniciando pelos recursos, que se destinam em sua maioria para a média e alta complexidade. A consolidação da educação permanente configura-se como um desafio contínuo de gestão para este nível de atenção. Apesar de as estatísticas locais confirmarem um número relevante de pessoas com deficiência, a inserção dessa pauta no dia a dia das equipes da Atenção Primária ainda se desenvolve de forma elementar, demandando investimentos em capacitação e sensibilização.

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).

A busca de conhecimento sobre a complexidade que envolve o cuidado e a assistência integral da PcD 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. Entre eles, destaca-se o agendamento telefônico de consultas, garantido para pessoas com deficiência cadastradas nas unidades de saúde (Lei Municipal nº 10.819, de 13/01/2010 – PORTO ALEGRE, 2010a), bem como a territorialização, que assegura às pessoas com deficiência a possibilidade de 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 dessas legislações ainda não alcança de forma uniforme todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, o que pode gerar situações em que os usuários se veem na necessidade de apresentar documentação para acessar direitos já garantidos normativamente.

Nesse sentido, reforça-se a importância de dar plena efetividade ao Art. 5º da Lei Municipal nº 10.819, que determina a afixação de material informativo sobre o conteúdo da lei em local visível nas unidades de saúde. A implementação dessa medida, ainda em processo de consolidação na Rede, representa um passo fundamental para ampliar o conhecimento dos usuários sobre seus direitos. Complementarmente, recomenda-se a realização de capacitações para os profissionais de saúde com a participação de pessoas com deficiência, fortalecendo a aplicação prática da legislação no cotidiano dos serviços.

No que diz respeito à Lei Municipal nº 12.487/2018, que assegura às pessoas com deficiência a escolha do local de atendimento na rede de saúde, sugere-se o fortalecimento de sua divulgação, alinhado ao modelo do Art. 5º da Lei nº 10.819. A ampla publicidade e a aplicação prática dessas diretrizes são fundamentais para consolidar os direitos desse público.

Atualmente, a necessidade de ampliar as capacitações sobre a política de saúde da PcD e de alinhar os fluxos de encaminhamento, somada aos desafios de integração na transição dos modelos de gestão do trabalho, reflete-se na jornada do usuário. Ajustar esses pontos aproximará as diretrizes institucionais das demandas reais identificadas pelas equipes nos territórios, promovendo uma inclusão mais efetiva.

5.1.1 Atenção Odontológica na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Odontológica na Atenção Primária é responsável pelas ações de promoção, prevenção e curativas e seguirá um fluxo de encaminhamento às atenções ambulatorial especializada e hospitalar para os casos de maior complexidade.

Os serviços da Política de Saúde Bucal que compõem a APS são ofertados nas Unidades de Saúde (US) de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2022c). 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 205 Equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas em 107 Unidades de Saúde, conforme os dados do BI-CNES (competência julho/2025), aptas ao atendimento das necessidades odontológicas básicas das pessoas com deficiência. As 27 Unidades que não possuem ESB, possuem US de referência para o atendimento odontológico. 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. Ainda que o número de equipes seja expressivo, a cobertura atual pode não ser suficiente para atender de forma equitativa toda a população com deficiência, exigindo constante revisão e ampliação da oferta. As ESB também estão habilitadas a realizar procedimentos básicos em pacientes acamados através de consultas domiciliares. Em 2024 foram adquiridos consultórios odontológicos portáteis, permitindo a

realização de procedimentos no domicílio, o que também reduz barreiras de acesso e fortalece o vínculo com o território, favorecendo a continuidade do cuidado. Atualmente os consultórios portáteis estão disponíveis nas coordenadorias de saúde Norte (4) e Oeste (1). Está no planejamento a aquisição de consultórios portáteis para as Coordenadorias de Saúde (CS) Leste e Sul.

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 (PNE) no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência do seu distrito.

5.2 O componente Atenção Especializada em Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Esse componente refere-se ao conjunto de serviços que realizam ações terapêuticas especializadas voltadas à reabilitação, recuperação funcional e apoio à vida independente de pessoas com deficiência temporária ou permanente.

O processo de habilitação e reabilitação tem por objetivo, segundo a LBI, nº 13.146, de 06 de julho de 2015, o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da PcD e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Na medida em que a reabilitação constitui-se como um direito da PcD 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 PcD (PEREIRA, 2009; SANTOS, 2017).

A RCPcD 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, 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, incluindo o suporte das Oficinas Ortopédicas que realizam a dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção (OPM – BRASIL, 2012d).

Na RCPcD, o componente Atenção Especializada em Reabilitação conta com os seguintes pontos de atenção (BRASIL, 2012d):

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

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), são classificados em diferentes tipos, conforme os serviços que oferecem (auditiva, física, intelectual ou visual):

- CER II – dois serviços de reabilitação;
- CER III – três serviços de reabilitação;
- CER IV – quatro serviços de reabilitação.

Nos CERs e outros pontos de atenção especializada em reabilitação, são ofertadas ações como: avaliação e diagnóstico funcional; reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM); apoio multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, entre outros); capacitação e orientação da família e cuidadores; encaminhamento para outras redes de atenção (como assistência social, educação, trabalho e direitos humanos).

Em Porto Alegre, os Serviços Especializados em Reabilitação habilitados pelo MS 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 ofertadas pelos 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 SUS – Portaria nº 1.559/08 (BRASIL, 2008b), responsável pela regularização do acesso, fundamentada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A seguir serão descritos os serviços de reabilitação preconizados pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012d) atualizados pela Portaria nº 1526/2023 e ofertados pela RCPcD em Porto Alegre.

5.2.1 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 RH 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/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.

A reabilitação auditiva conta com procedimentos específicos para que os efeitos de uma perda auditiva sejam minimizados: concessão de AASI, cirurgias de Implante Coclear e Prótese Auditiva Ancorada no Osso, Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM) e uso de tecnologia assistiva.

Apresenta-se abaixo os principais serviços habilitados que oferecem ações de média e alta complexidade na cidade de Porto Alegre voltados a reabilitação auditiva:

Quadro 2: Oferta mensal de reabilitação auditiva

Serviço	Complexidade	Atendimentos Disponíveis	Oferta
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Média e Alta	- Atendimento multidisciplinar - Protetização auditiva (média complexidade) - Terapia fonoaudiológica - Tecnologias assistivas - Referência para Implante Coclear e Próteses Ancorada no Osso	Reabilitação Auditiva adulto - 15 Reabilitação Auditiva Pediátrica - 05 Implante Coclear - 02
Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)	Média e Alta	- Atendimento multidisciplinar - Protetização auditiva (média complexidade) - Terapia fonoaudiológica - Tecnologias assistivas - Referência para Implante Coclear e Próteses Ancorada no Osso (habilitado conforme Portaria GM/MS nº 5.241, de 16/08/2024)	Reabilitação Auditiva adulto - 09 Reabilitação Auditiva Pediátrica - 08 Implante Coclear - 02
Hospital Santa Ana (HSA – CER II)	Média	- Atendimento multidisciplinar - Protetização auditiva (média complexidade) - Terapia fonoaudiológica - Tecnologias assistivas	Reabilitação Auditiva adulto - 42

Fonte: URAMB-SMS ref. novembro/2025

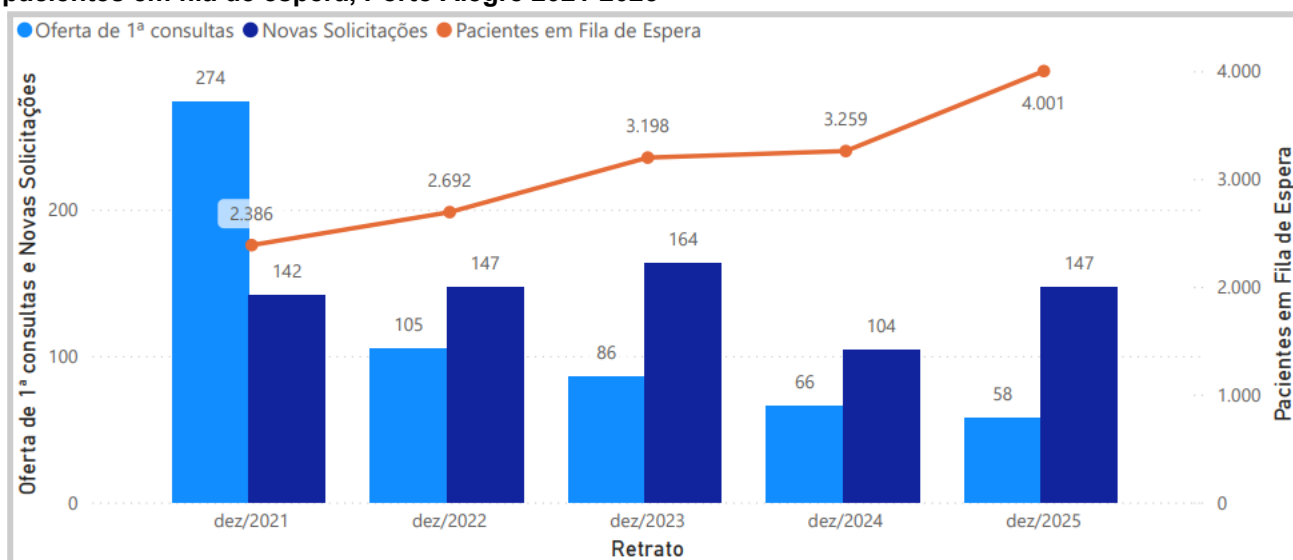
O acesso à Reabilitação Auditiva ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município (GERCON), oriundos das unidades de saúde que compõem a APS e serviços especializados da rede. Sinaliza-se a necessidade do exame de audiometria como parte do diagnóstico para reabilitação auditiva cuja fila de espera em dezembro de 2025 era de 4001 adultos e 122 infantil.

A regulação do acesso é baseada nas informações fornecidas pelo solicitante (devendo estas serem suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e prioridade) e nos Protocolos de Regulação Ambulatorial- RegulaSUS /Telessaúders.

Segundo dados do sistema GERCON, aguardam em fila de espera para 1ª consulta em Reabilitação Auditiva Adulto, 4.001 pacientes e para 1ª consulta em Reabilitação Auditiva Pediátrica, 122 pacientes (atualizado em dezembro de 2025).

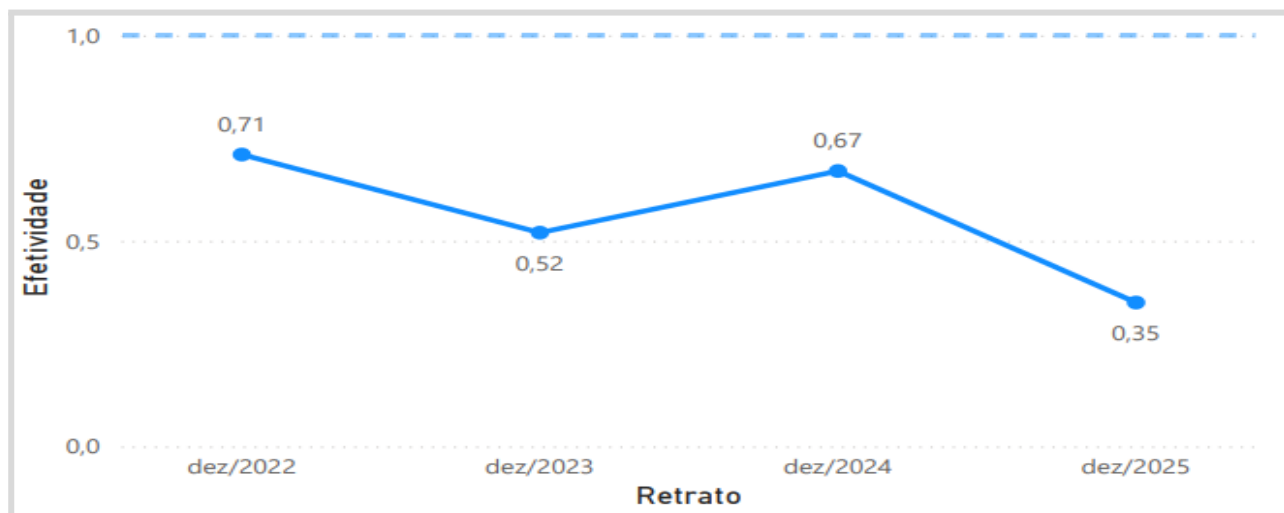
A oferta na especialidade, no mês de dezembro, foi de 58 vagas para Reabilitação Auditiva Adulto e 7 para pediátrica.

Gráfico 2: Reabilitação auditiva adulto — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025



Fonte: Gercon

Gráfico 3: Reabilitação auditiva adulto— retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025



Fonte: Gercon

5.2.2 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 contava em dezembro de 2025 com 2 (dois) serviços habilitados pelo MS para Reabilitação Física, são eles: Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) (uma modalidade de reabilitação) e CEREPAL (Centro de Reabilitação de Porto Alegre) (CER II).

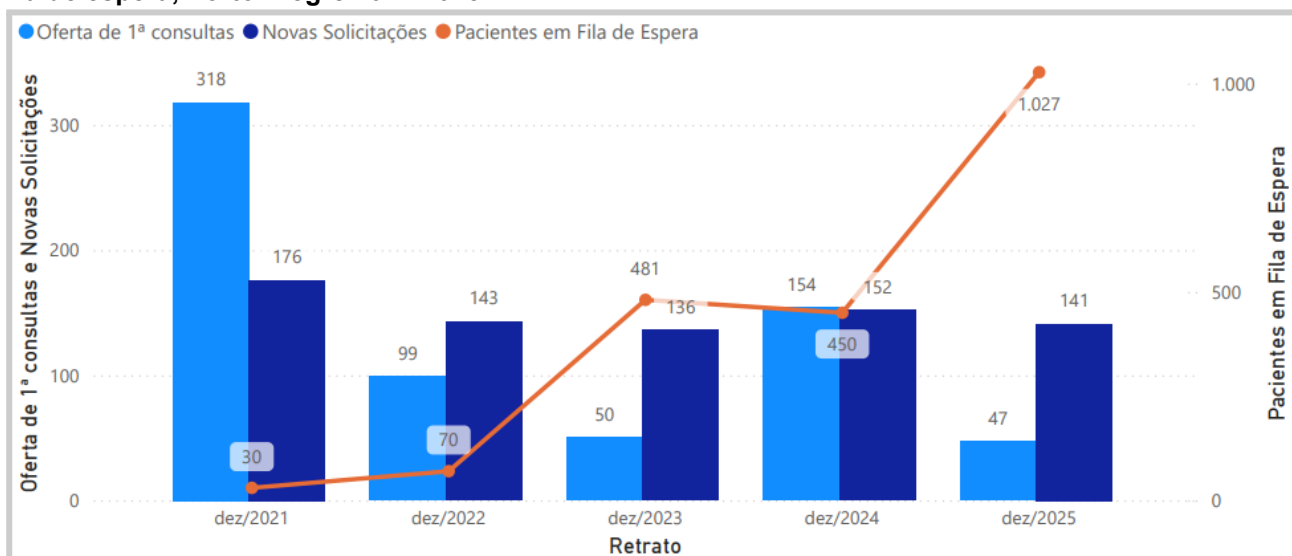
O acesso à Reabilitação Física ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município (GERCON), oriundos das unidades de saúde que compõem a APS e serviços especializados da rede.

A regulação do acesso é baseada nas informações fornecidas pelo solicitante (devendo estas serem suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e

prioridade) e nos Protocolos de Regulação Ambulatorial- RegulaSUS / Telessaúde RS. Disponível em: [Reabilitação Física](#).

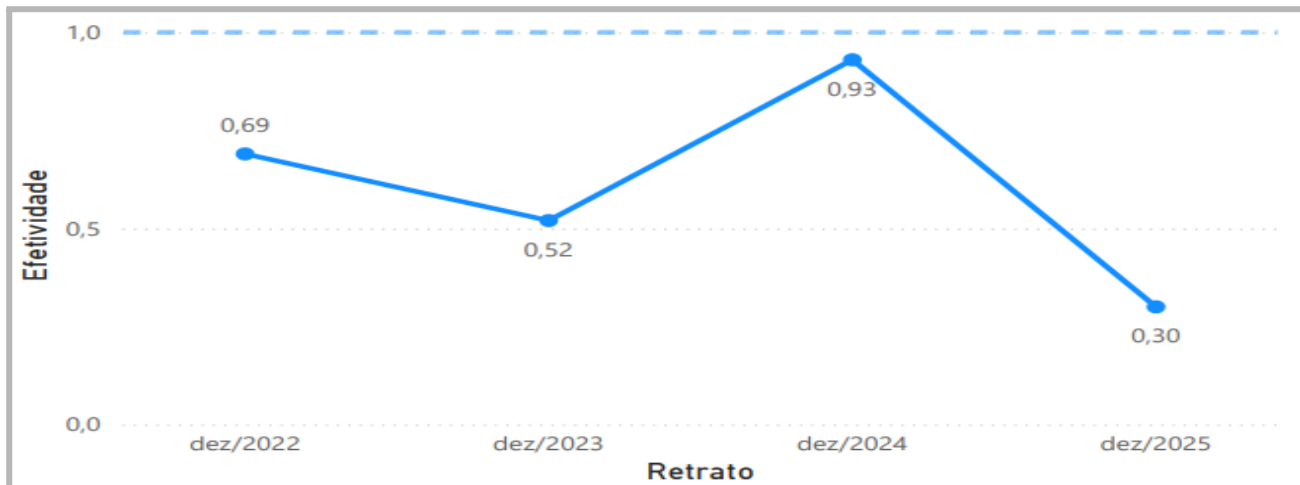
Conforme dados de dezembro de 2025 aguardavam em fila 1027 pacientes para reabilitação física.

Gráfico 4: Reabilitação física — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025



Fonte: Gercon

Gráfico 5: Reabilitação física — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025



Fonte: Gercon

No âmbito da Reabilitação Física, destaca-se a atuação dos profissionais de Fonoaudiologia nos Ambulatórios de Especialidades Vila dos Comercários e IAPI, que atendem pacientes de 18 a 120 anos em casos de disfagia, distúrbios de voz, fala, linguagem, bem como na reabilitação auditiva e de linguagem.

Para o atendimento fonoaudiológico pediátrico, voltado para crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, integra a rede de atendimento às Equipes Especializadas em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA).

Adicionalmente, o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) oferece atendimento a crianças com distúrbios de deglutição, disponibilizando primeiras consultas no ambulatório de gerenciamento de disfagia pediátrica e realizando exames de deglutograma para pacientes de 0 a 100 anos.

Quadro 3: Reabilitação Física – Fonoaudiologia

Estabelecimento	Reabilitação	Vagas Semanais
IAPI	disfagia, distúrbios de fala, voz, linguagem, audição	6 vagas semanais - para primeiro atendimento
Vila dos Comerciários	disfagia, distúrbios de fala, voz, linguagem, audição	6 vagas semanais - para primeiro atendimento
HMIPV – Ambulatório de Disfagia	Disfagia – crianças	1 por semana
EESCA's	Distúrbios de voz, fala, linguagem oral e escrita, reabilitação auditiva e de linguagem	Eesca Assis Brasil - 4 vagas/mês Eesca Camaquã- 3 vagas/mês Eesca RES- 6 vagas/mês EESCA VC- 6 vagas/mês Eesca Vila Jardim- 5 vagas/mês Eesca Navegantes 1- sem vagas no momento

Fonte: URAMB/DR/SMS

Segundo dados do sistema GERCON, aguardam em fila de espera para 1ª consulta em Fonoaudiologia adulto 382 pessoas, Fonoaudiologia pediátrica 4107 e Fonoaudiologia gerenciamento de Disfagia (atualizado em dezembro de 2025).

5.2.3 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.

Porto Alegre conta com um serviço de reabilitação visual habilitado junto ao MS, Hospital Banco de Olhos, que oferece 32 vagas/mês (GERCON- 06/25). As vagas

ofertadas 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 à Reabilitação Visual ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município (GERCON). A regulação do acesso é baseada nas informações fornecidas pelo solicitante (devendo estas serem suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e prioridade) e nos Protocolos de Regulação Ambulatorial-RegulaSUS / Telessaúders.

Embora dados do sistema GERCON indiquem que não há fila de espera para 1ª consulta em Reabilitação Visual (dezembro de 2025), a fila de espera para a especialidade Oftalmologia Pediátrica conta com 1150 pacientes e Oftalmologia Geral Adulto, 12124.

A oferta na especialidade de Reabilitação Visual, no mês de setembro, foi de 11 vagas.

5.2.4 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, tais como com síndrome de Down e 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. FISIOTERAPEUTA - 835/2012 E NT 02/2025 (MS)

No município, a reabilitação intelectual é regulada para atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação, habilitados pelo MS como CER II e, nos casos de TEA, também para serviços conveniados e para o Centro de Referência do Transtorno Autista (CERTA).

Compondo a Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência, atualmente o município de Porto Alegre conta com os seguintes serviços voltados ao atendimento de Pessoas com TEA: Clínica Libertad, Clínica HD 360, Clínica Horizontes, Inovatechrs, CERTA e dois Centros Especializados em Reabilitação, habilitados pelo MS: CER Sta Ana e CER CEREPAL.

A estimulação precoce e o atendimento no tempo oportuno, no contexto da deficiência intelectual, é fundamental, visando 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]).

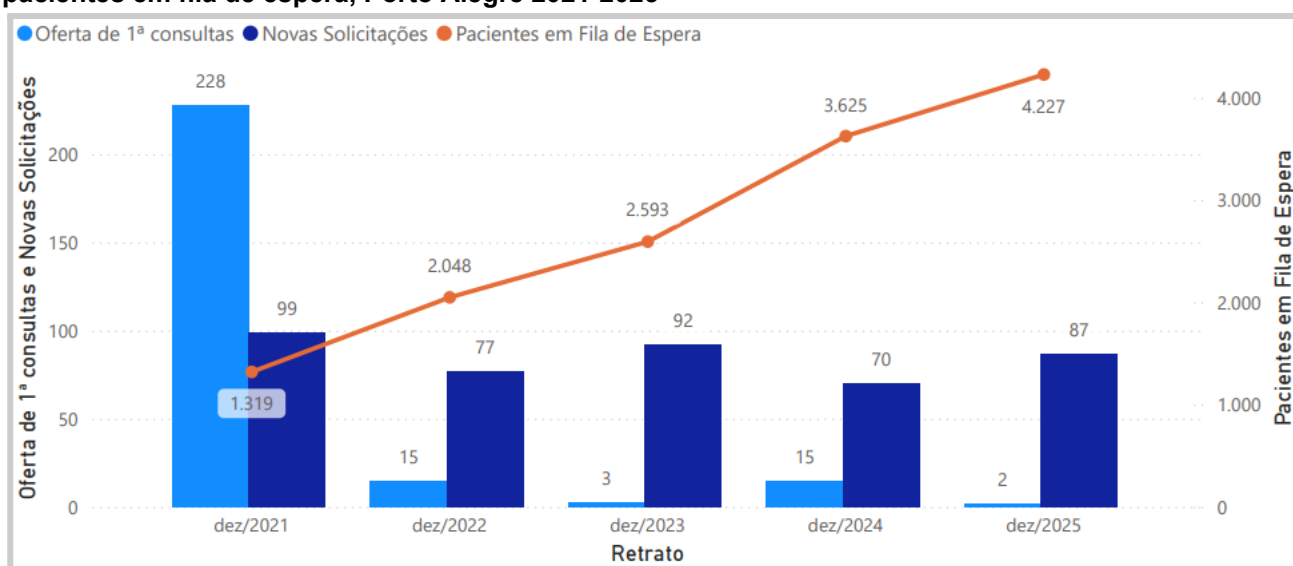
O acesso à Reabilitação Intelectual ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município (GERCON), oriundos das unidades de saúde que compõem a APS e serviços especializados da rede.

A classificação de risco na regulação em saúde é um processo técnico que organiza o acesso dos pacientes aos serviços de saúde conforme a gravidade, urgência e necessidade clínica apresentada. É uma ferramenta que organiza o acesso aos serviços de forma segura, justa e transparente, assegurando que o princípio da equidade do SUS seja cumprido.

A regulação do acesso é baseada nas informações fornecidas pelo solicitante (devendo estas serem suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e prioridade) e nos Protocolos de Regulação Ambulatorial- RegulaSUS / Telessaúde RS.

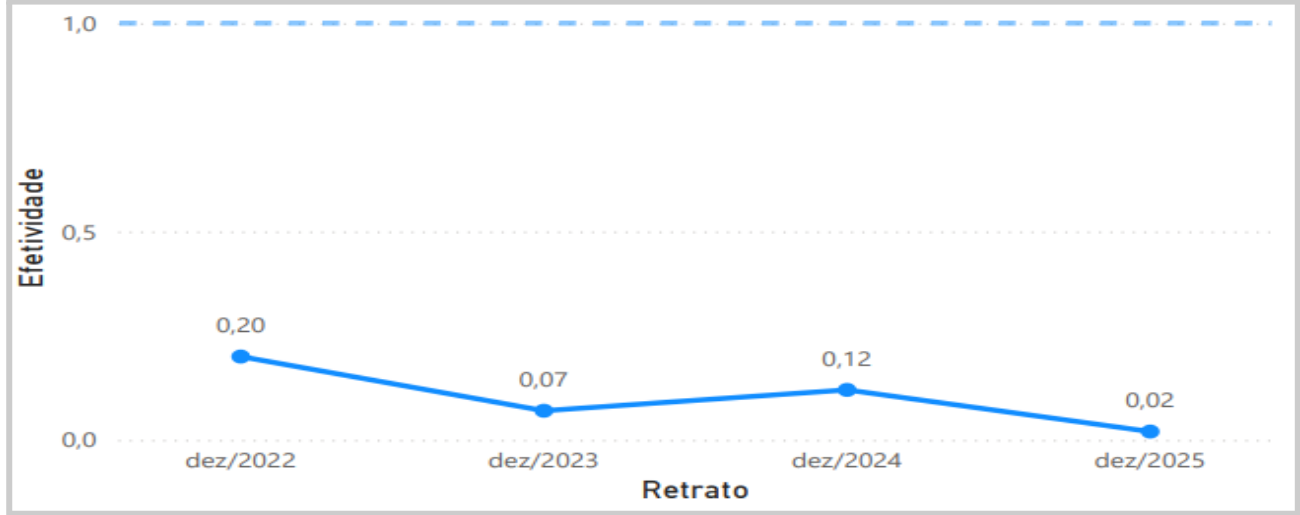
A fila de espera para a especialidade de Reabilitação Intelectual contava, em dezembro de 2025, com 4.227 pacientes.

Gráfico 6: Reabilitação intelectual — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025



Fonte: Gercon

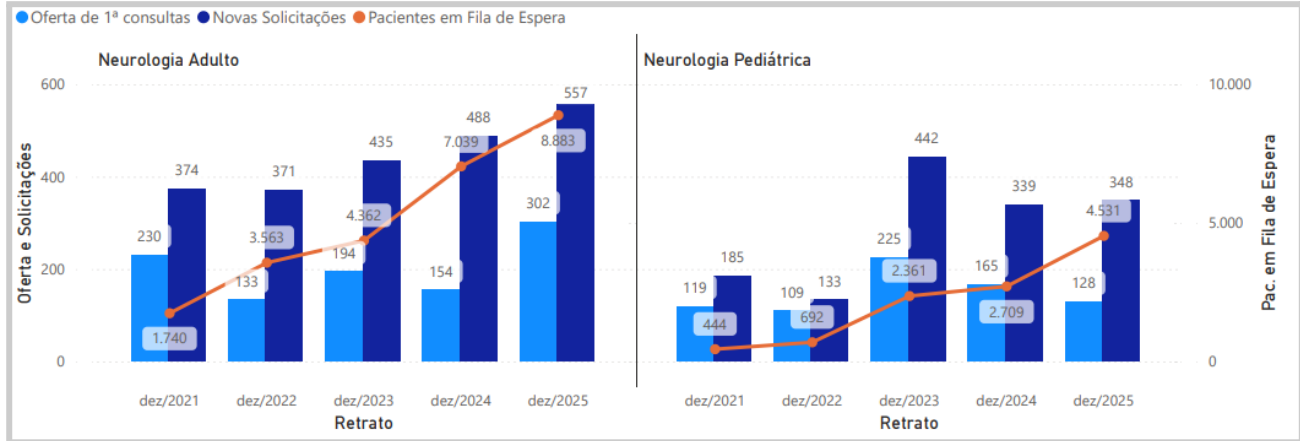
Gráfico 7: Reabilitação intelectual — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025



Fonte: Gercon

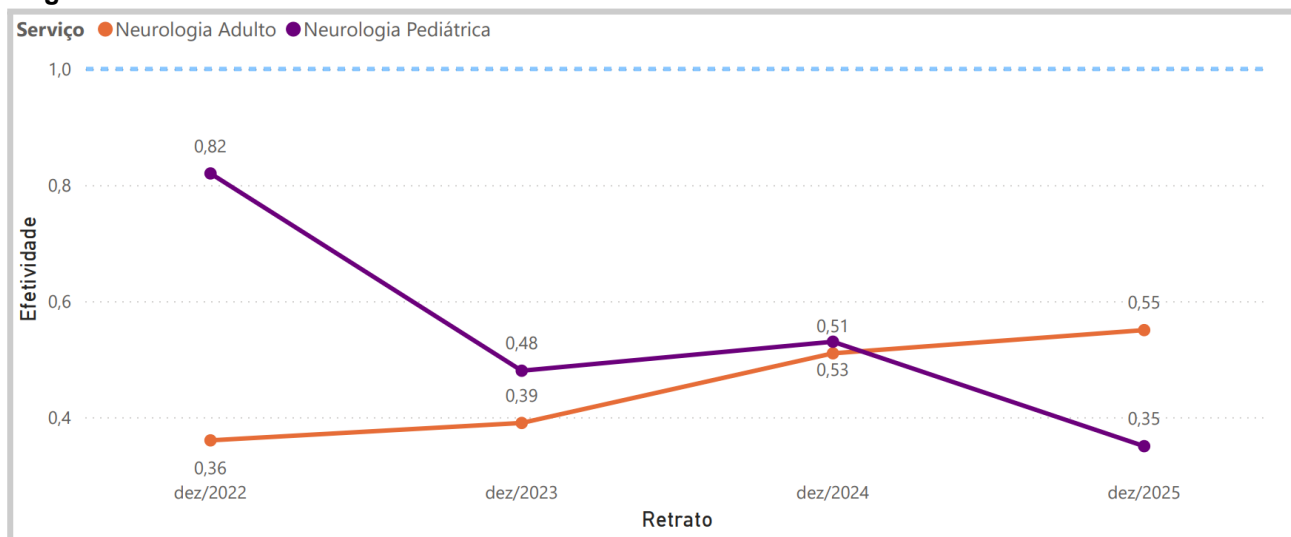
A especialidade de Neurologia, tanto no atendimento adulto quanto infantil, é fundamental no âmbito do SUS para o diagnóstico qualificado da deficiência intelectual, uma vez que possibilita a investigação clínica, etiológica e funcional, diferenciando condições neurológicas, genéticas e do desenvolvimento que podem impactar o prognóstico e o plano terapêutico. A atuação do neurologista, em articulação com equipes multiprofissionais, contribui para diagnósticos mais precoces e precisos, especialmente na infância, fase crítica para intervenções oportunas. Nesse contexto, a adequada disponibilidade e distribuição da oferta de consultas e serviços de neurologia na rede pública é estratégica para reduzir desigualdades regionais, evitar atrasos diagnósticos e garantir o acesso integral e equânime aos cuidados, conforme os princípios do SUS.

Gráfico 8: Neurologia Adulto e Pediátrica — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025



Fonte: Gercon

Gráfico 9: Neurologia Adulto e Pediátrica — retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2022-2025



Fonte: Gercon

5.3 Serviços de Atendimento no Transtorno do Espectro Autista

O Centro de Referência do Transtorno Autista - CERTA/SMS, ao completar dois anos (15/05/2023) de uma Política Pública inovadora, única em que nenhum outro município ou política pública tenha ainda executado tal modelo; que envolveu a construção compartilhada de uma ação de intersetorialidade da Secretaria Municipal de Educação (SMED), a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), da Secretaria Municipal de Inclusão e Desenvolvimento Social (SMIDH). Assim, este equipamento tornou-se único e referencial no município por ter Equipe Multidisciplinar terapêutica e pedagógica completa. Oferecendo diagnóstico médico e atendimento integral a crianças de zero a doze anos da população TEA de Porto Alegre.

O Centro de Referência do Transtorno Autista - CERTA, é um serviço especializado, de diagnóstico e tratamento multidisciplinar, focado exclusivamente em crianças com TEA de zero a 12 anos do município de Porto Alegre.

O CERTA atende, atualmente, 256 usuários, com uma equipe de 30 profissionais da saúde, 12 profissionais da Educação e 11 profissionais de apoio à alimentação, higienização, segurança e administrativo.

No ano de 2024, o CERTA prestou 22.689 atendimentos às crianças vinculadas (fonte e-SUS banco de dados interno do CERTA).

No primeiro quadrimestre de 2025 realizou 8.907 procedimentos individualizados, mais de 5.776 atendimentos em consultas especializadas e 3131 atendimentos de triagem, aferindo condições clínicas dos pacientes. Todos os pacientes fazem atendimentos individualizados ou em conjunto com outra especialidade, considerando seu

Plano de Tratamento Individualizado (PTI) e os Pareceres Evolutivos de cada paciente. A construção do Plano de Tratamento Individual é um resultado de comitês onde todos os profissionais que avaliaram cada caso reuniram-se semanalmente em junta multiprofissional para emitir este parecer. Após os primeiros meses a equipe discute novamente cada caso para emitir um parecer evolutivo frente ao acompanhamento das crianças.

Visando garantir a Política Pública para descentralização das ações do Centro de Referência do Transtorno Autista (CERTA) em Porto Alegre, e organizar ações em rede com os demais espaços e clínicas que atendem via SUS o município de Porto Alegre/RS, entende-se que ações conjuntas para ampliação da oferta de diagnósticos precisos, bem como terapias se fazem necessários, buscando espaços que atendam e acompanhem gestantes com possíveis indicativos, já sinalizados pelas evidências científicas, intervenção precoce e atendimento ao longo da vida.

É preciso articular a rede de compartilhamento de saberes e práticas entre as equipes multidisciplinares que promovem o atendimento à população e as equipes que recebem diariamente essa população nas USs, Hospitais e demais serviços SUS.

Assim, o CERTA além da missão assistencial e pedagógica, tornou-se um equipamento de formação de RH (campo de estágio para residência médica em psiquiatria e demais áreas da saúde e educação) além de propiciar a implementação de futuras pesquisas no campo do autismo.

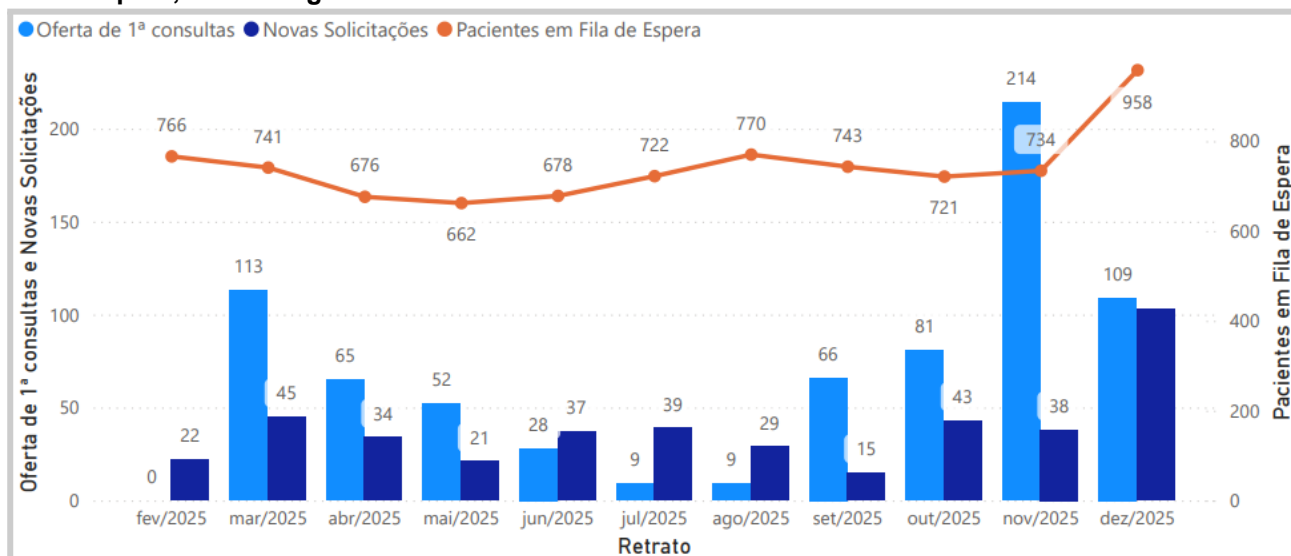
O modelo do CERTA tem sido apresentado a diversos outros municípios do Rio Grande do Sul e do país, que recorreram em visitas presenciais à Instituição, replicando o Laudo emitido no Plano de Tratamento Individual bem como seus protocolos.

Considerando-se que o CERTA é um equipamento especializado em diagnóstico de precisão para pacientes que exigem uma equipe multidisciplinar, o Plano de Governo Municipal, prevê a implementação do CERTA + em alinhamento com o Poder Legislativo que em 2024 aprovou a Lei Municipal 13.965/24. Este equipamento que deverá atender a população TEA a partir dos 12 anos completos (adolescentes e adultos), com foco centrado em diretrizes que visam a inclusão da pessoa TEA no mercado de trabalho e demais recursos da comunidade, fazendo uma transversalidade com as Secretarias Municipais de Esporte e Lazer e Secretaria de Cultura, como prevê a Lei. Este modelo visa contemplar um processo de descentralização da assistência cobrindo diversos territórios da cidade.

Prospecta-se ainda uma ampliação e qualificação do alinhamento do CERTA com as demais políticas públicas do TEA, como vagas em clínicas parcerizadas e com a Política Pública Estadual do TEACOLHE.

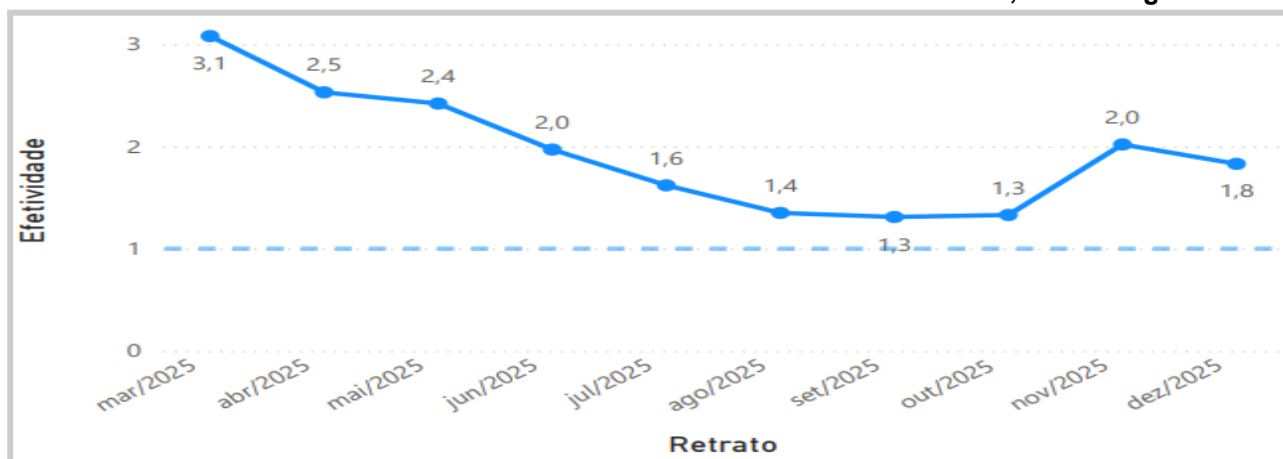
Conforme dados de dezembro de 2025 aguardavam em fila 958 pacientes para atendimento TEA, conforme dados do Gercon.

Gráfico 10: Atendimento TEA — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2025



Fonte: Gercon

Gráfico 11: Atendimento TEA — Retratos da efetividade dos 6 meses anteriores, Porto Alegre 2025



Fonte: Gercon

5.4 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 PcD 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 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 de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD), consulta com a enfermeira estomaterapeuta, visando principalmente o autocuidado, até a cirurgia de reversão, via GERCON, conforme indicação.

Tabela 9: Distribuição dos usuários estomizados cadastrados no Sistema GUD, por Ambulatório de Especialidades

Ambulatório	Quantitativo
IAPI	824
Santa Marta	663
Vila Dos Comerciantes	505
Total	1992

Fonte: GUD PROCERGS 2025

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. 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 quadro abaixo:

Quadro 4: Serviços de referência para atendimento estomias

Referência dos Serviços por Bairro		
IAPI	Santa Marta	Vila Dos Comerciantes
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	
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 Ostomizadas 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 Ostomizada realizar higiene pessoal com segurança.

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 MS, quais sejam: Serviços de Reabilitação Auditiva, Visual e Física, localizados nos seguintes estabelecimentos.

Quadro 5: Serviços Especializados em uma modalidade de Reabilitação

Estabelecimento	Modalidade	Vagas/mês
Hospital de Clínicas	Reabilitação Auditiva	Adulto = 15 Pediátrica = 06
Hospital N. Sr ^a . Conceição	Reabilitação Auditiva	Adulto = 11 Pediátrica = 08
Hospital Banco de Olhos	Reabilitação Visual	11
AACD	Reabilitação Física	80

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).

5.5 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: prestar atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: prestar atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: prestar 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 PcD, 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 MS, a saber: CEREPAI (CER II) – habilitado nas modalidades de Reabilitação Física e Reabilitação Intelectual e Associação Educadora São Carlos (AESC) – Hospital Santa Ana (CER II) – habilitado nas modalidades de Reabilitação Auditiva e Reabilitação Intelectual, conforme abaixo.

Quadro 6: Centros Especializados em Reabilitação – CER II

Estabelecimento	Tipo	Modalidades	Oferta/mês
CEREPAI	CER II	Reabilitação Física	sem oferta no momento
		Reabilitação Intelectual	sem oferta no momento
AESC - Hospital Santa Ana	CER II	Reabilitação Auditiva	53 vagas/mês
		Reabilitação Intelectual	2 vagas/mês
			Educação Precoce (EP)- 1 vaga/mês

Fonte: URAMB/DR/SMS *EP: estimulação Precoce

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 Adaptado, por meio de veículos adaptados, com o objetivo de garantir o acesso da PcD 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, 2012b).

5.6 A Oficina Ortopédica

A Oficina Ortopédica faz parte do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde (RAS) 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 fixa ou itinerante e visa ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva (CONASS, 2012b).

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;
- 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.

5.7 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 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 percebimento 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 PcD;
- 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 MS pela incorporação do CEO à RCPcD 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 tanto na APS como nos CEOs. 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, 2023). Além da Especialidade de PNE, todos os usuários que não tiverem suas necessidades em saúde bucal sanadas na APS, poderão ser encaminhados aos CEOs, para

atendimento nas especialidades de Periodontia, Endodontia, Cirurgia, Estomatologia, Odontopediatria, 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 2026-2029 (PORTO ALEGRE, 2025), dados extraídos no dia 15/08/2025, havia 227 pacientes em fila de espera para a especialidade PNE, tempo de espera para alta prioridade de 16 dias e tempo médio de espera geral de 30 dias. A fim de mudar este quadro, estratégias vêm sendo tomadas pela gestão municipal como requalificação das filas de espera, ampliação de serviços (expectativa de abertura de 02 CEOs em 2025) e aumento de carga horária de profissionais. Conforme a tabela abaixo, a oferta de primeiras consultas apresentou aumento entre 2022 e 2023, porém houve diminuição em 2024. Esse descompasso entre oferta e demanda foi agravado pelo fechamento temporário do CEO Santa Marta devido ao evento climático de 2024, o que impactou diretamente no aumento da demanda reprimida.

No período de 2022 a 2025, foram registradas 1.778 solicitações de consulta odontológica para a especialidade de PNE, distribuídas em diferentes faixas etárias. A maior demanda concentrou-se na população adulta jovem (18 a 44 anos), responsável por 30,3% do total de solicitações, seguida pelo grupo de crianças de 6 a 12 anos, que representou 24,6% da demanda, evidenciando a relevância da atenção à saúde bucal na idade escolar. Na sequência, destacam-se os adultos de 45 a 59 anos, com 13,7%, e os idosos de 60 a 74 anos, que corresponderam a 12,1% das solicitações, seguidos pelos adolescentes de 13 a 17 anos, com 7,2%, e pela população idosa de 75 anos ou mais, com 7,0%. A menor proporção foi observada no grupo de crianças de 0 a 5 anos, que totalizou 5,1% das solicitações. Essa distribuição evidencia que, embora a maior procura concentre-se em adultos e escolares, há demanda expressiva também entre adolescentes e idosos, reforçando a importância de estratégias específicas para cada ciclo de vida no planejamento da atenção em saúde bucal voltada ao PNE.

Tabela 10: Número de solicitações e oferta de primeiras consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas, para a especialidade PNE, por ano

Ano	nº de solicitações^A	oferta de 1ª consultas^B
2022	328	357
2023	606	530
2024	509	375
2025*	335	320

Fonte: BI Consultas Ambulatoriais / ^Asolicitações e ^Bestatística da agenda (acesso em 04/09/2025). * dados parciais

Em abril de 2025, teve início o atendimento a PNE utilizando sedação com óxido nítrico, como alternativa para casos de menor complexidade. A iniciativa visa aumentar a

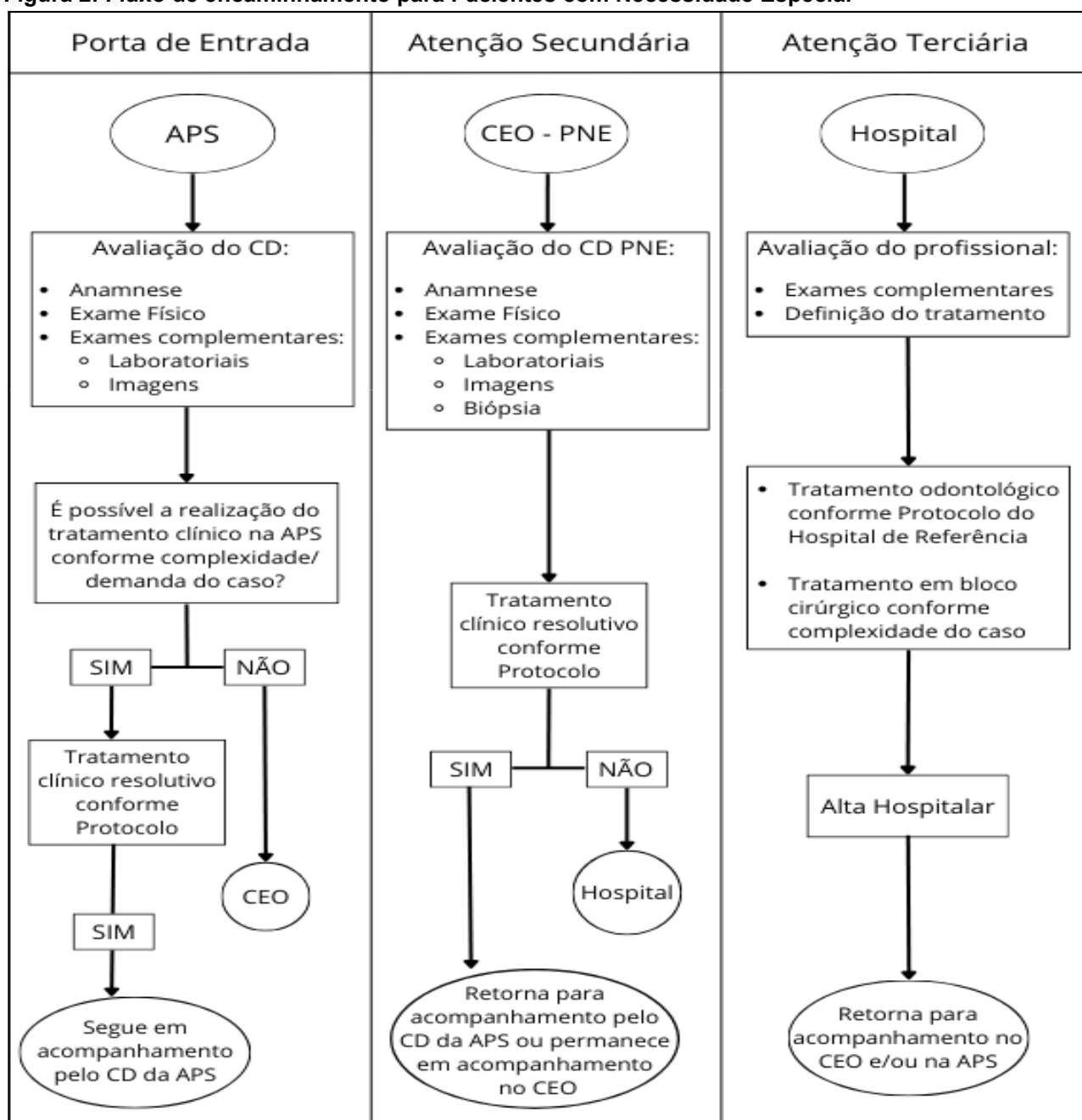
resolutividade dos atendimentos e reduzir o encaminhamento de pacientes para a atenção hospitalar. Por enquanto, o equipamento está disponível em um dos CEOs (IAPI), mas existe o planejamento para ampliação para os demais serviços.

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 (PACS) e Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar. 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, 2025). 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 2: 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).

5.8 O Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência

A Atenção Hospitalar do município dedica-se à implementação da Portaria GM-CIT/MS N° 2.048/2002, Portaria GM/MS N° 2.395/2011, Portaria GM/MS N° 665/2012, Portaria GM/MS N° 3.390/2013, Política Nacional de Atenção Hospitalar, Portaria nº 3.410/2013, Diretrizes de Contratualização e Portaria GM/MS N° 142/2014 .

Os hospitais de Porto Alegre atuam como referência na Rede de Atenção às Urgências e Emergências para as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que integram a Região Metropolitana, incluindo principalmente a CRS 1ª e 18ª (RS), recebendo pacientes destas e de outras regiões do estado de acordo com a Resolução CIB/RS nº 50 e suas atualizações, no momento, a última pactuação da regionalização consta na Resolução CIB/RS N° 503/25.

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 cinco hospitais de grande porte, dois de gestão federal e três filantrópicos: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Complexo Hospitalar Santa Casa (ISCOMPA), Hospital São Lucas (PUC) e a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN).

O acesso à Atenção Hospitalar em Porto Alegre se dá pela regulação eletiva (Central de Regulação de Internações Hospitalares- Diretoria de Regulação/SMS) ou de urgências/emergências (Central de Regulação SAMU - Diretoria de Atenção Ambulatorial, Hospitalar e Urgências - DAAHU/SMS).

A Portaria GM/MS N° 1.526, de 11 de outubro de 2023 atualiza as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e RCPD no âmbito do SUS.

A PNAISPD tem por objetivo promover e proteger a saúde da PcD, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida.

A RCPD considera a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação, a Atenção Hospitalar e a Rede de Urgência e Emergência (RUE) de forma a

se responsabilizar 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 regulado e qualificar a atenção à saúde à PcD em leitos de reabilitação hospitalar e promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. 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.

A 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 atua promovendo a acessibilidade, o que significa assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação. Nesse sentido, está presente no transporte do paciente através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (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 (Pronto Atendimento, Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Socorro); e no acompanhamento da recuperação desses pacientes através do Programa Melhor em Casa (PMeC).

Considerando o preconizado para os componentes da Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência, seguem as considerações acerca da rede de Porto Alegre:

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

Com exceção do Hospital de Pronto Socorro (HPS) e do HSL que utilizam o Emergency Severity Index (ESI), o protocolo de classificação de risco usado como referência principal nas emergências hospitalares é o de Manchester, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e com as orientações do MS.

II - instituir equipes de referência em reabilitação para identificação e tratamento precoce das deficiências;

No município, a identificação da pessoa com risco de desenvolver deficiência ou com deficiência é feita precocemente pela equipe médica e/ou de enfermagem, e a equipe de fisioterapia é acionada. As equipes de reabilitação dos hospitais contam também com psicologia, fonoaudiologia, nutrição, serviço social e médico fisiatra, acionados por consultoria, sem um arranjo formalizado como “Equipe de Referência em Reabilitação”.

Nessa avaliação inicial, escalas de mobilidade/funcionalidade assim como de força muscular e de classificação de tônus muscular, são aplicadas, para planejar o processo de reabilitação, dentro de um projeto terapêutico singular.

O Hospital Santa Ana, conforme a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, adota as Equipes de Referência como princípio fundamental para a reabilitação no cuidado prolongado, especialmente em casos de deficiências adquiridas por trauma ou outras condições clínicas. Ao dar entrada na unidade, o paciente é avaliado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), sendo encaminhado para o setor mais adequado ao seu perfil clínico e grau de complexidade (Unidades Clínicas de Cuidados Prolongados, Giro Rápido ou CTI). Desde o primeiro dia de internação, a equipe multiprofissional inicia o plano terapêutico com o objetivo principal de promover a reabilitação funcional e reduzir o grau de dependência, atuando precocemente na identificação e tratamento das deficiências.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição - HNSC/GHC possui equipe de reabilitação, no entanto, o foco de trabalho é na reabilitação de condições agudas, havendo estrutura para trabalhar no acompanhamento ambulatorial aos pacientes que recebem alta hospitalar após Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de ambulatório de acompanhamento para pacientes da oncologia.

O Hospital Cristo Redentor - HCR/GHC, referência em trauma, tem ambulatório de reabilitação para seguimento do cuidado após intervenção dos casos de urgência e emergência, visando início precoce de recuperação.

III - promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

A alta qualificada dos atendimentos ou internações de urgência deve ser promovida por todos os serviços da RUE, através de ações coordenadas visando o aprimoramento dos fluxos de atenção à saúde e a consolidação do papel da Atenção Primária para a continuidade da assistência, com impacto positivo no quadro de saúde

individual e coletivo da população, especialmente para evitar as agudizações de situações crônicas.

Neste sentido, as informações assistenciais obtidas pela interoperabilidade de sistemas tornam-se ferramentas de grande utilidade para monitorar os atendimentos de urgência e as internações por agudizações de doenças crônicas, possibilitando a navegação de egressos para a Atenção Primária e/ou ambulatórios especializados, de acordo com a necessidade do usuário (contra referência para o cuidado em rede).

As informações da alta e o plano terapêutico pós-alta devem ser informações obrigatórias dos serviços hospitalares e especializados para a transição do cuidado.

O PMeC pode dar suporte a continuidade de cuidados aos usuários com necessidades complexas diversas, visando tratamentos continuados com os planos de cuidados estabelecidos no momento da alta hospitalar; além disso, propicia capacitação ao usuário e cuidador para uma maior autonomia. A continuidade destes manejos e de cuidados, após a alta do Melhor em Casa, são discutidas com a rede de APS, para continuidade do plano terapêutico desta pessoa, realizando desta forma a transição dos cuidados. Caso exista necessidade de novas intervenções, as equipes APS podem direcionar novamente para o PMeC, evitando uma nova internação hospitalar.

A equipes de Cuidados Paliativos já atuam dando suporte aos usuários nas instituições Santa Casa, HCPA, GHC, Hospital São Lucas; contudo a publicação da portaria GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, estabeleceu incentivos para um processo articulado em rede, dando acesso e continuidade da atenção aos usuários indicados e àqueles ainda sem atenção desta especialidade. Nesse intuito, a SMS está articulando com as instituições a viabilidade para habilitar estas Equipes Assistenciais de Cuidados Paliativos, ampliando o acesso.

O processo de alta hospitalar envolve avaliação multiprofissional pré-alta, discussão com a família sobre necessidades de cuidados e continuidade do tratamento; emissão de relatórios médicos e orientações escritas, encaminhamentos quando identificada a necessidade de reabilitação ou acompanhamento ambulatorial e encaminhamento para o programa de atenção domiciliar quando há indicação. Nesse processo, algumas dificuldades são encontradas na rede municipal de atenção à saúde, como: falta de integração informatizada entre hospital e rede básica/serviços especializados; insuficiência de vagas nos pontos de referência em reabilitação, gerando

descontinuidade do cuidado pós-alta hospitalar; comunicação a ser melhor integrada com a Rede de Atenção Primária e pouco acesso ao transporte sanitário adequado para PcDs.

A efetivação da alta hospitalar qualificada na rede municipal enfrenta desafios principalmente relacionados à vulnerabilidade social e à ausência de rede de apoio familiar e comunitária. Entre os principais entraves, destacam-se ausência de familiares ou vínculos afetivos para continuidade do cuidado; alto grau de dependência (grau 3 segundo a Escala de Katz), o que frequentemente leva à institucionalização dos pacientes por falta de suporte domiciliar; dificuldade de acesso a serviços da Rede, como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Residenciais Inclusivos (RI) e, sobretudo, a inexistência de dispositivos específicos para pessoas com deficiência e sequelas neurológicas com menos de 60 anos. Já para pacientes com grau 1 de dependência, o processo de alta ocorre com maior agilidade, pois a continuidade do cuidado pode ser realizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da rede sócio assistencial, que possuem acesso facilitado para essa tipologia.

Ainda, outros fatores a destacar pelo grande impacto na alta hospitalar estão: a morosidade em processos judiciais (como a solicitação de curatela dativa, que frequentemente atrasa o acolhimento), a falta de vagas nos serviços da RAPS da Saúde e da Assistência Social, bem como a dificuldade de integração entre eles.

A transição entre Hospital e Rede Básica é um dos pontos frágeis no processo de garantir uma alta hospitalar segura. São recorrentes os relatos de usuários e familiares sobre pendências de acompanhamento nas UBS, com dificuldade de acesso às visitas domiciliares e na transição do cuidado. No HPS, especificamente, há dificuldade em garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação por transferência hospitalar, junto a demoras expressivas nas consultas agendadas via GERCON, o que limita a alta hospitalar com segurança e o desamparo em questões sociais. Esse déficit compromete a continuidade do cuidado e favorece reinternações evitáveis.

No HNSC, o principal ponto de dificuldade para a alta hospitalar dos pacientes que desenvolveram alguma deficiência após-internação é o insuficiente suporte pela rede. O acesso limitado à fisioterapia e fonoaudiologia dificulta a alta e prolonga a internação dos pacientes. As famílias sentem-se inseguras pelo abandono de processos efetivos durante a internação, tornam-se receosas por essa falta de apoio.

IV - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a PcD em leitos de reabilitação hospitalar;

Na Rede Hospitalar, dentre os processos hospitalares para ampliação de acesso e qualificação da atenção à PcD estão os encaminhamentos formais para leitos de reabilitação em hospitais de longa permanência, bem como as ações de fisioterapia intra-hospitalar visando reduzir sequelas e encurtar tempo de imobilidade. As dificuldades na rede municipal referem-se ao número insuficiente de leitos de reabilitação disponíveis, as filas de espera prolongadas para internação em reabilitação, as limitações de acessibilidade estrutural e de vagas em alguns serviços, as limitações de equipes de reabilitação pós alta hospitalar e a baixa disponibilidade de transporte adaptado, que dificulta a continuidade do cuidado.

No Hospital Santa Ana, mesmo com um perfil clínico dos pacientes internados predominantemente de idosos em cuidados paliativos ou com limitações terapêuticas importantes, é desenvolvido, antes da alta, um processo estruturado de transição do cuidado que envolve articulação com a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, incluindo parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC), encaminhamento para atividades como natação, grupos terapêuticos, além de orientação à família para continuidade do cuidado domiciliar.

O HNSC dispõe de 10 leitos na Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral) para manejo agudo da condição clínica e transição para o cuidado integral. O HNSC não dispõe de leitos específicos para reabilitação, sendo que os demais pacientes internados serão atendidos no leito em que se encontram.

V - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação;

O Sistema do Complexo Regulador possui serviços de integração com os sistemas de informações hospitalares que permitem controlar o acesso regulado (Protocolos GERCON e GERINT) e avaliar a assistência prestada na jornada assistencial através dos registros do prontuário do paciente.

O projeto do prontuário Web do cidadão integra informações assistenciais de toda a trajetória do cuidado dos pacientes incluindo as informações ambulatoriais e de internações hospitalares. Neste sentido, todos os serviços das redes assistenciais devem integrar suas informações para compor o histórico dos pacientes e promover a transição do cuidado com informações clínicas qualificadas para promover a integração da rede e melhorar a qualidade assistencial e a segurança dos pacientes.

A regulação de Porto Alegre vem se qualificando na última década e mudou os critérios de regulação de ordem cronológica para um acesso por prioridade, onde a vulnerabilidade e fatores de risco também são levados em consideração nos protocolos.

Os protocolos de prioridade são baseados em critérios como a estabilidade clínica:

1. (hemodinâmica, ventilatória e neurológica), o escore de gravidade (MEWS),
2. Tempo de resposta ideal para o melhor desfecho, considerando necessidade de procedimentos tempo dependentes;
3. Gravidade e prognóstico do caso, considerando a brevidade da transferência como fator determinante o desfecho;
4. Suporte e recursos terapêuticos disponíveis no serviço solicitante.

O sistema Gerenciamento de Internações (GERINT) é utilizado para gerenciar as solicitações. O regulador monitora as informações, qualifica os dados e aciona as ações necessárias. As equipes dos hospitais de referência, como o NIR (NIR), avaliam as solicitações e respondem rapidamente, considerando a prioridade e a disponibilidade de leitos.

Após o aceite da internação, a Central de Regulação autoriza o processo, registra as orientações para a transferência e se comunica com o serviço solicitante por meio de mensagens ou ligações para agilizar o acionamento do transporte com suporte adequado e o acesso hospitalar.

VI - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

Atualmente há um único serviço de atenção às urgências e emergências odontológicas que funciona 24h em sete dias da semana - o PACS.

A UPA Moacyr Scliar oferta essa atenção diariamente, das 07h às 19h.

O Hospital Materno Infantil Presidente Vargas possui um Serviço de Odontologia que é referência no atendimento odontológico, que oferta anestesia geral para pessoas com deficiência no município de Porto Alegre. Além do atendimento ao usuário encaminhado pela rede de atenção primária do município, são realizados atendimentos ao usuário internado por urgência odontológica bem como àqueles cujas demandas odontológicas são identificadas durante o período de internação. O perfil desses atendimentos inclui, principalmente, indivíduos com síndromes genéticas, comprometimento neurológico e TEA. Em 2024, foram realizados 666 atendimentos, 40

em bloco cirúrgico. Até maio de 2025, foram registrados 216 atendimentos, 19 em bloco cirúrgico.

VII - promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver.

As equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMcC), que atualmente são 18 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e 3 Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), têm um papel fundamental na organização do cuidado para abreviar ou evitar a hospitalização. Para isso, elas atuam em colaboração com diversos serviços de saúde, como hospitais e UPAs, a fim de alinhar fluxos. Essa parceria busca reduzir o tempo médio de internação, prevenir novas hospitalizações, facilitando a alta precoce dos pacientes. Além disso, as equipes do SAD/PMcC garantem a continuidade segura do cuidado, podendo utilizar tecnologias/recursos antes disponíveis apenas em ambientes hospitalares.

A admissão no SAD/PMcC não ocorre por demanda espontânea; ela é feita por encaminhamento dos profissionais assistentes, os quais avaliam se o paciente se beneficia desse tipo de atendimento. A comunicação é priorizada por meios digitais - link de acesso amplamente divulgado aos profissionais, além de estar na BVAPS; no momento da alta do PMcC o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é compartilhado com a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que todos os pontos da rede de atenção estejam alinhados para promover a integralidade do cuidado e a segurança do paciente em seu próprio ambiente, podendo ser redirecionado ao Melhor em Casa quando a APS avaliar a necessidade desta indicação, evitando nova internação hospitalar.

Há uma tendência de aumento no número de pacientes acompanhados, chegando a mais de 600 pacientes, uma média de 47 pacientes por equipe. Devido ao perfil dos pacientes admitidos no programa ser com múltiplas comorbidades (cuidados paliativos, sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) recente, lesões por pressão extensas, polineuropatia do paciente crítico, infecções, indicação de medicações endovenosas, 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.

5.8.1 Unidade De Cuidados Prolongados

A Portaria MS/GM nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, regulamenta a organização das Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) como retaguarda à Rede de

Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de garantir continuidade do cuidado aos pacientes que necessitam de reabilitação intensiva, semi-intensiva ou não intensiva para o restabelecimento funcional, prevenção de incapacidades e aceleração da alta hospitalar.

As diretrizes principais incluem:

- cuidado individualizado e humanizado, priorizando a reabilitação precoce;
- equidade no acesso e atendimento em tempo oportuno;
- equipe multiprofissional para abordagem integral do paciente.

A portaria regra os critérios de elegibilidade e regulatórios para utilização dos leitos de UCP, sendo estes utilizados pela Central de Regulação – GERINT para os direcionamentos a estes leitos. A seguir cita-se alguns critérios:

- Paciente clínico estável, com necessidade de cuidados multiprofissionais, sem condição de manejo em domicílio ou na atenção básica;
- Indicação para reabilitação intensiva ou semi-intensiva visando redução de sequelas e prevenção de complicações;
- Potencial de autonomia funcional parcial ou total.

A Portaria GM/MS nº 1.526, de 2023, revisou a RCPD, reforçando a integração com as UCP, visando:

- Garantir continuidade do cuidado e reabilitação após internação prolongada;
- Regular fluxos assistenciais e contra referência entre hospitais gerais, UCP e Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Assegurar atenção à pessoa com ostomia, fístulas, lesões por pressão e gastrostomia, inclusive com protocolos para alta segura.

Atualmente, o município dispõe de 100 leitos de cuidados prolongados no Hospital Santa Ana, sendo que 44 desses leitos foram recentemente habilitados pela Portaria GM/MS nº 1.282, de 12 de setembro de 2023. Os leitos estão distribuídos em cinco unidades, com capacidade variando entre 16 e 24 leitos cada, localizadas nos 2º, 3º, 4º e 5º andares da instituição.

A unidade dispõe de infraestrutura acessível e conta com duas Salas Multiuso para Reabilitação, equipadas conforme a legislação vigente, além de espaços adequados para atuação da equipe.

O acesso ao leito é regulado pelo município através do Sistema GERINT-Gerenciamento da Internação Hospitalar, segundo os critérios de elegibilidade e exclusão

previstos em protocolos específicos, em conformidade com a Portaria nº 2.089, de 7 de dezembro de 2012.

A assistência aos usuários em reabilitação é realizada por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social.

O modelo assistencial adotado baseia-se no cuidado integral, humanizado e individualizado, articulado com os demais pontos da RAS, promovendo a continuidade e a transição do cuidado para o usuário que necessita de reabilitação com internação hospitalar prolongada.

Ainda são ações de competência da Atenção Hospitalar nos cuidados à PcD 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 US 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.

O município conta, no momento, com 40 leitos alocados em quatro unidades hospitalares, estruturados para a assistência de urgência aos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), conforme detalhado no quadro a seguir:

5.8.2 Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Quadro 7: Leitos habilitados para atendimento de urgência ao paciente com 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 (05 agudos e 05 integrais)
ISCMPA	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)

Fonte: DC/SMS

O Hospital São Lucas da PUCRS formalizou solicitação de desabilitação como Centro de Atendimento de Urgência Tipo III para pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), referente aos 10 leitos destinados a essa finalidade (05 leitos de atendimento agudo e 05 de cuidado integral).

O processo está em tramitação, conforme parecer emitido pela Resolução CIB/RS nº 467/2024 e pelos Ofícios do Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE)/SES nº 433/2025 e DAAHU nº 33603392/2025, encaminhados ao MS.

O Núcleo de Relacionamento com o Prestador Ambulatorial e Hospitalar (NRPAH) realizou tratativas com instituições hospitalares para avaliar a possibilidade de absorção desses leitos. Entretanto, não houve manifestação de interesse por parte das instituições consultadas, em razão do impacto financeiro desfavorável, o que resultará na redução da oferta dessa tipologia de leitos no município.

6. REDES, AÇÕES E PROGRAMAS TRANSVERSAIS À REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

6.1 Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS, instituída pela Portaria nº 3088 de 2011, é composta por uma série de serviços e equipamentos do SUS para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O objetivo principal é oferecer cuidado integral, contínuo e em liberdade, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária.

Em 2025, o MS lançou um documento guia sobre a Linha de Cuidados para Pessoas com TEA. Nesse documento, ressalta a importância da RAPS compor o atendimento, destacando o papel dos Centros de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi) que atuam com enfoque no tratamento

do sofrimento psíquico, que pode ser reconhecido tanto a partir de sintomas físicos e/ou psíquicos quanto a partir do sofrimento produzido pelas barreiras e opressões vivenciadas por essas crianças e suas famílias.

A modalidade Capsi (infanto juvenil) é dedicada ao acompanhamento de crianças e adolescentes e deve ser considerada como um dos serviços fundamentais no atendimento aos casos graves e no apoio matricial para a organização da rede para os casos de menor gravidade para a infância. Nas cidades em que coexistem CER e Caps, não se justifica a exclusão de nenhum desses dispositivos do fluxo assistencial destinado às pessoas com TEA. O acesso deve ser orientado conforme as especificidades: no caso do CER, para atender às demandas de reabilitação; e, no Caps, para o acompanhamento de situações em que haja suspeita ou confirmação de sofrimento psíquico. Há uma necessidade imperativa de que ambos os dispositivos aprimorem seus recursos de trabalho compartilhados, de modo a evitar exclusões. Além disso, os Caps I, II, III, IV e AD fazem parte da rede de referência também para o cuidado psicossocial de usuários com TEA adultos e idosos.

Componentes da RAPS em Porto Alegre

A RAPS é composta por diferentes serviços organizados em níveis de complexidade para atender às diversas necessidades da população:

- Atenção Primária à Saúde (APS): Inclui as 133 Unidades de Saúde (US), que são a porta de entrada para os demais serviços de saúde;
- Equipes Multidisciplinares: Atualmente são 24 Equipes Multiprofissionais, sendo que 18 delas possuem profissionais de Saúde Mental, com o objetivo de dar suporte às Unidades de Saúde;
- Consultórios na Rua: Atendimento a população em situação de rua, com abordagem na rua e sendo quatro deles ligados à esfera municipal, além de uma vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição;
- 07 Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMA): Compostas Equipes Multidisciplinares (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social), presta atendimento especializado em saúde mental para adultos;
- 08 Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA): Compostas por oito Equipes Multidisciplinares (psiquiatra, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social), presta atendimento especializado em saúde mental para crianças e adolescentes até 18 anos, distribuídas nas quatro coordenadorias;

- 05 Centros de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS): Compostos por Equipes multidisciplinares, oferecem atenção psicossocial para adultos que apresentam transtornos mentais graves e persistentes;
- 8 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): Serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Presta atendimento a adultos e a adolescentes acima de 15 anos. A Rede conta com um CAPS II (atendimento diurno), cinco CAPS III (com leitos de permanência noturna), e um CAPS IV (com leitos de permanência e atendimento 24 horas). Todos funcionam sem a necessidade de encaminhamento, basta procurar diretamente o serviço;
- 03 Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi): Compostos por Equipes multidisciplinares, oferecem atenção psicossocial para crianças e jovens até 18 anos, que apresentam transtornos mentais graves e persistentes;
- 01 Oficina de Geração de Trabalho e Renda (GerAção POA): Componente de Reabilitação Psicossocial, 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. O acesso se dá através de encaminhamento realizado pelos serviços de saúde;
- 09 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): Moradias destinadas a pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou de custódia (mais de dois anos) que não possuem mais vínculos familiares ou cujos vínculos estão prejudicados;
- Ambulatórios Hospitalares: Dispomos de vagas para tratamento ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Presidente Vargas, Hospital São Pedro e Associação Hospitalar Vila Nova. Em geral, são encaminhados aqueles casos que necessitam de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou que necessitam de estratégias farmacológicas complexas;

- Atenção Hospitalar: Quatrocentos e dez leitos hospitalares de saúde mental em hospitais gerais e hospitais especializados em psiquiatria, que oferecem cuidado integral em situações de maior complexidade;
- Urgência/Emergência em Saúde Mental: Dois Plantões de Emergência em Saúde Mental (PESM), um no Centro de Saúde IAPI e um no Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, que atendem 24 horas situações de urgência/emergência em saúde mental.

Saúde Mental e Deficiência:

Evidencia-se que o transtorno mental crônico e persistente, geralmente impacta significativamente na funcionalidade e participação social da pessoa, gerando impedimentos consideráveis. Dessa forma, na perspectiva do Estatuto da PcD (Lei nº 13.146/2015), a esquizofrenia, por exemplo, se encaixa na definição de deficiência mental descrita no artigo 2º do referido Estatuto:

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.

Atualmente, o termo PcD psicossocial tem sido usado para definir aquele indivíduo com um transtorno mental grave, que após avaliação biopsicossocial com base nos parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, permanece com limitações funcionais, mesmo após tratamento e reabilitação. A avaliação deve considerar o impedimento (a condição de saúde, como a esquizofrenia), as barreiras existentes (sociais, ambientais, atitudinais) e o impacto dessa interação na capacidade da pessoa de participar plenamente da sociedade.

Embora não haja uma lei específica que diga "esquizofrenia é um tipo de deficiência", a interpretação e aplicação do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a jurisprudência têm consolidado este entendimento. Existem, inclusive, projetos de lei em tramitação que visam explicitar a inclusão de pessoas com transtornos mentais, como a esquizofrenia, no rol de pessoas com deficiência para fins legais.

A reabilitação psicossocial é um componente da RAPS, incluindo iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. O Geração POA é um equipamento que trabalha essencialmente com este tipo de reabilitação, recebendo usuários encaminhados pelos CAPS, ESMAS e Unidades de Saúde. Também é muito comum que os CAPS tenham grupos e oficinas de artes e trabalhos manuais voltados para a inclusão social e geração de renda, bem como

encaminhamentos para o mercado de trabalho. Entendemos que este é um eixo estratégico para a inserção do usuário na comunidade, reforçando sua autonomia e cidadania. Ao mesmo tempo é uma forma de reverter práticas assistencialistas que reproduzem uma lógica de “incapacidade” e dependência.

Reconhecemos que se faz necessário ampliar as ações nesta perspectiva em toda rede de atendimento adulto, aprofundando a concepção de reabilitação psicossocial. Assim como fortalecer as parcerias existentes e criar novos laços e iniciativas intersetoriais, a fim de multiplicar as possibilidades de inserção no mercado de trabalho formal (através de ações afirmativas para pessoas com deficiência) e fontes alternativas de geração de renda.

O atendimento em saúde mental foca no manejo dos aspectos emocionais, comportamentais e psiquiátricos que podem surgir em pessoas com deficiência. O objetivo é promover o bem-estar emocional e reduzir o sofrimento psíquico. Dentre as possibilidades de intervenção estão a identificação das comorbidades psiquiátricas, manejo das crises comportamentais, regulação emocional e suporte psicossocial.

Acesso

Todo atendimento em Saúde Mental inicia na US, que faz o acolhimento, avalia e direciona para o atendimento especializado, em caso de necessidade, através do sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON). Com base na descrição do caso a Regulação Ambulatorial avalia, direciona para o serviço apropriado de acordo com a complexidade, conforme matriz de agravos e atribui a prioridade. Exceção a esta regra são os CAPS AD, que funcionam com porta aberta à população.

Este é um grande desafio da Saúde Mental, pois a política federal prevê que o atendimento em CAPS seja prestado diretamente à população sem a necessidade de agendamento prévio, no entanto a cobertura de equipamentos é insuficiente para a demanda populacional, gerando grandes filas de espera.

Já existe uma previsão para abertura de 04 novos CAPS Adultos e 02 infantis, o que permitirá “abrir as portas” dos CAPS adultos, no entanto a demanda da infância não nos permite fazer o mesmo.

6.2 Saúde da Criança

Considerando a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015) que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do 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, a articulação e intensificação de ações nas redes temáticas são estratégicas.

Essa política visa promover e proteger a saúde da criança, com atenção integral desde a gestação até os seis anos de idade, com foco na primeira infância e em populações vulneráveis, buscando reduzir a morbimortalidade e promover um ambiente para o desenvolvimento saudável. Estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção à saúde da criança, abrangendo diversas áreas como atenção humanizada ao nascimento, aleitamento materno, promoção do desenvolvimento integral, atenção a agravos prevalentes e situações de violência, entre outros.

O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos que orientam ações e serviços de saúde para crianças:

- I. Atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido;
- II. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável.
- III. Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral.
- IV. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas;
- V. Atenção integral a crianças em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz.
- VI. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- VII. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Utilizando como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Lei nº 8.069 de 1990, considera-se criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e, adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade. Como descrito no ECA, a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Os direitos previstos no ECA aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Segundo a UNICEF, pelo menos 10% das crianças brasileiras nascem ou adquirem algum tipo de deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial – com repercussão no desenvolvimento neuropsicomotor. Há uma estimativa de que cerca de 70% a 80% das sequelas podem ser evitadas ou minimizadas por meio de condutas e procedimentos simples de baixo custo, oferecendo diagnóstico oportuno e medidas preventivas adequadas em todos os níveis de atenção à saúde.

Analisando os números de crianças e adolescentes que compõem a base populacional da cidade se verificam os seguintes números: crianças de zero a 4 anos: 64.258 habitantes; crianças de 5 a 9 anos: 76.417 habitantes; adolescentes de 10 a 14 anos: 72.898 habitantes; e adolescentes de 15 a 19 anos: 75.603 habitantes.

Quadro 8: População de crianças e adolescentes de Porto Alegre por faixa etária

Faixa Etária	População
Crianças 0-4 anos	64.258
Crianças 5-9 anos	74.417
Adolescentes 10-14 anos	72.898
Adolescentes 15-19 anos	75.603

Fonte: IBGE 2022

Ao longo dos últimos anos, houve uma redução no número de nascidos vivos, como pode ser visto na tabela a seguir. Comparando o ano de 2020 com 2024, observa-se que nasceram 2.781 crianças a menos.

Quadro 9: Número de nascidos vivos (NV) de Porto Alegre por ano de 2020 a 2024

Ano	Total NV
2020	15.649
2021	14.263
2022	13.663
2023	13.657
2024	12.868

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em junho de 2025

Anomalias congênitas são identificadas ao nascimento em aproximadamente 200 casos anuais em Porto Alegre, sendo que as malformações do sistema nervoso têm ocorrência de 1 a 4 casos registrados na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (Quadros 9 e 10). Sabe-se que esse número é subestimado, sendo que muitas crianças têm diagnóstico de malformações congênitas posteriormente. Com o intuito de melhorar esses dados, o MS publicou um documento para registro posterior de anomalia congênita da DNV, podendo ser preenchidos na internação hospitalar ou no atendimento ambulatorial de saúde (Nota técnica Nº 87/2024-CGIAE/DAENT/SVSA/MS). Como exemplo, dos 104 nascidos vivos com síndrome de Down no Rio Grande do Sul em 2024, 101 (97%) não tiveram o tipo inserido na DNV. Importante a informação da possibilidade de atualização dos dados na DNV e da importância da realização do exame de cariótipo.

Quadro 10: Anomalias Congênitas Identificadas no SINASC em Porto Alegre

Ano	Grupo CID	Total
2020	Malformações do Sistema Nervoso- Q000 /Q02X	3
2021	Malformações do Sistema Nervoso- Q079	1
2022	Malformações do Sistema Nervoso- Q000	1
2023	Malformações do SNC- Q000/Q02X/Q049Q447/Q079	4
Total		9

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em junho de 2025

Quadro 11: Anomalias Congênitas Identificadas no SINASC em Porto Alegre

Ano	Anomalias Congênitas - Sim ou Não	Total
2020	1- SIM	200
2021	1- SIM	193
2022	1- SIM	201
2023	1- SIM	179
2024	1- SIM	228
Total geral		1.001

Fonte: SINASC Porto Alegre. Acesso em junho de 2025

A implementação da rede de atenção à saúde materna, neonatal e infantil tem produzido indicadores que auxiliam na identificação de crianças que necessitam de maior cuidado na garantia do pleno desenvolvimento considerando os princípios de equidade e acesso universal.

A adoção de medidas preventivas deve ser compromisso prioritário do gestor, começando pela garantia da oferta das triagens neonatais universais. A seguir serão apresentadas ações e programas voltados à saúde da criança articulados com a RCPcD.

- Teste do pezinho (triagem biológica);
- Orelhinha (triagem auditiva neonatal);
- Olhinho (triagem ocular neonatal ou teste do reflexo vermelho);
- Coraçãozinho (triagem de cardiopatias congênitas críticas por meio da oximetria de pulso);
- Avaliação do frênulo lingual (anquiloglossia).

As Triagens Neonatais são uma estratégia 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. A partir da identificação por meio de testes específicos, é possível iniciar o tratamento oportuno com vistas a minimizar os riscos ou complicações advindas da condição identificada. As triagens neonatais são realizadas, de modo obrigatório, pelos serviços onde ocorreu o nascimento da criança.

Teste do pezinho

A realização e os resultados dos testes do pezinho são monitorados mensalmente pela SMS (Área Técnica Saúde da Criança) e compõem o monitoramento dos resultados

para qualificação da Rede Cegonha. O relatório consolidado é elaborado pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) que informa mensalmente os dados do Teste do Pezinho. Os resultados do teste devem ser registrados na caderneta da criança, permitindo o conhecimento dos resultados pelos profissionais que realizam o acompanhamento da criança.

O 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 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.

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), onde e como realizar o mesmo, assim como o direito de receber o resultado em tempo oportuno.

O teste do pezinho em Porto Alegre é realizado em todas as Unidades de Saúde e também nos hospitais de nascimento para as crianças que permanecem, 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 e os resultados são obtidos via online, por meio do acesso ao Sistema Evoya que é integrado ao SRTNI, 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.

As doenças triadas na Rede de Saúde Pública do RS são: Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita, Deficiência de Biotinidase e Toxoplasmose Congênita.

Quando identificada alteração no resultado do exame, a equipe do SRTN/HMIPV faz a busca ativa dos Recém Nascidos (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, a toxoplasmose congênita 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 o acompanhamento são realizados no ambulatório do SRTN do HMIPV.

No ano de 2020, ocorreu a publicação da Lei Estadual nº 15.470, de março de 2020, 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 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, tendo no momento iniciado a ampliação da triagem neonatal com a inclusão do exame para toxoplasmose.

Quadro 12: Coleta de triagem biológica no período do 3º ao 5º dia de vida, em Porto Alegre de 2020 a 2024

Ano	Total NV	Total de testes realizados	%
2020	15.649	13.993	89,4
2021	14.263	11.637	82,0
2022	13.663	10.963	80,2
2023	13.657	10.835	79,3
2024	12.868	10.961	85,1

Fonte: SRTN/HMIPV

Quadro 13: Detecção de doenças pela triagem biológica em Porto Alegre de 2020 a 2024

Ano	Deficiência de Biotinidase	Fenilcetonúria	Fibrose Cística	Hiperplasia Adrenal Congênita	Hemoglobinopatias	Hipotireoidismo Congênito
2020	0	0	0	0	2	2
2021	0	0	1	0	3	3
2022	2	1	0	1	4	5
2023	3	0	3	1	2	8
2024	1	0	0	0	5	10
Total	6	1	4	2	16	28

Fonte: SRTN/HMIPV

Triagem auditiva neonatal

No período de 2020 a 2024 foram realizados um total de 73.228 exames de triagem auditiva neonatal. Nesse período nasceram nos hospitais participantes da rede cegonha um total 70.100 crianças, neste sentido a cobertura da triagem auditiva foi de 104,4%.

Quadro 14: Triagem auditiva neonatal de 2020 a 2024 por Hospital

Hospital	Total de triagem (2020-2024)
HCPA	17.199
HF	16.786
HMIPV	12.675
HNSC	14.202
SCPA	12.366

Fonte: Rede Cegonha

O número total de falhas no teste entre 2020 e 2024 foi de 3.529 (5,0%).

Quadro 15: Número de triagem auditivas alteradas por Hospital de 2020 a 2024 por Hospital

Hospital	Total de exames alterados	%
HCPA	1.217	34,4
HF	234	6,6
HMIPV	840	24,0
HNSC	496	14,0
SCPA	742	21,0

Fonte: Rede Cegonha

O total de retestes realizados entre 2020 e 2024 foi de 4.623 testes (6,3%).

Quadro 16: Número de retestes realizados de 2020 a 2024 por Hospital.

Hospital	Total de retestes	%
HCPA	1.241	27,0
HF	172	3,7
HMIPV	882	19,0
HNSC	378	8,2
SCPA	1.950	42,2

Fonte: Rede cegonha

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 OMS, existem 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 criança.

Tendo em vista os dados de prevalência da surdez de 1 a 3:1.000 nascidos vivos em alojamento conjunto e de 2 a 4:100 RNs que foram 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 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.

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 e que não tenham realizado o teste da orelhinha na maternidade de origem, o teste será realizado, mediante agendamento via Gercon, utilizando a agenda “Triagem Auditiva Neonatal”, e o atendimento é executado 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: 3314-5260. Agendamento de reteste no Ambulatório do 3º andar, telefone: 3314-5223;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição: Agendamento na Secretaria do Serviço de Fonoaudiologia, telefone: 3357-2049;
- Santa Casa de Porto Alegre: Agendamento pelo F: 3214-8063 das 9h às 17h;
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas: Até 30 dias da alta deverá agendar pelos telefones 3289-3180/3289-3181 ou diretamente no andar do Alojamento Conjunto do HMIPV, no 8º 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 6º andar do prédio com entrada pela Av. Independência;
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre: O agendamento deverá ser realizado pelos telefones 3359-8853/3359-8228 ou presencialmente na secretaria do Ambulatório na Zona 19 do HCPA.

Observação: é de responsabilidade da US 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 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.

Quadro 17: Encaminhamentos para serviço especializado para diagnóstico de surdez infantil de 2021 a julho de 2025 em Porto Alegre

Período 2021 - Julho 2025	Total
Reabilitação Auditiva Pediátrica (0-6 meses)	131 (Crianças encaminhadas)
Potencial Diferencial Auditivo- PEATE	108 (Crianças aguardando)
Diagnóstico diferencial de TEA	76 (Fila de espera)
Audiometria Infantil* (Acima de 3 anos) Sta Marta/mês	60 (Oferta/mês)

Fonte: Gercon Porto Alegre

A infecção pelo grupo de infecções por Sífilis congênita, Toxoplasmose congênita, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Simples (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. 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 congênicas pode se manifestar de forma tardia. Para estas situações utilizar a agenda Gercon da SMS para ambas as solicitações.

Com o objetivo de aprimorar a precisão dos dados epidemiológicos e estruturar o fluxo de acompanhamento das crianças que necessitam de seguimento após a triagem auditiva, a SMS está implementando novas ferramentas de gestão. Atualmente, está em fase de teste o equipamento Sentiero integrado ao PathTrack, um sistema de rastreamento para triagem auditiva neonatal e escolar que permitirá o monitoramento integral de todas as fases pela secretaria. Este projeto piloto, iniciado em 2025 no HMIPV, é fruto de uma parceria estratégica entre a SMS e o Instituto de Surdez Infantil, visando a consolidação de uma rede de cuidado mais conectada e eficiente

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 congênicos 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 especializado de acordo com a necessidade.

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.

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.

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.

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. Identificadas alterações nestes casos encaminhar para Serviço Especializado – Agenda Gercon – Oftalmo Pediatria.

Quadro 18: Fluxos da Triagem Visual em Porto Alegre

Triagem Visual		
Serviços Próprios		
Local	Região	Tipo de procedimento
Teste de triagem visual neonatal (teste do olhinho)	Maternidades SUS	Básica
Triagem visual do escolar	Todas as coordenadorias de saúde	
Contratados		
Serviços de oftalmologia da rede SUS	HNSC, HCPA, HBO, Santa Casa, Hospital Porto Alegre, Hospital Vila Nova	Consultas e procedimentos

Fonte: DAPS/SMS

Teste coraçãozinho

No período de 2020 a 2024 foram realizados um total de 75.407 testes do coraçãozinho.

Quadro 19: Quantitativo de testes do coraçãozinho na rede municipal (2020-2024)

Hospital	Total de testes
HCPA	16.374
HF	16.655
HMIPV	11.651
HNSC	17.711
SCPA	13.016

Fonte: Rede Alyne

O total de testes do coraçãozinho alterados entre 2020 e 2024 foi de 291 (0,4%).

Quadro 20: Quantitativo de testes do coraçãozinho alterados (2020-2024)

Hospital	Total de testes alterados
HCPA	50
HF	39
HMIPV	21
HNSC	157
SCPA	24

Fonte: Rede Alyne

A Portaria nº 20 de junho de 2014 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.

Todas as maternidades realizam o Teste da Oximetria de Pulso do RN em Porto Alegre em seus serviços. Por meio do monitoramento dos dados da Rede Alyne, 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 .

A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, e a Lei Federal nº 13.002 de 2014 impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo por profissional capacitado que atenda o binômio na maternidade. O protocolo de Bristol, uma das opções a ser utilizada para diagnóstico, 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 suspeitos, é preconizado que a avaliação e possível diagnóstico sejam realizados na primeira consulta do recém nascido e da mãe (binômio) na Atenção Básica.

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 pelo sistema Gercon para avaliação e intervenção se necessário em ambulatório especializado.

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 as gestantes com história atual ou prévia.

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 dispõem de genética médica.

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. 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.

Os casos suspeitos de síndrome congênita devem ser notificados nas primeiras 48 horas de vida ou após este período quando se enquadram 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).

6.2.1 Programa Primeira Infância (PIM-PIÁ)

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública intersetorial que visa a promoção do desenvolvimento integral das crianças na primeira infância. A iniciativa articula os setores da saúde, educação, assistência social e o Conselho Tutelar, com fundamento em legislação estadual específica. A atuação do programa prioriza a atenção precoce, respeitando a cultura, as singularidades e o contexto de vida das famílias atendidas.

Em Porto Alegre, a adesão municipal ao PIM foi formalizada pela Lei nº 10.885/2010. Posteriormente, o Decreto nº 19.410/2016 instituiu o Grupo Técnico Municipal (GTM), responsável pela implantação do programa na capital, sob a denominação Porto Infância Alegre (PIA). O início das atividades do PIM no município ocorreu em 26 de julho de 2004.

O objetivo central do PIM é apoiar as famílias na promoção do desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade, sempre considerando

os aspectos culturais, as experiências e as condições de vida de cada núcleo familiar. Suas ações estão organizadas em três eixos fundamentais:

- Vigilância e promoção do desenvolvimento infantil;
- Promoção da interação parental positiva;
- Articulação intersetorial em rede.

A metodologia do programa baseia-se em visitas domiciliares semanais, atividades grupais com caráter lúdico-pedagógico, elaboração de Planos Singulares de Atendimento (PSA), e na valorização da escuta ativa, do vínculo com a família e da participação voluntária dos atendidos.

O público-alvo compreende gestantes e crianças de zero a seis anos em situação de vulnerabilidade social que estejam fora da escola, com prioridade para a faixa etária de zero a três anos. O trabalho dos visitantes é orientado pela escuta qualificada, pela identificação de necessidades e pela articulação com os serviços da rede, promovendo a parentalidade positiva e o estímulo ao desenvolvimento infantil nas dimensões socioafetiva, neurossensorial, cognitivo-motora e linguística. As atividades utilizam materiais acessíveis, preferencialmente confeccionados com sucata ou objetos do cotidiano familiar.

As equipes de campo recebem formações contínuas, contam com apoio técnico do Grupo Técnico Municipal (GTM) e são supervisionadas por profissionais capacitados, o que contribui para o fortalecimento das ações em território.

Enquanto política pública inserida na Atenção Primária à Saúde, o PIM constitui uma estratégia complementar voltada à promoção do desenvolvimento infantil em contextos de vulnerabilidade, sobretudo para crianças fora do sistema educacional formal. O visitante, muitas vezes, é o único agente público com acesso continuado ao domicílio dessas famílias, o que favorece a identificação precoce de situações de risco e o uso de instrumentos técnicos para avaliação do desenvolvimento infantil. A partir do vínculo estabelecido com os cuidadores, torna-se possível encaminhar os casos para discussão intersetorial, contribuindo para a superação de barreiras burocráticas e o acesso qualificado aos serviços especializados.

Considerando a presença territorial das equipes do PIM e sua atuação estratégica junto às famílias, propõe-se o fortalecimento da abordagem intersetorial voltada à identificação e acompanhamento de crianças com deficiência (PcD), com ênfase na deficiência intelectual.

Para tanto, recomenda-se:

- Capacitação das equipes: Sensibilização e instrumentalização para a identificação precoce de sinais de deficiência no território, com foco na deficiência intelectual;
- Articulação com serviços especializados: Ampliação e qualificação da rede de apoio para garantir o acesso tempestivo ao diagnóstico e ao atendimento especializado;
- Qualificação dos formulários de encaminhamento: Adequação dos instrumentos utilizados pelas equipes com o objetivo de facilitar a obtenção de laudos e diagnósticos que atestem a deficiência intelectual, assegurando os direitos previstos;
- Elaboração de planos de atendimento e estimulação precoce: Construção articulada com as Equipes Multiprofissionais (EMULTIS), visando à intervenção oportuna desde os primeiros sinais de atraso no desenvolvimento;
- Estudos de caso sistemáticos: Realização de análises periódicas para monitorar o desenvolvimento infantil das crianças em processo de encaminhamento ou em espera por atendimento especializado.

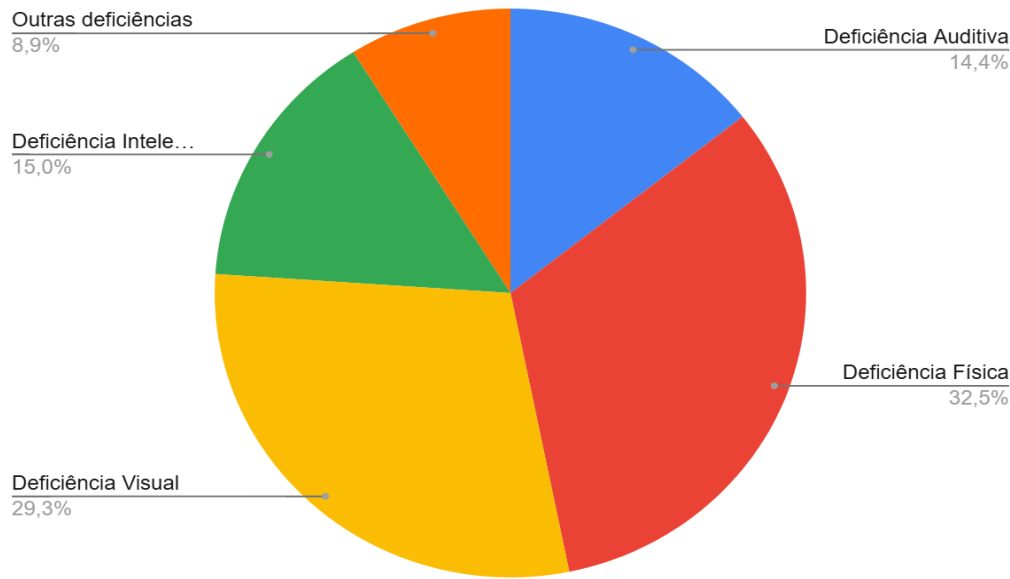
A integração entre o PIM e os serviços de atenção à PcD representa um avanço significativo na consolidação de uma política de cuidado integral na primeira infância, pautada na equidade, no direito à inclusão e no respeito às especificidades de cada criança, cuja ampliação para mais territórios da cidade é fundamental.

6.3 Saúde da População Idosa

De acordo com o Censo IBGE de 2022 (IBGE, 2022), a população idosa representa 51,4% das pessoas com deficiência, e 17,4% das pessoas idosas têm algum tipo de deficiência, enfrentando desafios de mobilidade e barreiras sociais. As deficiências mais comuns estão relacionadas à visão, audição, mobilidade e cognição, relacionadas ao processo biológico do envelhecimento, que acarreta diminuição da capacidade funcional e estado de fragilidade.

Conforme os dados extraídos do prontuário eletrônico do cidadão (Pentaho - ESUS - Cadastro Individual), em 2025, 1.844 pessoas idosas se declararam com deficiência auditiva, 4.170 com deficiência física, 3.758 com deficiência visual, 1.928 com deficiência intelectual cognitiva e 1.147 com outras deficiências não-especificadas.

Gráfico 12: Pessoas idosas com deficiência



Fonte: e-SUS

Esses comprometimentos, que tendem a agravar com o avançar da idade, podem ocasionar quedas, gerando incapacidades para atividades básicas de vida diária, tornando uma pessoa, antes funcional, para a condição de deficiência. Deve-se, principalmente, por fraturas de ossos longos, como fêmur, decorrentes de quedas dentro do próprio domicílio, que poderiam ser prevenidas.

As quedas podem estar relacionadas aos fatores ambientais somados à situação de fragilidade do idoso. É importante considerar as deficiências físicas que podem resultar dessas quedas, acometendo uma parcela grande desta população. Além disso, em relação à mortalidade por causas externas (quadro 2), os óbitos por quedas representam quase três quartos (73,26%) do total nos últimos quatro anos, o que mostra o impacto deste evento na saúde das pessoas a partir de 60 anos.

Quadro 21: Distribuição das 10 primeiras causas externas de óbitos, na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2021 a 2024, Porto Alegre, RS

Causas Externas	2021	2022	2023	2024	Total	%
Quedas	177	232	198	237	844	73.26
Suicídio	26	13	18	17	74	6.42
Obstrução trato respiratório	17	10	13	20	60	5.21
Atropelamento	9	11	15	14	49	4.25
Ocupante em veículo de transporte	4	14	9	6	33	2.86
Agressões	7	6	7	10	30	2.6
Sequelas causas externas	6	2	6	11	25	2.17
Exposição a fumaça e fogo	4	2	2	5	13	1.13
Indeterminado	7	3	2	0	12	1.04
Outros acidentes de trânsito	2	5	1	4	12	1.04

Fonte: SIM/EVDANT/DVS

Na avaliação dos tipos de queda, conforme o quadro abaixo, 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 as pessoas idosas. Vale ressaltar, 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.

Quadro 22: Distribuição dos tipos de quedas que causam óbito na faixa etária a partir de 60 anos, no período de 2021 a 2024, Porto Alegre, RS

Tipo de queda	2021	2022	2023	2024	2025
Quedas no mesmo nível - residência	59	108	91	113	371
Quedas no mesmo nível - local não especificado	79	81	0	81	241
Queda sem especificação - residência	1	0	77	0	78
Queda de um leito - residência	2	7	4	6	19
Queda sem especificação - local não especificado	6	7	3	2	18
Queda em ou de escadas ou degraus - residência	5	4	4	4	17
Queda mesmo nível por escorr., trop. ou passo falso - local não especificado	5	1	1	2	9
Queda em ou de escadas ou degraus - local não especificado	3	3	1	2	9
Outras quedas no mesmo nível - habitação coletiva	1	3	1	4	9

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 às pessoas idosas.

Figura 3: Cartilha para prevenção de quedas e outros acidentes domésticos

COMO PREVENIR QUEDAS E OUTROS ACIDENTES DOMÉSTICOS

1 NO QUARTO

- O **interruptor de luz** deve estar localizado **próximo à entrada** do quarto;
- Tenha um abajur ou lanterna ao lado da cama;
- Evite levantar rapidamente da cama;
- Ao levantar, mantenha o ambiente iluminado.

2 NA COZINHA

- Prefira **armários** e utensílios de **fácil alcance** e manuseio;
- Guarde mantimentos e utensílios mais pesados nas prateleiras baixas;
- Evite uso de escadas e banquinhos para alcançar objetos em armários altos;
- Líquidos inflamáveis como querosene, solventes, gasolina devem ficar fora da cozinha e em lugar não acessível a crianças e idosos.

3 NO BANHEIRO

- No **box**, utilize tapete **antirreapante** ou com ventosas;
- Instale **barras de apoio** ou corrimãos no box e próximo ao vaso sanitário;
- Mantenha o ambiente bem iluminado;
- Evite trancar a porta com chave;
- Use cadeira de banho, ou de plástico bem resistente, caso tenha dificuldade de se abaixar ou de equilíbrio.

4 PISOS

- Em **todos os ambientes**, caso tenha **tapetes**, escolha sempre os **antiderrapantes**;
- Mantenha pisos limpos sem uso de produtos que os deixem escorregadios;
- Evite objetos e fios soltos no chão;
- Preste atenção, em especial, a pisos irregulares e rampas muito inclinadas.

5 ESCADAS

- Mantenha tapetes bem presos ao chão ou com antiderrapante;
- Mantenha pisos limpos sem uso de produtos que os deixem brilhantes e escorregadios;
- Evite objetos e fios soltos no chão;
- Fique atento a pisos irregulares e rampas muito inclinadas.

COMO GARANTIR A SEGURANÇA FÍSICA, EMOCIONAL E FINANCEIRA?

- A **segurança da pessoa idosa depende do comportamento de outras pessoas de seu convívio social**. Tanto pessoas estranhas quanto conhecidas ou próximas podem vir a causar algum tipo de dor, desconforto ou mal-estar por meio de maus-tratos.
- Quaisquer tipos de **abusos**, violência física, psicológica ou financeira e, ainda, casos de negligência, **são inaceitáveis e podem constituir crime**.
- **É importante ter alguma pessoa de confiança**, podendo ser da família, um amigo ou algum profissional da saúde ou da assistência social.

EVITE ACIDENTES AO TRANSITAR PELA CIDADE OU UTILIZAR TRANSPORTE COLETIVO

- Olhe atentamente para os dois lados da rua antes de atravessar;
- Sempre opte pela travessia em faixa de pedestres;
- Se necessário, utilize apoio de uma bengala, o importante é caminhar com firmeza;
- Ao descer do ônibus, avise ao motorista que descerá **devagar**, solicite sua atenção.

Fonte: Casa Segura para Pessoa Idosa/SMS/PMPA

Os dados do Censo de 2022 (IBGE, 2022) 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).

6.4 Migrantes, Refugiados e Apátridas

Nas últimas décadas, o fenômeno das migrações internacionais tem se intensificado, particularmente na América Latina e, sobretudo, no Brasil. Com o crescimento dos movimentos migratórios Sul-Sul, caracterizados pela entrada de

indivíduos de nações como Venezuela, Bolívia e Haiti, a discussão sobre imigração e refúgio no Brasil adquiriu um novo olhar.

O acesso de imigrantes, refugiados e apátridas aos serviços públicos de saúde, segundo a Lei de Migrações nº 13.445/2017, que, no inciso VIII do Art. 4º, garante, ao migrante, no território nacional e, em condição de igualdade com os nacionais, o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017).

Em 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) ressaltou especificidades de gênero, orientação sexual, raça, idade, nacionalidade e condição socioeconômica, inaugurando a liberdade de movimentação e nacionalidade como direito humano da PcD.

O Relatório Anual do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) aponta que entre 2022 e julho de 2024, a movimentação nas fronteiras brasileiras - entradas e saídas das pessoas no país pelos postos de controle de fronteiras terrestres, portos e aeroportos - registraram 62,3 milhões de pessoas, sendo majoritariamente argentinos, chilenos, estadunidenses, uruguaios e paraguaios. Destes, 481 mil imigrantes obtiveram registros de residência, a maioria do sexo masculino, mas cabe ressaltar a participação crescente de mulheres, como também de crianças e adolescentes, com destaque para venezuelanos, bolivianos, colombianos e argentinos.

Segundo o Boletim informativo: Saúde da População Migrante Internacional residente no Rio Grande do Sul, o Estado possuía, até 2020, 161.960 usuários migrantes internacionais com registro de Cartão Nacional de Saúde (CNS) e residência no estado. Porto Alegre é o município com maior concentração desses usuários (34.526/21,32%) e se destaca com maior número de migrantes internacionais com CNS e a nacionalidade identificada (13.697 usuários/20,10%).

No contexto da saúde municipal, a obtenção de dados de pessoas cadastradas entre 2020 a 2025 no e-SUS com nacionalidade não-brasileira aponta um total de 6.702 pessoas sendo 50,6% mulheres e 49,4% homens. Importante analisar, junto ao dado de nacionalidade, o número de crianças nascidas no Brasil filhos/as de imigrantes que, no ano de 2024, totalizaram 149 crianças que necessitam de um olhar intercultural no seu acompanhamento de saúde, integrado com os pais de diferentes culturas de cuidado, oriundas de seus países de origem.

Tabela 11: Principais nacionalidades dos imigrantes nos cadastros no e-SUS

País	Mulheres	Homens	Total
------	----------	--------	-------

Venezuela	1.611	1.421	3.032
Haiti	911	910	1.821
Uruguai	168	171	339
Argentina	106	122	228
Colômbia	88	78	166
Cuba	70	69	139
Peru	45	55	100
Senegal	16	81	97
Portugal	51	42	93
Chile	28	34	62
Itália	24	24	48
Equador	23	16	39
Espanha	16	22	38
Alemanha	18	15	33
Japão	12	19	31
Paraguai	17	13	30
Moçambique	14	12	26
Angola	13	12	25
República Dominicana	13	10	23
Polônia	12	3	15

Fonte: Pentaho, pessoas diferentes, cadastradas entre 2020 a 2025 no e-SUS, País exceto Brasil

Tabela 12: Pessoas cadastradas no eSUS com nacionalidade não-brasileira, por sexo, Porto Alegre, eSUS 2020-2025

Sexo	Pessoas Cadastradas	%
Mulheres	3.391	50,60
Homens	3.311	49,40
Total	6.702	

Fonte: e-SUS

As maiores nacionalidades presentes na cidade são a venezuelana, seguida da haitiana, uruguaia, argentina, colombiana e cubana. Do total da população imigrante por Coordenadorias de Saúde, temos a seguinte distribuição:

Tabela 13: Pessoas cadastradas no e-SUS com nacionalidade não-brasileira, por Coordenadoria de Saúde, Porto Alegre, eSUS 2020-2025

Coordenadoria	Mulheres	Homens	Total	%
Norte	2.218	2.078	4.296	64,1
Leste	526	562	1.088	16,2
Oeste	469	501	970	14,5
Sul	178	168	346	5,2
Total	3.391	3.309	6.700	100

Fonte: eSUS

Em relação ao número de imigrantes presentes nos Distritos Sanitários, elencamos as 6 primeiras posições:

Tabela 14: Principais Distritos Sanitários, por quantidade de pessoas cadastradas no e-SUS com nacionalidade não-brasileira, Porto Alegre, e-SUS 2020-2025

Distrito Sanitário	Pessoas Cadastradas
Norte	2.795
Eixo Baltazar	865
Centro	722
Nordeste	598
Leste	364
Partenon	310

Fonte: e-SUS

Através do relatório de cadastros individuais do e-sus somente conseguimos obter dados de pessoas com deficiência e de migrantes isoladamente. Não é possível fazer o cruzamento das informações dessas duas populações. Além disso, o campo "Tem alguma deficiência?" não é de registro obrigatório para a realização do cadastro, o que pode indicar subnotificação dos dados.

Os dados sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Pessoas com Deficiência - PcD que a Área Técnica da Saúde dos Imigrantes, Refugiados e Apátridas possui, são referentes aos atendimentos realizados pelo Projeto Mediadores Interculturais para a Saúde do Imigrante, que é a contratação de imigrantes fluentes na língua portuguesa visando superar a barreira de acesso à saúde por meio de mediações presenciais e remotas.

Em 46 meses de execução do Projeto, já foram atendidos 357 imigrantes e 07 nacionais filhos de imigrantes. Destes usuários, o Projeto já encaminhou 13 casos de BPC, um percentual de 3,5% dos casos. Os mesmos referem-se a 05 casos da nacionalidade venezuelana; 07 casos da nacionalidade haitiana e 01 caso da nacionalidade senegalesa. Em relação às Pessoas com Deficiência - PcD, são acompanhados pelo projeto 7 pessoas da nacionalidade haitiana e 3 pessoas da nacionalidade venezuelana.

O agravamento da situação de saúde que os imigrantes chegam ao país e os qualificam para a avaliação de BPC dizem respeito principalmente a paralisia cerebral, deficiência na fala, autismo, doença renal crônica, acuidade visual grave e cegueira, amputações por acidente de trabalho e hanseníase. Os problemas decorrentes do processo de deslocamento, as condições precárias de moradia e trabalho, barreiras linguísticas e culturais no acesso aos serviços de saúde, desconhecimento do SUS e o tratamento recebido no país de origem e de destino resultam em maior vulnerabilidade da população migrante.

A PcD migrante internacional poderá experimentar, em maior nível, as dificuldades impostas pela recorrente barreira atitudinal ao migrante. A importância dos fatores de atração e expulsão populacional no processo migratório, destacando que a decisão de migrar será uma resultante do balanço entre fatores positivos e negativos, relacionados pelo indivíduo na localidade de origem e de destino, o que tornaria a migração um ato racional ou uma escolha racional. Tal decisão considera, para ser praticada, os obstáculos intervenientes entre as localidades (distância, barreiras físicas ou legais, custos de transporte e mudança, encargos e responsabilidades - filhos e outros dependentes).

Importante ressaltar a migração interna de PcD ou de suas famílias dentro do país, que é marcada por fatores de atração ou expulsão do local onde as ofertas de reabilitação podem motivá-las a permanecerem em seus locais de origem ou buscarem municípios que possam significar oportunidade de (re) inserção social e qualidade de vida.

O município de Porto Alegre, por ser uma capital, recebe um contingente importante de migrantes nacionais em busca de serviços especializados de reabilitação bem como de migrantes internacionais que reconhecem o estado do RS como um polo de oportunidades para deslocamentos em função de suas fronteiras.

A partir de uma observação empírica, decorrente da experiência de acompanhamento do Projeto dos Mediadores Interculturais para a Saúde dos Imigrantes, nota-se cada vez mais, pessoas entrando no país em busca de tratamentos de saúde disponibilizados pelo SUS. Um exemplo tem sido os cidadãos da Venezuela, país que faz fronteira com o Brasil e que, nos últimos anos apresentou um grande fluxo migratório para o Brasil. Percebe-se, pelos relatos dos migrantes venezuelanos, sua opção de permanecerem no país, mesmo sem condições de moradia ou trabalho adequados, em função das oportunidades oferecidas pelo SUS e em consequência pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em alguns casos.

Tal fenômeno é importante de ser analisado pois impacta e exige a ampliação de serviços de reabilitação e (re)inserção social das populações nacionais e das acolhidas pelo país através de sua legislação garantista em relação à universalidade e integralidade aos cidadãos dentro do território brasileiro, sejam eles nacionais ou internacionais.

O modelo social de deficiência reconhece que a deficiência está ligada às barreiras impostas pela sociedade. Portanto, eliminar as barreiras atitudinais é fundamental para garantir que as pessoas com deficiência e migrantes com deficiência possam participar da vida em sociedade em igualdade de condições, com autonomia e respeito.

6.5 População LGBTIA+

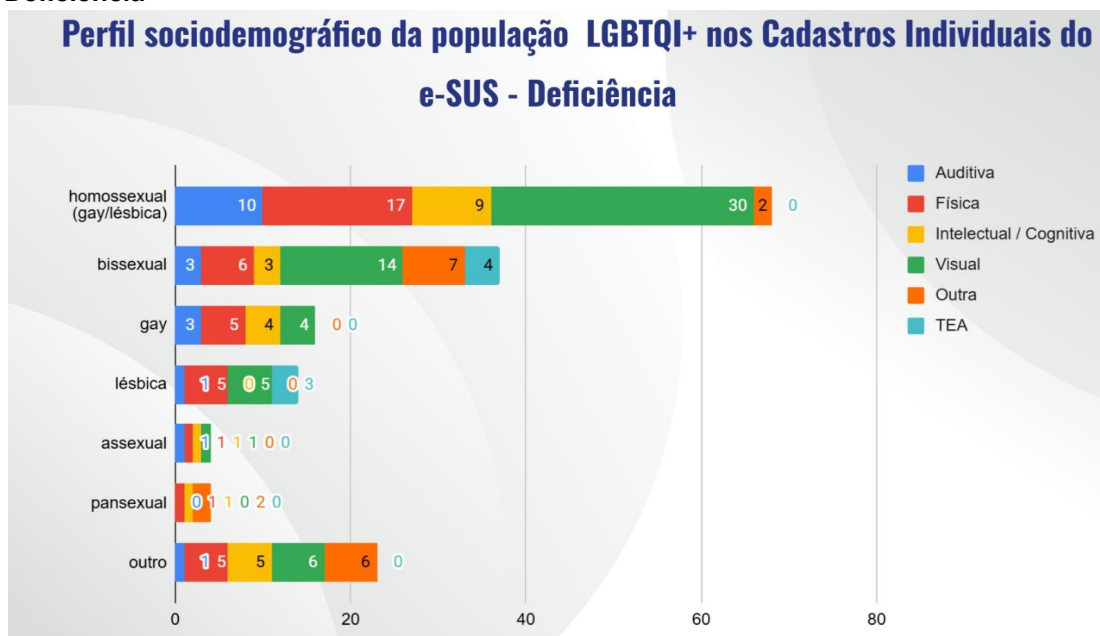
A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pelo MS, é um marco histórico para a garantia do direito à saúde dessa população. Ela reconhece que a discriminação e o preconceito são determinantes sociais que impactam diretamente o processo saúde-doença, e busca eliminar barreiras institucionais, assegurando acesso universal, integral e equitativo no SUS. A política promove ações para enfrentar iniquidades, garantir direitos sexuais e reprodutivos, ampliar o acesso ao processo transexualizador e qualificar a atenção à

saúde mental, além de incluir mecanismos para monitoramento e produção de dados específicos sobre a população LGBTIA+.

Sua importância reside na promoção da equidade e na redução das desigualdades históricas que afetam esse grupo, que frequentemente enfrentam barreiras para acessar serviços de saúde ou têm seu atendimento negado. Outro elemento relevante é a articulação intersetorial e a transversalidade das ações, que abrangem todos os pontos de complexidade da rede de saúde, da APS à alta complexidade, incluindo vigilância, promoção de saúde e educação popular.

A análise dos gráficos do e-SUS revela um cenário de subnotificação significativa da população LGBTIA+ com deficiência, evidenciado pelos números baixos e pela predominância da categoria “outra”, que indica fragilidade na coleta de dados. Entre as orientações sexuais, pessoas identificadas como homossexuais concentram a maior quantidade de registros, com destaque para deficiência “Outra” (30 casos), seguida por física (17) e auditiva (10). Já entre bissexuais, há maior incidência de deficiência intelectual/cognitiva (14) e física (6). Nos demais grupos (assexuais, pansexuais, “outro”), os números são quase inexistentes, reforçando invisibilidade estatística, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 13: Perfil sociodemográfico da população LGBTIA+ nos Cadastros Individuais do e-SUS - Deficiência

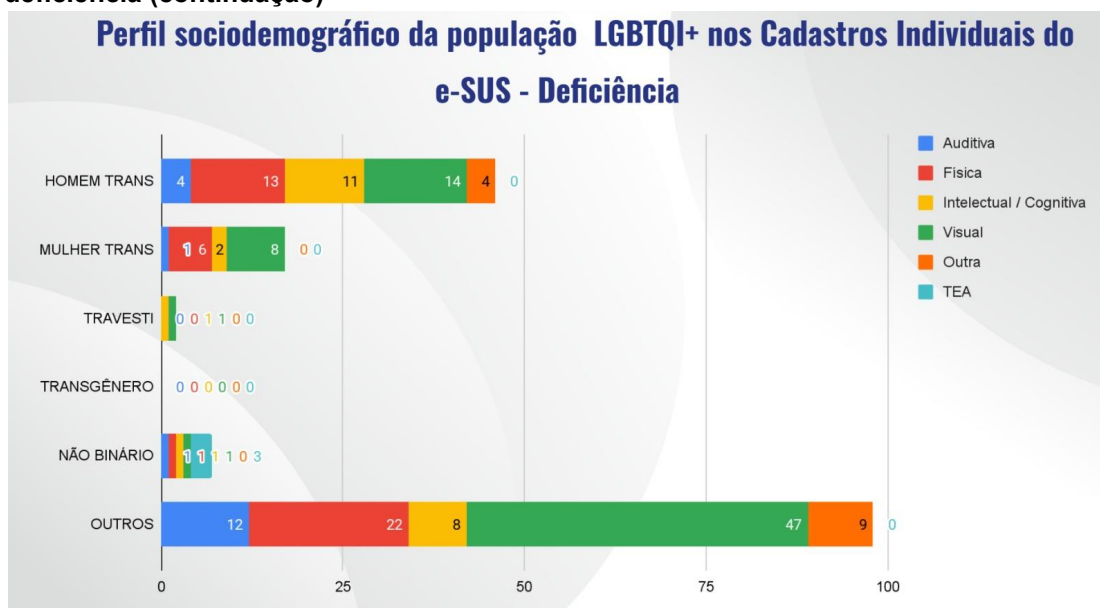


Fonte: e-SUS elaborado pela Assepla-SMS

No recorte por identidade de gênero, homens trans aparecem com maior número em deficiência física (13) e intelectual/cognitiva (11), enquanto a categoria “Outros” é a mais expressiva, com 47 casos em “outra” e 22 em física. Travestis, transgêneros e pessoas não binárias apresentam números extremamente reduzidos, o que demonstra

subnotificação e falta de detalhamento. Essa ausência de dados robustos compromete a formulação de políticas públicas eficazes e negligência demandas específicas. Ilustrado abaixo.

Gráfico 14: Perfil sociodemográfico da população LGBTIA+ nos Cadastros Individuais do e-SUS - deficiência (continuação)



Fonte: e-SUS elaborado pela Assepla-SMS

É evidente a necessidade de aprofundar estudos e políticas que considerem as especificidades das pessoas LGBTIA+ com deficiência. A interseção entre deficiência e diversidade sexual e de gênero pode potencializar vulnerabilidades, como barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais, além de riscos ampliados de violência, exclusão social e negligência nos serviços de saúde. Assim, é urgente garantir protocolos clínicos, qualificar sistemas de informação, fomentar e potencializar a transversalidade e processos de educação permanente que contemplem a integralidade da PcD.

6.6 Saúde da Mulher

É importante a promoção dos direitos das mulheres com deficiência no Município, considerando as múltiplas vulnerabilidades relacionadas a gênero, deficiência, raça, renda e território.

Mulheres com deficiência apresentam maior risco de:

- Violências física, sexual, psicológica, moral, patrimonial e negligência;
- Barreiras de acesso à saúde, educação e trabalho;
- Invisibilidade nas políticas públicas.

O município de Porto Alegre tem algumas iniciativas importantes na saúde da pessoa com deficiência, mas ainda não possui uma política totalmente estruturada e específica para mulheres com deficiência.

Existem ações para mulheres, como:

- Rede de enfrentamento à violência;
- Centros de referência para mulheres; e
- Serviços especializados em saúde da mulher.

A Área Técnica da Saúde da Mulher não tem um recorte específico para mulheres com deficiência existindo:

- Barreiras arquitetônicas em unidades de saúde;
- Insuficiência de equipamentos adaptados (ex: mesas ginecológicas);
- Limitações de acessibilidade comunicacional.

Atualmente, na APS, predominam as mesas ginecológicas tradicionais (fixas). A disponibilidade de mesas ginecológicas adaptáveis é pontual e não estruturada na rede municipal, tornando a acessibilidade ainda heterogênea e limitada, estando programadas futuras aquisições. Alguns serviços contratados para realização de mamografias possuem mamógrafos adaptáveis para cadeirantes (70 cm do chão), porém

- Não são uniformes em todos os serviços;
- Não necessariamente pensados para acessibilidade completa, configurando importante barreira ao acesso de mulheres com deficiência às ações de saúde sexual e reprodutiva.

Saúde do Homem

A saúde do homem enfrenta importantes desafios relacionados ao acesso oportuno e contínuo aos serviços, os quais se agravam quando se trata de homens com deficiência. Esse grupo vivencia barreiras múltiplas — físicas, comunicacionais, atitudinais e institucionais — que impactam diretamente a integralidade do cuidado e ampliam iniquidades em saúde.

Dados do Relatório de cadastro individual do e-SUS apontam que 14.609 homens declararam apresentar alguma deficiência (março/2026). As deficiências relatadas apresentam a seguinte distribuição:

Tabela 15: Informações sociodemográficas - deficiência

Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	14609
	Não	0
Auditiva		1750
Física		4419
Intelectual/cognitiva		4379
Visual		4057
TEA		555
Outra		1575

Fonte: e-sus

As dificuldades de acesso dos homens com deficiência versam sobre:

- Barreiras arquitetônicas e de mobilidade, como unidades de saúde sem acessibilidade adequada, ausência de equipamentos adaptados e transporte insuficiente;
- Barreiras comunicacionais, especialmente para homens com deficiência auditiva, visual ou intelectual, diante da falta de profissionais capacitados em Libras, materiais acessíveis e linguagem adequada;
- Barreiras atitudinais e estigmas, que desconsideram a autonomia, a sexualidade e as necessidades específicas desse público, resultando em atendimentos inadequados ou negligenciados;
- Baixa busca ativa e acolhimento pouco inclusivo, somados à cultura de masculinidade que afasta os homens do cuidado preventivo;
- Fragmentação da rede de atenção, com pouca articulação entre a Atenção Primária, à RCPcD e demais pontos de atenção.

Neste sentido são necessárias estratégias para garantia de acesso, tais como:

- Adequação da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada qualificada, com eliminação de barreiras arquitetônicas e ampliação de horários de atendimento;
- Capacitação permanente das equipes de saúde, com foco em deficiência, masculinidades, comunicação inclusiva e abordagem centrada na pessoa;
- Busca ativa e cuidado territorializado, articulando equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e serviços da RCPcD;
- Ações de educação em saúde acessíveis, com materiais em formatos inclusivos e estratégias específicas voltadas aos homens com deficiência.
- Fortalecimento da intersetorialidade, integrando saúde, assistência social, transporte e direitos humanos para garantir acesso contínuo e resolutivo;
- Monitoramento por indicadores, com recorte por sexo, deficiência e território, permitindo identificar lacunas e orientar a tomada de decisão.

Essas estratégias contribuem para a efetivação dos princípios do SUS — universalidade, equidade e integralidade — e estão alinhadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e à Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, promovendo cuidado digno, acessível e inclusivo. A análise do Boletim Epidemiológico da Saúde do Homem em Porto Alegre 2015-2024 demonstra que, embora o documento não trate diretamente da deficiência, diversos agravos que compõem o perfil

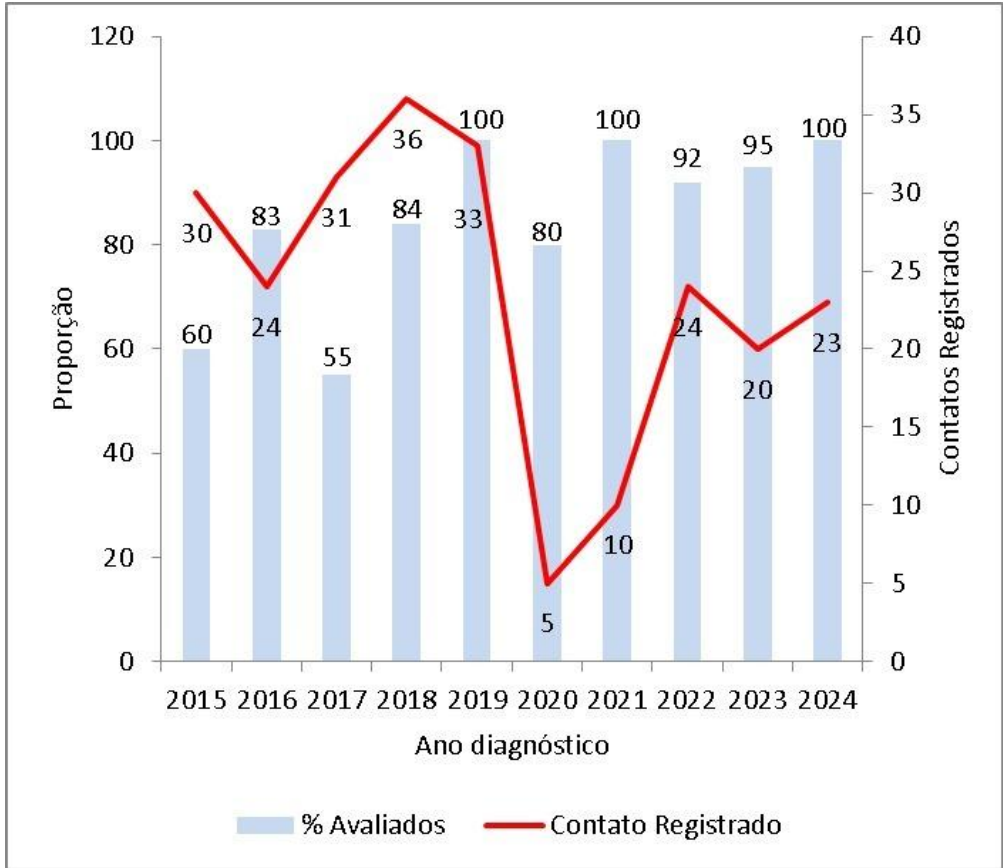
de morbimortalidade masculina (especialmente entre homens adultos e idosos) estão associados à produção de limitações funcionais. Destacam-se as doenças cardiovasculares (especialmente AVC), as violências e acidentes, os acidentes de trabalho e algumas doenças infecciosas como tuberculose e HIV. Por fim, para enfrentar a morbimortalidade masculina, é fundamental fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, ampliando o rastreamento e o diagnóstico precoce de doenças prioritárias em todos os níveis da rede de atenção à saúde.

6.7 Programa Municipal de Controle da Hanseníase

O Programa de Controle da Hanseníase (PCH) é um componente essencial para a Estratégia Nacional de Enfrentamento à Hanseníase, uma Doença Tropical Negligenciada (DTN), endêmica no Brasil e de evolução crônica. As ações do PCH seguem as recomendações da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS (MS) apoiadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT) de 2022.

O PCH foi municipalizado pela Secretaria de Saúde de Porto Alegre no dia 01/03/2005. O Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis Crônicas (NVDTC) da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) executa as atividades de gestão e vigilância do Programa.

Figura 4: Proporção de contatos avaliados e registrados



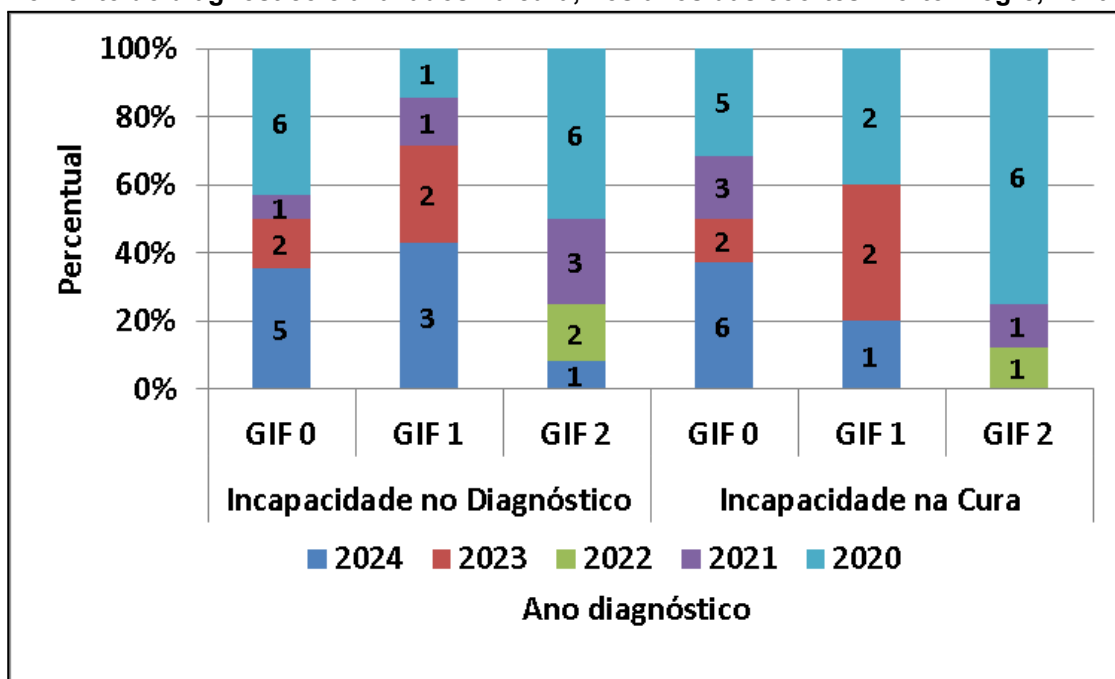
Fonte: SINAN NET/EVDT/DVS/SMS - Data da Consulta 21/11/2025 - Dados provisórios

A hanseníase é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* que afeta principalmente pele e nervos periféricos, podendo acometer também olhos e nariz. O Brasil é o segundo país do mundo em número de casos novos (Brasil, 2022) e o estado do Rio Grande do Sul (RS) ocupa o segundo lugar (18,3%) na proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico (Brasil, 2025). O caso novo indica a pessoa que nunca iniciou qualquer tratamento para a hanseníase e que necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT-U).

De caráter obrigatório, a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) é um exame físico minucioso das mãos, pés e olhos, palpação de nervos periféricos que tem por objetivo monitorar a função neural do paciente para verificar a existência de comprometimento da sensibilidade ou diminuição da força muscular (Brasil, 2022). Mediante a ANS é possível classificar os casos que apresentam deformidades físicas ou cegueira como Grau de Incapacidade Física 2 (GIF 2), casos onde a incapacidade física não é detectável, mas se observa diminuição da sensibilidade protetora ou redução da força muscular nas mãos, pés e/ou nos olhos classificados como grau de incapacidade física 1 (GIF 1) e o grau de incapacidade física 0 (GIF 0) para pacientes que não apresentam qualquer alteração causada pela hanseníase.

Na figura, observa-se a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no momento do diagnóstico e avaliados na cura, nos anos das coortes 2020-2024 entre os residentes de Porto Alegre.

Figura 5: Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no momento do diagnóstico e avaliados na cura, nos anos das coortes. Porto Alegre, 2020-2024



Fonte: Sinan NET/EVDT/DVS/SMS – Dados provisórios em 19/08/2025

Na série histórica avaliada, observa-se um aumento de 14% de GIF 0 e uma diminuição de 33% de GIF 2 no período de 2020 a 2024. Apesar da redução considerável de GIF 2, o município apresenta um parâmetro alto (alto >/10%, médio 5 a 9,9% e </5% baixo) de casos novos de hanseníase com GIF 2, demonstrando ineficiência para detecção precoce de casos e necessidade de reabilitação de incapacidades após a alta.

A Nota Técnica nº 16/2019- CGDE/DCCI/SVS/MS reforça a garantia do atendimento da PcD em decorrência da hanseníase na RCPD, entendendo que o olhar da reabilitação, no contexto da funcionalidade, amplia os horizontes para promover a inclusão social.

A reabilitação física tem como objetivo minimizar os danos das lesões neurais, impactando positivamente no enfrentamento ao estigma e discriminação, muitas vezes relacionados às incapacidades físicas adquiridas pela doença. O estigma pode dificultar o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento adequado. O diagnóstico tardio e o tratamento inadequado podem causar lesões neurais e danos irreversíveis.

A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 redefine a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. A linha de cuidado de Porto Alegre está em construção desde maio de 2025, por meio da participação de componentes da RAS e Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase (Morhan).

6.8 Doenças Raras

As Doenças Raras correspondem a um conjunto diverso de condições médicas que afetam um número relativamente pequeno de pessoas em comparação com doenças mais comuns. Estima-se que existam milhares de doenças raras diferentes, sendo a maioria (cerca de 80%) de origem genética, mas também podem ter causas ambientais, infecciosas ou autoimunes. Exemplos incluem a fibrose cística, a esclerose lateral amiotrófica (ELA), a osteogênese imperfeita e a epidermólise bolhosa.

Pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria nº 199/2014), o atendimento deve ocorrer em centros especializados com equipe multiprofissional (médicos, geneticistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, etc.).

No Rio Grande do Sul, especialmente em Porto Alegre, se destacam:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);
 - referência em genética médica e centro de excelência no Brasil.
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV);

- atende exclusivamente o SUS, com diversas especialidades;
- Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre;
- apoio em alta complexidade.

O acesso ao atendimento ambulatorial para pessoas com suspeita/diagnóstico de doenças raras ocorre a partir da solicitação no sistema de regulação do município (GERCON), oriundos das unidades de saúde que compõem a APS e serviços especializados da rede.

A regulação do acesso é baseada nas informações fornecidas pelo solicitante (devendo estas serem suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e prioridade) e nos Protocolos de Regulação Ambulatorial- RegulaSUS / Telessaúde RS. Disponível em: <https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-genetica>.

Os pacientes são regulados na especialidade Genética Médica Geral, para atendimento em um dos três serviços da rede.

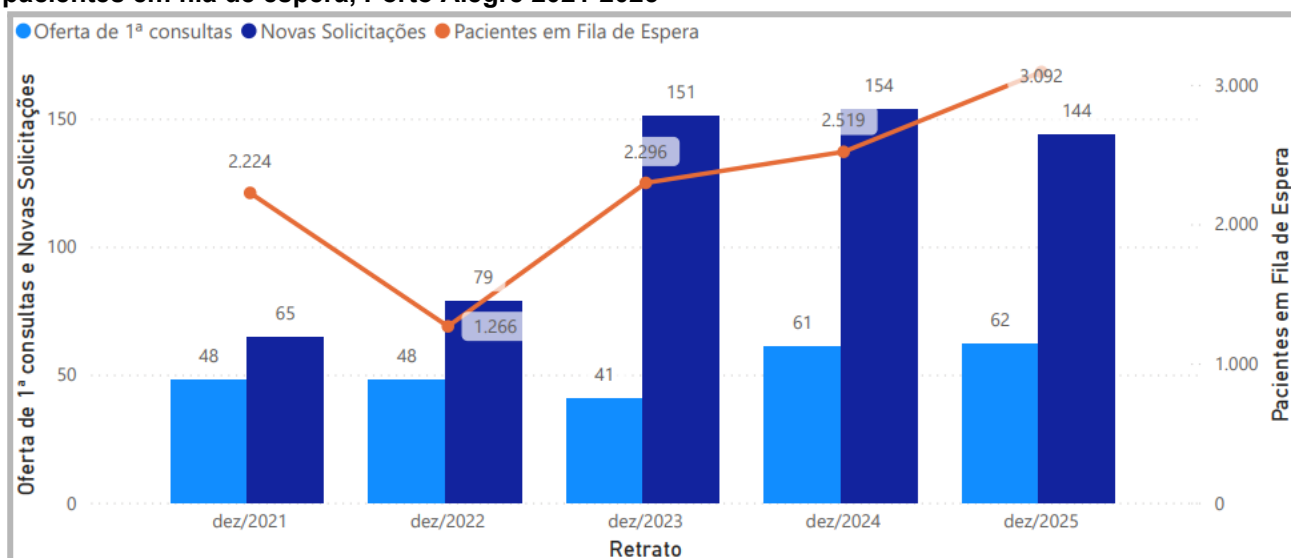
Tabela 16: Oferta de primeiras consultas em genética médica geral

Prestador	Primeiras consultas
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	60
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	10
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	5

Fonte: DR-SMS. Consulta em 16/março/2026

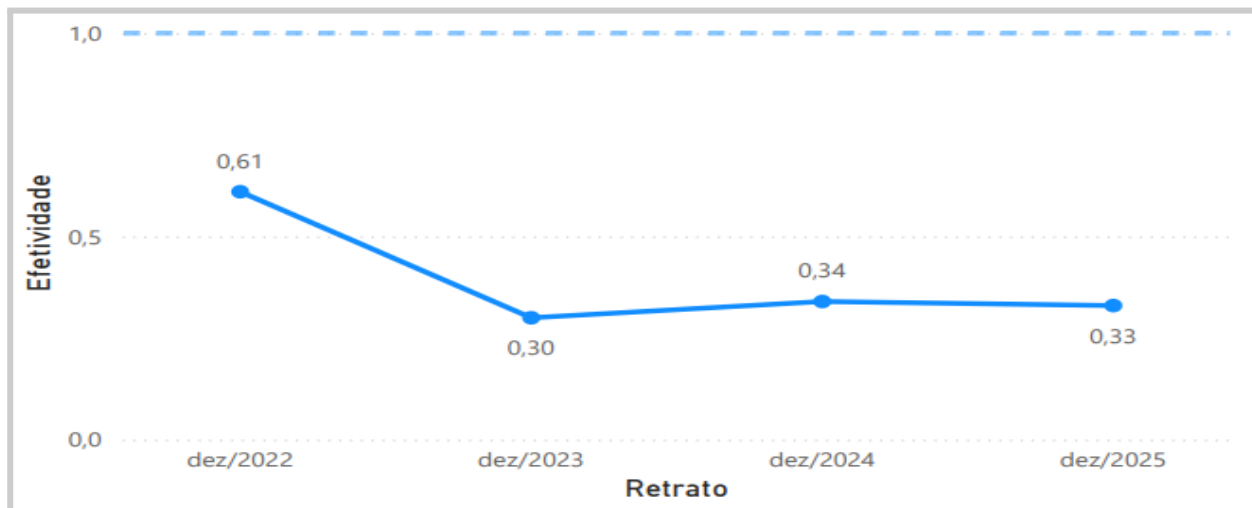
A fila de espera da especialidade Genética Médica Geral, contava com 3092 pacientes (dezembro/2025).

Gráfico 15: Genética Médica Geral — retratos da oferta de 1ª consultas, novas solicitações e pacientes em fila de espera, Porto Alegre 2021-2025



Fonte: Gercon

Gráfico 16: Genética Médica Geral — retratos da efetividade de anos anteriores, Porto Alegre 2022-2025



Fonte: Gercon

6.9 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 SUS está estruturada em:

- 10 (dez) Farmácias Distritais;
- 131 locais de entrega de medicamentos nas Unidades de Saúde;
- 01 Núcleo de Distribuição de Medicamentos;
- 01 Farmácia de Medicamentos Especiais;
- 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 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) foi atualizada pela PORTARIA 31706951/2024 processo 24.0.000142482-0 a qual determina:

Art. 1º Fica alterado o art. 22, da Portaria nº 1.160, de 07 de dezembro de 2018, que passa a ter a seguinte redação:

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

§ 1º É vedada a entrega de medicamentos sujeitos a controle especial a menores de 18 (dezoito) e, para os demais medicamentos, a menores de 16 (dezesseis) anos;

§ 2º No caso de gestantes e mães em retirada de medicamento para si ou seu(s) filho(s), anticoncepcionais ou antimicrobianos destinados ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis não será exigida idade mínima para retirada de medicamentos."

Art. 2º Fica incluído o art. 22-A, na Portaria nº 1.160, de 07 de dezembro de 2018, com a seguinte redação:

"Art. 22-A As pessoas com deficiência, as pessoas com transtorno do espectro autista, as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com criança de colo até 2 anos, os obesos, as pessoas com mobilidade reduzida, pacientes com fibromialgia e os doadores de sangue, terão direito, nas FD e no CELME, a atendimento prioritário com senhas e/ou fila específica.

§ 1º Para o atendimento prioritário dos grupos abaixo serão emitidas senhas mediante os seguintes critérios de comprovação:

I- pacientes com fibromialgia através da apresentação de cartão emitido pelo Executivo Municipal;

II - idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos através da apresentação de documento de identidade;

III - doadores de sangue através da apresentação de comprovante de doação com validade de 120 dias;

IV - pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) com a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea);

V - demais casos previstos neste artigo não necessitam de documento comprobatório.

§ 2º Prioridade especial e casos especiais serão emitidas senhas mediante os seguintes critérios de comprovação, sendo esses:

I - Idosos acima de 80 anos, prioridade especial, sob demais idosos através da apresentação de documento de identidade;

II - submetidos à cirurgia para transplante, através da apresentação de laudo ou receita médica;

III - em tratamento de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou uso de bolsa de colostomia, através da apresentação de laudo ou receita médica;

IV - imunossuprimidos, através da apresentação de laudo ou receita médica;

V - pessoas neurodivergentes com laudo médico que comprove a sensibilidade a ambientes que causam sobrecarga sensorial ou com agitação identificada no local de atendimento;

VI - pessoas com doenças de alta transmissibilidade como a COVID, através da apresentação de laudo ou receita médica;

VII - demais casos não previstos nesta portaria poderão ser avaliados conforme complexidade do serviço.

§ 3º As prioridades previstas neste artigo deverão ser publicizadas na sala de espera dos serviços, com indicação da Lei que as instituiu e são válidas apenas para o usuário a ser atendido.

Salienta-se que a Lei nº 12.021, de 5 de abril de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016a), reconhece a pessoa com TEA como PcD 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 TEA.

6.10 Dispensação de fraldas

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015a), art. 18, dispõe que é assegurada atenção integral à saúde da PcD 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).

Conforme a Nota Técnica nº 32569777/2025, emitida pela SMS, o fornecimento municipal de fraldas descartáveis está regulamentado de forma a padronizar e controlar a dispensação deste insumo, garantindo seu uso racional e direcionado às demandas de saúde devidamente comprovadas. Esse fornecimento é restrito às fraldas até 24 kg, no âmbito do Programa de Saúde Fraldas – GERCON. Trata-se de um direito para pessoas com diagnóstico de incontinência urinária e/ou fecal, devidamente atestado por profissional médico e registrado com CID elegível, residentes no município e vinculadas a uma US da Atenção Primária. O acesso exige cadastro ativo no GERCON, prescrição médica especificando tamanho e quantidade (limitada a até 150 unidades por mês) e registro de responsável autorizado para a retirada.

Fornecimento Municipal – Fraldas Infantis (até 24 kg)

O atendimento municipal é restrito a fraldas tamanho infantil, destinadas a crianças com peso de até 24 kg, cadastradas no Programa de Saúde Fraldas – GERCON e vinculadas a uma US da Atenção Primária.

Critérios de Elegibilidade:

- Residir no município de Porto Alegre;
- Diagnóstico médico com CID principal e, quando aplicável, CID(s) secundário(s) elegíveis;
 - R32 – Incontinência urinária não especificada;
 - R15 – Incontinência fecal;
 - N39.4 – Outras incontinências urinárias especificadas;
- Cadastro ativo no GERCON, vinculado ao Programa de Saúde Fraldas;
- Prescrição médica informando tamanho e quantidade, limitada a 5 unidades/dia ou 150 unidades/mês;
- Cadastro de responsável autorizado para retirada (usuário ou representante), sendo vedada a entrega a terceiros não cadastrados.

Regras Complementares:

- A não retirada por três meses consecutivos implica no cancelamento automático do cadastro no GERCON;
- Reclamações sobre qualidade devem ser registradas no Formulário de Avaliação de Qualidade, disponível no site oficial da Prefeitura;
- A distribuição é controlada pela Equipe de Materiais (EMAT), com registro obrigatório no Sistema de Gestão de Materiais (GMAT) e Sistema de Dispensação de Medicamentos (DIS).

Fluxo Municipal:

Cadastro ou troca de tamanho:

1. Registro no GERCON pela US;
2. Comunicação à Coordenadoria de Saúde, Coordenação de Enfermagem (COENF) e EMAT, por meio dos e-mails coordenacaodeenfermagemdaps@portoalegre.rs.gov.br ou catamateriais@portoalegre.rs.gov.br;
3. Validação pela COENF;
4. Inclusão no GMAT, aprovação e envio pela EMAT;
5. Recebimento no GMAT (operação 0572) e dispensação no DIS;
6. Seguir o fluxo mensal subsequente.

Fornecimento Nacional – Fraldas Geriátricas (> 24 kg)

Para pessoas com peso superior a 24 kg, o fornecimento atual é pelo MS, por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), que desde 14/02/2025 fornece gratuitamente fraldas geriátricas, medicamentos e outros insumos constantes de sua lista oficial, conforme Portaria de Consolidação nº 05/2017 e comunicados complementares. Porto Alegre conta com ampla rede credenciada distribuída por diversos bairros, garantindo capilaridade e acesso:

CrITÉRIOS de Acesso às Fraldas Geriátricas:

- Idade igual ou superior a 60 anos ou ser PcD (qualquer idade);
- Documento oficial com foto e CPF (ou certidão de nascimento/RG para menores);
- Receita, laudo ou atestado médico emitido no SUS ou por serviço privado, com indicação de uso e CID correspondente;
- Pacientes acamados: retirada por representante legal ou procurador, mediante apresentação de documento comprobatório (procuração pública ou particular com firma reconhecida, ou termo judicial).

- Disponível em:

Fraldas e Insumos para Estomias | Prefeitura de Porto Alegre

Por fim, cabe destacar a importância das fraldas enquanto insumos de saúde sob responsabilidade da SMS. Mas mesmo assim, não há dispensação das 30 fraldas restantes, isto porque, o PFPB, visa complementar a disponibilização, por meio de parceria com farmácias privadas. Ou seja, as Unidades Básicas de Saúde e farmácias municipais distritais, também deveriam dispensar fraldas geriátricas, já que disponibiliza medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, entre outros elencados. No entanto, desde março e abril de 2025, as fraldas geriátricas não estão sendo dispensadas, nem a quantidade complementar de 30 unidades, para que feche as 150 unidades. Já que as farmácias distritais sempre disponibilizaram essa quantidade.

Sendo assim, após um ano da inclusão das fraldas geriátricas no Programa de Farmácia Popular do Brasil, através da rede privada credenciada, na maioria das vezes temos relatos que a quantidade é sempre inferior a 120/mês. Às vezes chegando até 10 fraldas a menos/mês, prejudicando muito a qualidade de vida do paciente. Outro quesito identificado foi a qualidade, que diminuiu bastante, pois o vendedor diz que há apenas uma marca, sem que o usuário/paciente, possa escolher a fralda geriátrica com mais unidades por pacotes, assim como sua qualidade. Estes relatos já foram levados à Comissão de Pessoas com Deficiências do Conselho Municipal de Porto Alegre, assim como para a Comissão de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul.

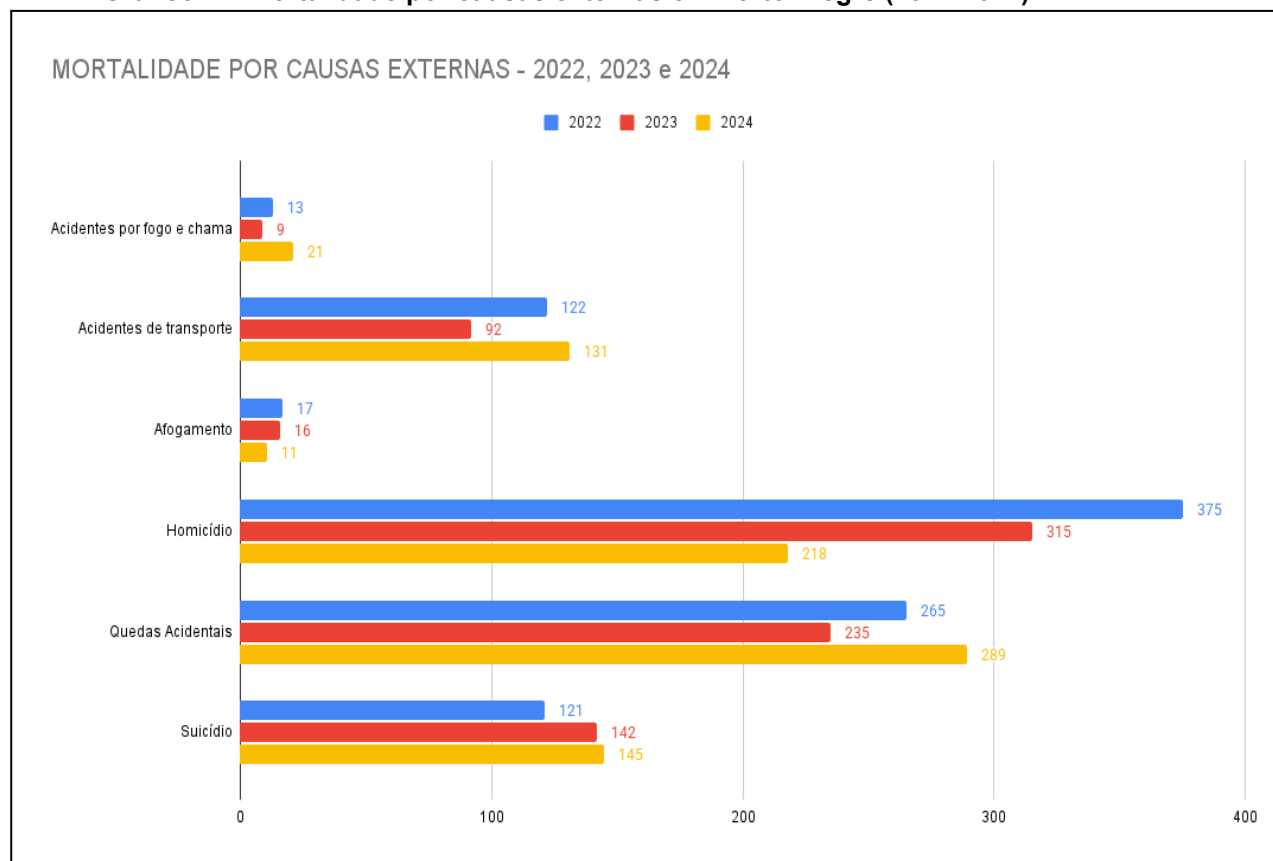
6.11 Prevenção à violência

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 2023 estes agravos representaram a 5ª causa de morte na população em geral e a 6ª causa de morte na população em geral nos anos de 2022 e 2024.

Abaixo as principais ocorrências de morte por causas externas de 2022 a 2024.

Gráfico 17: Mortalidade por causas externas em Porto Alegre (2022-2024)



Fonte: SIM/ EVEV/EVDANT/DVS

Nos anos de 2022 a 2024, as principais mortes por causas externas foram: homicídios, quedas acidentais e suicídios.

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).

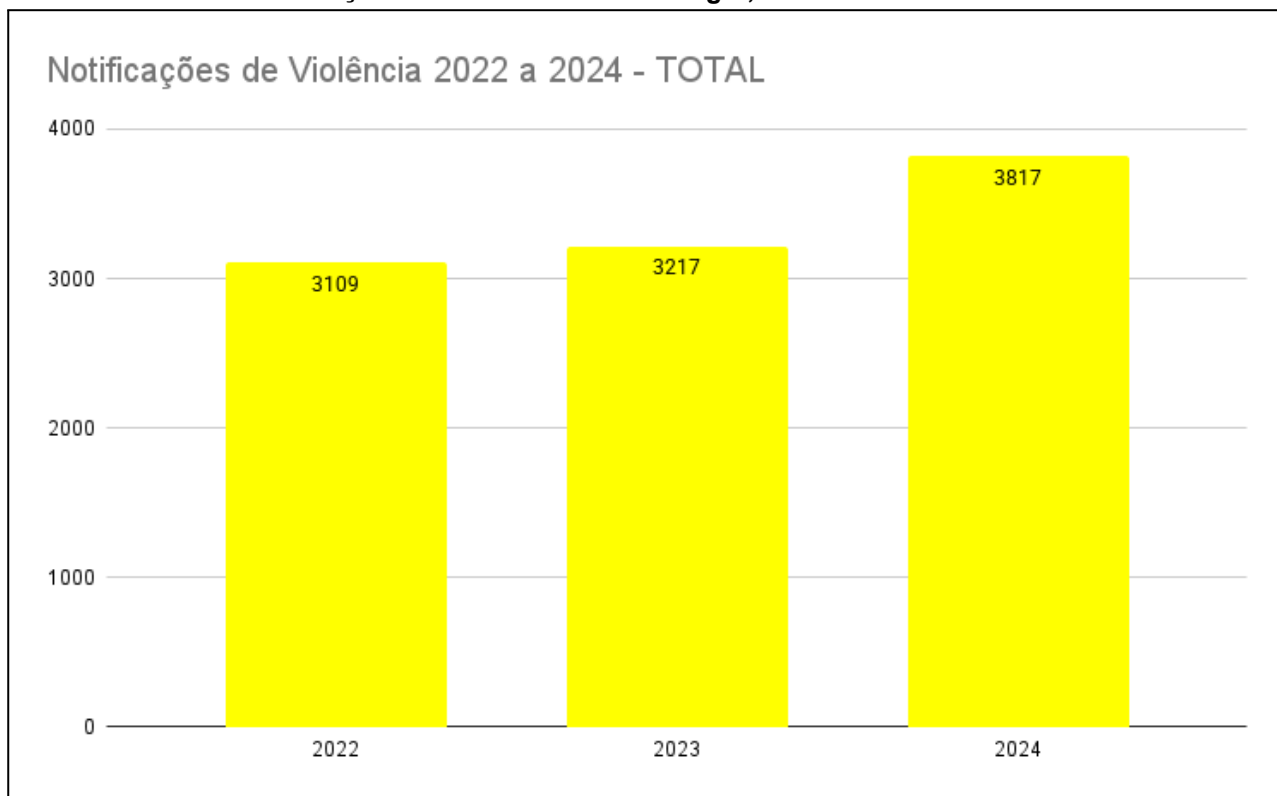
A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) determinou que os casos de suspeita ou de confirmação de violência (qualquer dano ou sofrimento físico ou psicológico) praticada contra a PcD serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde, públicos e privados, à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da PcD (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. Nesse sentido, a equipe trabalha com as capacitações e sensibilização da rede para a importância da notificação e preenchimento adequado dos campos.

Abaixo, alguns dados da notificação de violência referente aos anos de 2022 a 2024.

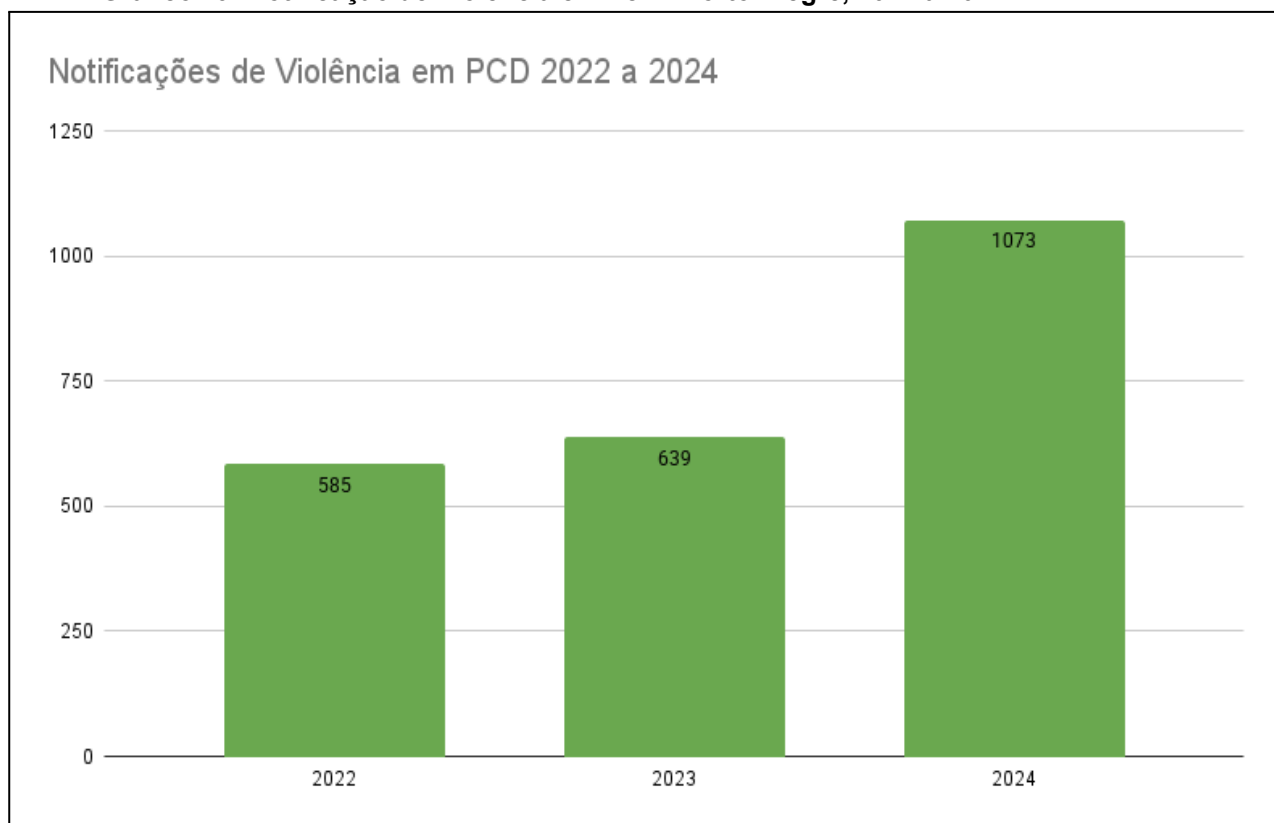
Gráfico 18: Notificações de violência - Porto Alegre, 2022 a 2024.



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

Percebemos aumento das notificações de violência anualmente. Não necessariamente significa que a violência aumentou, mas sim que os serviços e profissionais estão mais sensíveis ao tema e importância da notificação.

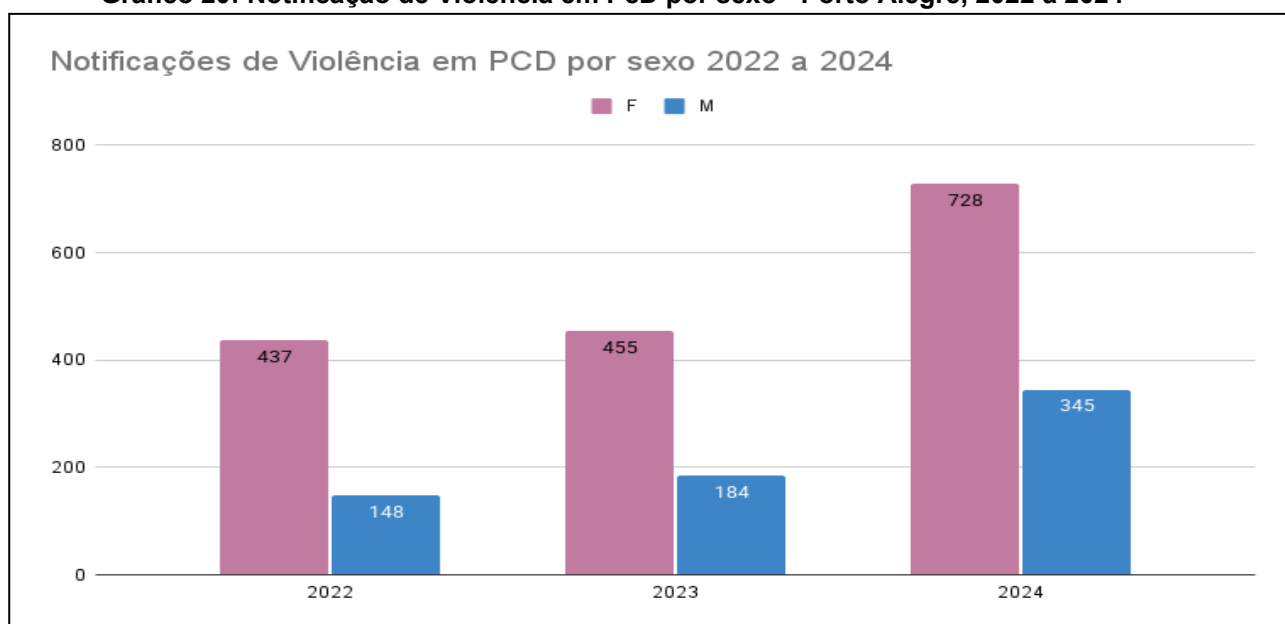
Gráfico 19: Notificação de Violência em PcD - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

Percebemos também um aumento das notificações de violência em pessoas com deficiência, transtornos e outros (campo que configura a ficha do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação) quando se coloca “SIM” no campo deficiência. Em 2022, representou 18,8% das notificações. Em 2023, 19,8% das notificações. Em 2024, 28,1% das notificações - ano com aumento significativo em relação aos anteriores.

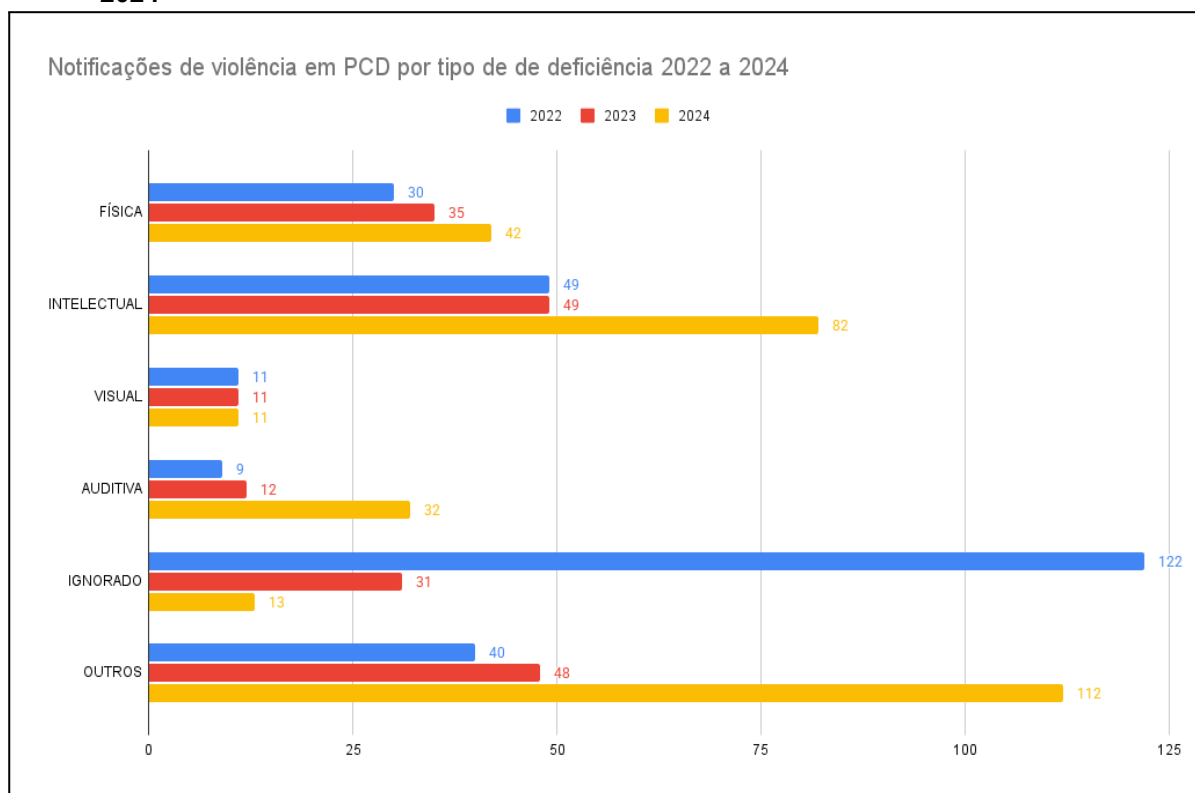
Gráfico 20: Notificação de Violência em PcD por sexo - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

A maior parte das notificações de violência concentram-se no sexo feminino. Na população PcD, mais que o dobro. No geral das notificações de violência, a população do sexo feminino representa mais de 70% das notificações.

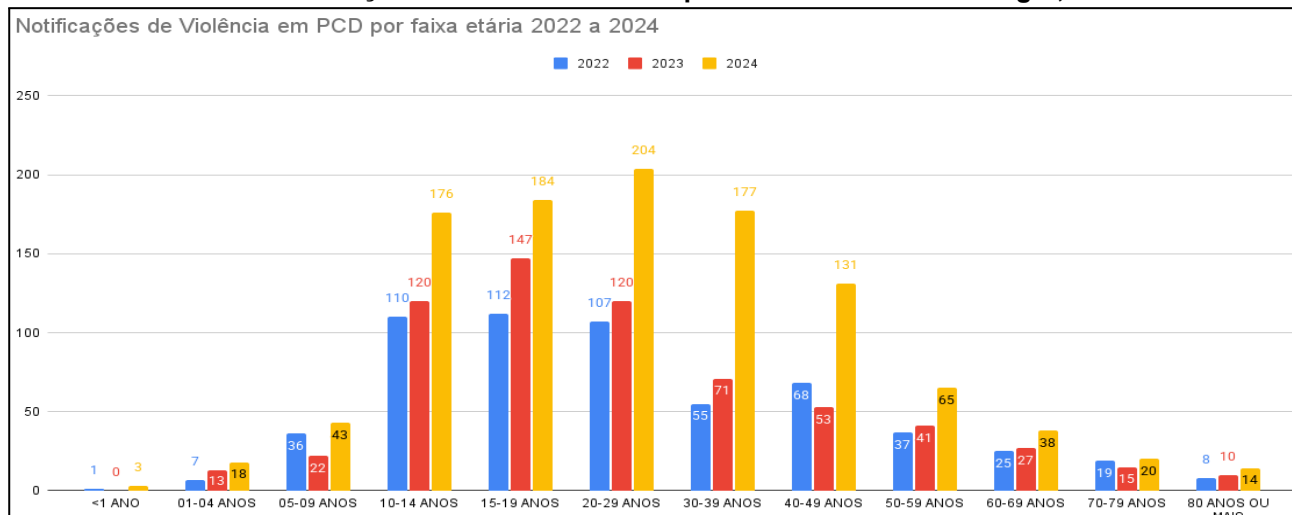
Gráfico 21: Notificação de Violência em PcD por tipo de deficiência - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

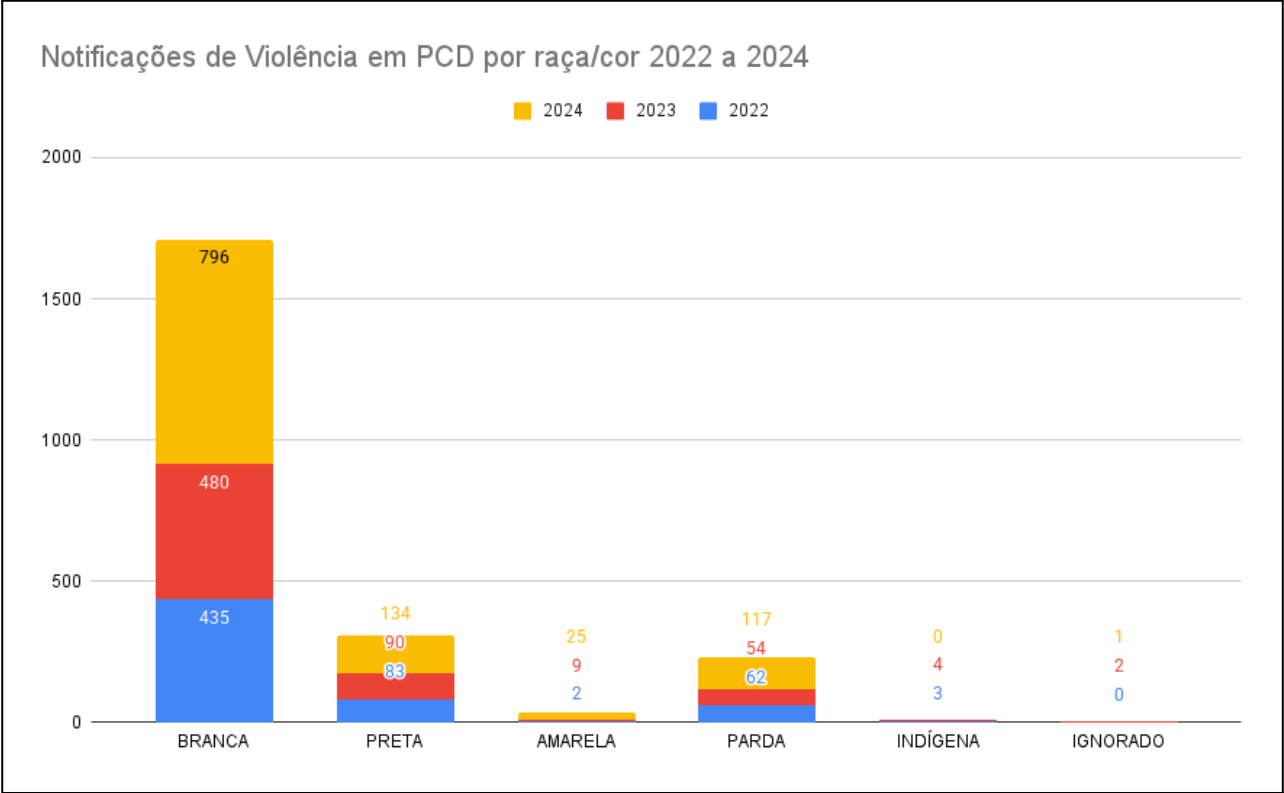
No preenchimento do campo tipo de deficiência, a maior parte das notificações consta como “Ignorado” e “Outros” reforçando a necessidade de orientações aos profissionais da rede de saúde sobre a importância do preenchimento correto do campo quanto às especificidades de cada deficiência. Dos campos preenchidos, destaca-se a deficiência intelectual, seguida de violência física e auditiva com maiores ocorrências.

Gráfico 22: Notificação de Violência em PcD por faixa etária - Porto Alegre, 2022 a 2024



Em relação à faixa etária das notificações de violência, as pessoas com deficiência mais acometidas são as pessoas jovens, da faixa etária dos 20-29 anos, seguida dos 15 aos 19 anos e 10-14 anos.

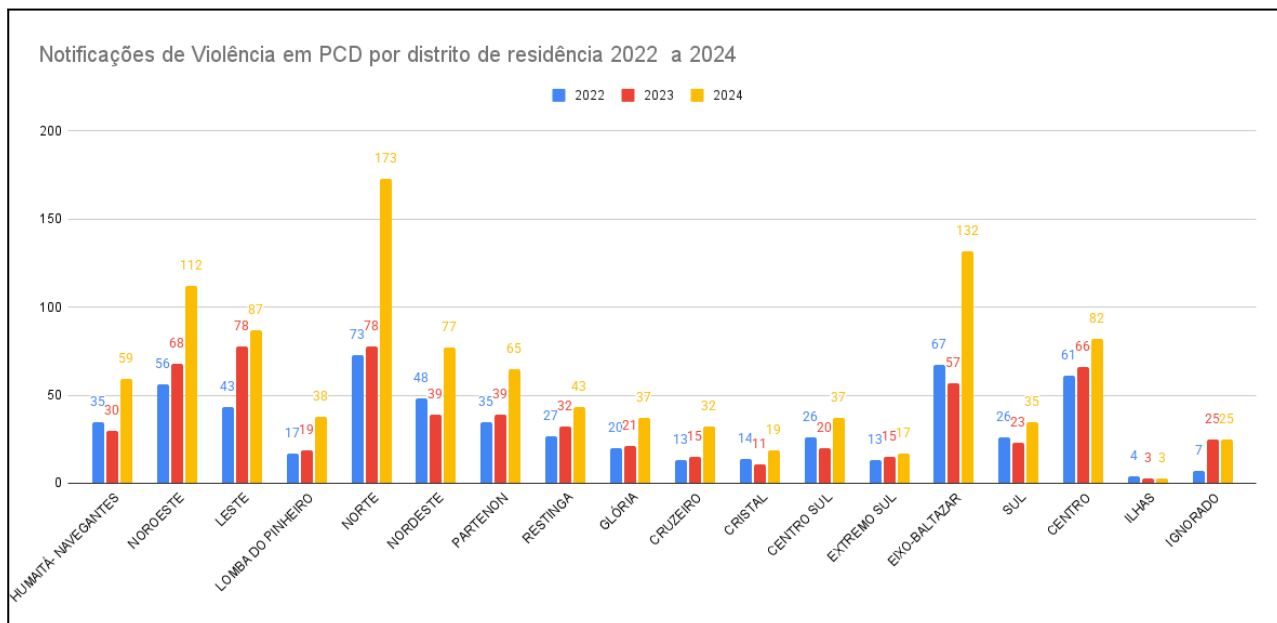
Gráfico 23: Notificação de Violência em PcD por raça/cor - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

Em números absolutos, as maiores notificações de violência concentram-se na raça/cor branca. Ao fazer o cálculo proporcional a população geral de Porto Alegre de cada raça/cor, para 2022 temos: 38,9 casos a cada 100 mil habitantes na raça/cor branca e 29,1 a cada 100 mil habitantes na raça/cor negra (pretos e pardos). Em 2023 e 2024, temos 130,03 casos a cada 100 mil habitantes e 64,6 casos a cada 100 mil habitantes, respectivamente.

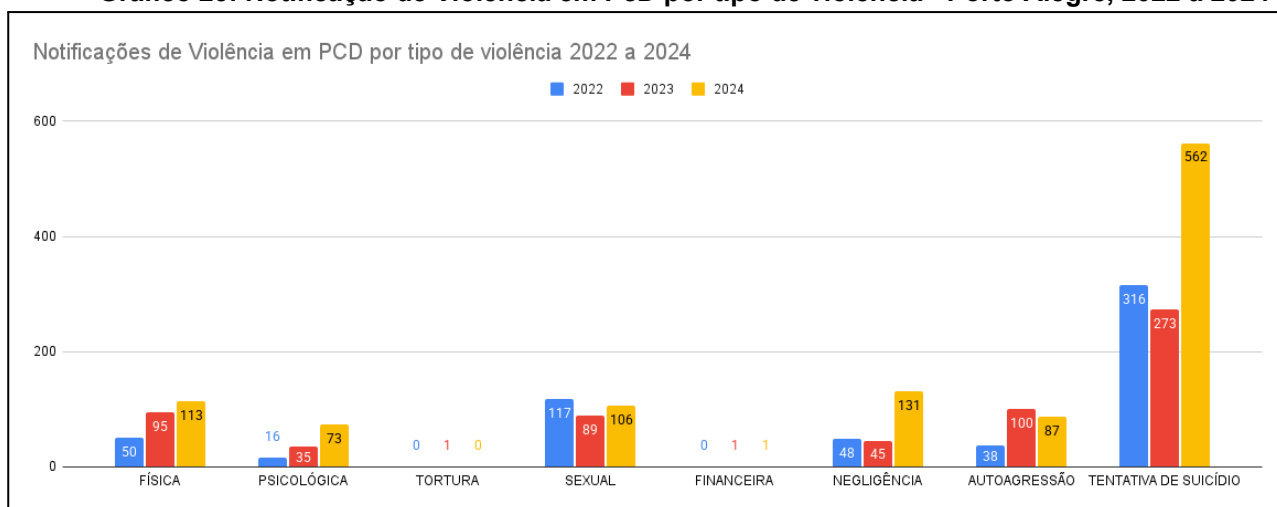
Gráfico 24: Notificação de Violência em PcD por distrito de residência - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

Em relação ao distrito sanitário, destacam-se os territórios vinculados à Coordenadoria de Saúde Norte com os Distritos Sanitários Norte, Eixo-Baltazar e Noroeste. Também aparecem o Distrito Leste e Centro com maiores ocorrências.

Gráfico 25: Notificação de Violência em PcD por tipo de violência - Porto Alegre, 2022 a 2024



Fonte: SINAN//EVDANT/DVS, consulta em 22/09/2025

Em relação ao tipo de violência, destaca-se a tentativa de suicídio, violência física e psicológica.

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

6.12 Prevenção de Acidentes de Trabalho

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST - é o órgão municipal responsável pela Vigilância em Saúde do Trabalhador, suas atividades são acrescidas de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial à rede de serviços do SUS, para a Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores urbanos e rurais de Porto Alegre,

independentemente do vínculo, contemplando ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação, podendo ser acrescidas de outras atividades secundárias correlatas.

É através das ações do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) que o município implementa a política da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENAST) que compreende uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, atuando na articulação e na integração com os demais serviços da rede para a qualificação das ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora nos territórios.

Através do sistema digital municipal, o SENTINELA onde são notificadas as doenças relacionadas ao trabalho e todas as demais doenças e agravos à saúde, são gerados dados epidemiológicos importantes para a construção de ações efetivas na promoção e prevenção em saúde do trabalhador e ações de vigilância com o objetivo de reduzir a morbimortalidade entre os trabalhadores(as), provenientes dos ambientes e processos de trabalho através do SINAN.

Segundo dados dos painéis temáticos gerados pelas notificações de agravos decorrentes do trabalho em Porto Alegre nos anos de 2024 e 2025, desconsiderando dados da COVID deste período, podemos observar 74% dos casos de acidentes gerais de trabalho, 23% aproximadamente de casos notificados por acidentes com material biológico, seguidos de lesões por esforços repetitivos, transtornos mentais relacionados ao trabalho e dermatoses ocupacionais.

Tabela 17: Notificações por agravo (2024 e 2025)

Tipo de ficha	Quantidade	%
Acidente de trabalho	6789	74,20
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	2134	23,32
LER/DORT	113	1,23
Transtornos mentais relacionados ao trabalho	112	1,22
Doença relacionada ao trabalho / Dermatoses Ocupacionais	2	0,02
TOTAL	9150	100

Fonte: <https://prefeitura.poa.br/sms/vigilancia-em-saude/paineis-tematicos>. Acesso em novembro/2025

Dos agravos registrados no SINAN no primeiro quadrimestre de 2025 podemos observar os seguintes desfechos relacionados ao trabalho: 48% dos casos indicam incapacidade temporária, 26% apresentam cura, entretanto ainda observamos um grande número de desfechos ignorados ou em branco nas notificações que somam por sua vez 50% aproximadamente, dificultando o monitoramento real de eventos incapacitantes.

Tabela 18: Desfechos relacionados ao trabalho (1º quadrimestre de 2025)

Evolução	Frequência	Porcentagem
Incapacidade temporária	1187	48,47
Cura	640	26,13

Ignorado	539	22,01
Outro	37	1,51
Em branco	35	1,43
Óbito por acidente de trabalho grave	7	0,29
Incapacidade parcial permanente	4	0,16
Total	2449	100

Fonte: SINAN, 03/09/2025

A modernização e implementação de tecnologias digitais nos processos de trabalho têm causado impactos importantes nas rotinas dos trabalhadores, gerando muitas vezes, além das facilidades de acesso e agilização de tarefas, um amplo e crescente acúmulo de atividades, síndromes por excesso de trabalho e desatenção na execução das atividades.

Além deste, a precarização do trabalho, com redução de direitos, aumento da informalidade e incremento da jornada laboral, a plataforma de motoristas e entregadores por aplicativos, contratos intermitentes e terceirizações, também contribuem fortemente para este processo de adoecimento e negação de direitos, assim como o aumento dos acidentes de trabalho no trânsito.

Diante deste cenário da saúde do trabalhador, o fortalecimento do CEREST é fundamental para a capacitação e apoio matricial aos profissionais responsáveis pela rede de atenção à saúde do trabalhador na identificação e investigação de riscos e agravos à saúde no ambiente de trabalho. As ações de vigilância em saúde do trabalhador buscam assegurar condições dignas nos ambientes e relações de trabalho, avaliando riscos ambientais e promovendo ambientes mais seguros.

Também atua na investigação e busca ativa de óbitos comprovados ou com possível relação com o processo de trabalho, assim como na qualificação das notificações de acidentes e agravos e sua inserção no SINAN.

Também desempenha papel importante nas ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, nas atividades educativas nos serviços públicos da rede de atenção primária em saúde e ações em parceria com serviços especializados em saúde do trabalhador, atua em ações pontuais juntamente com sindicatos e associações.

Tem papel fundamental realizando atendimento qualificado na assistência em saúde do trabalhador no município de Porto Alegre através do atendimento ambulatorial no Centro de Saúde Santa Marta.

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

De acordo com a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 9050/1994, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (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 Diretoria de Atenção Primária à Saúde em conjunto com a Diretoria Administrativa, sobre as condições das edificações das Unidades de Saúde (US) quanto a adaptação à acessibilidade demonstrou o seguinte panorama:

Tabela 19: Situação dos prédios das Unidades de Saúde, segundo critérios de acessibilidade

Crítérios de acessibilidade	Sim	% Sim	Não	% Não
Superfície antiderrapante - calçada	29	21,80	104	78,20
Piso podotátil - calçada	16	12,03	117	87,97
Rebaixamento (rampa) - calçada	83	62,41	50	37,59
Faixa livre - calçada	62	46,62	71	53,38
Desnível - calçada	82	61,65	51	38,35
Rampa de acesso - US	95	71,43	38	28,57
Sanitário adaptado - US	71	53,38	62	46,62
Piso podotátil - US	7	5,26	126	94,74
Assentos preferenciais - US	7	5,26	126	94,74

Fonte: DAPS-CGE. ATUALIZADO EM AGO/2025

Com base no levantamento efetuado, o critério “rampa de acesso - US” é o que apresenta os melhores percentuais, estando disponível em 71,43% dos prédios; “Sanitários adaptados - US” estão presentes em 53,38% dos prédios. Já “Piso podotátil” e “Assentos Preferenciais” são os critérios menos observados nas Unidades de Saúde. O levantamento completo está disponível em: [Monitoramento Acessibilidade das US SMS/POA 2025 DAPS-CGE](#).

De modo geral, os prédios das US carecem de atendimento à acessibilidade física/arquitetônica. 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. Por fim, para além das adaptações necessárias resta realizar levantamento junto aos demais serviços e prédios administrativos da SMS.

6.14 Transporte Sanitário Eletivo

O transporte de usuários para algum serviço assistencial pode ser realizado por 3 (três) tipologias diferentes. Sendo elas :

- 1) Transporte Sanitário Eletivo (TSE): A resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017, regulamenta o Transporte Sanitário Eletivo e define que é destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS (não urgentes e não emergenciais), de forma programada, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. O transporte é voltado ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Igualmente, exclui transporte para clínicas e hospitais particulares, tratamento estético, visitação.
- 2) Transporte Inter-Hospitalar: Segundo a Portaria MS/GM/CIT nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, o transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:
 - a) A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;
 - b) A transferência de pacientes de serviços de saúde de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.
- 3) Transporte Social: Com base na Lei Federal nº 13.146/2015, art.46, é assegurado o direito ao transporte e à mobilidade da PcD ou com mobilidade reduzida, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio

de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso. Essa tipologia de transporte, no âmbito dos serviços públicos, deve ser pautada tanto pela ausência ou redução de mobilidade, quanto por condições de vulnerabilidade social. A prestação do Transporte Social visa a atendimentos de usuários em serviços públicos (ou contratualizados junto ao poder público) cuja natureza seja assistencial e/ou educacional, e não de saúde stricto sensu, uma vez que ao SUS compete o Transporte Sanitário Eletivo (Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 e Resolução CIT nº 13, de 1º de março de 2017) e o Transporte Inter-Hospitalar (Remoções Especiais) - PORTARIA MS/GM/CIT nº 2048/2002.

No intuito de melhorar a eficiência para os 3 (três) diferentes tipos de transportes e qualificar a assistência à população no âmbito da SMS foi constituído um Grupo de Trabalho, através da Portaria 19546513 de 12/07/2022 (Processo 22.0.000086154-9), que atuou no período de julho a agosto de 2022. Naquele momento, os três tipos de transporte eram organizados dentro do SAMU com dificuldade de categorizar critérios de equidade e consequentemente de alocar esse recurso e apesar de não se tratar de um serviço de urgência/emergência.

A partir das recomendações desse Grupo de Trabalho foi definido que:

- 1) Transporte Social passa a ser realizado pela Secretaria Municipal Desenvolvimento Social, atualmente Secretaria Municipal da Inclusão e Desenvolvimento Humano (SMIDH) a contar do ano de 2023;
- 2) Transporte Sanitário Eletivo (TSE) realizado pelo Núcleo do Transporte Sanitário Eletivo (NTSE) vinculado no organograma da SMS à Coordenação da Atenção Especializada/DAPS;
- 3) Transporte Inter-Hospitalar (até então denominado de Transporte Especial para Remoções) permanece sob a gestão do SAMU.

O serviço TSE é composto por 10 vans e 1 carro tipo passeio. Em média, é realizado o transporte de 168 usuários por mês, totalizando 3.900 remoções. No momento, a maioria dos usuários transportados realizam tratamento de hemodiálise. No ano de 2025 foi realizado um novo processo licitatório e serão contratadas 2 (duas) novas vans e 1 (um) carro tipo passeio.

A Instrução Normativa 31304077/2024 foi publicada no Dopa em novembro de 2024 e normatiza o Transporte Sanitário Eletivo no SUS no âmbito do Município de Porto Alegre.

6.15 Educação

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 de Porto Alegre (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 (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 à diversidade. Faz-se primordial, neste contexto, a promoção das condições de acessibilidade do ambiente físico, das metodologias de ensino, dos recursos didáticos e pedagógicos e da comunicação e informação (PORTO ALEGRE, 2013).

Desta forma, é previsto que as escolas possuam profissionais capacitados para garantir a avaliação especializada do público da educação especial inclusiva, bem como dos estudantes acometidos por transtornos da aprendizagem, em articulação com as Secretarias Municipais da Saúde e da Assistência Social, assim como também, disponham dos 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). A contar de 2026, as diretrizes da SMED para as escolas passam a considerar obrigatório o levantamento de dados para o censo escolar, incluindo, discriminadamente, o levantamento não apenas de alunos público da Educação Especial Inclusiva como também dos que trazem transtornos de aprendizagem, seja isoladamente, seja como sobreposição ou comorbidades.

É importante ressaltar que um conjunto de serviços, recursos e estratégias específicas favorecem o processo de escolarização.

Assim, há o Atendimento Educacional Especializado (AEE), oferecido pelos professores especialistas em Educação Especial, por meio das Salas de Integração e Recursos (SIRs), preferencialmente no contraturno da frequência do estudante à sala de aula comum, e, para casos específicos, na própria sala de aula, durante o turno de escolarização do estudante, de acordo com o mais recente Documento Orientador para o AEE 2026, expedido pela UEEI - Unidade de Educação Especial Inclusiva, SMED, aos estudantes com deficiência, TEA - Transtorno do Espectro do Autismo, ou AH/SD - Altas Habilidades e Superdotação, bem como para Avaliação de AEE, em caráter complementar ou suplementar de ensino, visando proporcionar o apoio pedagógico e psicoeducacional à sua autorregulação, assim como ao desenvolvimento de sua autonomia e, dentro do possível, independência, para a realização das tarefas e a construção da autonomia na escola e fora dela.

O professor de AEE, professor educador especial, a partir da elaboração do PAEE - Plano de Atendimento Educacional Especializado, também desenvolve, em parceria com os setores da escola (Orientação Educacional e Supervisão/ Coordenação Pedagógica) e com os professores de sala de aula comum, respectivamente, os PEIs - Planos de Estudo Individualizados e, com base nesses documentos, contribui para os planejamentos pedagógicos pensados para a sala de aula, auxiliando na eliminação de barreiras à aprendizagem dos estudantes por ele atendidos e que frequentam a sala de aula comum (PORTO ALEGRE, 2013).

Está prevista, ainda, a disponibilização de profissionais de apoio à inclusão, bem como de técnicos especialistas educacionais, após a parceria firmada entre a SMED e a empresa ABESS - Associação Brasileira de Educação, Saúde e Assistência Social (uma entidade privada que atua no desenvolvimento de projetos educacionais inclusivos e sociais, frequentemente em parceria com o poder público), por meio do Programa Incluir+POA.

Atualmente, as escolas da RME - Rede Municipal de Ensino contam com os professores especialistas de AEE, professores dos laboratórios de aprendizagem, monitores de inclusão concursados, estagiários de inclusão, agentes de inclusão ABESS e profissionais técnicos especializados ABESS em Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Assistência Social institucionais, compondo a rede escolar de serviços de apoio aos estudantes público da Educação Especial e aos que apresentam, comórbida ou isoladamente, transtornos de aprendizagem (incluindo-se os estudantes em processo avaliativo).

As equipes de profissionais de apoio à inclusão (monitores, estagiários e agentes de inclusão) fazem o acompanhamento das turmas que têm estudantes com deficiência matriculados, ou estudantes em avaliação de AEE, para atividades de cuidados com a alimentação, higiene e locomoção destes (quando for o caso), ou no suporte direto cognitivo de desenvolvimento de suas aprendizagens e auxílio no manejo diário das tecnologias assistivas pedagogicamente pensadas para a superação ou eliminação de suas barreiras, durante o tempo de permanência na escola - turno regular, projetos e oficinas de contraturno ou escolas de turno integral (PORTO ALEGRE, 2013).

Os profissionais técnicos especializados ABESS de Psicopedagogia atuam em parceria com os professores responsáveis pelos laboratórios de aprendizagem, tanto para o mapeamento/rastreamento/triagem dos transtornos de aprendizagem quanto para o apoio sistemático de estimulação cognitiva (sobremaneira, mas não exclusivamente, focada nos processos de alfabetização/letramento e numeramento matemático). Após avaliação investigativa desses profissionais, os casos considerados como apresentando indicadores mais expressivos de deficiência, TEA ou AH/SD são então encaminhados para as avaliações de AEE nas SIRs.

Os demais profissionais técnicos especializados ABESS (de Fonoaudiologia, Psicologia e Assistência Social) atuam de modo integrado com as Supervisões/Coordenações Pedagógicas, Orientações Educacionais e professores de Educação Especial na elaboração e execução de projetos institucionais que sirvam ao mapeamento coletivo das necessidades da comunidade escolar discente atendida, bem como na orientação às famílias (quando houver) e direcionamento aos serviços da rede, tanto no âmbito da saúde quanto no da assistência social.

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 (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

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).

Dentre as modalidades especializadas de SIR ofertadas pela Rede, podem ser elencadas:

- Sala de Integração e Recursos (SIR) Educação de Jovens e Adultos (EJA);
- Sala de Integração e Recursos (SIR) Surdez;
- Sala de Integração e Recursos (SIR) Altas Habilidades/ Superdotação;
- Sala de Integração e Recursos (SIR) Visual;
- Programa De Trabalho Educativo (PTE).

A SMED de Porto Alegre organiza o PTE, regulamentado pelo Decreto nº 14.109/2003 e normatizado na Resolução CME/POA nº13/2013, com o objetivo de ser um serviço da SMED para preparar estudantes com deficiência e/ou TEA, em fase de conclusão do Ensino Fundamental (a partir dos 14 anos de idade), para o mundo do trabalho, oferecendo novas possibilidades de aprendizagem para além do espaço da escola. Visa incentivar a prática da cidadania, a inserção na cultura e a participação na sociedade.

Apesar dos avanços na oferta de atendimentos inter, multi e transdisciplinares, parte da população ainda permanece sem acesso adequado aos serviços. Esse cenário evidencia a necessidade de novos investimentos, planejamento colaborativo e ações

especialmente voltadas a grupos subnotificados e populações com dificuldades de acesso aos serviços especializados.

A compreensão moderna da neurodiversidade, impulsionada por estudos de 2024 e 2025, abandonou a visão de diagnósticos isolados para adotar a perspectiva de biótipos neurais dinâmicos. As recentes pesquisas em neuroimagem (fMRI) e análise de sinais de EEG por *Transformada Wavelet* têm demonstrado que o cérebro neurodivergente opera com conectividades atípicas que afetam desde a percepção sensorial básica até as funções executivas complexas.

Deste modo, vale salientar ainda a necessidade de que os serviços públicos em saúde prevejam, em seu planejamento, olhar sensível, especializado e abrangente de equipe multiprofissional e intersetorial e serviços de cuidados para as pessoas com Altas Habilidades e Superdotação que, embora não sejam consideradas pessoas com deficiência, pertencem ao rol do público da Educação Especial Inclusiva e trazem, em sua constituição neurobiológica e neuroestrutural, alta sensibilidade neurosensorial e processamento neurocognitivo de alta performance. Em termos neurobiológicos, há marca estrutural de hiperconectividade cerebral: uso mais intenso e eficiente de áreas de raciocínio lógico e criatividade e presença de desenvolvimento assíncrono (cognição vs. emoção). Quanto à regulação emocional e psicossocial, as recentes pesquisas neurocientíficas revelam identificação de hipersensibilidade emocional: reações intensas ao ambiente e senso de justiça aguçado, com traços comportamentais significativos de perfeccionismo paralisante.

Assim, faz-se imprescindível avaliar as pessoas com Altas Habilidades e Superdotação para além do estereótipo simplista que lhes é comumente atribuído de pessoas apenas dotadas de habilidades e talentos mais exacerbados, intelectualmente privilegiadas, como se essa neurobiologia diferenciada não lhes trouxesse qualquer ônus à saúde física ou mental. Suas características de alta velocidade cerebral de processamento de dados de informação; quantidade bem mais expressiva de dados processados no mesmo tempo de uma pessoa neurotípica (intensidade de processamento); construção de analogias e conexões incomuns realizadas com esses dados, extrapolando o raciocínio ordinário; alto nível de precisão e detalhismo; destreza e acurácia de percepção social de intencionalidade, índole e caráter dos indivíduos; entre outras potencialidades decorrentes da amplitude de conectividade neural, acarretam os contrapontos, sobretudo no âmbito emocional, relacional e psicossocial, tais como: tédio crônico em ambientes sub estimulantes, sentimento de inadequação e "síndrome do

impostor", propensão ao perfeccionismo excessivo e autocobrador, dificuldade de tolerar a lógica de manutenção de máscaras sociais nas relações de convívio familiar, social e profissional, hipersensibilidade a determinados estímulos do meio (sonoros, visuais, olfativos, entre outros), denominada também como sobre-excitabilidade.

Tais características, evidentemente, geram facilmente quadros de estafa psíquica, fontes de estresse constante, autopercepção de estranhamento de si, estranhamento social nas relações, necessidade de isolamento (seja para recuperar-se do quão desgastante psiquicamente se tornam as interações, seja por dificuldades de autorregulação e de adequação às regras comuns do contato e convívio social). Pessoas dotadas de Altas Habilidades e Superdotação são recorrentemente acometidas por quadros de ansiedade, depressão, sentimento de incompreensão ou de impotência (pelo quanto enxergam além do padrão habitual e pelo quanto o meio considera essas percepções como bem-vindas e progressistas ou como ameaças a percepções mais conservadoras de sociedade), dificuldades em lidar com hierarquias (sobretudo quando os superiores apresentam visões mais estreitas e limitadas que as suas), sobrecarga mental e estresse intenso etc.

À luz da neurociência contemporânea (dados de 2024-2026), a tendência de cérebros com Altas Habilidades e Superdotação (AH/SD) apresentarem Dupla ou Tripla Excepcionalidade (2e/3e) não é uma coincidência estatística, mas uma consequência da arquitetura neural de alto funcionamento. A própria condição de hiperexcitabilidade sensorial e hiperatividade cognitiva do sistema nervoso das pessoas com Altas Habilidades e Superdotação desencadeia, muitas vezes, o desenvolvimento de AH/SD + TEA, AH/SD + TDAH ou ainda AH/SD + TEA + TDAH.

As pesquisas indicam que a "superdotação" não é apenas "mais inteligência", mas uma organização qualitativamente diferente do cérebro. Hiperconectividade e Hipersensibilidade (a ponte para o TEA): cérebros AH/SD apresentam uma conectividade funcional aumentada, especialmente nas redes de modo padrão (DMN) e de saliência. Essa "fiação" intensa facilita o raciocínio complexo, mas compartilha a mesma base neurobiológica do TEA: a falha na poda sináptica (*pruning*). Desse modo, o indivíduo processa informações em alta velocidade, mas sofre com a mesma sobrecarga sensorial e rigidez cognitiva observada no espectro autista. Assincronia do Desenvolvimento (a ponte para o TDAH): a neurociência observa uma discrepância entre o desenvolvimento do Córtex Pré-Frontal (controle executivo) e das áreas posteriores e límbicas (processamento sensorial e emocional). Em AH/SD, as áreas de associação

mielinizam-se mais rapidamente, enquanto as áreas de controle inibitório podem seguir um ritmo mais lento ou atípico. Isso gera o perfil do TDAH: uma mente que gera ideias a uma velocidade que o sistema de filtragem e organização (funções executivas) não consegue acompanhar.

Quadro 23: Perfil TDAH

Mecanismo Neurobiológico	Efeito na AH/SD	Desdobramento para 2e/3e
Plasticidade Aumentada Cerebral	Facilidade extrema de aprendizagem e adaptação cognitiva.	Pode mascarar déficits (masking), dificultando o diagnóstico de TEA/TDAH até o esgotamento (burnout).
Eficiência (Glicose) Metabólica	O cérebro AH/SD consome menos glicose para tarefas difíceis.	Quando a tarefa é mundana (repetitiva), o cérebro "desliga", mimetizando a desatenção severa do TDAH.
Hipersensibilidade Amigdalar	Resposta emocional intensificada a estímulos ambientais.	Gera a "Excitabilidade de Dabrowski", que se sobrepõe à desregulação emocional do TEA e TDAH.

Fonte: SMED

A tendência neurocientífica atual é ver a AH/SD como um fator de risco para a desregulação das funções executivas. O cérebro é tão eficiente em certas áreas que acaba negligenciando outras (como a regulação sensorial ou a atenção sustentada em tarefas de baixa complexidade), criando o cenário perfeito para a Dupla ou Tripla Excepcionalidade.

Sem um núcleo de olhar clínico multiprofissional vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente com intersectorialidade com a Educação, o indivíduo com dupla ou tripla excepcionalidade fica sem suporte para superar seus déficits específicos. Sem um núcleo multiprofissional de atuação institucional/educacional, o município tende a gastar fortunas orçamentárias em tratamentos isolados que "se perdem" quando a pessoa entra em um ambiente escolar ou social despreparado para acolhê-la.

A inclusão desses profissionais amplia sensivelmente as garantias de que o investimento público em saúde se transforme em resultado social efetivo (alfabetização, conclusão de curso e inserção no mercado de trabalho), tanto em termos de tratamento e acompanhamento de quadro quanto de medicina preventiva, dado que a sobreposição de diagnósticos (Dupla/Tripla Excepcionalidade) gera quadros de alta complexidade nos quais o alto potencial cognitivo (AH/SD), muitas vezes, mascara déficits de atenção e suporte social, levando ao esgotamento mental e evasão escolar, se não houver olhar especializado. De acordo com os estudos e pesquisas baseados em evidências, a intervenção precoce e o treino de Funções Executivas são os únicos meios eficazes de reduzir a carga de incapacidade biopsicossocial a longo prazo.

As pesquisas convergem para o fato de que a fragmentação do cuidado (ir apenas ao médico ou apenas à escola) é o principal fator de insucesso terapêutico.

6.16 Trabalhadores com Deficiência

O trabalho, enquanto dimensão fundamental da vida humana, exerce papel central na promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas com deficiência, ao favorecer autonomia, pertencimento social, autoestima e participação cidadã. A inserção e a permanência no mundo laboral, quando asseguradas em condições dignas e acessíveis, contribuem para a saúde física e mental, reduzem vulnerabilidades sociais e ampliam o sentido de propósito e realização pessoal. Nesse contexto, a garantia de direitos por meio de ações afirmativas — como políticas de inclusão, acessibilidade, adaptações razoáveis e combate à discriminação — não se configura como privilégio, mas como instrumento de equidade, indispensável para superar barreiras históricas e estruturais. Ao possibilitar o acesso ao trabalho e à renda, tais ações impactam positivamente os determinantes sociais da saúde, promovendo maior bem-estar, inclusão social e melhoria sustentável da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Na Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), aos candidatos inscritos pelas reservas de vagas para 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 PcD, 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 PcD pela comissão específica, perderá o direito à nomeação pela reserva de vagas, permanecendo somente na lista de

classificação geral ou quando a comissão específica conclua 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 11.954 servidores efetivos, sendo 3.330 na SMS. Destes, 43 ingressaram pelas cotas de PcD na PMPA e 11 na SMS, com vínculos ativos. A proporção de menos de 0,5% demonstra que a inclusão de trabalhadores com deficiência no serviço público municipal, mesmo com a vigência de políticas afirmativas, continua sendo um grande desafio.

7. JUDICIALIZAÇÃO

No município registra-se a presença de longas listas de espera e expressiva demanda reprimida, especialmente no que se refere aos atendimentos especializados e aos procedimentos ofertados pelos Serviços de Reabilitação. Esse cenário evidencia não apenas a insuficiência quantitativa da oferta, mas também limitações estruturais, tecnológicas e operacionais da rede assistencial, que atualmente não dispõe de capacidade instalada compatível com o volume e a complexidade das necessidades da população. A escassez de serviços de Reabilitação — para as modalidades física, intelectual, auditiva, visual e para o TEA — reforça a fragmentação do cuidado e compromete a integralidade da atenção.

A solução para a demanda reprimida exige duas frentes de ação: expandir e qualificar a rede de saúde. Na prática, precisamos aumentar a oferta de consultas, terapias e Serviços Especializados em Reabilitação. Em paralelo, devemos reestruturar os fluxos assistenciais e definir metas claras com os prestadores de serviços. Assim, assegurarmos um atendimento oportuno que evita o avanço de sequelas e complicações nos pacientes.

Nesse contexto, observa-se uma crescente pressão sobre o sistema decorrente das judicializações. De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2026-2029, a judicialização em Porto Alegre apresentou crescimento expressivo ao longo dos anos. Em 2019, o valor registrado foi de R\$ 3.740.081,88; em 2020, R\$ 4.298.051,00; em 2021, R\$ 4.995.000,23; em 2022, novamente R\$ 4.995.000,23; e em 2023, R\$ 6.307.828,95. Esse movimento representa um aumento de quase 70% no período analisado, evidenciando o impacto significativo das demandas judiciais sobre o sistema de saúde municipal.

A judicialização tem se consolidado como via utilizada pela população para garantir atendimentos médicos, insumos, terapias especializadas, medicamentos, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, além de serviços de Atenção Domiciliar (Home

Care). As demandas judiciais mais expressivas concentram-se em consultas com neuropediatria — frequentemente relacionadas à investigação diagnóstica de TEA e deficiência intelectual —, Reabilitação Intelectual e TEA, fornecimento de OPMs, serviços de Atenção Domiciliar e medicamentos de uso contínuo ou de alto custo.

A Atenção Domiciliar, por sua vez, representa a maior despesa judicializada em 2025, totalizando R\$ 11.792.638,05, dos quais R\$ 4.647.780,74 estão diretamente relacionados às necessidades complexas de pacientes acamados — em sua maioria pessoas com deficiência — que demandam equipes multiprofissionais especializadas. Em seguida, destacam-se as despesas vinculadas à Saúde Mental e ao TEA, abrangendo tanto os custos de diagnóstico quanto os de acompanhamento especializado.

É relevante destacar que o padrão atual de judicialização compromete a sustentabilidade financeira do sistema municipal de saúde. Os custos decorrentes das decisões judiciais, que frequentemente determinam a contratação emergencial de serviços, aquisição de terapias em valores superiores aos praticados em contratos regulares e ativação de procedimentos fora dos parâmetros do planejamento anual, tornam o gasto público menos eficiente e desestruturam a programação da assistência.

Do ponto de vista econômico e gerencial, evidencia-se que a expansão regular e planejada da oferta de serviços especializados e de Reabilitação possui custo significativamente menor do que o montante despendido com judicializações. Investimentos estruturados na rede — tais como ampliação de equipes, qualificação de prestadores, criação ou fortalecimento de Centros Especializados de Reabilitação (CER), e implementação de protocolos assistenciais — apresentam maior custo-efetividade, reduzem litígios, fortalecem a equidade e asseguram maior previsibilidade orçamentária.

Assim, a adoção de estratégias de ampliação da oferta e fortalecimento da RCPcD, aliada à reorganização dos fluxos assistenciais, ao monitoramento contínuo da demanda e à qualificação das ações de gestão, representa caminho central para reduzir a judicialização, ampliar o acesso e promover maior eficiência na alocação dos recursos públicos. Em síntese, investir na ampliação e qualificação da rede é não apenas uma exigência sanitária e social, mas também uma medida financeiramente vantajosa frente ao panorama atual de elevado gasto judicial.

8. FINANCIAMENTO E HABILITAÇÕES NA 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 – financiam o SUS, gerando recursos necessários às despesas com ações e serviços públicos de saúde. O financiamento deve atender 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 RCPcD foram selecionadas portarias ministeriais e estaduais que estabelecem o repasse de recursos ao município para prestação de serviços, conforme segue:

Habilitações

A habilitação dos serviços na RCPcD é essencial para organizar o cuidado, qualificar a assistência e viabilizar que as pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços de reabilitação de forma integral e humanizada. Abaixo seguem os serviços habilitados no município:

Quadro 24: Habilitações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Instituição	Habilitação	Observação
AACD	Oficina Ortopédica	Portaria Nº 497, 03/05/2013
	Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário	Portaria Nº 373, 27/07/2004
CEREPAL	CER II – Física e Intelectual	Portaria Nº 3.164, 03/12/2019
HBO	Serviço de Reabilitação Visual	Portaria SAS 438 de 13/0/2010
HSANA	CER II- Intelectual e Auditiva	Portaria Nº 3.577, 20/12/2019
HCPA	Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade	Portaria Nº 1.462, 30/12/2013
	Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva	Portaria Nº 1.909, 28/06/2018 - Implante Coclear
HNSC	Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva	Portaria GM/MS Nº 5.241, 16/08/2024 - Implante coclear
	Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade	Portaria Nº 1.462, 30/12/2013
COLO DE MÃE	Centro de Atendimento em Saúde - CAS/TEACOLHE	Portaria SES Nº 849/2025
APAE	Centro de Atendimento em Saúde - CAS/TEACOLHE	Portaria SES Nº 1365/2025

Fonte: Daahu-SMS

Para além da RCPcD, outras habilitações no âmbito do SUS contribuem para o atendimento desse público, formando um cuidado intersetorial e integrado. Serviços da RUE, unidades da Atenção Psicossocial, a Atenção Primária e programas estratégicos de saúde trabalham de forma complementar para oferecer suporte às necessidades da PcD em diferentes momentos do cuidado.

Quadro 25: Habilitações de outras Redes

HSANA	Unidade de Cuidados prolongados - UCP	Portaria GM/MS Nº 3.575, de 20 de dezembro de 2019 - 56 leitos; Portaria GM/MS Nº 1.282, de 12 de setembro de 2023 - 44 leitos.
HSANA	serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Portaria Nº 3.425, de 26 de outubro de 2018 - 60 leitos.
AHVN	Serviços hospitalares de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou Transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Portaria GM/MS Nº 5.158, de 13 de agosto de 2024 - 25 leitos.
HCPA	Serviços hospitalares de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou Transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; Serviço de referência eixo I de origem genética: 1 anomalias congênitas ou de manifestação tardia Serviço de referência eixo I de origem genética: 2 deficiência intelectual	Portaria nº 1.379, de 09 de dezembro de 2013 - 46 leitos. Portaria GM nº 3.253, de 29 de dezembro de 2016.

Fonte: Daahu-SMS

Quadro 26: 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 da 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 recurso a ser incorporado ao limite Financeiro anual da média e alta complexidade dos Estados, Distrito Federal e municípios	Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), na Modalidade 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	Art. 1º Ficam habilitados como Centros Especializados em Reabilitação - CER, os estabelecimentos descritos no Anexo I - CEREPAL: Centro Especializado financeiro de Média e Alta em Reabilitação (CER II)- Modalidade física;(CER)- Modalidade Intelectual; Art. 3º Fica desabilitado o estabelecimento CEREPAL como 22.02 - Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário, conforme Anexo III.	R\$ 1.680.000,00
Portaria nº 3.253. de 29/12/2016	Habilita o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como Serviço de Referência em Doenças Raras, no Estado do Rio Grande do Sul	Serviço de Referência em Doenças Raras – Eixo I – Doença Rara de Origem Genética: 2-Deficiência Intelectual associada a Doenças Raras; Serviço de Referência em Doenças Raras – Eixo I – Doença Rara de Origem Genética: 3 – Erro Inato de Metabolismo (EIM);	R\$ 497.760,00
Portaria nº 2.801, de 15/09/2010	Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta	Considerando a Portaria nº 3.129/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, que estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Distrito Federal para habilitação de serviços de Reabilitação Visual;	R\$ 440.851,50
Portaria Nº 1.909, 28/06/2018	Habilita o Hospital das Clínicas de Porto Alegre como Serviço de Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva desabilita em procedimentos de Alta Complexidade em Implante Coclear e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser disponibilizado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC, do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Porto Alegre.	Reduziu o TETO MAC em R\$ 1.798.758,15/anual, porém estabelece o financiamento via FAEC de procedimentos	Altera a forma de financiamento de Teto MAC para FAEC

Portaria Nº 3.575, 20/12/2019	Habilita Unidade de Internação em Cuidados Prolongados - UCP 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 do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Porto Alegre.	Hospital Santa Ana - 56 Leitos	R\$ 3.996.020,00
Portaria Nº 1.282, 12/09/2023	Habilita Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Porto Alegre.	Hospital Santa Ana - 44 Leitos	R\$ 3.139.730,00
Portaria Nº 3.425,26/10/2018	Habilita Serviço Hospitalar de Referência - SHR no Município de Porto Alegre (RS) e estabelece recurso a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Porto Alegre (RS).	Hospital Santa Ana - 60 Leitos	R\$ 4.039.279,20
Portaria Nº 5.158, 13/08/2024	Habilita Serviço Hospitalar de Referência e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) do Município de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul.	Hospital Vila Nova - 25 leitos	R\$ 1.683.033,00

PORTARIA Nº 878, DE 9 DE MAIO DE 2014	Considerando a Portaria nº 1.379/SAS/MS, de 9 de dezembro de 2013, que habilita Serviços Hospitalares de Referência, Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados do Ceará, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - 46 Leitos	R\$ 3.096.780,72
Portaria 1.602/2023	Estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal referente ao reajuste dos valores de custeio dos Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas habilitados no âmbito da RCPcD	AACD - oficina ortopédica	R\$ 228.000,00
Portaria 1.602/2023	Estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal referente ao reajuste dos valores de custeio dos Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas habilitados no âmbito da RCPcD	AESC - CER II - Auditiva e Intelectual / CEREPAI - CER II - Física e Intelectual	R\$ 1.176.000,00

PORTARIA SES Nº 110/2024	Regula os valores do Incentivo Estadual para Centros de Especialidades Odontológicas e para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no Rio Grande do Sul.	§ 2º - Os municípios que assinarem o Termo de Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e que cumprirem os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.341/2012, receberão o valor adicional do incentivo de custeio estadual conforme descrito abaixo, de acordo com o tipo de serviço: II – CEO Tipo II - R\$ 740,00 mensais	R\$ 8.880,00
--------------------------	---	---	--------------

Fonte:DFMS-SMS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência 2026-2029 reflete um processo coletivo, participativo e comprometido com a consolidação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos, à inclusão e à qualificação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no município de Porto Alegre.

A construção deste instrumento foi resultado de aproximadamente 13 meses de trabalho contínuo, marcados pelo diálogo intersetorial, pela escuta qualificada e pelo esforço conjunto entre gestão, trabalhadores, controle social e representantes da sociedade civil. Para viabilizar a elaboração do plano, estruturaram-se dois Grupos de Trabalho complementares e estratégicos: um GT Técnico, responsável pelo levantamento de dados, análise situacional e elaboração do diagnóstico preliminar da rede e das necessidades assistenciais; e um GT ampliado, composto por representantes dos movimentos sociais, do controle social e de diferentes segmentos envolvidos com a pauta da deficiência, oriundo de Seminário realizado em 24/10/2025, garantindo legitimidade, diversidade de perspectivas e participação social efetiva em todas as etapas do processo.

O percurso de elaboração foi permeado por desafios institucionais e operacionais, especialmente diante das limitações estruturais da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do município; das extensas filas de espera para serviços de reabilitação; de excesso de demandas direcionadas à área técnica responsável; da escassez de dados atualizados e da complexidade inerente ao tema. Ainda assim, o comprometimento dos participantes, a construção compartilhada das propostas e a convergência em torno da defesa dos direitos das Pessoas com Deficiência permitiram transformar tensionamentos críticos e dificuldades em oportunidades de aprendizado, amadurecimento técnico e fortalecimento da gestão participativa.

Destaca-se, de forma especial, a contribuição dos representantes dos movimentos sociais e do controle social, cuja participação ativa qualificou o debate, ampliou a compreensão das demandas reais da população e fortaleceu o compromisso democrático deste plano, além de consolidar o lema cunhado pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção de Nova Iorque) “Nada sobre nós, sem nós”. As diferentes experiências e contribuições apresentadas ao longo das discussões possibilitaram a construção de um documento mais sensível, plural e alinhado às necessidades concretas dos usuários da rede municipal de saúde.

Por fim, espera-se que os objetivos e metas aqui pactuados sejam apropriados institucional e politicamente pelos diversos atores envolvidos, permitindo a continuidade

das ações propostas, o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e a efetiva concretização do cuidado integral às Pessoas com Deficiência. Que este plano se constitua não apenas como instrumento formal de planejamento, mas como referência permanente para a promoção da equidade, da acessibilidade, da participação social e da garantia do direito à saúde.

10. OBJETIVOS, METAS E AÇÕES

Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso à Atenção Especializada em Reabilitação						
Nº	Meta Quantitativa	Linha de Base (2025)	Ações	Indicador	Nível	Fonte
1	Ampliar a oferta para, no mínimo, 10% acima da demanda (efetividade 1,1) de forma a reduzir a fila de espera na especialidade reabilitação auditiva	Efetividade 0,35	Ampliar vagas em serviços de reabilitação auditiva. Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente criar mecanismo de monitoramento das filas internas do serviço de reabilitação Acompanhar 100% do RN com diagnóstico de deficiência auditiva Ampliar a oferta de audiometria infantil	Efetividade nos últimos 6 meses	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS
2	Ampliar a oferta para, no mínimo, 10% acima da demanda (efetividade 1,1) de forma a reduzir a fila de espera na especialidade reabilitação física	Efetividade 0,3	Ampliar vagas em serviços de reabilitação física. Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente criar mecanismo de monitoramento das filas internas do serviço de reabilitação	Efetividade nos últimos 6 meses	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS
3	Ampliar a oferta para, no mínimo, 10% acima da demanda (efetividade 1,1) de forma a reduzir a fila de espera na especialidade oftalmologia pediátrica e triagem visual	Oftalmologia Pediátrica - 0,70 Oftalmologia Triagem Visual - 1,05	Ampliar vagas em serviços de oftalmologia pediátrica e triagem visual Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente Realizar, no mínimo, 1 mutirão de atendimentos em oftalmologia por ano criar mecanismo de monitoramento das filas internas do serviço de reabilitação	Efetividade nos últimos 6 meses	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS
4	Ampliar a oferta para 10% acima da demanda (efetividade 1,1) de forma a reduzir a fila de espera na especialidade reabilitação intelectual	Efetividade 0,02	Ampliar vagas em serviços de reabilitação intelectual criar mecanismo de monitoramento das filas internas do serviço de reabilitação Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente Ampliar vagas para estimulação precoce	Efetividade nos últimos 6 meses	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS
5	Ampliar em 100% a oferta de reabilitação em Transtorno do Espectro Autista (TEA).	430 vagas	Implantar protocolos específicos para infância, adolescência e vida adulta. Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente Criar fluxos para diagnóstico tardio e saúde mental. Garantir acolhimento humanizado em situações de crise. Articular saúde, educação e assistência social. Instituir Equipe de Apoio Diagnóstico TEA criar mecanismo de monitoramento das filas internas do serviço de reabilitação	% ampliação de vagas	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS

6	Ampliar a oferta para, no mínimo, 10% acima da demanda (efetividade 1,1) de forma a reduzir a fila de espera na especialidade genética médica	Efetividade 0,33	Ampliar vagas em serviços de genética médica Monitorar a efetividade das filas quadrimestralmente Criar mecanismos de monitoramento das filas internas dos serviços de reabilitação	Efetividade nos últimos 6 meses	Atenção Especializada	BI-Gercon Transparência SMS
7	Alcançar no mínimo 80 pontos no Índice de Qualificação do Serviço de Estomaterapia.	0	Completar a carga horária de psicólogo, nutricionista e assistente social das equipes multiprofissionais dos serviços de estomias. 15pts Garantir banheiro adaptado para irrigação intestinal no consultório de estomia do CSVC 15pts Assegurar orientação na alta hospitalar. 10pts Monitorar a dispensação regular de insumos. 5pts Garantir banheiro público adaptado para a pessoa estomizada no CSVC 15 pts Monitorar tempo de atendimento pós alta 5pts Implantação de mais 1 serviço de estomias na policlínica Sul 15 pts Implantar plano de autocuidados de acordo com protocolo estabelecido pela SES/RS 10pts Implementar serviço de tele-estoma para pacientes estáveis 10pts	≥80 pontos	Atenção Especializada	Relatório de desempenho de cada ação
8	Alcançar no mínimo 75 pontos no Índice de Qualificação da dispensação de OPM	0	Revisar fluxos de prescrição e dispensação. 25 Monitorar tempo de espera para OPMs. 25 Qualificar profissionais sobre OPMS disponíveis. 25 Criar mecanismos de monitoramento das filas internas dos serviços de reabilitação 25	≥75 pontos	Atenção Especializada	Relatório de desempenho de cada ação
9	Implantar protocolo de atendimento para Síndrome de Down, conforme diretrizes do Ministério da Saúde	0	Criar grupo de trabalho voltado à adaptação diretrizes nacionais às realidades locais Treinar equipes multiprofissionais no protocolo de SD Abrir a agenda GERCON especialidade em Síndrome de Down	Protocolo implantado	Atenção Especializada	SEI e BVAPS Relatório GERCON
10	Integrar 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) à RCPcD	Não há CEO habilitado à rede PcD	Garantir atendimento humanizado sob sedação Reduzir filas para procedimentos odontológicos na especialidade PNE Suprir o serviço com profissional habilitado/especializado para atendimento à PcD Garantir o encaminhamento a este serviço às Pessoas com Deficiência sob critérios de regulação	CEOs PcD habilitado	Saúde Bucal	CNES

Objetivo 2: Fortalecer o componente da Atenção Básica na RCPcD						
11	Ampliar em 30% os atendimentos domiciliares	89.965 atendimentos domiciliares em 2025	Monitorar a expansão do atendimento domiciliar	% ampliação AD (médicos, enfermeiros, saúde bucal e e-multi)	Atenção Primária	e-SUS
Objetivo 3: Qualificar a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência no acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência						
12	Executar 100% das ações previstas para qualificação dos serviços da atenção hospitalar e da Rede de Urgências e Emergências	0	Instituir o Programa de Formação em Urbanidade e Manejo, com foco no combate ao capacitismo, protocolos de decisão apoiada e comunicação acessível. Incluir módulos de simulação de barreiras nos treinamentos de integração de novos servidores e funcionários terceirizados. Parametrizar a matriz de agravos dos sistemas de regulação para o acolhimento das especificidades biopsicossociais. Atualizar sistema de gerenciamento de internações para inclusão de campos obrigatórios sobre necessidades específicas de acessibilidade e suporte assistivo no ato do cadastro da vaga. Qualificar as informações na nota de alta hospitalar Formalizar o Protocolo de Internação Inclusiva, garantindo o direito ao acompanhante 24h e a preservação das ajudas técnicas (cadeiras de rodas, órteses e próteses) junto ao paciente.	% de execução das ações	Atenção Hospitalar e Urgências	Relatório de desempenho de cada ação
Objetivo 4: Avançar na acessibilidade universal em todos os níveis de atenção rompendo barreiras físicas, arquitetônicas, atitudinais e comunicacionais						

13	Ampliar para 50% a acessibilidade das Unidades de Saúde com base no <i>checklist</i> realizado pela SMS	31,17%	Demandar a inclusão de cláusula contratual prevendo acessibilidade física e de tecnologias assistivas nos contratos	% de respostas positivas para o <i>check-list</i> das unidades de saúde Método de Cálculo: Respostas Positivas / Respostas Possíveis (vai passar de 421 respostas positivas para 599 (+187))	Atenção Primária e Infraestrutura e Manutenção	Conforme disponível:  Monitor...
			Atualizar no mínimo a cada dois anos o <i>check-list</i> das US			
			Promover a atualização progressiva dos critérios de compras públicas, incentivando que os novos editais de mobiliário e equipamentos incorporem diretrizes de adaptação razoável e acessibilidade universal.			
			Efetuar visitas técnicas periódicas da Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência (CMS) para verificar as condições de acessibilidade das US em parceria com COMDEPA			
			Implantar, como projeto-piloto, ao mínimo, 1 (uma) sala sensorial para pessoas neurodivergentes em US, por CS			
			Monitorar a situação dos prédios das Unidades de Saúde, segundo critérios de acessibilidade, em cumprimento à NBR 9050			
			Concluir as adaptações pelas US próprias			
			Fiscalizar as adaptações das US contratualizadas			
14	Alcançar no mínimo 75 pontos no Índice de Qualificação do atendimento à pessoa com deficiência auditiva	Central de Libras com atendimento limitado ao horário comercial	Demandar a ampliação do horário de atendimento da central de libras 25 pts	≥75 pontos	Área Técnica da Saúde da PcD	Relatório de desempenho de cada ação
			Produzir materiais educativos acessíveis para os serviços de saúde (Libras, pictogramas, linguagem simples). 25 pts			
			Demandar, mediante agendamento prévio, o atendimento presencial do TISLP Libras aos usuários do SUS 25 pts			
			Capacitar equipes da rede de urgência e emergências em comunicação alternativa e aumentativa 25 pts			
15	Contratar/adquirir no mínimo 1 (uma) VAN Adaptada para Transporte Sanitário Eletivo	12 vans + 2 carros + 1 carro adaptado	Garantir 10% da frota de TSE Adaptado para pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida	13 vans (sendo no mínimo uma adaptada) + 2 carros + 1 carro adaptado	Atenção Especializada	Relatório de desempenho de cada ação
			Implantar sistema de gerenciamento de frota com agendamentos virtual			

			Planejar o fortalecimento do transporte para pessoas com deficiência (PcD) em reabilitação, promovendo a inclusão social e o acolhimento dos cidadãos que atendem aos critérios do serviço			
			Monitorar tempo e qualidade do serviço.			
			Avaliar a viabilidade de integrar novos modais de transporte, buscando atender de forma flexível às prioridades e necessidades de locomoção (como aplicativos e vouchers) I			
Objetivo 5: Qualificar o conhecimento quanto à realidade epidemiológica da PcD no município por meio de disponibilização e vigilância de dados						
16	Alcançar no mínimo 80 pontos no Índice de Qualificação do registro, atualização de cadastros e disponibilização de dados de Pessoas com Deficiência	0	Atualizar e qualificar os cadastros das PcD no e-SUS nos territórios via APS. 20 pts Monitorar o registro obrigatório dos campos específicos sobre deficiência e tipos no e-SUS 20 pts Identificar pessoas acamadas e em cuidados prolongados nos territórios. 20 pts Requisitar e acompanhar o retorno da obrigatoriedade de preenchimento do campo de deficiência no e-SUS 20 pts Requisitar obrigatoriedade de informações de deficiência no Prontuário do Cidadão da SMS 20 pts	≥80 pontos	Atenção Primária	e-SUS
17	Executar 100% das ações de qualificação da prevenção e notificação de todas as formas de violência à Pessoa com Deficiência	Subnotificação	Capacitar equipes para identificação e notificação. (Lei 14533 - capacita mais Poa) Integrar política e vigilância Produzir campanhas educativas acessíveis	% de execução das ações	Vigilância em Saúde	Sistema Sentinela
18	Manter avaliação acima de 90% de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	100%	Realizar o teste rápido para detecção de anticorpos anti-Mycobacterium leprae como método auxiliar às ações de controle da hanseníase para avaliação dos contatos; Acompanhar e monitorar os contatos conforme o resultado do teste rápido para detecção de anticorpos anti-Mycobacterium leprae; Ofertar imunoprofilaxia com vacina BCG para os contatos maiores de um ano de idade e não vacinados ;	% de avaliação de contatos examinados de casos novos	Vigilância em Saúde	Sistema Sentinela

			Encaminhar os contatos com alterações clínicas e/ou laboratoriais inconclusivas para a atenção especializada;			
			Fazer busca ativa e avaliação dermatoneurológica nos contatos dos casos confirmados para descartar a hanseníase;			
Objetivo 6: Promover a inclusão e o cuidado intersetorial						
19	Implantar o curso de promotores da saúde da pessoa com deficiência	Não há curso de promotores implantando	Desenvolver o projeto com indicação de fonte de financiamento Realizar o curso de forma presencial para servidores, contratualizados e demais colaboradores Disponibilizar capacitações referente ao curso de forma permanente na plataforma EducaPOA Constituir GT metodológico didático para construir os módulos do curso, considerando formação especializada dos integrantes do GT Divulgar a existência de recursos no campo da tecnologia assistiva de comunicação alternativa e aumentativa obedecendo ao desenho universal da aprendizagem para implementação nos serviços de saúde	Curso implantado	Área Técnica	Relatório de desempenho de cada ação e registro no ERGON
Objetivo 7:Fortalecer a estrutura organizacional da gestão da rede de cuidados promovendo participação e controle social						
20	Consolidar a Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência na SMS, mediante o desenvolvimento e a estruturação da sua área técnica de referência	Área técnica atuando com capacidade de recursos humanos e suporte institucional limitados	Incluir pessoa com deficiência na Gestão da RCPcD atendendo ao preceito legal Fortalecer a articulação intersetorial	% de realização das ações	Área Técnica	Relatório de desempenho de cada ação

REFERÊNCIAS

ABNT. **ABNT NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2015. Disponível em: ABNT NBR 9050 2020. Acesso em: 2 abr. 2026.

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: 2 abr. 2026.

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: 2 abr. 2026.

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: 2 abr. 2026.

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: 2 mar. 2022.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. 32 p. Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/novo/img/nucleo/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficienciareduzido.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2026.

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, 2022. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, [s.d.]. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2026.

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. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 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. Acesso em: 2 abr. 2026.

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, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 2 abr. 2026.

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, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde,

2016. 44 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 120 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 108 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_proteses_auxiliares_locomocao.pdf. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Intelectual e Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171051/20165156-instrutivo-reabilitacao-rede-pcd-saips-01-06-14-ft.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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: 8 abr. 2026.

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, 2021. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14154.htm. Acesso em: 8 abr. 2026.

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. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Lei Orgânica do SUS). Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 8 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Relatório final do Grupo de**

Trabalho sobre Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência. Brasília, DF: MDHC, 2024. Disponível em: gov.br MDHC. Acesso em: 12 maio 2026.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-6-Financiamento.html>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199_30_01_2014.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.** Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 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, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 2.801, de 15 de setembro de 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, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2801_15_09_2010.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 2.809, de 7 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, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Portaria nº 3.253, de 29 de dezembro de 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, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3253_29_12_2016.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Publicações da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. **Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro 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, 2017. 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. Acesso em: 8 abr. 2026.

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. 207-210, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/207-210/pt>. Acesso em: 8 abr. 2026.

CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 64,

2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>.

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, 2012. 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: 8 abr. 2026.

CRUZ, M. M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** São Paulo:

Biblioteca Virtual em Saúde, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cfc-193774>. Acesso em: 12 maio 2026.

FIOCRUZ. **Pense SUS – a reflexão fortalece essa conquista – Financiamento.** Rio de

Janeiro: FIOCRUZ, [2021]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 8 abr. 2026.

IBGE. **Censo Brasileiro, 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em:

<https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 8 abr. 2026.

IBGE. **Cidades – Porto Alegre.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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. Acesso em: 8 abr. 2026.

MAENNER, M. J.; SHAW, K. A.; BAKIAN, A. V. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2018. **MMWR Surveillance Summaries**, Atlanta, v. 70, n. 11, p. 1–16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>.

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. Acesso em: 8 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1. ed., 1. reimpr. [Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. 325 p. Acesso em: 8 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Tradução: Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

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: 8 abr. 2026.

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: 8 abr. 2026.

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, 2018. Disponível em: https://www.camarapoa.rs.gov.br/draco/processos/132821/Lei_12487.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2010. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000030878.DOCN.&l=20&u=%2Fnet%2Fhtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>. Acesso em: 8 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.021, de 5 de abril de 2016**. Reconhece a pessoa com Transtorno do Espectro Autista como pessoa com deficiência. Porto Alegre: Prefeitura

Municipal, 2016. 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: 8 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Lei nº 12.515, de 6 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, 2019. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=374816>. Acesso em: 8 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Portaria nº 1.116, de 7 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... Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. p. 17-25. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/2707_ce_20181214_executivo.pdf. Acesso em: 8 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/smed/default.php?p_secao=559. Acesso em: 8 abr. 2022.

PORTO ALEGRE. **Resolução nº 13, de 5 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. Acesso em: 8 abr. 2026.

PORTO ALEGRE. **Saúde Bucal**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=687. Acesso em: 8 abr. 2026.

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, 2020. Disponível em: [link suspeito removido]. Acesso em: 8 abr. 2026.

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: CIB/RS, 2011.

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, maio/jul. 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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/MariadaConceicaodosSantos.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2026.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. [Título do artigo não especificado]. **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: 8 abr. 2026.

SOBEST. Estomias. São Paulo: SOBEST, 2022. Disponível em: <https://sobest.com.br/estomias/>. Acesso em: 8 abr. 2026.

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: 8 abr. 2026.

UNGA. **Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975)** e manifestos do movimento Disabled Peoples' International. Nova Iorque: UNGA, 1975.

XAVIER, Juliana. **A importância da estimulação precoce em crianças com sequelas neurológicas.** Rio de Janeiro: Fiocruz-Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, [2022]. Acesso em: 8 abr. 2026.

ANEXO A

Quadro 18 – OPM'S Meios Auxiliares de Locomoção

Código	Nome
07.01.01.0010	Andador Fixo /Articulado em Alumínio c/ Quatro Ponteiros
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 Cavalo 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 Cruropodálica 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 Genupodalico 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 Transumeral
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 Transumeral
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 Gastreenterologia (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